



ARSIF
Pôle « Ambulatoire et service aux professionnels
de santé »
A l'attention de Monsieur Pierre OUANHNON,
Directeur

Paris, le 8 novembre 2011

Objet : Fonds dédiés 2010 / trésorerie 2012

Cher Monsieur,

Le 4 octobre 2011, Stéphanie CHAPUIS nous a transmis par mail (cf. pièce jointe) la procédure relative aux fonds dédiés 2010 et début 2012 garantissant :

- le « principe selon lequel deux mois de trésorerie seraient retranchés au montant des fonds dédiés au 31/12/2010 laissés à l'ensemble des projets disposant de fonds dédiés au 31 décembre 2010, et ce afin d'assurer le "tuilage" début 2012 ».
- le « principe d'un reversement d'un montant à déterminer aux projets ne disposant d'aucune trésorerie pour assurer le tuilage début 2012 »

Or, les Réseaux de santé Gériatriques et de Soins Palliatifs d'Ile-de-France nous ont fait part de leur inquiétude pour le début d'année 2012 car les avenants aux CPOM 2011 stipulent qu'il leur sera accordé « un mois de fonctionnement, afin d'assurer la continuité du financement FIQCS début 2012 ».

Les Réseaux de santé respecteront la procédure selon laquelle vos services nous demandent de renvoyer les avenants aux CPOM 2011 dans les plus brefs délais.

D'autre part, nous attirons votre attention sur la situation particulièrement délicate des réseaux qui n'ont aucune trésorerie à fin 2011. D'autant qu'une ambiguïté persiste. En effet, il semble qu'il soit laissé 2 mois de trésorerie aux réseaux qui avaient des fonds dédiés suffisants et seulement 1 mois de trésorerie accordée aux réseaux qui n'avaient pas de fonds dédiés suffisants. Cette différence est particulièrement dommageable aux réseaux qui sont déjà les plus en difficultés. Quelle solution pourrait être envisagée afin de rétablir une équité entre les réseaux ?

De plus, nous vous demandons d'agir au plus vite pour honorer les règlements des subventions **dès le 1er février 2012** afin que la situation extrêmement difficile vécue en 2011 ne se reproduise pas une nouvelle fois.



RESPALIF



Nous souhaiterions enfin que le travail qui a permis de mettre en place en 2011 une procédure (document en pièce jointe) claire entre l'ARSIF, la CRAMIF et les Réseaux de santé d'Ile-de-France, nous permettant à la fois de répondre à vos exigences dans des délais normaux et d'être assurés d'obtenir nos financements régulièrement, ne soit pas vain.

Dans l'espoir de votre soutien, nous vous prions d'agréer, cher Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Françoise ELLIEN
Présidente de la RESPALIF
Fédération des Réseaux de santé Soins Palliatifs
d'Ile-de-France

Docteur Marie-France MAUGOURD
Présidente de la FREGIF
Fédération des Réseaux de santé Gériatriques
d'Ile-de-France

Ce message est adressé en copie à :

Madame Andrée BARRETEAU, Directrice de l'offre de soins et médico-sociale de l'ARSIF
Madame Stéphanie CHAPUIS, Responsable du service Soutien aux innovations de l'ARSIF



RESPALIF



Hélène Bas - FREGIF

De: Stephanie.CHAPUIS@ars.sante.fr
Envoyé: mardi 4 octobre 2011 09:19
A: federation.respalif@orange.fr; helenebas@fregif.org; mgervaisot@oncorif.fr; direction@paris-diabete.fr; benpss@club-internet.fr; annie.cessateur@ch-argenteuil.fr; benedictedefontaines@wanadoo.fr; schvallinger.appolline.florence@gmail.com; reseau.sep.idf.ouest@orange.fr; amandine.fumey@urps-idf.fr; claire.bal@lrp.ap-hop-paris.fr; esther.soyeux@sat.aphp.fr; a.montauban@reseau-main.fr; patrick.assyag@wanadoo.fr; phil.gugu@cegetel.net; sylviane.lewik@wanadoo.fr; amospheres@me.com; sydney.sebban@free.fr; mj.taboada@wanadoo.fr; martinesmadja.ific@wanadoo.fr; sylvain.dagneaux@reseau-morphee.org; recupair3@orange.fr; stephaniewillems@hotmail.fr; drjraison@gmail.com; unfcv@wanadoo.fr
Cc: Pierre.OUANHNON@ars.sante.fr; Arnaud.DELASEIGLIERE@ars.sante.fr; Anne-Gaëlle.DANIEL@ars.sante.fr; Pierre-Yves.LOUBOUTIN@ars.sante.fr; Céline.LAFEUIL@sante.gouv.fr; Sylvia.NGUYEN-DANG@ars.sante.fr; Severine.ROMIL@ars.sante.fr
Objet: Fonds dédiés 2010 et début d'année 2012

Message à l'attention des projets financés FIQCS

Bonjour,

Début septembre, Monsieur Ouahnnon a validé le principe selon lequel 2 mois de trésorerie seraient laissés à l'ensemble des projets disposant de fonds dédiés au 31 décembre 2010; et ce afin d'assurer le "tuilage" début 2012.

Concrètement, seront déduites des versements prévus au CPOM 2011 les sommes correspondant au montant des fonds dédiés 2010, desquelles sont retranchés les 2 mois de trésorerie (=budget 2011 / 12) et les sommes éventuellement consommées en 2011 conformément à l'article 3.1.2 du CPOM.

Anne-Gaëlle Daniel, pour la périnatalité, la santé mentale et l'accès aux soins et moi pour les autres thématiques, sommes actuellement entrain de recueillir auprès des projets financés les informations concernant les fonds dédiés consommés en 2011. Dès réception de cette information (sous forme d'un simple mail indiquant à quelles dépenses ces sommes ont été consommées), nous adressons au promoteur le courrier joint et débloquons le 3ème versement prévu au CPOM.

Cette procédure est identique à celle pratiquée en 2010 et 2009.

Dès lors que nous disposerons d'une information précise et définitive sur le montants des fonds "récupérés"; et Monsieur Ouahnnon ayant validé le principe d'un reversement d'un montant à déterminer aux projets ne disposant d'aucune trésorerie pour assurer le tuilage début 2012, nous déterminerons le montant de ce reversement ainsi que la liste des projets qui en bénéficieraient.

En conséquence, je remercie les projets qui bénéficient de fonds dédiés au 31/12/10, de bien vouloir nous transmettre dans les plus brefs délais l'information concernant leur consommation de fonds dédiés. L'ensemble des CPOM concernant les versements de fin d'année devant être rédigés et signés avant la fin du mois d'octobre, au delà, les versements dans ce cadre ne pourront plus être réalisés.

D'avance merci,
Cordialement,
Stéphanie Chapuis

 **Stéphanie CHAPUIS**
Responsable du service Soutien aux Innovations
35 RUE DE LA GARE, 75335 PARIS CEDEX 13
Tél: 01.44.02.04.22 Fax: 01.44.02.04.15
stephanie.chapuis@ars.sante.fr

Affaire suivie par :
Stéphanie Chapuis

Direction de l'Offre de soins et médico-sociale
Pôle Ambulatoire et services aux PS

Courriel : stephanie.chapuis@ars.sante.fr
Téléphone : 01 44 02 04 22
Télécopie : 01 44 02 04 15

Objet : Fonds dédiés 2010/trésorerie 2012

Docteur Marie France Maugourd
FREGIF
49 rue Mirabeau
75016 Paris

Paris, le 16 novembre 2011

Madame la Présidente,

J'ai pris connaissance de votre courrier relatif à la gestion des fonds dédiés et aux modalités de financement des réseaux début 2012, et vous en remercie. L'Agence a pleinement conscience des difficultés rencontrées par les réseaux de santé cette année, et s'emploie activement à mettre en place toutes les mesures utiles pour que ces difficultés ne se renouvellent pas en 2012.

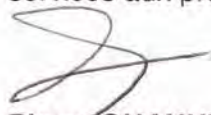
En premier lieu, je vous informe que nous travaillons actuellement à la mise en place d'une procédure qui devrait permettre de débloquer les versements du FIQCS dès le mois de février 2012.

Par ailleurs, les retards de versement des échéances 2, 3, et 4 sont en grande partie liés aux retards de production ou à la faible qualité des documents comptables produits par un certain nombre de projets financés. C'est pourquoi l'Agence et la Direction Financière et Comptable de la CRAMIF organiseront, tout début janvier, une réunion avec les promoteurs et experts comptables concernés, afin de faire le point sur les règles de la comptabilité des associations percevant des fonds publics.

Enfin, afin de limiter les délais nécessaires aux circuits de règlement des subventions et des circuits de signature des CPOM ou avenants, a été mis en place avec la CRAM d'Ile de France une procédure simplifiée de transmission des documents, accélérant ainsi les procédures administratives.

Espérant avoir répondu à vos attentes, je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Directeur du Pôle Ambulatoire et
services aux professionnels de santé



Pierre OUANHNON

COMPTE-RENDU REUNION 4 JUILLET 2011

Présents :

- Sandrine Pelletier, responsable de service CRAMIF
- Céline Moreau -Karaguinsky, CRAMIF
- Stéphanie Chapuis, responsable du service Soutien aux innovations (ARSIF)
- Newton Dumanoir, assistante FIQCS (ARSIF)
- Hélène Bas, représentante de la FREGIF
- Mathilde Gervaisot, représentante d'ONCORIF
- Claire Suzanne-Lamarre, représentante de la FREDIF
- Elisabeth Royet, représentante de la RESPALIF

PROTOCOLE DE TRAITEMENT DES DOSSIERS FIQCS

Préambules pratiques :

→ Pour tout courrier à adresser à SC¹, l'adresser à l'adresse exacte suivante :

Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France
Pôle ambulatoire et service aux professionnels de santé
FIQCS
Stéphanie Chapuis
35 rue de la Gare
75935 Paris Cedex 19

→ Pour toute correspondance, joindre un courrier en spécifiant bien le nom du réseau, en plus des documents remis.

→ Mettre le nom du signataire en dessous de la signature. Pas de signature électronique ou scannée pour les documents à rendre en original. Il faut les signatures (en bleu de préférence) et tampons originaux. Si il y a une délégation de signature (P/o du président), il faut joindre le document formalisant cette délégation.

→ Toutes les transmissions de documents et d'informations passent par SC et ND² et non directement par l'Agent comptable.

→ Vérifier que le nom du réseau apparait bien sur tous les documents remis.

→ Stéphanie Chapuis : stephanie.chapuis@ars.sante.fr et 01.44.02.04.22

¹ SC = Stéphanie Chapuis

² ND = Newton Dumanoir

Mode opératoire du traitement des dossiers FIQCS

Echéances/Documents	Le Réseau	L'ARS et la CRAMIF
La signature du CPOM est obligatoire pour recevoir le 1^{er} versement		
→ CPOM		1. SC rédige et envoie le CPOM au réseau
	2. le réseau complète le budget du CPOM <i>Rem. :</i> - Le CPOM ne doit pas être modifié (ex : ajouts) sans l'accord au préalable de SC - Vérifier que les sommes (à l'€ près) sont exactes dans le tableau détaillé du budget ligne par ligne, section par section et dans le calcul des échéanciers.	
	3. Signature par le Président et envoi en 5 exemplaires du CPOM à SC³ <i>Rem. : chaque page doit être paraphée</i>	
		4. Signature par : <ul style="list-style-type: none"> • Claude Evin, Directeur de l'ARS Ile-de-France • Jean-Claude Poirier, Directeur Adjoint de la CRAMIF • Marie-Claude ERNY, Directeur Financier et Comptable de la CRAMIF
		5. versement par la CRAMIF
<p>Il faut compter 1 mois de délai entre la réception du CPOM par SC et le versement effectif de la subvention au réseau.</p> <p>Pour la CRAMIF : A compter de la date de signature du CPOM par la CRAMIF, le versement est effectué sous 30 jours, sous réserve de réception du bordereau d'ordonnancement transmis par l'ARS.</p>		

³ SC = Stéphanie Chapuis

Echéances/Documents	Le Réseau	L'ARS et la CRAMIF
L'envoi <u>avant le 31 mars</u> de l'année N des documents comptables de N-1 est obligatoire pour recevoir le 2^{ème} versement		
→ Bilan et compte de résultat	<p>1. le réseau envoie par courrier à SC⁴ des pièces originales signées par le Commissaire aux Comptes + 1 copie</p> <p><i>Rem. : le bilan et le compte de résultat se trouvent dans le rapport du CAC</i></p>	<p>2. SC et ND⁵ font un tableau de suivi des pièces comptables reçues pour chaque réseau.</p> <p>3. Quand le dossier du réseau est complet, un bordereau d'ordonnancement est envoyé pour signature à Claude Evin.</p>
→ Compte-rendu financier	<p>1. le réseau envoie par courrier à SC de la pièce signée par le Président du réseau + 1 copie</p> <p><i>Rem. : détails sur comment remplir le compte-rendu financier ci-dessous</i></p> <p>1 modèle sous Word reprenant l'annexe 3 du CPOM avec ajout des lignes « 68-78 Fonds dédiés » en pièce jointe.</p> <p><i>Le compte-rendu financier doit être rempli par informatique et non manuscrit, et uniquement les 2 premières pages sont obligatoires (partie quantitative).</i></p>	<p>4. Ce bordereau d'ordonnancement est ensuite envoyé au service ordonnateur de la CRAMIF.</p> <p>Au niveau de la CRAMIF, il y a deux services :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le service ordonnateur • La Direction Financière et Comptable <p>Chaque service vérifie la conformité des pièces du dossier. Le service ordonnateur est le premier concerné. Après validation des pièces, le paiement est ordonnancé. Puis après contrôle comptable, la DFC procède au règlement.</p>
<p>Le compte-rendu financier ne concerne que les fonds FIQCS, et non les co-financements.</p> <p>Si le modèle du compte-rendu financier ne correspond à toutes les lignes comptables, on peut en rajouter : par exemple la CRAMIF accepte qu'on ajoute les lignes suivantes : « 6894- Fonds dédiés et 78-9 Reprise sur fonds dédiés » en dessous du « 68- Dotation aux amortissements et 78- Reprises sur amortissements et provisions ».</p> <p>Les réseaux ne sont a priori pas concernés par les « charges indirectes ».</p>		
L'ensemble des documents comptables est à envoyer en même temps.		
<i>Il n'y a pas besoin d'envoyer le procès-verbal de l'Assemblée Générale qui a validé les comptes annuels.</i>		
<p>Il faut compter 1 mois de délai entre la réception des pièces comptables par le service ordonnateur et le versement effectif de la subvention au réseau. Toutefois, il faut ajouter à ce mois, le délai entre la réception des documents par SC et le transfert à la CRAMIF (sous réserve de la réception du bordereau d'ordonnancement)</p>		

⁴ SC = Stéphanie Chapuis

⁵ ND = Newton Dumanoir

Echéances/Documents	Le Réseau	L'ARS et la CRAMIF
L'envoi <u>pour le 31 mars</u> de l'année N du rapport d'activité de N-1 est obligatoire mais ne bloque pas le 2^{ème} versement		
→ Rapport d'activité	1. le réseau l'envoie par mail à SC ⁶	<i>Il n'est pas transmis à la CRAMIF</i>

L'envoi <u>pour la 1ère quinzaine de juillet</u> de l'année N du tableau de bord au 30 juin de l'année N est obligatoire mais ne bloque pas le 3^{ème} versement		
→ Tableau de bord	1. le réseau l'envoie par mail à SC	<i>Il n'est pas transmis à la CRAMIF</i>
<p><i>Les documents suivants ne sont plus obligatoires, car non transmis à la CRAMIF. Leur rendu ne subordonne donc pas le 3ème versement. :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Etat de trésorerie au 30 juin signé du Trésorier ou de l'expert-comptable de la structure pour l'année N</i> - <i>Budget prévisionnel pour le 2nd semestre pour l'année N</i> 		

Le 3^{ème} versement est subordonné à l'analyse des fonds dédiés		
		<p><u>1. Analyse des fonds dédiés par la CRAMIF :</u> Identification des fonds dédiés dès réception des comptes annuels et du compte rendu financier. Vérification : quels fonds dédiés correspondent à quel financeur ? (en cas de co-financements).</p> <p><u>Principe de calcul des fonds dédiés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si les fonds dédiés sont inférieurs à un mois de trésorerie, le 3^{ème} et le 4^{ème} versement se feront directement, après accord de l'ARS. • Si les fonds dédiés sont supérieurs à un mois de trésorerie et inférieur au 4^{ème} versement, une partie de ces fonds dédiés seront déduits du 4^{ème} versement et le 3^{ème} versement sera effectué directement, après accord de l'ARS. • Si les fonds dédiés sont

⁶ SC = Stéphanie Chapuis

		<p>supérieurs au 4^{ème} versement, une partie de ces fonds dédiés seront déduits du 3^{ème} versement, après accord de l'ARS.</p> <p><u>3. Reprise des fonds dédiés uniquement ceux attribué au FIOCS :</u> La CRAMIF transmet le montant des fonds dédiés (issus des comptes annuels produits par chaque réseau) à l'ARS. SC envoie un courrier au réseau pour lui indiquer le montant de la reprise (fonds dédiés – 1 mois de trésorerie) et lui demander si une partie ou la totalité de ces fonds dédiés de N-1 a été utilisée en N.</p> <p>Si ces fonds dédiés ont été consommés ou vont l'être (engagement déjà fait), le Président du réseau doit attester par courrier de leur utilisation pour quel montant et quelle ligne budgétaire.</p> <p>Il faut que cette attestation soit signée en originale par le Président du réseau et envoyée à SC, qui la transmettra à la CRAMIF, accompagnée de l'accord de l'ARS.</p>
<p>L'ARS a pour principe de laisser au réseau 1 mois de trésorerie : il leur a été demandé de laisser 2 mois de trésorerie vu que les versements n'arrivent pas avant début mars.</p>		

<p>Le 4^{ème} versement est subordonné à la reprise des fonds dédiés</p>		
		<p>1. SC⁷ rédige et envoie au réseau un courrier indiquant le montant de la reprise des fonds dédiés</p>
	<p>2. Signature par le Président du courrier acceptant la somme reprise sur les fonds dédiés du réseau. Le réseau envoie le courrier en original à SC.</p>	

⁷ SC = Stéphanie Chapuis

	<p>Si la totalité ou une partie des fonds dédiés ont été consommés ou vont l'être (engagement déjà fait), le Président du réseau doit attester par courrier de leur utilisation pour quel montant et quelle ligne budgétaire.</p> <p>Il faut que cette attestation soit signée en originale par le Président du réseau et envoyée à SC.</p>	
--	---	--

Questions en suspens :

- faut-il comptabiliser la somme laissée par l'ARS comme « 1 mois de trésorerie » en provision (pour l'année N+1) ou en fonds dédiés ?

