CPTS
Nice Centre - Nice Est

Parcours pluriprofessionnel autour de la personne âgée



Table des matières

1. Le parcours de soins d'une personne âgée 2

1.1. Repérage de la fragilité et accompagnement 2

1.2. Évaluation initiale et diagnostic 2

1.3. Mise en place d'un plan de soins personnalisé 2

1.4. Soins de première ligne et interventions spécialisées 2

1.5. Suivi et réévaluation régulière 3

1.6. Coordination avec les services sociaux 3

1.7. Prise en charge en établissement 3

1.8. Prise en charge par les PS libéraux 3

1.9. Soins palliatifs 3

1.10. Retour à domicile et réinsertion 3

2. Parcours patient personnes âgées CPTS NCNE 5

*3. Glossaire*** 8*

4. Logigramme Parcours Personne Âgée 9

5. Procédure d'orientation patient : 10

6. Fiche de liaison CPTS NCNE 12

7. Flyer patient CPTS NCNE 14

8. Flyer SNP CPTS NCNE 15

9. Flyer Professionnels de santé CPTS NCNE 16

10. Grille de repérage de la fragilité ICOPE 17

11. Points clefs organisation parcours PA (HAS) 18

12. Fiche de liaison DAC C3S : 28

13. Formulaire de consentement 31

14. Infos partenaires : 32

14.1. CRT la MUT 32

14.2. CRT Villefranche-sur-Mer 33

14.3. Pôle Réhabilitation-Autonomie-Vieillissement du CHU de Nice 34

14.4. Département de Soins de support et Soins palliatifs 39

14.5. HAD Nice 41

14.6. ESA : Équipe Spécialisée Alzheimer 46

1. Le parcours de soins d'une personne âgée

Le parcours de soins pour une personne âgée est un ensemble de démarches et de services destinés à répondre aux besoins spécifiques de santé des personnes âgées, souvent caractérisés par la multimorbidité, la dépendance, et la fragilité. Ce parcours implique différents acteurs et structures de soins, allant des soins de première ligne aux soins spécialisés, ainsi que des services sociaux et de soutien à domicile. Voici les grandes étapes du parcours de soins pour une personne âgée :

1.1. Repérage de la fragilité et accompagnement

- Réalisée par l'IDEL et/ou les aidants lors d'un retour à domicile.
- L'IDEL contacte le MG pour prendre un RDV et effectuer une évaluation initiale.
- Auxiliaire de vie & SAAD/SAAP
- PRADO

1.2. Évaluation initiale et diagnostic

- **Consultation avec le médecin généraliste :** C'est souvent le point de départ. Le médecin généraliste évalue l'état de santé global de la personne, notamment à travers des bilans gériatriques complets (évaluation de la mémoire, de la mobilité, de la nutrition, etc.).

- **Bilan du domicile :** cette étape est réalisée par les pharmaciens, les IDEL, les MK, les ergo afin de définir si le domicile est adapté au patient.

- **Bilan gériatrique :** Si nécessaire, le médecin peut orienter la personne vers un gériatre pour une évaluation plus poussée.

- **Dépistage des pathologies :** Les troubles cognitifs (comme la maladie d'Alzheimer), les troubles de la mobilité, la dénutrition, et d'autres conditions fréquentes chez les personnes âgées sont systématiquement recherchés.

1.3. Mise en place d'un plan de soins personnalisé

- **Plan de soins personnalisé (PSP) :** Élaboration d'un plan de soins en concertation avec la personne âgée, ses proches, et les professionnels de santé, prenant en compte les besoins médicaux, sociaux, et psychologiques.

- **Coordination des soins :** Un médecin traitant ou un coordinateur de soins gère la coordination entre les différents intervenants, comme les infirmières, les kinésithérapeutes, les aides-soignants, etc.

1.4. Soins de première ligne et interventions spécialisées

- **Soins à domicile :** Services médicaux et paramédicaux, mais aussi les soins d'hygiène, de confort, de nutrition, apportés directement au domicile de la personne, HAD.

- **Interventions spécialisées :** Consultations avec des spécialistes (cardiologue, neurologue, etc.) en fonction des pathologies identifiées (EMG, UCC mobile).

- **Aides techniques et aménagements :** Installation d'équipements pour prévenir les chutes et améliorer l'autonomie, comme des rampes, des aides à la marche, etc.

-

1.5. Suivi et réévaluation régulière

- **Visites régulières du médecin ou d'une IPA :** Pour ajuster le plan de soins en fonction de l'évolution de la santé de la personne.
- **Réévaluation gériatrique :** Peut être réalisée régulièrement pour réajuster les soins et les interventions nécessaires