La somme laissée en avance de trésorerie par l'ARS doit être comptabilisée en fonds dédiés.

- **Les réseaux peuvent-ils avoir 2 mois de trésorerie au lieu d'1 mois ?**

En effet, l'ARS ne connaîtra le budget FIQCS que début 2012, les CPOM et les versements ne seront donc pas effectifs respectivement avant début mars. **SC fait le nécessaire pour répondre à cette demande.**

Remarques :

- Les dossiers en renouvellement de convention passent en premier lieu à la Commission d'instruction des dossiers FIQCS, qui émet un avis. Ensuite les dossiers sont de nouveau étudiés par la Commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) de la CRSA qui émet un nouvel avis. Enfin la décision finale de financement revient au Directeur général de l'ARS. Un CPOM est rédigé pour 3 ans mais il y aura une convention de financement annuelle.
- Les CPOM seront travaillés dans un groupe au niveau de la CNAMTS, l'ARS Ile-de-France en fera partie. La trame sera donc disponible à l'automne. SC travaillera sur le modèle de CPOM à rédiger par les réseaux courant 2012 suite à ce modèle travaillé avec la CNAMTS.
- En attendant un modèle de CPOM proposé par l'ARS, les réseaux en renouvellement pour 2012 envoient un « dossier promoteur » habituel à SC : un exemplaire papier envoyé par courrier et un exemplaire par mail (max 2 Mo) ou sur 1 CD-Rom. Pour les délais : le principe est d'envoyer le dossier promoteur 3 mois avant le passage en commission d'instruction. Néanmoins, les dates pour 2012 ne sont pas fixées, SC informera donc chaque réseau de l'échéance pour rendre le dossier promoteur.
- Les réseaux qui n'ont pas encore été instruits (renouvellement de convention) auront un CPOM pour 1 an comme en 2011.
- Les fédérations peuvent faire remonter à SC et ND les réseaux prioritaires en matière de difficultés de trésorerie 3 semaines avant la fin du mois.

- Il n'est pas possible de fixer le même échéancier pour tous les réseaux.

Informations :

- Stéphanie Chapuis étant en congés du 14 juillet au 15 août, les courriers faisant suite à l'analyse des fonds dédiés seront envoyés aux réseaux à partir de septembre.
- Une permanence des services de l'ARS (ND remplace SC) et de la CRAMIF est assurée en août.

Demande :

Le tableau de suivi tenu par ND⁸ pourrait comprendre les dates de :

- *Pour le CPOM :*
 - o Rédaction par SC et envoi des CPOM aux réseaux
 - o Réception par l'ARS des CPOM signés par les réseaux
 - o Envoi à Claude Evin pour signature
 - o Envoi des CPOM à la CRAMIF pour signature
 - o Renvoi aux réseaux des CPOM signés par toutes les parties

➔ Réalisation du 1^{er} versement
- *Pour les documents au 31 mars N :*
 - o Réception du bilan et compte de résultat de l'année N-1 **originaux**
 - o Réception du compte rendu financier de l'année N-1 **original**
 - o Envoi à la CRAMIF du bilan et compte de résultat **originaux**
 - o Envoi à la CRAMIF du compte rendu financier **original**

➔ Réalisation du 2^{ème} versement
- *Pour le document au 30 juin N :*
 - o Réception du tableau de bord du 1^{er} semestre de l'année N

➔ Réalisation du 2^{ème} versement
- *Pour le document pour la reprise des fonds dédiés FIQCS :*
 - o Rédaction par SC et envoi aux réseaux des courriers pour la reprise des fonds dédiés de N-1
 - o Réception par l'ARS du courrier de reprise signé par le Président du réseau avec éventuellement l'attestation signée du Président sur l'utilisation des fonds dédiés

➔ Réalisation du 4^{ème} versement

Une extraction de ce tableau pourrait être diffusée aux 4 fédérations thématiques pour faire le point à un moment T.

⁸ ND = Newton Dumanoir



Saveurs et Vie
BIEN MANGER POUR MIEUX VIVRE

Spécialiste du portage de repas personnalisé et nutritionnel à domicile

0811 900 733

www.saveursetvie.fr



Saveurs et Vie, repas personnalisés à domicile (1/3)

Saveurs et Vie, une réponse au problème de dénutrition des personnes âgées

Créée en 2001, Saveurs et Vie, société spécialisée dans le portage de repas personnalisés à domicile en Ile de France

Les fondateurs

- Paul Tronchon – ingénieur agronome
- Patrick Serog – médecin nutritionniste

Le saviez-vous ?
La dénutrition touche actuellement entre 350 000 et 500 000 personnes âgées vivant à domicile.

A l'origine, 2 types de clientèles

- Les seniors
- Les malades convalescents devant suivre un régime alimentaire adapté.

Les enjeux

- Réussir les sorties d'hospitalisation
- Eviter la dénutrition des Personnes âgées
- Conjuguer plaisir et nutrition par la personnalisation de la prestation

Des repas adaptés aux seniors

- Repas variés adaptés aux seniors (apports nutritionnels, plaisir, texture)
- Large place des aliments protéinés et calques et des produits frais de saison
- Plats classiques traditionnels et repas entièrement mixés

Saveurs et Vie, repas personnalisés à domicile (2/3)

Des repas personnalisés

- Prise en compte des contraintes et goûts alimentaires dès l'arrivée
- Carte de menus modifiable par chaque client (choix à la carte)
- Choix des menus une fois par semaine avec une diététicienne dédiée
- Des nouveaux menus à chaque saison pour plus de variété

Une formule souple pour chaque client

- Plusieurs formules possibles : classique, allégée, etc.
- Tous les repas de la journée couverts (petit déjeuner, déjeuner, goûter, dîner)
- Service de manière occasionnelle ou quotidienne



Une prise en charge nutritionnelle individuelle (1/3)

Un suivi nutritionnel tout le long du parcours client

- Saveurs et Vie va plus loin que les recommandations collectives.
- Le client est pris en charge individuellement dès son arrivée :
 - ✓ Recueil des habitudes alimentaires et aversions
 - ✓ Bilan nutritionnel pour les personnes à risque ou sur demande
 - ✓ Suivi diététique (rappels réguliers du client après son essai puis tous les mois)
 - ✓ Traçage des apports nutritionnels si besoin (voir slide suivante)
 - ✓ Conseils diététiques tout au long de la prestation
 - ✓ Remontées à la famille et/ou au médecin





bien manger pour mieux vivre

MENUS DEGUSTATION SAVEURS ET VIE

Entrées :

- Verrine de betteraves rouges et carottes râpées
- Verrine de salade périgourdine
- Verrine de taboulé aux légumes BIO

Plat :

- Rôti de bœuf froid et minis légumes

Desserts :

- Tiramisu
- Tarte au citron
- Délice praliné



Prévention secondaire des réhospitalisations par les réseaux gérontologiques

étude comparative et prospective

Préhosp

1

Comité de pilotage

- ▶ FREGIF et ARS en collaboration avec EA2506 (UVSQ)
- ▶ Membres du comité
 - MFM
 - GP
 - HB
 - S
 - CLIC

2

Problématique

- ▶ Parmi les modes récents d'organisation du système d'aide et soins vis-à-vis des populations âgées se sont développés les réseaux gérontologiques.
- ▶ Les réseaux ont la particularité d'être des entités en construction permanente ce qui rend difficile leur évaluation d'autant qu'il n'existe pas de structure de référence.
- ▶ Si il existe un certain degré d'hétérogénéité en matière de structure ou de processus il semble y avoir consensus sur le fait que ces structures constituent une alternative à l'hospitalisation traditionnelle ou permettent d'éviter, de retarder ou de poursuivre l'hospitalisation, en prodiguant les soins nécessaires à domicile.
- ▶ Cela correspond aux attentes des populations âgées et répond à des impératifs économiques.
- ▶ Il apparaît important alors de pouvoir évaluer l'impact de ces réseaux sur l'hospitalisation des personnes à moyen terme.

3

Hypothèses

- ▶ Les réseaux constituent une prévention secondaire de l'hospitalisation des personnes âgées
- ▶ Cette prévention secondaire est fonction du degré d'organisation intégrée des dits réseaux

4

Objectif

- ▶ Comparer les taux de ré hospitalisation non programmée des personnes âgées de 75 ans et plus prises en charge par les réseaux gérontologiques (en fonction du degré d'intégration de ceux-ci) par rapport à une population témoin prise en charge par les Clic de niveau 3 sur le même territoire.

5

Justification des choix méthodologiques

- ▶ Le design : randomisation à la sortie de l'hospitalisation en 2 groupes
 - Prise en charge par le réseau
 - Prise en charge « tout venant »
 - Pose un certain nombre de problèmes pratiques
 - Liés aux structures, nombres, capacités, mode d'accueil, etc
 - Liés au manque de culture de randomisation dans ce type d'étude sur les services de santé dans notre pays
 - Et risque de faisabilité faible
- ▶ Un groupe témoin constitué des personnes se référant au clic 3 du même territoire que le réseau a été proposé (à rediscuter ++++)
 - Faisabilité
 - Hypothèse de population semblable à vérifier
 - Problème du suivi inhabituel dans ces structures
 - Problème de l'impossibilité d'adresser la personne au réseau dans ce cas

6

Méthode

- ▶ Étude
 - Observationnelle, prospective
 - longitudinale sur un an
 - comparative à une population du même âge prise en charge par les Clic 3 sur le même territoire
- ▶ Compte tenu de l'objectif, l'étude se veut la plus pragmatique possible sans modifications de l'attitude ni du suivi des personnes prises en charge par les deux types de structure.

7

Définition des structures

- ▶ Sont éligibles
 - Tous les réseaux reconnus comme tels par la tutelle et affiliés à la FREGIF
 - Ayant accepté de participer à l'étude
 - Tous les clics situés dans le même bassin de population que le réseau (possibilité de plusieurs clics sur le territoire d'un même réseau)
 - Ayant accepté de participer à l'étude
 - Une information au préalable claire et précise sera donnée à toutes les structures par chacun des deux organismes fédérateurs (Fregif et coordination des clics)

8

Définition de la population

- ▶ Sont éligibles :
 - Sujets de 75 ans et plus
 - Non institutionnalisé
 - pris en charge « de novo » par les réseaux de la Fregif ou les clics
 - Ayant été hospitalisé au moins une fois dans l'année qui précède l'inclusion dans l'étude
 - Ayant été (ou leur représentant légal ou leur entourage, personne de confiance etc) informé du déroulement de la recherche et ayant consenti à y participer
 - Critère d'exclusion
 - Sujet présentant une pathologie générale sévère et instable
 - Sujet nécessitant une thérapie lourde régulière en hospitalisation complète répétée.

9

Modalités de recrutement

- ▶ Les sujets des deux groupes seront recrutés par
 - Le responsable du réseau (à définir)
 - Le responsable du Clic (à définir)
- ▶ Les caractéristiques des sujets éligibles seront consignées et comparées à celles des sujets ayant réellement participé à l'étude
- ▶ Les sujets ayant acceptés seront évalués à T0
 - Par (à définir dans les deux groupes)
 - Recueil de données sociodémographiques
 - Recueil de données de santé minimale
 - Si possible MDS-Home care (minimum data set) du RAI pour tous qui prend en compte toutes les dimensions cognitive, physique, AVQ, AIVQ, etc
 - Index de Charlson pour permettre ajustement sur les comorbidités

10

SUIVI

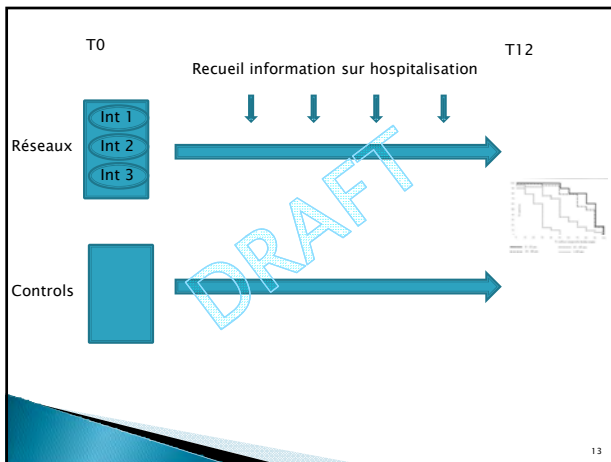
- ▶ Les sujets seront suivis régulièrement par contact téléphonique (ou auprès de leurs aidants) tous les deux mois pendant un an.
- ▶ Un certain nombre d'informations simples seront recueillies ne nécessitant pas d'évaluation médicale
 - Présence d'aides
 - Modification d'environnement
 - Évènements grave (décès etc)
- Etc (à préciser)

11

Critère de jugement principal

- ▶ Le nombre de réhospitalisations durant l'année qui a suivi l'inclusion
 - Nombre
 - Type
 - Durée
 - Passage par SAU
 - Passage dans des structures privées ou hors du territoire du réseau
- ▶ Le recueil se devra être exhaustif et utiliser toutes les sources possibles de vérifications (msi, etc)
- ▶ À partir de ce critère d'évaluation principal sera calculé le nombre de sujets nécessaires

12



Analyse

- ▶ Comparaison du taux d'hospitalisation total à un an entre les deux groupes
- ▶ Comparaison des courbes de survie (sans hospitalisation) en fonction du degré d'intégration des structures
- ▶ Recherche au moyen d'analyses multivariées des facteurs de risque ou protecteur de réhospitalisation
- ▶ Etc...

14

Déroulement de l'étude

- ▶ Phase I (WP1) :
 - Objectif : mettre en place une typologie de l'intégration des réseaux
 - Méthode : (à affiner)
 - Recueil des critères existants dans la littérature scientifique et littérature grise
 - mise en place d'un panel d'expert
 - Création d'une grille permettant d'évaluer le degré d'intégration
 - Typologie des réseaux de la fregif et des clics à partir de cette grille
- ▶ Phase II WP2
 - Mise en place de l'étude évaluative
 - Choix des sites
 - Formation des évaluateurs
 - Organisation du suivi
 - Recueil informatisé des données
 - Nécessite d'un chef de projets et de plusieurs ARCs

15

Financement

- ▶ A déterminer après finalisation du protocole

16

Annexe

► Application du SD2I (service delivery integration index) Henrard & Ankri IJIC 2006

- Evaluation gériatrique globale (instrument unique)
- Réunion d'équipe (hebdomadaire ou pluri hebdomadaire)
- Participation au réunion d'équipe du MG
- Approche multidisciplinaire
- Présence d'un case manager
- Activité 24h/24
- Activité 7j/7
- Prise en charge des sorties d'hôpital
- Point d'entrée unique
- Activités réalisées par la structure (Repas, Course, Nettoyage, Portage des repas)
- Activité de soins fournis par la structure (Aide à l'alimentation, Toilette, Habillage, Surveillance, Télésurveillance, Pansements, Soins de decubitus, Soins de catheter, Traitements IV, Nutrition parentérale, Aspiration)
- Ergothérapie
- Orthophonie
- Thérapie psychosociales
- Kinésithérapie

► Chaque item correspond à un point

► Classement des réseaux en fonction du score à cet index

altran
GOVERNMENT CIS

APPROCHE E-SANTÉ
APPEL A PROJETS N°2
« DEVELOPPEMENT DE SERVICES
NUMERIQUES POUR
LA SANTE ET L'AUTONOMIE »



altran
GOVERNMENT CIS

Contexte appel à projets

Un premier appel à projets, publié en janvier 2011 et dont les résultats seront prochainement publiés, a été centré sur le développement de solutions technologiques innovantes (capteurs, objets domotiques communicants, dispositifs médicaux...) destinées à faciliter le maintien de l'autonomie de la personne et le « bien vivre » des personnes sur leur lieu de vie.

Ce second appel à projets a une ambition plus large : son objectif est de faire émerger des modèles économiques du secteur de l'e-santé via des démonstrateurs à échelle représentative, proposant un ensemble de services et reposant sur un large partenariat.

De l'ordre de 10 à 15 projets pourront être soutenus via le présent appel à projets, pour un montant total indicatif d'aide de 30 millions d'euros pour l'ensemble des projets.

altran
GOVERNMENT CIS

Axes thématiques retenus dans notre projet

- Favoriser le maintien à domicile plutôt que le placement en établissement, pour répondre à l'attente des patients et réduire l'impact économique de la dépendance
- Améliorer les conditions de vie et de soin à domicile et en mobilité, l'autonomie des patients dans la gestion de leur maladie
- Soutenir les aidants : information et partage d'expérience, répit et lien social, facilitation des démarches, suivi de leur propre santé
- En synthèse,
 - Protéger les patients.
 - Assister les soignants.
 - Accompagner les aidants.
- Notre projet adresse l'ensemble des axes thématiques présentés dans l'AAP e-santé no2 et en particulier :
 - Informer, éduquer, conseiller les patients et faciliter leur participation à la prise en charge
 - Accompagner, assister, suivre les personnes en perte d'autonomie ou exposées à un risque de perte d'autonomie
 - Améliorer le rapport qualité / coût de l'offre de soins.

altran
GOVERNMENT CIS

Vision

- Le vieillissement et les progrès de la médecine infléchissent les problèmes de santé vers la chronicité et la polyopathie. Cette transition épidémiologique questionne notre système de santé actuellement axé sur les pathologies aiguës et les actes techniques et appelle à une transformation. Le principal facteur d'accroissement des dépenses de santé n'est pas le vieillissement mais l'insuffisante transversalité des parcours. (Rapport HCAAM)
- Construire les parcours de santé de demain à travers une meilleure coordination entre médical, social et médico-social mais aussi entre hôpital et médecine de ville nécessite de rassembler autour de projets communs : Conseil Généraux et Agence Régionale de Santé, univers public et privé.
- Nous pensons que le véritable pilotage de la gestion du risque de dépendance passera par le déploiement à grande échelle de solutions qui fédèrent l'ensemble des acteurs et identifient dans le parcours de santé un guichet unique à la croisée de la rencontre demande/besoins et offre/réponses aux besoins.
- L'objectif du projet est de fournir une solution de coordination pour les acteurs locaux des réseaux de santé qui favorise la création de ces guichets uniques d'information, d'orientation et de coordination, qui s'appuie sur une valorisation des données provenant de la personne âgée, de son entourage et des prestataires de soins ou de services ainsi que sur un référencement et une évaluation des produits et services existants. Cette solution permettra à l'échelle d'un territoire de se doter d'un véritable outil de pilotage qui soit aussi au services des réseaux.

Objectifs de notre projet



- Travailler avec les acteurs de coordination locale (CLICs, Géroncap, IPS, Coordination gérontologique) pour favoriser la recherche d'une prise en charge globale, permanente et coordonnée de la personne en perte d'autonomie
- Faire émerger un modèle mutualisé de gestion du risque de dépendance permettant de faire converger acteurs publics et privés vers un modèle efficient.
- Professionnaliser ces métiers clés au cœur de la rencontre **entre une demande segmentée et évolutive et une offre variée peu coordonnée**.
- Analyser et qualifier la demande pour que les entreprises puissent proposer des offres industrialisées, référencées et agréées.
- Faire bénéficier les personnes d'un bouquet de services éprouvés permettant de travailler en conditions de marché réelle qui s'articule autour d'une solution de plateforme à distance et de 4 modules opérationnels :
 - Une plateforme de santé à distance permettant une assistance 24/7.
 - Le bracelet BlueGard permet de protéger le patient, veiller à sa présence au domicile et signaler toutes sorties. Ce dispositif est accompagné d'une assistance téléphonique médicalisée 24h/24, 7j/7.
 - La balance Withings assure un suivi nutritionnel du patient et prévient le risque de dénutrition.
 - Le tensiomètre intelligent permet au patient de prendre lui-même sa tension.
 - Le stylo numérique BluePen qui permet la mise à jour automatisé du carnet de correspondance informatisé
- Faire en sorte que patient, aidant, et acteurs de coordination locale soient acteurs de la recherche d'efficience dans le choix d'un bouquet de services/soins adapté aux ressources individuelles et collectives.

Périmètre de notre projet



Profils des personnes étudiées dans le cadre de l'expérimentation :

- Les personnes en perte d'autonomie GIR 3 et 4.
- Les personnes de plus de 60 ans.
- Plusieurs pathologies (Alzheimer, diabète, dénutrition) et à moyen terme cancer, insuffisance cardiaque. Les personnes âgées de plus de 60 ans bénéficiant de l'APA à domicile soit par exemple 865 personnes sur la communauté de Saint Quentin en Yvelines. Parmi ces bénéficiaires de l'APA, en ne retenant que les patients en GIR 3-4, 588 personnes sont concernées.
- Au total sur le territoire de Saint Quentin en Yvelines, en ciblant ces pathologies, nous visons d'équiper 150 patients la première année pour terminer à 450 patients en année 3 et au total sur l'ensemble des territoires 500 patients en année 1 et 1500 patients en année 3. Ce chiffre est susceptible d'évoluer significativement avec l'élargissement aux autres communautés d'agglomérations pour lesquelles la CASQY nous apporte son concours.

Territoires et institutions en cours de sollicitation pour le moment :

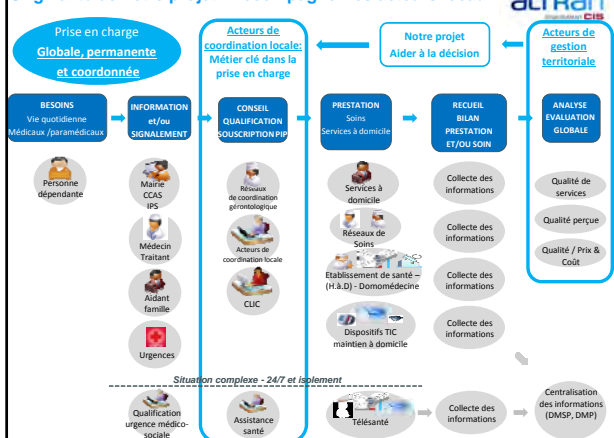
- Communauté d'agglomération de Saint Quentin en Yvelines,
- En cours : Plateau de Saclay, Versailles Grand Parc, Europ'Essonne, autre territoire.
- En cours : Conseil Régional de Champagne Ardenne
- En cours : Agence Régionale de Santé Ile de France et de Champagne Ardenne

Réseaux et structures de travail / d'hébergement / d'accueil & professionnels de santé et médico-sociaux :

Sur la communauté de Saint Quentin en Yvelines, voici une illustration des acteurs mobilisés :

- 2 réseaux de santé potentiels :
 - Réseau PALLIUM (attention en 2010, sur un tiers des situations suivies sur SQY, la grande majorité avait moins de 60 ans)
 - Réseau CARMAD
- 1 plateforme de modernisation AMADOM : 30 structures d'aides à domicile dont l'objectif est d'embarquer à minima 3 ou 4
 - L'association des médecins des 3 Villages : 50 médecins
 - Maison pluridisciplinaire de santé en projet : 12 médecins
 - Plusieurs Etablissement d'hébergement ont des médecins coordinateurs
 - La Coordination Locale de Gérontologie qui évalue et suit l'APA
 - Entre 100 et 200 professionnels (Travailleurs sociaux, médecins, infirmiers, auxiliaires de vie, pharmaciens...)

Originalité de notre projet : Accompagner les acteurs locaux

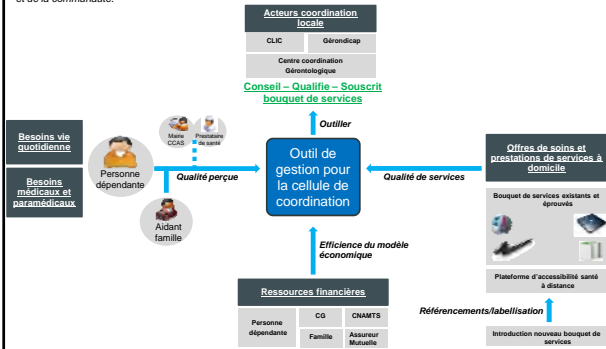


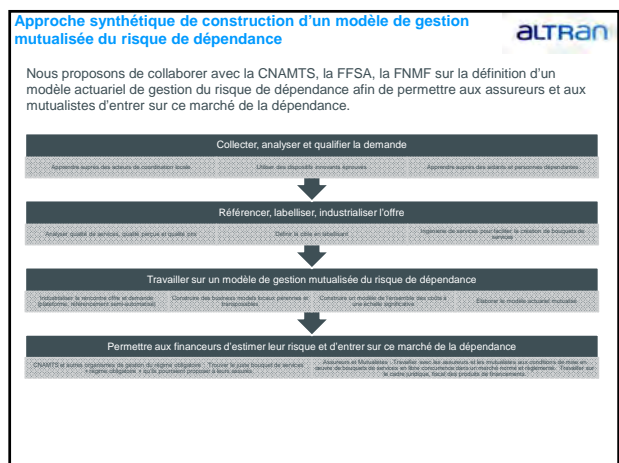
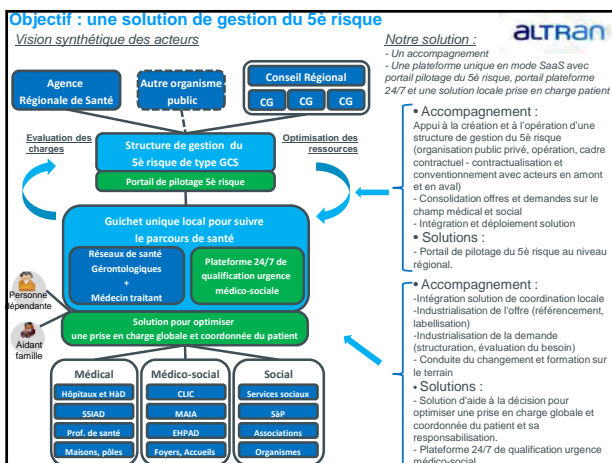
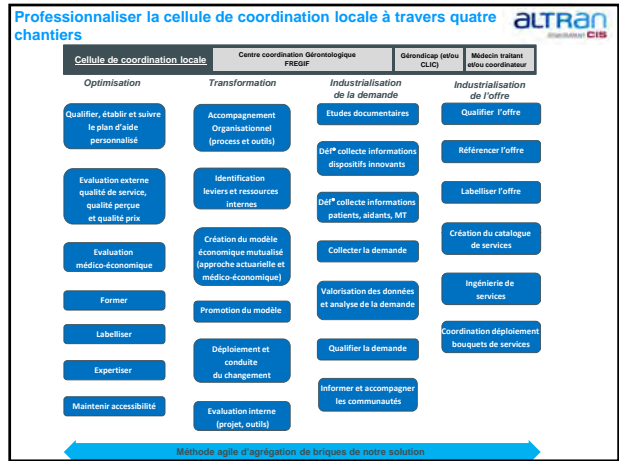
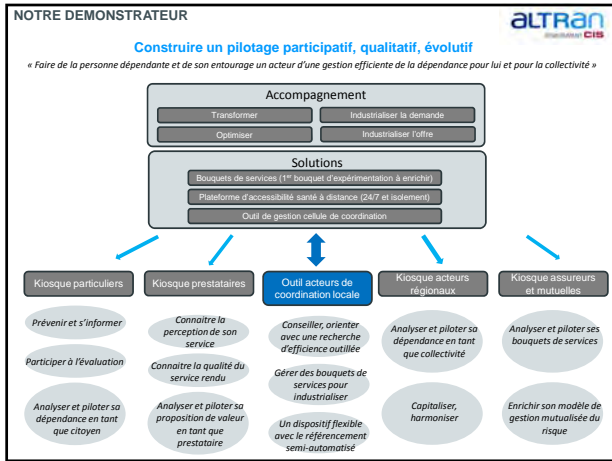
Une méthode et des outils pour enrichir l'action de coordination



Les acteurs de coordination locale sont le point névralgique de rencontre entre une demande segmentée et évolutive et une offre variée peu coordonnée.

Notre objectif est de participer à la construction d'un modèle efficient qui permette de satisfaire le citoyen dépendant en lui proposant un bouquet de services et de soins coordonné, évolutif, reconnu et adapté aux contraintes financières de cette personne et de la communauté.





Jérôme FAGGION
Directeur Pôle Santé - Social
Secteur Public et Protection Sociale
01 48 88 73 49 - 06 08 23 02 01

altran
58 boulevard Gouvion Saint-Cyr
75017 PARIS Cedex 17
www.altran.com

Olivier de la BOULAYE
Responsable du Développement
Secteur Public, Santé et Protection Sociale
01 48 88 73 88 - 06 08 03 83 97

altran
58 boulevard Gouvion Saint-Cyr
75017 PARIS Cedex 17
www.altran.com

FIN DU DOCUMENT

Auteur et date

Dr Pierre-André COULON,
Réseau Hippocampes – Juin 2011



Titre

**Conseils adaptés aux malades à risque de
fausses routes (pour les aidants)**

Certains signes doivent attirer l'attention

Fermeture incomplète de la bouche, mauvais contrôle de la langue, incapacité à boire ou à mastiquer, intolérance à certaines textures d'aliments

Accumulation des aliments dans la cavité buccale, mastication excessive, allongement du temps pendant lequel les aliments restent dans la bouche

Sensation d'aliments « coincés » ou blocages alimentaires, gêne pour avaler ou toux lors de la déglutition, vomissements, régurgitations, bave

Réduction des prises alimentaires, amaigrissement, encombrement bronchique

Mycose buccale

Recommandations générales

1 - Environnement

Minimiser les sources de distraction au moment des repas et collations (éteindre la télévision, éviter les bruits environnants et les conversations ...)

Se procurer un verre à découpe anatomique en pharmacie ou faire boire avec un verre toujours plein

Tête de lit toujours légèrement redressée en dehors des repas et même la nuit

2 - Hygiène bucco-dentaire

Soigner toute mycose buccale

Avant le repas : Mettre l'appareil dentaire propre

Après le repas : Rincer la bouche, soin de bouche si nécessaire

3 - Alimentation fractionnée

6 repas par jour (3 repas, 3 collations)

Proposer des boissons gazeuses froides, épaissies ou gélifiées sur avis médical

Aliments bien contrastés en goût (acides, salés mais jamais pimentés)

Aliments plutôt froids

Consistance des aliments à définir et à adapter avec le médecin traitant

Le repas

▪ **Au moment des repas :**

	Au lit	Au fauteuil
Installation	<p>Bien caler le dos avec de gros oreillers pour verticaliser au maximum le haut du corps</p> <p>Personne bien réveillée</p>	<p>Dossier verticalisé au maximum</p> <p>Haut du corps droit</p> <p>Tête dans l'axe</p>
Posture	<p>Buste droit</p> <p>Tête droite et suffisamment calée pour empêcher l'extension en arrière</p> <p>Menton rentré</p> <p>Regard orienté vers le bas</p>	
Déroulement du repas	<p>S'installer de façon à être en face et légèrement en contrebas par rapport au patient</p> <p>Favoriser l'attention du patient sur la prise alimentaire</p> <p>Eviter de faire parler le patient</p> <p>Administrer de petites cuillérées</p> <p>Evitez l'extension en arrière de la tête en proposant systématiquement les aliments par le bas, la cuillère bien en contact avec la langue</p> <p>Au besoin maintenir la tête du patient inclinée vers le bas tout au long de la déglutition</p> <p>Lui laisser le temps de bien mastiquer et de bien avaler</p> <p>Vérifier que la déglutition a eu lieu et que la bouche est vide avant de présenter une nouvelle cuillère</p> <p>A la fin du repas, faire tousser ou racler la gorge si la voix n'est pas claire pour dégager le larynx</p>	

▪ **Après les repas :**

Maintenir la verticalisation du patient au moins une demi-heure après le repas au lit comme au fauteuil

Assurer l'hygiène bucco-dentaire après avoir vérifié que la bouche est vide

Retirer le plateau dès la fin du repas

Ne laisser ni aliment, ni boisson à portée de main

Auteur et date

Dr Pierre-André COULON,
Réseau Hippocampes – Juin 2011



Titre

**Alimentation adaptée aux troubles de
déglutition (à destination des médecins)**

Situations à risque

Démence sévère
Déshydratation
Sécheresse buccale
Gloutonnerie
Paralysie faciale
Pathologie et malformations ORL
Prothèses mal fixées
Psychotropes
Séquelles d'AVC
Trouble de conscience

Signes d'alerte

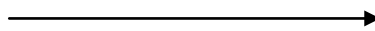
Reflux gastro-œsophagien
Toux
Pneumopathies à répétition (basale droite ou bilatérale)
Refus alimentaire (de crainte)
Allongement temps buccal
Bavage
Amaigrissement
Amyotrophie

Test au verre d'eau

En cas de doute permet de vérifier l'absence de fausse route, on commence par tester avec 3 cuillères à café.
Si pas de signe anormal au bout d' 1 minute, on teste avec le verre d'eau.
Environnement calme sans distraction (porte fermée, télévision éteinte).
Patient le plus assis possible, la tête la plus droite possible.
Se placer le plus en face possible, du côté sain ou moins atteint si hémiparésie ou troubles neurologiques asymétriques.

Ecouter la « voix de base » du patient

3 cuillères à café d'eau



Un verre d'eau plein pour
éviter que le patient ne
penche la tête en arrière

Observer pendant **1 minute** si : - toux
- voix mouillée ou rauque
- régurgitation
- bruits anormaux
- gêne respiratoire

1. Aliments solides

Supprimer :

Les morceaux fermes et les morceaux élastiques comme le blanc d'œuf cuit.

Les aliments ou préparations de consistance :

- Filandreuse : Potage peu mixé, poireaux et endives crus, épinard en branche, céleri-branche, bettes, gratins avec filaments...
- Granuleuse : Semoule, riz, lentilles, petit-pois, maïs...
- Pâteuse : Fromage frais ou fromages fondus.

Les aliments crus : Salades vertes, salades composées, les fruits (agrumes, fruits à noyaux).

Les préparations à base de feuilletage (feuilletés, tourtes, croissants...).

Les préparations à texture pâteuse (purées à consistance solide...).

Les préparations à texture mixte : Association de petits éléments solides et liquides comme le bouillon au vermicelle ou le tapioca.

Favoriser les aliments bien contrastés en goût (salés, acides mais éviter le piment) et en température (les aliments froids diminuent le risque de fausse route).

2. Boissons et préparations liquides

Préférer les boissons gazeuses pauvres en sel, froides ou si nécessaire boissons additionnées d'épaississant (vendu en pharmacie).

Boissons : eau, thé, café, tisane, jus de fruits, bouillon de légumes...

Aliments et préparations : lait, café au lait, lait chocolaté, potage liquide...

A supprimer : les boissons alcoolisées, le vinaigre, les jus de fruits à base d'agrumes

3. Textures

Trois types de textures existent : mixée lisse, moulinée, ou hachée.

Le but est d'adapter la texture de l'alimentation et des boissons aux troubles spécifiques de chaque patient. Le choix de texture est une décision médicale.

Le régime de texture *moulinée* est le régime de sécurité. **Le passage aux régimes de texture mixée lisse ou normale hachée doit se discuter avec le médecin.**

Mixée lisse	Moulinée	Normale hachée
<i>Offrir au patient des repas de texture lisse, de petit volume, enrichis et fractionnés.</i>	<i>Introduire des aliments fondants en bouche.</i>	<i>Introduire des aliments à texture tendre.</i>
<p>Sont autorisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> Assiette lisse Purée de légumes enrichies en beurre ou fromage frais Sauces fines Bouillie Fromage blanc, yaourts Entremets, flans Compotes fines Mousse de fruits Glaces Crèmes enrichies 	<p>Sont introduits :</p> <ul style="list-style-type: none"> Haché fin de viande Haché fin de poisson Haché fin de jambon Œuf dur haché Jambon haché Biscuits secs humidifiés Mousse de poisson Mousse de légumes Entremets à la semoule fine Compote Purée de légumes Banane écrasée 	<p>Sont introduits :</p> <ul style="list-style-type: none"> Viande hachée ou tendre Lasagnes, raviolis, cannellonis Poisson sans arêtes Jambon coupé fin Quenelles Omelette nature Pâtes bien cuites (taille moyenne type macaronis) Légumes bien cuits pouvant s'écraser à la fourchette (courgettes, haricots verts, choux...) Fruits cuits fondants (pêche, pomme...) Fruits bien mûrs (poires, pêches, abricots, bananes...) Fromages à pâte molle avec croûte fine bien fait (camembert, brie, Saint Paulin...)

Dr Aurélie LEMAIRE et
Dr Caroline MARQUIS,
Réseau Mémoires – Juin 2011



DENUTRITION DE LA PERSONNE AGÉE (à destination des patients et aidants)

1- Fréquence de la dénutrition

5 % des plus de 70 ans ; 10 % des plus de 80 ans.

2- Apports nécessaires

30-35 Kcal/Kg/j et 1,2 g protéines /Kg /j en situation non pathologique.

3- Quand y penser / Situations à risque :

- Moins de 3 repas /jour
- Perte d'appétit
- Perte de poids
- Réfrigérateur vide
- Mauvais état bucco-dentaire, appareil inadapté
- Troubles de la déglutition, difficultés à avaler et à mâcher
- Hospitalisation récente
- Situation de stress/ Dépression
- Infection
- Douleur
- Prise de plus de 5 médicaments par jour
- Régime alimentaire restrictif
- Troubles de la mémoire/ Troubles Psychiatriques
- Sédentarité/Dépendance

4- Prévention :

- Pesée mensuelle à comparer au poids de forme (habituel)
- Augmenter les apports alimentaires dès que situation à risque et penser à modifier la texture alimentaire si besoin ; adapter l'alimentation au goût de la personne ; vérifier la quantité consommée
- Eviter les régimes restrictifs
- Hydratation correcte : 5 verres de 20 cl/jour minimum
- Bonne hygiène bucco-dentaire
- Lutter contre la constipation
- Pratiquer une activité physique de 30 minutes/jour

5- Parlez-en régulièrement à votre médecin traitant ! Indiquez-lui votre poids.

Demandez conseil à votre médecin traitant !

Auteur et date

Dr Nabila FOUCRET,
Réseau Hippocampes – Juin 2011



Titre

LES ESCARRES EN GERIATRIE

Définition :

En gériatrie, l'escarre survient toujours dans un contexte associant des facteurs locaux et des facteurs généraux qu'il convient de rechercher.

L'escarre est une plaie de pression, plus ou moins profonde et étendue, provoquée dans la majorité des cas par la compression et/ou le cisaillement et/ou le frottement des vaisseaux sanguins entre un os et un plan dur. Il en résulte alors une ischémie des parties molles puis un délabrement nécrotique des tissus (les muscles étant plus sensibles à l'ischémie que les structures cutanées).

Physiopathologie des escarres :

Contexte d'apparition	Prévention
Facteurs locaux	
<ul style="list-style-type: none"> - Alitement prolongé - Immobilisation au fauteuil prolongée 	<p>Diminution de la durée d'appui ou mise en décharge : Lever quotidien (au fauteuil si besoin) Eviter la contention au lit ou au fauteuil et, si elles sont prescrites, éviter la ceinture thoraco-abdomino-pelvienne, ou pelvienne trop serrée Planifier le changement de position si la personne âgée ne peut l'assurer seule</p>
	<p>Assurer une hygiène rigoureuse : Change régulier des protections et des draps Effleurage (massage doux du bout des doigts sur les zones à risque) à chaque change</p>
	<p>Support inadéquat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Source de lésion cutanée - Macération <p>Support adapté au risque : Matelas ou surmatelas spécifique à mémoire de forme ou à air (alternating) Coussin spécifique (mémoire de forme ou à air) sur les fauteuils Eviter de border les lits, les plis et les épaisseurs (proscrire les alèses)</p>
Facteurs généraux	
<ul style="list-style-type: none"> - Malnutrition protéino-énergétique - Déshydratation - Artérite - Hypotension-artérielle - Insuffisance cardiaque - Hypoxémie - Etat de choc... 	<p>Surveiller régulièrement :</p> <p>L'état nutritionnel L'hydratation La tension (surtout si traitement diurétique ou hypotenseur) Les pouls périphériques L'état cutané des personnes âgées</p>

Le risque d'escarre est évalué par des échelles qui permettent de mettre en place des stratégies de prévention dont l'échelle de Braden et l'échelle de Norton (le risque est élevé si score ≥ 14).

	Etat général	Etat mental	Activité et Autonomie	Mobilité	Incontinence
4	Bon	Bon	Sans aide	Totale	Aucune
3	Moyen	Apathique	Avec aide	Diminuée	Parfois
2	Mauvais	Confus	Assis	limitée	Urinaire
1	Très mauvais	Crépusculaire	Alité	Aucune	Mixte

Diagnostic et classification :

Examiner régulièrement toutes les zones d'appui ou de friction pour un dépistage précoce.

Stade 0	Hyperhémie réactionnelle : rougeur qui blanchit à la pression du doigt. Histologie : œdème, dilatation vasculaire, infiltrat périvasculaire. Réversible en 24h.
Stade 1	Rougeur persistante : qui ne blanchit pas à la pression du doigt, persiste plus de 24h. Histologie : engorgement des hématies, œdème et infiltrat périvasculaire.
Stade 2	Perte de substance impliquant l'épiderme et en partie le derme, se présentant comme une phlyctène, une abrasion ou une ulcération superficielle.
Stade 3	Perte de substance impliquant le tissu sous cutané avec ou sans décollement périphérique.
Stade 4	Perte de substance atteignant ou dépassant le fascia et pouvant impliquer l'os, l'articulation, le muscle ou les tendons sous-jacents.

Traitement :

- **Cibler les patients à risque (Echelle de Norton)** et appliquer des mesures préventives
- La prévention et l'examen quotidien des téguments des personnes à risque doit être une préoccupation permanente de l'entourage familial et professionnel
- **Traiter les facteurs de risque** (artérite, déshydratation, dénutrition, bas débit...).
- **Adapter les supports** pour une meilleure décharge de la zone atteinte. Lutter contre les facteurs de macération et lésions de cisaillement en utilisant les draps de transfert.
- **Evaluation de la douleur et traitement selon les 3 paliers de l'OMS.**
- **Soins locaux** selon le stade de l'escarre et le protocole médical.
- Ne pas hésiter à solliciter les équipes spécialisées qui préconisent parfois des systèmes de traitement par dépression aussi appelés VAC® (Vacuum Assisted Closure) ou faire appel aux chirurgiens vasculaires qui peuvent procéder à une reconstitution cutanée avec une mise à plat de l'escarre et une greffe si le problème vasculaire est identifié et persistant. Suivi à distance possible par photos numériques.

Stade 0 et 1	Effleurage et protection reposent sur : la surveillance , la propreté , la protection des zones de frottement (avec pansements hydrocolloïdes fins ou crèmes hydratantes et réparatrices) et la mobilisation du patient .
Stade 2 - 3 et 4	Nettoyage de la plaie au sérum physiologique ou glucosé. Puis pose de pansement hydrocellulaire, hydrogel, ou interface neutre (tulle) Possibilité d'appliquer un hydrocellulaire épais ou un alginat (en compresse ou mèche en fonction de la profondeur) si plaie fibrineuse et/ou exsudative. Il existe des hydrocellulaires imprégnés d'antalgiques (Ibuprofène), d'argent si la plaie est infectée ou de charbon si la plaie est malodorante. Si nécrose sèche : ne pas ramollir par hydrogel, ni scarifier, ni faire de détersion sans avis médical car risque d'atteinte profonde irréversible.

La détersion mécanique est un acte thérapeutique, qui doit-être adapté, contrôlé et évalué en fonction de l'**état artériel local**. L'examen clinique de base sera une recherche des pouls distaux et la mesure de l'index de pression systolique (IPS) qui ne doit pas être inférieure à 0,8.

Dr Aurélie LEMAIRE et
Dr Caroline MARQUIS,
Réseau Mémoires – Juin 2011



iatrogénie : les problèmes liés aux médicaments (pour patients et aidants)

Quand y penser ?

Devant tout symptôme inhabituel surtout quand on prend beaucoup de médicaments qu'ils soient nouveaux ou anciens.

Fréquence ?

Assez fréquents, responsables de 10 à 20% des causes d'hospitalisations chez les personnes âgées.

Quels sont les médicaments en cause ?

TOUS et en particulier les traitements à visée cardiaque, anti douleurs et tranquillisants

Attention à l'automédication ou aux conseils de non professionnels, aux multiples ordonnances, et aux traitements qui peuvent vous paraître anodins (ex : collyres, crèmes, plantes, poudres....), aux médicaments périmés ou anciens traitements.



Quelle sont les situations à risque ?

- modifications de traitement
- passage d'un médicament au nom commercial à un générique ou l'inverse
- sortie d'hospitalisation,
- troubles de la mémoire
- troubles de la vision
- problèmes médicaux aigus (infection, déshydratation, mauvaise alimentation.....), canicule
- personne dépendante avec absence d'aidant

Prévention :

- Le médecin doit réévaluer régulièrement les traitements
- Informez votre médecin traitant de tous vos traitements (y compris ophtalmologiques, dermatologiques, etc.)
- Importance de se faire expliquer l'ordonnance par le médecin, le pharmacien, éventuellement l'infirmière
- En cas d'erreur de prise : en référer à votre médecin
- En cas d'erreurs fréquentes, le passage d'une infirmière est nécessaire pour la distribution ou la préparation d'un pilulier (si besoin retirer l'accès aux médicaments)
- Vérifier l'armoire à pharmacie régulièrement (noter la date de vérification) et ramener les médicaments périmés ou non utilisés à votre pharmacien
- Noter la date d'ouverture des produits liquides sur la boîte.
- Laisser les comprimés dans leur boîte.

Demandez conseil à votre pharmacien !






Parcours de santé des personnes âgées
Appui à la mise en œuvre de la feuille de route régionale
Ile de France

Réunion du comité de pilotage territorial

Le 17 novembre 2011
 ARSIF


Agence Nationale d'Appui à la Performance
 des établissements de santé et médico-sociaux

Ordre du jour

1. Introduction et contexte
2. Rappel des conclusions tirées du projet « Parcours de santé des personnes âgées: diagnostic territorial et formalisation d'une feuille de route régionale »
3. Présentation de la démarche proposée en appui de la mise en œuvre de la feuille de route
4. La conduite du projet

3



Objectifs de la réunion

- Relancer de manière opérationnelle le travail relatif à l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées sur le territoire
- Partager la méthode et la démarche proposée avec l'ensemble des professionnels du tour de table
- Partager les objectifs portés par le projet dans sa phase de mise en œuvre

2



Ordre du jour

1. Introduction et contexte
2. Rappel des conclusions tirées du projet « Parcours de santé des personnes âgées: diagnostic territorial et formalisation d'une feuille de route régionale »
3. Présentation de la démarche proposée en appui de la mise en œuvre de la feuille de route
4. La conduite du projet

4

Contexte

- Les défis auxquels l'ARS Ile de France dans son PRS se propose de répondre pour améliorer les parcours de santé recouvrent globalement :
 - des enjeux de cohérence (les différentes étapes d'un parcours doivent être coordonnées entre elles),
 - des enjeux d'accessibilité (chacun doit pouvoir trouver une porte d'entrée dans le système de santé qui soit adaptée à ses besoins, et au moment opportun)
 - des enjeux de qualité chacun doit trouver une réponse continue et de qualité conforme à ses besoins mais aussi à ses préférences et à ses droits).
- Parce que c'est au niveau local que les synergies doivent être consolidées pour favoriser la cohérence des parcours de santé, l'ARS Ile de France souhaite également rénover l'approche territoriale de la santé autour d'espaces de contractualisation et d'innovation au service de la santé des populations.

5

Ordre du jour

1. Introduction et contexte
2. Rappel des conclusions tirées du projet « Parcours de santé des personnes âgées: diagnostic territorial et formalisation d'une feuille de route régionale »
3. Présentation de la démarche proposée en appui de la mise en œuvre de la feuille de route
4. Conduite du projet

7

Contexte

- Le dernier rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) propose de conduire des projets « pilotes » avec 5 régions volontaires sur plusieurs thématiques touchant à la problématique des parcours
- L'inscription dans la Loi: proposition du gouvernement article 37 bis du PLFSS pour 2012
- Débats parlementaires: l'Assemblée Nationale puis le Sénat ont voté le principe de l'expérimentation proposée à l'article 37 bis portant un objectif de « coordination des soins pour diminuer les hospitalisations des personnes âgées »
- Un cahier des charges sera arrêté par les ministres chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale.
- Le comité national de pilotage aura en charge la sélection des projets et l'estimation des impacts

6

Les grandes étapes du volet

« diagnostic territorial et formalisation d'une feuille de route régionale »



En complément

- Un travail de quantification et valorisation mené avec la CPAM75 et l'ERSM Ile de France

8

Les grands enseignements du volet

« diagnostic territorial et formalisation d'une feuille de route régionale »

1. Nécessité de s'extraire de la notion de « patient » mais considérer « la personne âgée et son entourage »
2. Le mix de consommation évolue avec un transfert de l'hôpital vers l'ambulatoire
 - Diminution globale au recours d'urgence et à l'hospitalisation :
 - 2.000 passages aux urgences, - 4.000 hospitalisations aux urgences et MCO, + 8.500 journées en SSR
 - Croissance de l'activité ambulatoire
 - Gestion de cas complexes
 - Développement de gérontechnologies et de la télémédecine
3. Accélération nécessaire des actions de prévention et d'éducation à la santé
4. Revoir le modèle de prise en charge en profondeur :
 - Transversalité et prise en charge globale de la personne âgée : organisation à clarifier et outil à développer
 - Gouvernance et financement sur le territoire

9

Les objectifs portés pour ce nouveau volet du projet

« appui à la mise en œuvre de la feuille de route sur le territoire »

3 axes clés : améliorer les flux / organiser la gouvernance / évaluer

- Mettre en œuvre des contrats territoriaux fondés sur l'évaluation des besoins de santé et le partage d'une responsabilité populationnelle
- Développer la transversalité et la coordination de l'ensemble des acteurs intervenant sur le parcours de santé
- Préciser les rôles et responsabilités des différents offreurs, inscrire les responsabilités de chacun quant à la qualité du parcours des personnes en cohérence/en miroir entre tous

11

Sur le territoire, la mise en perspective de la situation actuelle avec les opportunités et les menaces a permis d'identifier 3 axes d'amélioration

	Menaces	Opportunités
Forces	<ul style="list-style-type: none"> • Vieillesse et fragilisation de la population • Démographie médicale en ville • Absence de gouvernance sur le territoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Impact positif d'une prise en charge orientée aux besoins • Modèles et expériences sur gestion maladies chroniques • Nouvelles technologies
Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> • Panel étendu de services • Filière gériatrique existante • Expertise gériatrique • Expériences à capitaliser sur le territoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientation des parcours • Faiblesse de la prévention/anticipation • Prise en charge globale non généralisée • Patient du 18^{ème} arrondissement
	<p>Axe d'amélioration 1. <i>Créer les conditions favorables à la transversalité et la coordination des acteurs</i></p>	<p>Axe d'amélioration 3. <i>Expérimenter la gestion de maladies chroniques sur 1 ou 2 pathologies</i></p>
	<p>Axe d'amélioration 2. <i>Améliorer l'existant</i></p>	

10

Ordre du jour

1. Introduction et contexte
2. Rappel des conclusions tirées du projet « Parcours de santé des personnes âgées: diagnostic territorial et formalisation d'une feuille de route régionale »
3. Présentation de la démarche proposée en appui de la mise en œuvre de la feuille de route
4. Conduite du projet

12

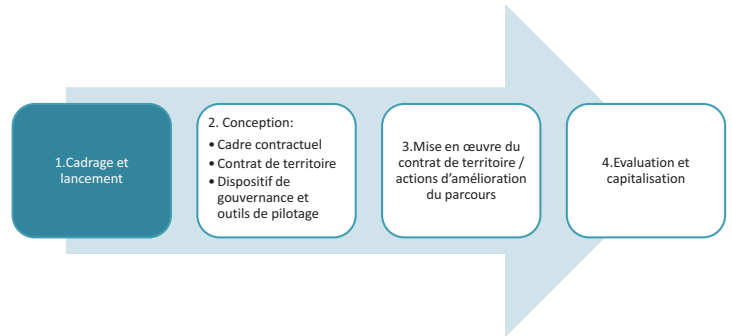
Une année pour ...

- Garantir la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des parcours de santé des personnes âgées
- Piloter différemment en inscrivant au cœur du projet les notions de contrat de territoire et de responsabilité populationnelle
- Faire évoluer le dispositif de gouvernance entre l'ARS et les professionnels de terrain
- Interroger notre capacité à structurer des parcours appropriés en réponse aux besoins de la population et à construire les outils d'évaluation de nos actions

13

La démarche proposée

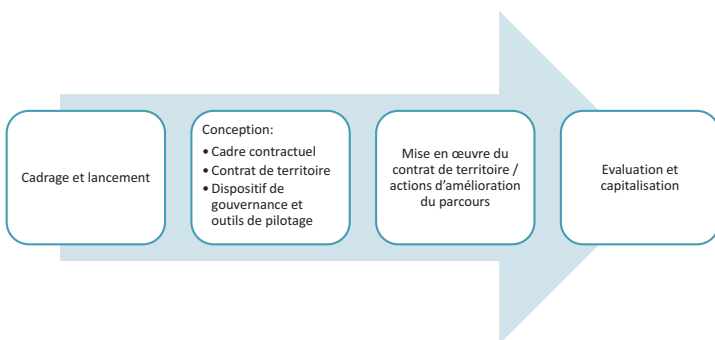
« Appui à la mise en œuvre de la feuille de route régionale »



15

La démarche proposée

« Appui à la mise en œuvre de la feuille de route régionale »



14

La démarche proposée

Etape 1: cadrage et lancement

Point de départ: actions de la feuille de route régionale présentée au comité de pilotage final du premier volet « diagnostic territorial » (7 juillet 2011)

Phase de cadrage: les modalités de travail entre l'ANAP et l'ARSIF sont définies par convention

Deux principes sont énoncés:

- L'ANAP vient en appui de l'équipe projet de l'ARSIF (appui méthodologique, expertise métier) et assure l'évaluation de la démarche et la capitalisation au fil de l'eau afin de modéliser une démarche répliquable sur d'autres territoires ou régions. Une démarche similaire est conduite avec l'ARS des Pays de la Loire
- La conduite du projet auprès des professionnels de terrain est assurée par l'équipe projet de l'ARS reposant particulièrement sur la DT75 en associant la CPAM75

16

La démarche proposée

Etape 1: cadrage et lancement

Point de départ: premiers résultats du travail de quantification et valorisation médico-économique engagé avec **l'ARSIF, la Cpm75 et l'ERSM IdF**

La phase de cadrage et de lancement permet également de:

- Relancer les travaux déjà conduits (synthèse des travaux, échanges sur les constats et améliorations possibles, apports de la démarche)
- Définir les suites à donner: définition des profils de besoins à repreciser pour simplifier et automatiser des analyses/évaluations quantitatives permettant de mettre en lien:

Base ALD (conso en ville) – Profils de besoins/Options de soins – Base PMSI (conso H)

Et ainsi disposer d'outils, de requêtes, d'indicateurs d'évaluation sur le parcours

17

La démarche proposée

Etape 2 : Conception/cadre contractuel

La construction d'un cadre contractuel constitue un préalable nécessaire

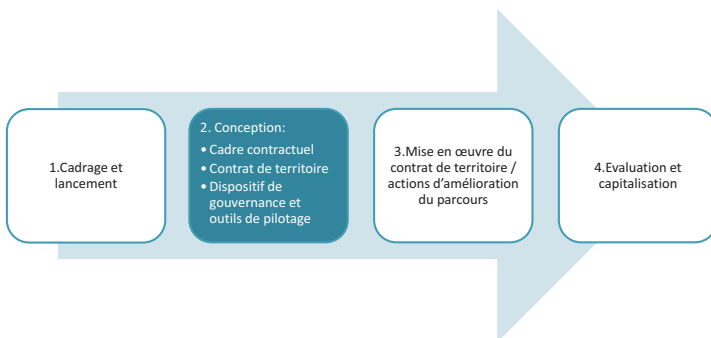
Notre approche repose notamment sur l'adaptation et l'appropriation d'expériences et d'outils existant à l'étranger (Suisse, Québec)

Cette étape mobilise principalement l'équipe projet de l'ARS et la proposition de cadre contractuel sera communiquée aux professionnels du tour de table

19

La démarche proposée

« Appui à la mise en œuvre de la feuille de route régionale »



18

La démarche proposée

Etape 2: conception / contrat de territoire

L'objectif de cette phase est d'intégrer dans le cadre contractuel proposé les actions d'amélioration du parcours de santé des personnes âgées d'ores et déjà formulées dans les résultats du volet précédemment conduit (volet diagnostic territorial et formalisation d'une feuille de route régionale).

Le contrat du territoire prendra la forme d'un document commun à l'ensemble des acteurs du territoire. Le document partagé précise les objectifs propres à chaque opérateur et les objectifs communs ou partagés pour notamment assurer une réduction continue du recours inapproprié aux services d'urgence.

L'engagement des acteurs du tour de table sera confirmé dès le mois de décembre 2011

20

La démarche proposée

Etape 2: conception / dispositif de gouvernance et outils de pilotage

La construction du dispositif de gouvernance territoriale est une étape importante. Elle traduit un positionnement et un rôle nouveau de l'ARS auprès des professionnels de terrain

Ici encore, les expériences Québécoise et Suisse sont riches en enseignements malgré des contextes nationaux différents

Cette étape mobilise principalement l'équipe projet de l'ARS. La présentation du dispositif et des outils sera réalisée afin d'assurer une bonne appropriation par les professionnels du tour de table de la démarche de suivi, des tableaux de bord partagés (support et temps de « reporting »)

Un travail technique important est à réaliser pour définir les bons outils de suivi et d'évaluation (quelle méthode évaluative, quelles informations/données ou indicateurs à suivre, quelles modalités de production, d'analyse et d'interprétation?)

21

La démarche proposée

Etape 3: Mise en œuvre du contrat de territoire / actions d'amélioration du parcours

La phase de mise en œuvre opérationnelle du contrat de territoire répond à deux objectifs spécifiques :

- Assurer la conduite d'actions concrètes orientées sur la prise en charge des personnes âgées sur le territoire et visant à améliorer les parcours
- Concrétiser un dispositif nouveau de gouvernance territoriale reposant sur un positionnement de l'ARS Ile de France à la fois animateur et pilote sur un territoire

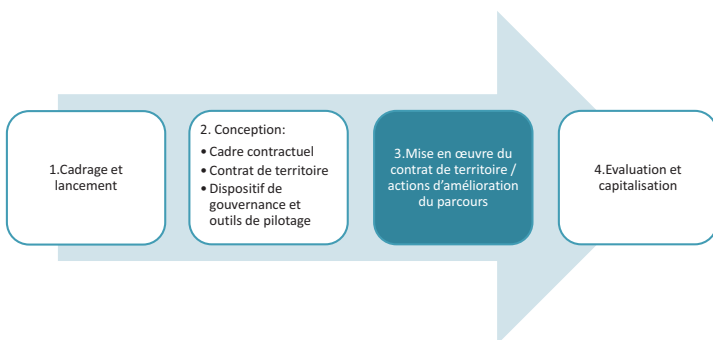
Cette étape mobilise:

- Les professionnels de santé qui mettent en œuvre les actions d'amélioration et participent à l'évaluation globale du contrat de territoire
- L'équipe projet de l'ARS Ile de France qui assure l'animation et le suivi
- L'ANAP vient en appui de l'équipe projet de l'ARS Ile de France (appui méthodologique et expertise métier). Elle anime le dispositif de remontée au fil de l'eau des éléments nécessaires à la capitalisation (partage d'expériences)

23

La démarche proposée

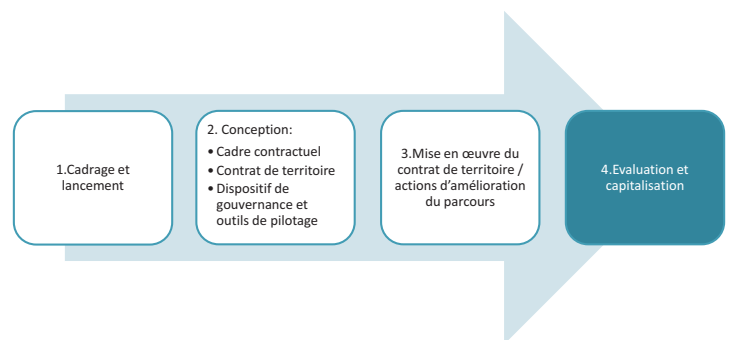
« Appui à la mise en œuvre de la feuille de route régionale »



22

La démarche proposée

« Appui à la mise en œuvre de la feuille de route régionale »



24

La démarche proposée

Etape 4: d'évaluation et de capitalisation

- Une évaluation quantitative et qualitative est conduite, elle porte sur les résultats atteints pour les différents niveaux
 - niveau de gouvernance et pilotage territorial
 - niveau de coordination des professionnels de santé sur le territoire
 - niveau de réalisation et atteintes des objectifs orientés sur la prise en charge des personnes âgées sur le territoire
- Des restitutions intermédiaires seront organisées afin d'éviter un effet « tunnel » sur le projet

25

Les professionnels engagés

Animation et pilotage du projet : ARSIF (direction de l'offre de soins et médico-sociale, délégation territoriale 75) avec l'appui méthodologique de l'ANAP et en étroite collaboration avec la CPAM75

Groupe technique projet: ARSIF (direction de l'offre de soins et médico-sociale, délégation de la stratégie, direction de la santé publique, délégation territoriale 75, ERSM, CPAM75) avec appui de l'ANAP et participation du HCAAM (sous réserve)

Comité de pilotage territorial : 3 types de représentations

- Représentant des usagers
- Représentants régionaux des professionnels ou structures
- Professionnels ou structures du tour de table

Tour de table : professionnels et structures engagés dans le contrat de territoire

27

Ordre du jour

1. Introduction et contexte
2. Rappel des conclusions tirées du projet « Parcours de santé des personnes âgées: diagnostic territorial et formalisation d'une feuille de route régionale »
3. Présentation de la démarche proposée en appui de la mise en œuvre de la feuille de route
4. Conduite du projet

26

Les professionnels engagés

ARSIF (direction de l'offre de soins et médico-sociale, DT75) et CPAM75 (+appui ANAP)

- Animation et pilotage du projet

Groupe technique projet: ARSIF (direction de l'offre de soins et médico-sociale, direction de la stratégie, direction de la santé publique, délégation territoriale 75, ERSM, CPAM75) avec appui de l'ANAP et participation du HCAAM (sous réserve)

- Groupe technique

ARSIF (direction de l'offre de soins et médico-sociale, DT75), CPAM75, ERSM, CODERPA, CASVP, FREGIF, APHP (secrétariat général), APHP-GH, URPS médecins, URPS infirmiers, CLIC-PPE 19, Hôpital Lariboisière, HAD APHP, HAD Santé Service, Hôpital Jean Jaurès, RSPN, AGEF, Résidence Océane

- Comité de pilotage territorial

CLIC-PPE, Hôpital Lariboisière, HAD APHP, HAD Santé Service, Hôpital Jean Jaurès, RSPN, AGEF, Résidence Océane

- Tour de table

28

Prochains pas

- Revenir vers les acteurs pour faire le point sur l'avancement de leurs actions
- Travail avec la délégation territoriale 75 pour préciser le contenu du contrat de territoire
- Travail en groupe technique Arsif / ERSM / Cpm75
- Engagement du comité technique proposé en décembre

29

Déclinaison des objectifs et actions d'amélioration

- **Axe 1 : créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs**

Objectif 1.1 : structurer sur le territoire une nouvelle gouvernance

Objectif spécifique : Piloter l'effectivité d'une responsabilité populationnelle partagée par le biais d'un contrat de territoire

Proposition d'actions :

- Recenser les partenaires du tour de table (actuel et cible)
- Partager les orientations stratégiques, les objectifs spécifiques et leur déclinaison opérationnelle avec les acteurs du tour de table
- Mettre en place les outils d'animation et de suivi du contrat
- Définir le dispositif d'évaluation de la relation contractuelle

31

ANNEXE ACTIONS DE LA FEUILLE DE ROUTE

Déclinaison des objectifs et actions d'amélioration

- **Axe 1 : créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs**

Objectif 1.2 : Développer les outils adaptés de la coordination entre les acteurs

Objectif spécifique : Réduire la distance entre les professionnels (améliorer la reconnaissance des professionnels sur un territoire, organiser les interfaces entre les professionnels, limiter les pertes de mémoire sur le parcours de la personne)

Proposition d'actions :

- Soutenir les dynamiques de coopération (projet de GCSMS sur le Nord-Parisien) DT75
- Centraliser et partager les informations utiles à la connaissance de l'offre de soins et médico-sociale sur le territoire par le biais d'un site Web professionnel (pilote : GCSMS en cours / coordination de la filière gériatrique 9/10/19)
- Travailler à la réduction des doublons en matière d'évaluation de la situation et des besoins des personnes (s'accorder sur le processus, les outils, les rôles de chacun en matière d'évaluation et le partage des évaluations)
- Développer des outils communs d'échanges ou de partage des informations relatives au parcours des personnes

32

Déclinaison des objectifs et actions d'amélioration

- **Axe 2 : Améliorer de manière continue les pratiques et les organisations de manière à réduire les passages évitables aux urgences**

Les chiffres clés 2009 sur le territoire d'analyse

- Sur les +/- 40.000 personnes âgées du territoire
- +/- 7.800 personnes ont recours aux urgences ...
- ... ce qui génère +/- 12.700 passages aux urgences
- 1 patient sur 3 sera réadmis aux urgences au moins une fois dans la même année
- Seuls 37% des séjours à l'hôpital n'ont pas commencé aux urgences

Quantification des objectifs

Leviers	Objectif	Impact sur le nb de passages aux urgences de Lariboisière
1 Réduction des réadmissions	50%	-68
2 Elimination des triples (ou plus) réadmissions	100%	- 1 012
3 Réduction du taux de recours aux urgences	5%	- 390
4 Augmentation de l'hospitalisation directe	50%	-300
		- 1 770

Ceci conduirait à une réduction de 47% des passages aux urgences

33

Déclinaison des objectifs et actions d'amélioration

Objectif 2.2 : Développer des stratégies de recours par défaut aux urgences

Objectifs spécifiques :

- Développer l'accès aux évaluations gériatriques d'urgence en ville
- Renforcer la lisibilité de l'offre gériatrique auprès du grand public et particulièrement des aidants

Proposition d'actions :

- Définir entre les partenaires des critères et protocoles d'orientation vers les urgences et alternatives aux urgences à partir d'expériences positives (protocole Hôpital Bichat – PPE de réduction des orientations aux urgences évitables)
- Informer et former les médecins de première ligne à la gestion des situations d'urgences pour les personnes âgées

35

Déclinaison des objectifs et actions d'amélioration

Objectif 2.1 : Favoriser l'éducation à la santé et informer

Objectif spécifique : Promouvoir un ou plusieurs programmes d'éducation à la santé auprès des professionnels, des personnes âgées et de leur entourage afin de limiter les risques et situations d'urgences (3 orientations : repérer, informer, éduquer)

Proposition d'actions :

- Partager et déployer des initiatives locales portant leur fruit en matière de nutrition (initiative réseau AGEPE)

34

Déclinaison des objectifs et actions d'amélioration

Objectif 2.3 : Faciliter l'accès aux soins en filière ainsi que la programmation

Objectifs spécifiques :

- Développer l'accès direct aux services de gériatrie (hospitalisation de courte durée, consultation spécialisée, hospitalisation de jour, réévaluation ou rééquilibration en SSR)
- Améliorer le parcours de la personne en intra-hospitalier et l'interface avec la ville

Proposition d'actions :

- Organiser/Mettre en place la filière courte pour l'accès aux services de gériatrie et au plateau technique
- Programmer des évaluations gériatriques à domicile afin de prévenir/anticiper une décompensation et assurer le partage de l'évaluation
- Développer des revues de dossiers associant l'ensemble des intervenants sur le territoire pour partager une analyse et des actions d'améliorations à partir de cas concrets

36

Déclinaison des objectifs et actions d'amélioration

Objectif 2.4 : Assurer le suivi médical et l'accompagnement à domicile

Objectif spécifiques :

- Assurer une continuité des soins à domicile notamment à l'issue d'une hospitalisation
- Faciliter la mise en place fluide des aides au domicile

Proposition d'actions :

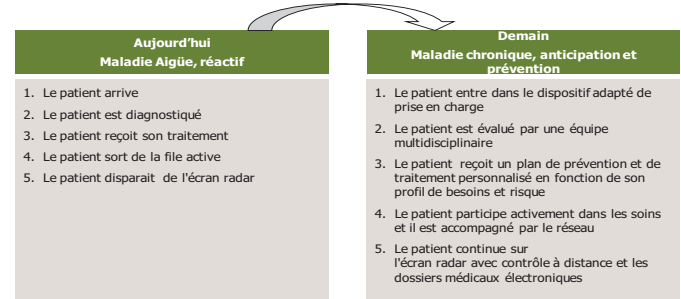
- Développer l'offre concourant au soutien à domicile (hébergement temporaire notamment)
- Définir le protocole de suivi de la personne à domicile (radar)

37

Déclinaison des objectifs et actions d'amélioration

Axe 3 : Faire les choses autrement

Objectif 3.1 : Expérimenter une gestion différente de la maladie chronique sur un profil de besoins déterminé



Sources : Modèles en évolution. Bengoa, 2008 (Observatoire Kroniker).

39

Déclinaison des objectifs et actions d'amélioration

Objectif 2.5 : Assurer le suivi médical en Ehpad

Objectif spécifique : Améliorer le suivi médical des résidents en Ehpad, prévenir /anticiper une décompensation

Proposition d'actions :

- Partager les bonnes pratiques identifiées sur le territoire (expérience de la Résidence Océane : réseau partenaire avec les médecins traitants)
- Organiser un accès en filière courte pour les résidents en Ehpad nécessitant une consultation spécialisée, une hospitalisation programmée ou non programmée

38

Déclinaison des objectifs et actions d'amélioration

Objectif 3.1 : Expérimenter une gestion différente de la maladie chronique sur un profil de besoins déterminé

Objectifs spécifiques :

- Configuration opérationnelle d'un modèle adapté de la prise en charge de la maladie chronique pour un profil de besoins
- Mettre en œuvre une gouvernance adaptée pour expérimenter de nouvelles pratiques
- Mobiliser les solutions gérontechnologies, e.santé au sens large

Proposition d'actions :

- Définir les critères d'inclusion dans le programme (profil de besoins)
- Définir le protocole de prise en charge (parcours approprié)
- Mettre en œuvre les nouveaux parcours
 - Former et mobiliser les acteurs pour les accompagner dans la mise en œuvre
 - Accompagner l'évolution des pratiques
 - Accompagner l'émergence de nouveaux métiers et/ou coopérations entre les professionnels d'un rôle nouveau, de pratiques innovantes

40



Précisions sur la valeur et la mise en place du contrat de territoire

Un cadre contractuel:

- en construction qui ne vient pas remplacer les Cpoms actuels mais préfigure un nouveau mode d'exercice de la responsabilité: des acteurs de l'offre de santé, de l'ARS dans la limite de son champ de compétence
- qui s'appuie sur les dynamiques déjà en cours

L'engagement des acteurs de l'offre comme de l'ARS est une condition de réussite c'est pourquoi l'ARS proposera en décembre un engagement officiel au acteurs du tour de table actuel

Les partenariats particulièrement celui de la Ville de Paris sont également recherchés pour que la gouvernance territoriale trouve toute sa cohérence et soit lisible pour les acteurs de santé

43



Les ambitions portées dans le cadre de ce projet « pilote »

- Dans un contexte budgétaire et financier contraint la nécessité de faire différemment est un objectif partagé
- L'exemplarité sur ce projet constitue un levier fort pour faire évoluer positivement le modèle actuel et démontrer qu'il est possible et pertinent de piloter différemment les actions en santé
- Les axes clés: partir du besoin – de la demande / définir la responsabilité de chacun dans la réponse au besoin / assurer une gouvernance structurée et cohérente
- La démarche est un « pilote »: structurer l'engagement de l'ARS avec les offreurs d'un territoire sur la définition des besoins de santé, l'évaluation des réponses proposées pour y répondre est une innovation
- Les attentes mais également les craintes sont importantes. La conduite du changement nécessite ainsi de construire le projet avec transparence pour assurer la confiance

42



Documents Quebec

Quelques éléments sur le retour d'expérience du Québec

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-05.pdf>

44

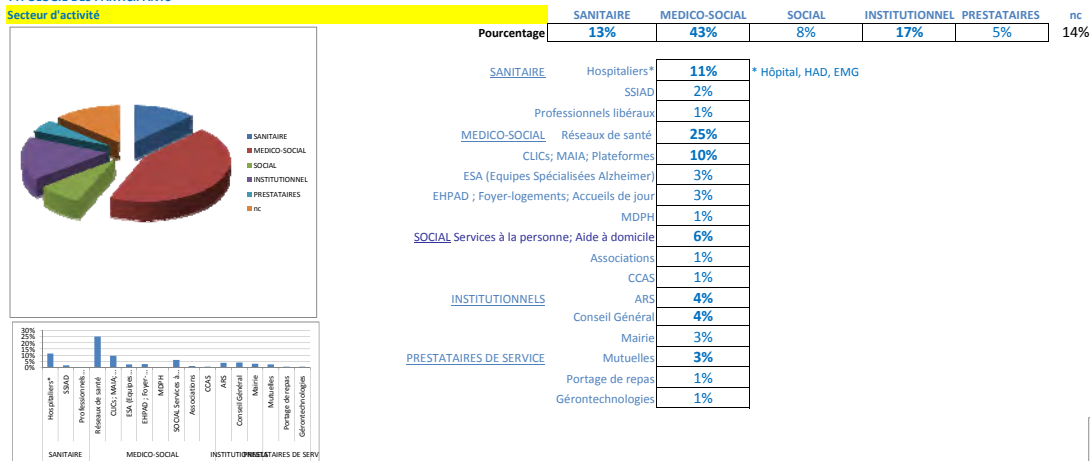
Analyse quantitative et qualitative du 4ème colloque de la FREGIF - 13 Octobre 2011
 "La vie chez soi : améliorer les pratiques au domicile"

1-PUBLIC

Nombre de personnes invitées : 2500
 Nombre de personnes inscrites : 420
 Nombre de personnes présentes : 340

Taux de retour
17%
12%

TYPOLOGIE DES PARTICIPANTS



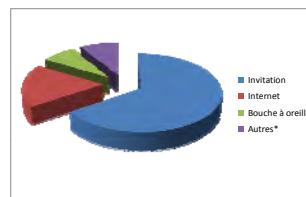
2- QUESTIONNAIRES

Nombre de questionnaires administrés : **116**
 Taux de retour : **34%**

1. COMMENT AVEZ-VOUS PRIS CONNAISSANCE DU 4ème COLLOQUE FREGIF ?

Invitation	Internet	Bouche à oreille	Autres*	NC
66%	18%	8%	9%	0%

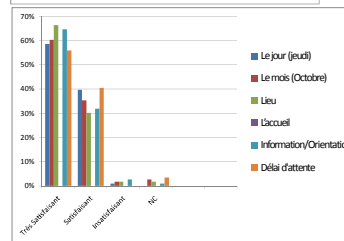
*CLIC/Réseaux/Fondation de France



2. VOTRE AVIS SUR L'ORGANISATION DE LA JOURNEE :

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	NC
L'organisation générale				
Le jour (jeudi)	59%	40%	1%	0%
Le mois (Octobre)	60%	35%	2%	3%
Lieu	66%	30%	2%	2%
L'accueil				
Information/Orientation	65%	32%	3%	1%
Délai d'attente	56%	41%	0%	3%
Le livre des communications	72%	24%	0%	3%

Points forts : **Accueil + Livre de communication**
 Points de progrès : **Mois d'octobre trop chargé + fléchage depuis métro**

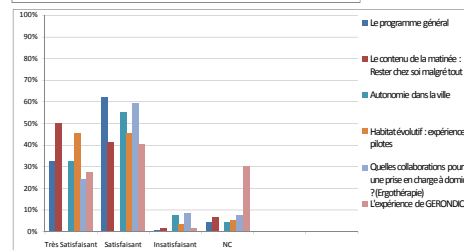


3. VOTRE AVIS SUR LE PROGRAMME ET LE CONTENU DES INTERVENTIONS :

	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	NC
Le programme général	33%	62%	1%	4%
Le contenu de la matinée : Rester chez soi malgré tout	50%	41%	2%	7%
Le contenu de l'après-midi : Autonomie, Accessibilité, Acceptabilité				
Autonomie dans la ville	33%	55%	8%	4%
Habitat évolutif : expériences pilotes	46%	46%	3%	5%
Quelles collaborations pour une prise en charge à domicile ? (Ergothérapie)	24%	59%	9%	8%
L'expérience de GERONDICAP	28%	41%	2%	30%
L'interactivité entre intervenants et participants	34%	56%	7%	3%
La session posters	16%	48%	12%	23%

Cette journée a-t-elle répondu aux questions que vous vous posiez ?

OUI	NON	NC
83%	7%	10%



Points forts : Interventions P.Lemoine; A.Barreteau et expériences pilotes
 Session Posters : intéressante + A4 à disposition
 Points de progrès : Nombre d'intervenants et densité du programme l'après-midi
 Ergothérapeutes : préférer une étude de cas plus concrète et plus brève
 Session Posters : trop rapide



4. QUELS AUTRES THÈMES SOUHAITERIEZ-VOUS VOIR ABORDÉS LORS DE NOTRE PROCHAINE RENCONTRE ?

Aidants
 Financement maintien à domicile
 Animation/culture au domicile

Santé mentale et domicile
 Handicap des PA
 Sème risque

Situations complexes/refus de soin
 Evaluation dans les Réseaux
 Prévention dans les Réseaux

OBSERVATIONS

Faire intervenir plus de travailleurs sociaux
 Faire intervenir des personnes âgées

TYPOLOGIE DES SONDES

SANITAIRE	MEDICO-SOCIAL	SOCIAL	INSTITUTIONNEL	PRESTATAIRES	NC
18%	41%	13%	16%	3%	9%



Maintien à domicile des personnes âgées fragiles : quand contacter les réseaux ? Pour les patients complexes pour disposer du renfort d'une équipe pluridisciplinaire à domicile.

D'après un interview du Dr Marie France Maugourd et Présidente de la FREGIF (fédération des réseaux en IDF) et des présentation de la 4° journée de la FREGIF : La vie chez soi, améliorer les pratiques au domicile le 13/10/2011 ;

C'est le souhait de beaucoup de personnes d'âge mûr que de rester dans leur cadre de vie « le reste de son âge », mais pas dans n'importe quelles conditions. La complexité de la prise en charge des patients âgés fragiles réclame une évaluation gériatrique, une expertise et un soutien aux Médecins et soignants de premier recours.

L'évolution de la médecine gériatrique vers un exercice de plus en plus ambulatoire est en route, la prise en charge de la dépendance de la population très âgée est d'un tel poids financier que la politique de santé publique ne peut qu'évoluer dans ce sens.

Comment définir un cas complexe en gériatrie ? Ce sont des patients de plus de 75 ans victimes d'un isolement social, ou d'une famille divisée, de troubles cognitifs et/ ou du comportement (souvent de l'opposition à toute aide), de troubles de la mobilité et chutes à répétition. Le réseau contacté par le médecin généraliste, va permettre de réaliser un suivi et une coordination autour du patient et de passer le relais aux autres intervenants lorsque la situation est stabilisée.

Le cadre légal : *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins... (Selon l'article L.6321-1 CSP.)*

Les 22 réseaux de Santé Gérontologiques d'Ile de France s'efforcent de répondre au mieux à ces préconisations légales. Pour cela, ils interviennent journallement chez les patients qui leur sont confiés. Ils y réalisent une évaluation Gériatrique multidisciplinaire sous la responsabilité d'un Médecin Gériatre, apportent leur expertise et leur soutien aux intervenants du domicile, Médecins et soignants de

Comment faire ?

Simplement contacter le réseau près de votre cabinet en IDFF : www.fregif.org/ ou en France (voir le bureau d'aide social le plus proche).

Dr Laurence Hugonot-Diener (Medforma Paris)

**FREGIF, IDF : Exemple de réseau Alzheimer et gérontologique
Maintien à domicile des personnes âgées fragiles et des patients Alzheimer.
Quand contacter les réseaux ? Pour les patients complexes et disposer d'une
 quipe pluridisciplinaire à domicile pour un suivi global.**

D'après un interview du Dr Marie France Maugourd et Présidente de la FREGIF (fédération des réseaux en Ile de France) et des présentations lors de la 4  journée de la FREGIF, de Delphine Chasle, Muriel Chetcuti - Réseau AGEF: La vie chez soi, améliorer les pratiques au domicile le 13/10/2011 ;

C'est le souhait de toute personne d'âge mûr que de rester dans son cadre de vie « le reste de son âge », mais pas dans n'importe quelles conditions. La complexité de la prise en charge des patients âgés fragiles réclame une évaluation gériatrique, une expertise et un soutien aux Médecins et soignants de premier recours.

L'évolution de la médecine gériatrique vers un exercice de plus en plus ambulatoire est en route, la prise en charge de la dépendance de la population très âgée est d'un tel poids financier que la politique de santé publique ne peut qu'évoluer dans ce sens.

En Ile de France par exemple, 63% des PA dépendantes vivent à domicile (25% seules et 38% non seules) et 37% en institution.

Les réseaux gérontologiques ou Alzheimer, peuvent aider les sujets ou cas complexes gériatriques à rester chez eux avec une prise en charge adaptée.

Comment définir un cas complexe en gériatrie ? Ce sont des patients de plus de 75 ans victimes d'un isolement social, ou d'une famille divisée, de troubles cognitifs et/ ou du comportement, de troubles de la mobilité et chutes   répétition. Le réseau contact  par le médecin généraliste, va permettre de réaliser un suivi et une coordination autour du patient et de passer le relais aux autres intervenants lorsque la situation est stabilisée.

Le réseau gérontologique est un acteur essentiel de cette coordination d'appui pour les cas complexes, tant au niveau des malades que des professionnels.

Le cadre légal : *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins... (Selon l'article L.6321-1 CSP.)*

Les 22 réseaux de Santé Gérontologiques d'Ile de France s'efforcent de répondre au mieux à ces préconisations légales. Pour cela, ils interviennent journellement chez les patients qui leur sont confiés. Ils y réalisent une évaluation Gériatrique multidisciplinaire sous la responsabilité d'un Médecin Gériatre, apportent leur expertise et leur soutien aux intervenants du domicile, Médecins et soignants de

Comment faire ?

Le médecin r f rent ou à défaut le médecin spécialiste qui suit le patient ou la consultation mémoire, doit simplement contacter le réseau près de son cabinet en IDFF : www.fregif.org/ ou en France (voir le bureau d'aide social le plus proche).

Quel service espérer ?

- **Une évaluation gériatrique** à domicile par un gériatre ou psycho gériatre et une évaluation Neuropsychologique à domicile afin d'établir un diagnostic afin d'adapter le traitement, à proposer aux patients opposants, refusant de sortir ou difficiles à mobiliser.

- **Cette évaluation permet de faire une proposition et une organisation du plan d'aide à domicile** qui prend souvent beaucoup de temps afin de contacter les professionnels (IDE, aide soignants, auxiliaire de vie, orthophonistes, kinésithérapeutes,...).

- **Une coordination de l'aide sur le long cours: Il existe des gestionnaires de cas** pour les patients Alzheimer isolés, dans le cadre des Maia, ceci n'est malheureusement pas généralisé.

Il est nécessaire de faire un partage des tâches entre médecin et infirmier, et de coupler le soin et l'aide sociale.

Une évaluation des capacités fonctionnelles du sujet en situation permet d'évaluer les capacités fonctionnelles des sujets isolés:

Une évaluation par un ergothérapeute et/ou psychomotricien des capacités de la personne chez elle de ses habitudes de vie, et de son environnement humain et matériel. Très souvent, en raison d'une anosognosie, la personne surestime ses capacités fonctionnelles et de ce fait se met en danger.

L'ergothérapeute mettra le sujet en situation afin d'évaluer les aspects techniques ou contraintes du logement qui peut alors travailler avec le médecin référent qui connaît son patient, et son histoire médicale.

Cette évaluation permettra de donner des conseils adaptés :

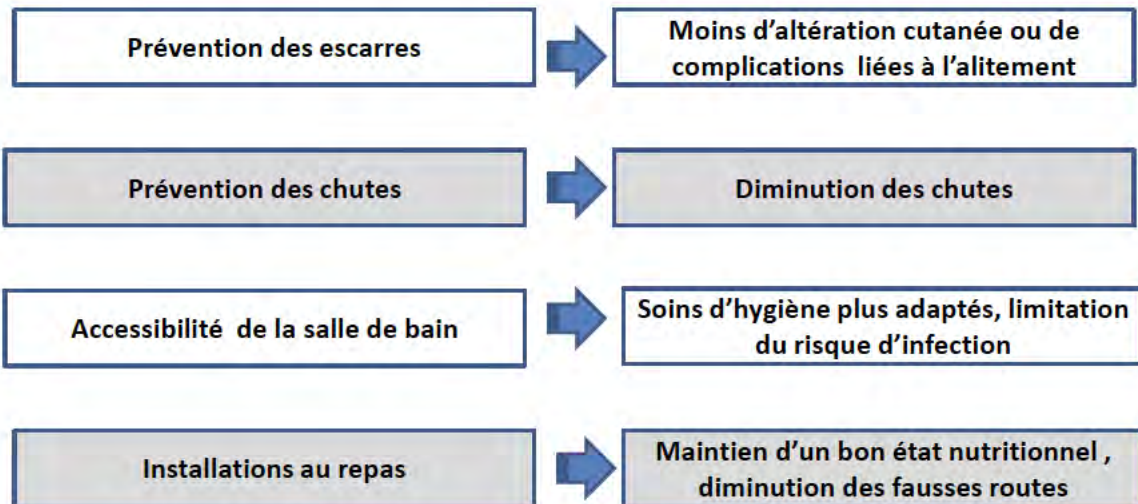
- une amélioration et un aménagement de l'habitat avec conseil pratiques et proposition de prestataires si nécessaire dans le respect de lois déontologiques.

Certaines régions permettent de proposer des logements évolutifs et adaptés ou avec des services (exemple de VIVALIB ou de DOMIGIHP).

Certains services sont des structures relais pour les aidants : accueil de jour ou hébergement temporaire.

En conclusion : Les réseaux permettent d'améliorer le maintien à domicile des patients complexes et de soutenir les aidants familiaux. Il existe toutefois des limites dans la prise en charge, rencontrées en pratique, des limites de temps, des réticences de certains médecins et une mauvaise connaissance encore de l'intérêt d'un réseau en général. Et bien sûr les patients opposants et totalement isolés.

Exemples d'actions... et conséquences



Collaboration entre les ergothérapeutes des Réseaux de Santé et les médecins traitants - D. CHASLE, M. CHETCUTI - Réseau AGEF - 4ème colloque de la FREGIF - 13 octobre 2011



Exemples d'action à domicile permettant de mieux soigner les sujets et d'éviter par exemple la survenue d'escarres, une diminution des chutes

**Dr Laurence Hugonot-Diener
(Medforma Paris)**



AIDE-MÉMOIRE

PRESCRIPTION NON-MÉDICAMENTEUSE



**PATIENTS ÂGÉS
AU DOMICILE**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
--------------	---

I - RÈGLES GÉNÉRALES VALABLES POUR TOUTE PRESCRIPTION	3
---	---

Modèle d'ordonnance-type

II - RÉFECTION DE PANSEMENT	4
-----------------------------	---

Modèle d'ordonnance pour le pharmacien
Modèle d'ordonnance pour l'infirmier

III - SOINS D'HYGIÈNE	9
-----------------------	---

Les différents professionnels pouvant réaliser une toilette : infirmiers libéraux, SSIAD, HAD et auxiliaires de vie
Modèle d'ordonnance pour soins d'hygiène par un infirmier

IV - PERFUSION	15
----------------	----

Modèle d'ordonnance pour perfusion

V - SOINS DE KINÉSITHÉRAPIE	17
-----------------------------	----

VI - SOINS DE PÉDICURIE	19
-------------------------	----

VII - SOINS D'ORTHOPHONIE	21
---------------------------	----

VIII - LIT MÉDICALISÉ	23
-----------------------	----

IX - COMPLÉMENTS NUTRITIONNELS ORAUX	25
--------------------------------------	----

X - PRESTATAIRE DE SERVICES MÉDICO-TECHNIQUES	25
---	----

XI - CONCLUSION ET CREDITS	27
----------------------------	----

INTRODUCTION :

Les prescriptions sont des actes médicaux concernant les substances médicamenteuses, les actes paracliniques (radiologie, biologie,...), les actes paramédicaux (kinésithérapie, soins infirmiers,...), les règles hygiéno-diététiques, la fourniture de matériels (cannes anglaises, fauteuils roulants, appareils aérosols,...). Ces prescriptions doivent informer le patient, les praticiens susceptibles d'intervenir et les organismes sociaux chargés des remboursements. En ce qui concerne les médicaments, elles sont la condition de délivrance des produits listés par le pharmacien.

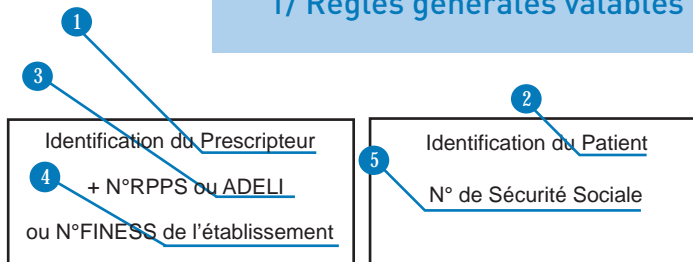
La rédaction de ces ordonnances est réglée par trois codes : le code de santé publique, le code de déontologie et le code de sécurité sociale. Hormis les renseignements concernant le prescripteur, il n'y a aucune limitation aux informations pouvant figurer sur une ordonnance, **le médecin est donc libre d'y écrire tout ce qu'il juge nécessaire** : conseils, date de rendez-vous, numéro de téléphone,...

L'expérience du Réseau Osmose a permis d'être confronté à domicile à différentes prescriptions destinées aux personnes âgées, réalisées par de nombreux praticiens de ville ou hospitaliers. Or, **la rédaction de certaines de ces ordonnances ne permettait pas la réalisation de soins dans de bonnes conditions** (absence d'informations nécessaires à la délivrance des traitements ou à leur remboursement, par exemple). **C'est pourquoi le réseau Osmose propose aujourd'hui cet aide mémoire afin d'optimiser la prise en charge des personnes âgées à domicile.**

Nous nous sommes limités à la **prescription de soins ou de matériel**, sans aborder la prescription médicamenteuse ou paraclinique, pour laquelle d'autres guides existent déjà. De même, nous n'aborderons que les ordonnances des médecins, en rappelant simplement que d'autres professionnels de santé ont le droit de prescrire.

Cet aide mémoire favorisera, nous l'espérons, votre pratique au quotidien.

1/ Règles générales valables pour toute prescription



1 Identification du Prescripteur
3 + N°RPPS ou ADELI
4 ou N°FINESS de l'établissement

2 Identification du Patient
5 N° de Sécurité Sociale

6 **Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) (AFFECTION EXONERANTE)**

7 Le xx/xx/xxxx

Une ordonnance doit être lisible (au mieux informatisée), datée et signée.

8 **Prescriptions non relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue HORS AFFECTION EXONERANTE**

9 Signature

- 1 Nom, adresse, qualité.
- 2 Nom, prénom, âge, sexe, taille/poids si nécessaire.
- 3 Le n° ADELI (n° d'identification des professionnels de santé) est amené à être remplacé par un identifiant unique et pérenne : le n° RPPS, Répertoire Partagé des Professionnels de Santé. Indispensable pour le remboursement d'actes des libéraux.
- 4 Le nom et l'adresse de l'établissement, l'unité de soins ainsi que le numéro d'inscription de l'établissement, entité géographique, n° FINESS: fichier national des établissements sanitaires et sociaux. Indispensable pour le remboursement de soins prescrits par des médecins salariés.
- 5 Facultatif, mais permet aux intervenants et prestataires utilisant l'ordonnance de gagner du temps.
- 6 Pour les patients en affection longue durée, la mention ALD 30 est à ne pas oublier si les soins sont en lien avec le 100% ou à rédiger sur ordonnance bizona.
- 7 Date de prescription.
- 8 Zone réservée aux prescriptions non concernées par l'ALD 30.
- 9 La signature apposée immédiatement en dessous de la dernière ligne, de façon à ne pas laisser d'espace résiduel.

1

2-1 Ordonnance pour réfection de pansement destinée au pharmacien

Identification du Prescripteur + N°RPPS ou ADELI ou N°FINESS de l'établissement	Identification du Patient N° de Sécurité Sociale
---	---

ALD30 / HORS ALD 30

Le xx/xx/xxxx

1/ Les produits pour le nettoyage de la plaie :

- Set de soin (Mediset®, Tetraset®, Disoposet®...) pour :
- Détersion mécanique (plaies nécrotiques ou exsudatives)
 - Pansement gras/absorbant (plaies exsudatives, méchage des plaies anfractueuses)
 - Pansement avec cavité (plaies cavitaires et/ou fistulisées)
 - Pansement sec (plaies modérément exsudatives, ablation de fil de suture)
 - Pansement pour la phase de bourgeonnement et d'épidermisation
 - Pansement pour le pied diabétique
 - Pansement de gastrostomie et jejunostomie
 - Pansement de plaie chirurgicale ou traumatique faiblement exsudative

Antiseptique :
 Flacon Unidose Quantité :

2/ Les pansements primaires (cf. tableau page suivante) à choisir selon l'aspect de la plaie :

- Forme anatomique sacrum
- Forme anatomique talon
- Forme non spécifique

Taille estimée :	petite	moyenne	grande	
	Hydrocolloïde	Hydrocellulaire	Alginate	Hydrogel
	Hydrofibre	Pansement au charbon		
	Pansement à l'argent		Tulle	Interface

3/ Les pansements secondaires :

- Pansement américain Bande Nylex®
- (Bande de crêpe) ex. Velpeau® Filet tubulaire

4/ Anesthésiant de contact : Emla®, Xylocaine®

5/ Emollients non allergisants pour l'entretien de la peau péri lésionnelle :

- Vaseline Cold cream®
- Cérat de Galien® Dexeryl®

- 1 Rédiger cette prescription en décomposant la chronologie des soins que va réaliser l'infirmier, afin que le pharmacien puisse fournir le matériel nécessaire aux soins.
- 2 Ne pas oublier que le pharmacien n'a pas d'accès visible à la lésion cutanée. Le prescripteur est donc censé la détailler.
- 3 Pour être remboursé, le contenu du set de soin doit dorénavant être détaillé sur l'ordonnance.
- 4 Une estimation de la taille, du diamètre et de la profondeur de la perte cutanée est un minimum.

Pour s'assurer d'une prescription adaptée, ne pas hésiter à prendre contact avec l'infirmier qui dispensera les soins. En septembre 2011, seuls les sets de pansement sec, pansement gras et pansement détersion seront pris en charge par l'assurance maladie. Ne pas hésiter à se renseigner auprès des distributeurs et/ou du pharmacien pour connaître les modalités de remboursement.

LISTE DES PANSEMENTS PRIMAIRES INSCRITS A LA LPPR*

CLASSE DE PANSEMENT	PRINCIPAUX PRODUITS REMBOURSÉS EN VILLE (LABORATOIRE)	
Hydrocolloïdes	Algoplaque® / Ugoderm® (Urgo) Askina Biofilm® / Askina hydro® (B-Braun) Comfeel® (Coloplast)	DuoDerm® Signal E (Convatec) Hydrocol® (Hartmann)
Alginales	Algoster® (Johnson & Johnson) Askinasorb® (B-Braun) Melisorb® (Mölnlycke)	Season® soft® (Coloplast) Sorbaigon® (Hartmann) Urgosorb® (Urgo)
Hydrocellulaires	Allevyn® (Smith & Nephew) Askina transorbent® (B-Braun) Biatan® (Coloplast) Cellosorb® (Urgo) Combiderm® (Convatec)	Cutinova Hydro® (Smith & Nephew) Mepilex®, Mepilex® Border (Mölnlycke) Permatam® (Hartmann) Telle® (Johnson & Johnson)
Hydrofibres	Aquacef® (Convatec)	
Hydrogels	Askina gel® (B-Braun) Duoderm hydrogel® (Convatec) Hydrosorb® (Hartmann) Intrasite-gel® (Smith & Nephew)	Normigel® (Mölnlycke) Nu-Gel® (Johnson & Johnson) Purilon® (Coloplast) Urgo hydrogel® (Urgo)
Pansements au charbon	Actisorb Ag® (Johnson & Johnson) Allone® (Coloplast) Askina Carbosorb® (B-Braun)	Carboflex® (Convatec) Carbonet® (Smith & Nephew)
Pansements à l'argent	Actisorb Ag® (Johnson & Johnson) Altreat® (Coloplast) Aquacef Ag® (Convatec) Biatan Ag® (Coloplast)	Jaluset® Plus (Genevrier) Release Ag® (Johnson & Johnson) Urgotul S Ag® (Urgo)
Tulle non médicaux neutres	Grasolind® (Hartmann) Jelone® (Smith & Nephew) Lomabuel H® (Lohmann & Rauscher)	Tulle gras® (Solvay) Vaselitulle® (Sarbach)
Interfaces	Adaptic® (Johnson & Johnson) Culicern® (Smith & Nephew) Mepitel® (Mölnlycke)	Physiotulle® (Coloplast) Urgotul® (Urgo)
Pansements à base d'acide hyaluronique (AH)	Effida® (Medix) Jaluset® (Genevrier)	
Pansement hydro-absorbant	Hydrodean® (Hartmann)	

2-2 Ordonnance pour réfection de pansement destinée à l'infirmier

Identification du Prescripteur + N°RPPS ou ADELI ou N°FINESS de l'établissement	Identification du Patient N° de Sécurité Sociale
---	---

Le xx/xx/xxxx

ALD30 / HORS ALD 30

Faire réaliser par un infirmier, à domicile,
la réfection de pansement selon le protocole de soins suivants :

1- Rythme journalier :

une fois par jour
deux fois par jour (si souillure)

2- Rythme hebdomadaire

.....jours par semaine
ou 7 jours par semaine, week end et féries inclus.

3- Durée prévisible des soins :

.....

4- Pansement complexe

5- Localisation de la lésion :

6- Rédiger le protocole de soins souhaité :

Lavage à l'eau et au savon ou au sérum physiologique
ou antiseptique dilué
Puis détersion mécanique si nécrose ou fibrine
Puis application d'un pansement primaire
Puis mise en place d'un pansement secondaire

Signature

- 1 Si les soins doivent être réalisés à domicile, il faut le mentionner.
- 2 Il est possible de laisser l'initiative du rythme de changement du pansement à l'infirmier.
- 3 Le rythme des soins est fonction du stade de la plaie. Fréquent au stade de détersion (tous les jours), il est plus espacé quand la plaie est au stade de bourgeonnement (3 fois par semaine) ou d'épithélialisation (1 à 2 fois par semaine).
- 4 Si le pansement doit être refait les dimanches et jours fériés, il faut le préciser sur l'ordonnance.
- 5 La prescription sera établie pour un temps limité, variant d'une semaine à un mois. Mais la durée peut être indéfinie, jusqu'à cicatrisation complète de la plaie, si cette mention est précisée sur l'ordonnance.
- 6 A préciser quand il s'agit d'un pansement qui nécessitera du temps de soins, pour que l'infirmier puisse appliquer le tarif en lien avec l'acte et le temps passé pour le réaliser.

Voici à titre indicatif quelques tarifications de l'infirmier libéral :

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) définit les lettres-clés propres à chaque profession. Pour les infirmiers, ces lettres-clés sont actuellement au nombre de 3 :

- o AMI (Acte Médicaux-Infirmiers)
- o AIS (Acte de Soins Infirmiers)
- o DI (Démarche de soins Infirmiers)

Aujourd'hui, ces tarifs sont, suivant la **dernière convention datée du 18 avril 2009** :

	Metropole
AMI	3,15
AIS	2,65
DI	10,00
IFD (indemnité forfaitaire de déplacement)	2,30
IK (indemnité kilométrique) Plaine	0,35
IK (indemnité kilométrique) Montagne	0,50
Majoration de nuit 20h-23h / 5H-8h	9,15
23h-5h	18,30
Majoration de dimanche	8,00

Voici quelques exemples fréquents :

Pansement simple : 6,30 euros (AMI 2)

Pansement complexe : 12,60 euros (AMI 4)

Injection IM / SC : 3,15 euros ; IVD : 4,70 euros

Perfusion : 31,50 euros

Toilette : 7,95 euros la demi-heure (3 x AIS)

Aérosol : 5 euros

3-1/ Les différents professionnels pouvant réaliser une toilette :

- Les infirmiers libéraux :

Les soins d'hygiène ou de nursing réalisés par un infirmier libéral comportent quatre volets :

1- l'hygiène : toilette au lit ou au lavabo, douche, pédiluve, rasage, shampoing, habillage, entretien des prothèses dentaires, soins des yeux, de la bouche, des oreilles, lever, coucher, mise sur WC, pose d'étui pénién, pose de bas ou de bandes de contention,...

2- la surveillance et l'observation : état cutané aux points d'appui, état d'hydratation, poids, élimination urinaire et fécale, surveillance d'une sonde vésicale, état de la ventilation, préparation des médicaments et vérification des prises, température, tension artérielle, état circulatoire, mobilité, douleurs,...

3- la prévention : appel au médecin traitant si nécessité, conseils aux patients et à l'entourage, prévention d'escarres, de la déshydratation,...

4- le suivi relationnel : avec le patient, la famille, les collègues de l'équipe éventuelle, le médecin traitant et les autres intervenants médicaux et paramédicaux,...

La prescription médicale de soins de nursing est nécessaire à la prise en charge par les caisses d'assurance-maladie.

Cette prescription doit préciser le contenu des soins de nursing par un infirmier libéral (hygiène, surveillance, prévention, observation, suivi relationnel), le nombre de séances par jour (4 maximum), la durée de la prescription, l'inclusion des week-end et jours fériés, si nécessaire, et sa réalisation à domicile.

Une demande d'entente préalable doit être faite auprès de la Caisse par l'infirmier, l'accord étant tacite en l'absence de réponse au bout de 15 jours.

Une bonne collaboration infirmier-médecin traitant permet d'adapter les soins de nursing en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. Elle sera facilitée par une communication régulière.

La mise en œuvre des soins de nursing devrait s'inscrire dans le cadre d'un plan de soin infirmier, introduit dans la nomenclature des actes infirmiers, par arrêté du 13 octobre 2000. Mais ce plan de soin infirmier n'est pas encore aujourd'hui mis en œuvre concrètement dans l'exercice quotidien. Il consiste en l'établissement d'un bilan des besoins de soins ou d'aide courante de la personne dépendante et définit un plan de soins individualisé qui devra être communiqué au médecin traitant pour contre-signature. Ce plan est établi pour trois mois.

- Les SSIAD :

Le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) est destiné aux personnes handicapées de moins de 60 ans et aux personnes âgées de plus de 60 ans, et, sur dérogation du médecin conseil, pour des soins palliatifs.

Ce service intervient sur prescription médicale, sous réserve de place disponible, après évaluation à domicile, pour une durée de 30 jours, renouvelable. Les soins sont réalisés généralement quotidiennement 7 jours/7, parfois moins (5 jours/7), en fonction de l'état du patient et de la capacité de prise en charge du service.

Les soins portent sur la **surveillance médicale, l'assistance pour soins de toilette et les soins paramédicaux : soins infirmiers et soins de pédicurie.**

Ils sont réalisés par des infirmiers et des aides-soignants qui assurent, sous la responsabilité des infirmiers, les soins de base et relationnels.

Le service de soins infirmiers à domicile peut passer convention avec des infirmiers libéraux et des pédicures qui sont alors associés aux interventions du service et sont rémunérés en honoraires par le SSIAD.

3-1 Ordonnance pour soins d'hygiène par un infirmier (libéral ou SSIAD)

Identification du Prescripteur + N°RPPS ou ADELI ou N°FINESS de l'établissement	Identification du Patient N° de Sécurité Sociale
---	---

Le xx/xx/xxxx

ALD30 / HORS ALD 30

Faire par un infirmier libéral les soins d'hygiène à domicile :

Préciser le contenu des soins de nursing souhaités:

- Hygiène
- Surveillance
- Prévention
- Suivi relationnel

1

Rythme journalier :

- une fois par jour
- deux fois par jour
- fois par jour, en fonction des besoins,
si souillure (diarrhée, grabataire,
perte autonomie sévère...)

Rythme hebdomadaire

.....jours par semaine

ou

ou 7 jours par semaine, week end et férié inclus.

2

Durée de l'ordonnance :

1 Il est très fréquent qu'une souillure ait lieu dans l'après midi ou la fin de journée chez un patient alité ou chez un patient présentant une diarrhée, ce qui justifie 2 passages journaliers.

2 Souvent 3 à 6 mois pour maladie chronique.

Signature

- L' Hospitalisation A Domicile (HAD) :

L'**Hospitalisation à Domicile** (HAD) est préconisée pour les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques et permet de délivrer des actes médicaux comparables à ceux pratiqués à l'hôpital.

La prise en charge en HAD est réalisable pour tout assuré social, enfant ou adulte, répondant à des situations cliniques très diverses (30 % des patients pris en charge en HAD sont moyennement à fortement dépendants).

Les soins palliatifs, de cancérologie et de périnatalité sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD. Certains soins sont parfois confiés à des infirmiers libéraux, en complément de l'HAD.

La prescription médicale peut être réalisée par le médecin hospitalier ou **le médecin traitant**. Cette prescription se fait en remplissant le document spécifique de chaque établissement d'HAD, précisant le projet de soins.

Le patient sera admis en HAD, s'il relève des critères HAD définis par décret et suite à l'acceptation du dossier par le médecin coordinateur de l'HAD.

Le projet de soins personnalisé est proposé par un infirmier coordinateur qui se déplace soit dans le service hospitalier soit au domicile du patient pour faire l'évaluation initiale de ses besoins.

L' HAD assure la continuité des soins 24 heures / 24 et permet une dispense d'avance de frais pour les matériels non remboursés.

La durée de prise en charge peut aller de 1 à 90 jours. Elle est renouvelable.

- Les auxiliaires de vie :

Les auxiliaires de vie s'adaptent aux besoins du patient selon son autonomie et assurent une présence auprès de lui. Ils interviennent la journée et le week-end selon les besoins.

Ils peuvent apporter les aides suivantes :

- o **aide à la toilette (ne relevant pas d'un acte médical) et à l'habillement**
- o tâches ménagères d'entretien courant
- o courses
- o accompagnement à des rendez-vous
- o confection de repas et aide à la prise des repas
- o aide dans les démarches administratives,...

Le tarif des interventions est fixé par l'association ou l'entreprise prestataire. Le coût des interventions est déductible des impôts (50 % de la somme dépensée dans la limite d'un plafond maximum de dépenses annuelles de 12.000 euros).

Dans ce cadre, il n'y pas de soins et donc pas de nécessité d'ordonnance ou de certificat médical.

Identification du Prescripteur
+ N°RPPS ou ADELI
ou N°FINESS de l'établissement

Identification du Patient
N° de Sécurité Sociale

ALD30 / HORS ALD 30

Le xx/xx/xxxx

Achat pour pose d'une solution de perfusion : set à perfusion

1- Le choix de la voie d'administration

La voie sous cutanée : 1 épicroânienne et 1 perfuseur avec robinet à 3 voies

La voie veineuse périphérique : 1 cathéter, 1 épicroânienne et 1 perfuseur avec robinet à 3 voies

La voie veineuse centrale sur PAC : 1 aiguille de Huber et 1 perfuseur

2- Indiquer la nature du soluté :

1 poche de soluté de Glucosé 5% :
500 ml 1000 ml 1500 ml

1 poche de sérum physiologique
500 ml 1000 ml 1500 ml

3- Autres produits de perfusion :

(Electrolytes, antibiotiques,...)

.....

.....

.....

4- Rythme souhaité :

Tous les jours 1 jour sur 2 autre

5- Durée de l'ordonnance :

6- Pied à perfusion : achat ou location

7- Achat d'une boîte de recueil d'aiguilles souillées

Signature

Le médecin rédige une ordonnance de soins de kinésithérapie qui permet le remboursement des soins.

La prescription quantitative n'est plus nécessaire, le kinésithérapeute ayant le libre choix des moyens à mettre en œuvre, après réalisation d'un bilan diagnostic. Les ordonnances précisent le caractère d'urgence et le déplacement à domicile si nécessaire.

Le motif du traitement peut être indiqué, certaines caisses d'assurance maladie le demandent. Afin d'éviter une prescription incomplète ou imprécise ou de régulariser a posteriori des soins effectués, il est nécessaire de mieux connaître la nomenclature des actes de kinésithérapie, pour faciliter un travail de qualité et s'adapter à chaque patient.

Voici une liste non exhaustive de cette nomenclature :

AMK 6 : déambulation de la personne âgée

AMK 7 : kinésithérapie respiratoire

AMK 8 : rééducation des 2 membres inférieurs, équilibre, rééducation de l'hémiplégie.

AMK 9 : rééducation après amputation d'un membre, rééducation des plusieurs membres suite à une atteinte neuromusculaire

AMK 10 : rééducation de la paraplégie et tétraplégie

AMK 12 : soins palliatifs

BILAN : AMK 5 pour un membre, AMK 8 pour deux membres et AMK 10 pour tout le corps.

Le tarif d'un soin de masso-kinésithérapie est déterminé en multipliant le prix de la lettre-clé appropriée par la cotation correspondant au soin et inscrite à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

Depuis l'arrêté du 14 mai 1991, la nomenclature comporte 3 lettres-clés distinctes :

1- **AMS** - Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques effectués par le masseur-kinésithérapeute

2- **AMK** - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade, à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé.

3- **AMC** - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autres que ceux qui donnent lieu à application de la lettre-clé AMK.

AMS	Métropole 2,04 €
AMK	Métropole 2,04 €
AMC	Métropole 2,04 €
Majoration Dimanche et Jour Férié	7,62 €
Majoration nuit	9,15 €

J/O du 04/03/2006

Le remboursement des actes de pédicurie est effectif depuis juin 2008 uniquement si :

- la réalisation se fait en ambulatoire, **mais pas au domicile**,
- le patient est en ALD 30,
- la pathologie est précisée :
 - o patient diabétique avec neuropathie sensitive associée à une artériopathie des membres inférieurs et/ou déformations du pied
 - o patient présentant un antécédent d'ulcération du pied ou amputation de membres inférieurs.

Les pédicures-podologues accomplissent, **sans prescription médicale** préalable, les actes professionnels suivants :

1- Diagnostic et traitement des hyperkératoses mécaniques ; verrues plantaires ; ongles incarnés...

2- Exfoliation et abrasion des téguments et phanères par rabotage, fraisage et meulage

3- Soins des conséquences des troubles sudoraux

4- Soins d'hygiène du pied permettant d'en maintenir l'intégrité

5- Prescription et application des topiques à usage externe figurant sur une liste fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

6- Prescription, confection et application des prothèses et orthèses visant à prévenir ou à traiter les affections épidermiques et unguéales du pied

L'orthophonie consiste à prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, **les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression**, quelle qu'en soit l'origine ; à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions.

Dans le cadre de la prescription médicale, **l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Le compte rendu de ce bilan est communiqué au médecin prescripteur.**

Ne pas omettre de préciser l'**ALD 30**, avec la mention "**à domicile**" si nécessaire, et la réalisation d'**un bilan avec le nombre de séances de rééducation**, qui, à l'issue du bilan, seront déterminées par l'orthophoniste.

Depuis le 02.12.2009, une nouvelle nomenclature s'applique aux lits médicaux et accessoires associés destinés aux patients ayant perdu leur autonomie motrice de façon transitoire ou définitive.

Les modalités de prise en charge d'un lit médicalisé :

- La prise en charge d'un lit médicalisé fait suite à une prescription médicale mais n'est pas soumise à la procédure d'accord préalable.
- Le matelas ne se loue pas et doit être acheté par le patient.

Le remboursement s'effectue par la CPAM vers le pharmacien ou le prestataire, il n'y a pas d'avance de frais par le patient.

Préconisation de la prescription médicale :

Seul est pris en charge le lit médicalisé disposant d'au moins deux fonctions non manuelles (hauteur variable, relève buste, relève jambe, plicature des genoux). Les lits médicalisés disposant de la fonction proclive-déclive ne sont pas pris en charge.

La location est à proposer : pour les pathologies temporaires et pour les pathologies non régressives ou évolutives avec évaluation du pronostic vital inférieur à un an. L'Assurance Maladie assure la prise en charge de la location des lits médicaux «standards». Dans le cadre d'une location de lit pour une personne pesant plus de 135 Kg, le poids doit être mentionné sur la prescription.

L'achat est à proposer : d'emblée en cas de pathologies non régressives ou évolutives avec évaluation du pronostic vital supérieur à un an. L'Assurance Maladie assure la prise en charge de l'achat des lits médicaux. Pour les lits dits « spécifiques », préciser sur l'ordonnance les besoins particuliers :

- nécessité d'un **plan de couchage supérieur à 200 cm** (taille supérieure des lits **disponibles sur le marché**)
- **pathologie qui nécessite des besoins non couverts par le lit médical standard**
- **nécessité de l'utilisation d'un lit double.**

Le forfait de livraison du lit, à la location ou à l'achat, comprend :

- la livraison, la mise en service, la reprise du lit et de ses accessoires à domicile pour la location
- une maintenance annuelle préventive à réaliser (uniquement pour les lits achetés avant le 19.11.2009 et pour les patients ne résidant pas en EHPAD).

Peuvent être pris en charge sur prescription médicale, en sus du lit, **un matelas simple ou anti-escarres ainsi que des barrières. Ne pas oublier la potence** selon la situation.

La prise en charge des CNO est assurée chez des malades dont la fonction intestinale est normale et qui sont dénutris selon les critères suivants (l'ordonnance doit mentionner 1 de ces critères) :

- Perte poids > 5% en 1 mois ou > 10% en 6 mois
- Ou IMC < 18,5 (hors maigreur constitutionnelle) ou IMC < 21 pour les + 70 ans
- Ou MNA < 17/30 ou Albuminémie < 35 g/l

La 1ère prescription est effectuée pour 1 mois maximum ; le renouvellement pour 3 mois après réévaluation

10/ Prestataires de services médico-techniques

Avant la rédaction de l'ordonnance, se renseigner auprès des différents prestataires afin de bien la libeller. Elle est destinée aux personnes nécessitant un appareillage à domicile (assistance respiratoire, nutrition entérale, insulinothérapie par pompe,...) sur prescription médicale. Le prestataire fournit le matériel (tubulure, lunettes nasales, masque,...) et en assure la maintenance. La prise en charge est réalisée par la CPAM et la Mutuelle.

Cas particulier de l'oxygénothérapie de longue durée (OLD) à domicile :

Les critères de prescription et de prise en charge par la sécurité sociale sont : **une PaO₂ ≤ 55 mmHg en cas de BPCO ou < 60 mmHg pour toutes les autres causes d'IRC (5).** La prise en charge est assurée par entente préalable dont la demande est remplie par le médecin prescripteur (spécialiste ou généraliste) lors de la première prescription et une fois par an lors des renouvellements.

Sur le formulaire figurent obligatoirement des données chiffrées issues d'une spirométrie ou d'une pléthysmographie et de deux gazométries artérielles en air ambiant, effectuées à au moins 15 jours d'intervalle. Cette prise en charge est réservée aux patients graves dont l'état nécessite **l'administration d'oxygène pendant une durée quotidienne d'au moins 15 heures.**

Elle est assurée sur la base de deux forfaits hebdomadaires: **un forfait pour une oxygénothérapie en poste fixe et un forfait pour une oxygénothérapie intensive ou de déambulation.**

L'OLD nécessite une prescription médicale annuelle rédigée sur une ordonnance précisant la durée d'administration quotidienne ainsi que les débits (l/mn) prescrits au repos dans la journée et la nuit pendant le sommeil.

Cas particulier de l'oxygénothérapie de courte durée à domicile :

L'oxygénothérapie est prescrite pour une période très courte : inférieure à 3 mois. La situation classique est celle des patients hospitalisés pour un épisode d'insuffisance respiratoire aiguë pour lesquels l'oxygénothérapie prescrite lors de l'épisode aigu est poursuivie quelques semaines après le retour au domicile jusqu'à récupération d'une PaO₂ correcte ou passage à l'oxygénothérapie de longue durée.

Une oxygénothérapie de courte durée peut aussi être prescrite lors d'épisodes d'instabilité d'une maladie pulmonaire ou cardiaque (bronchopneumopathie chronique obstructive, insuffisance cardiaque, asthme grave), ou chez les patients atteints de néoplasies évoluées. **Elle n'empêche pas la nécessité de correctement titrer le débit d'oxygène par les gaz du sang et sa surveillance au delà de la prescription. La prise en charge est assurée pendant un mois, renouvelable 2 fois. Au-delà, elle est ensuite assurée au titre de l'OLD.**

Nous espérons que ce guide permettra d'accroître le nombre de prescriptions adaptées, favorisant une prise en charge optimale des personnes âgées à domicile et permettant aux intervenants du domicile d'effectuer leurs soins dans de bonnes conditions.

Pour s'assurer d'une prescription adaptée, ne pas hésiter à entrer en contact avec les intervenants habituels du patient qui le connaissent dans son environnement (médecin traitant, infirmier, pharmacien,...), ainsi qu'avec les professionnels qui seront amenés à dispenser les soins et à délivrer les matériels (infirmier, pharmacien, SSIAD, prestataire, HAD,...)

L'équipe de coordination du réseau Osmose reste disponible pour toute aide ou question à ce sujet.

Auteur :

Docteur Giorgio Messina – Gériatre - Médecin coordinateur pôle Gérontologie Osmose ; Clinique du Plateau – 92140 – Clamart.

Relecteurs :

Françoise Chevojon – Infirmière coordinatrice – SSIAD de Fontenay-aux-Roses ; Nicole Corre – Infirmière coordinatrice pôles Cancérologie et Gérontologie Osmose ; Béatrice Di Maria – Pharmacien d'officine - Châtenay-Malabry ; Gaëlle-Anne Estocq – Médecin coordinateur pôle Cancérologie Osmose ; François Hennequin – Infirmier coordinateur pôle Soins Palliatifs Osmose ; Stéphane Lévêque – Directeur Osmose ; Pierre Loué – Médecin Généraliste – Fontenay-aux-Roses – Administrateur Osmose ; Rissane Ourabah – Médecin Généraliste Fontenay-aux-Roses – Vice-Président Osmose ; Carole Raso – Médecin coordinateur pôle Soins Palliatifs Osmose ; Pascale Robillard – Infirmière coordinatrice pôle Soins Palliatifs Osmose.

osmose

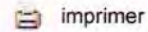
www.reseau-osmose.fr

92350 - Le Plessis Robinson



Réseau Osmose
20/22, avenue Edouard Herriot
Immeuble Le Carnot
92350 Le Plessis Robinson
Téléphone : 01 46 30 18 14
info@reseau-osmose.fr
www.reseau-osmose.fr





imprimer

contenu du message

de : "ZOZOR Gina PARIS-IDF" <gina.zozor@paris.gouv.fr>
 à : "\"Dr A. SERVADIO - responsable Réseau AGEPI\" <a.servadio@orange.fr>
 \"PARIS-IDF DDCS-MISSION-PREVENTION\" <ddcs-mission-prevention@paris.gouv.fr> ;
 cc : "CECCHI-TENERINI Arlette PARIS-IDF" <arlette.cecchi-tenerini@paris.gouv.fr> ; "TSIMAVOHE
 Honore PARIS-IDF" <honore.tsimavohe@paris.gouv.fr>
 date : 18/10/11 17:25
 objet : Réseau AGEPI - Dossier COSA - Subvention MILDT 2011

♥ voir l'en-tête complet

DIRECTION DÉPARTEMENTALE DE LA COHÉSION SOCIALE DE PARIS
 Pôle protection des populations et prévention
 Mission prévention

Monsieur,

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan parisien de lutte contre les drogues et les addictions, votre projet visant à mener une action de prévention des addictions en faveur des personnes âgées vivant à domicile a été retenu.

Aussi, je vous invite à me communiquer le dossier COSA rempli, daté et signé, accompagné des pièces justificatives (- les statuts de l'association ; - la liste des personnes chargées de l'administration de l'administration (composition du conseil, du bureau, ...)) ; - le rapport du commissaire aux comptes ; - le relevé d'identité bancaire de l'association) pour le Réseau AGEPI (ci-joint le lien vers le dossier COSA à remplir en ligne : https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12156.do) avant le jeudi 27 octobre 2011 au plus tard :

- par voie postale à la :

Direction départementale de la cohésion sociale de Paris
Pôle protection des populations et prévention
Mission prévention - 4ème étage
 C/o Préfecture de la région d'Île-de-France, préfecture de Paris
 5 rue Leblanc
 75911 PARIS Cedex 15 ;

- ou par voie courriel à : ddcs-mission-prevention@paris-idf.gouv.fr ;

Le montant qui sera alloué pour cette action est de **7 500,00 Euros**.

Cordialement.

--

Honoré TSIMAVOHE
 Coordonnateur de la Mission prévention

Direction départementale de la cohésion sociale de Paris
 Pôle protection des populations et prévention
 5 rue Leblanc - 75911 Paris Cedex 15
 Tél. : 01 82 52 47 77
 Courriel : honore.tsimavohe@paris-idf.gouv.fr

Pour vous rendre au Ponant:
 Métro ligne 8: Balard
 Tramway T3: Pont du Garigliano

RER C: Boulevard Victor
 Bus 42, 88 et 169: Hôpital européen G. Pompidou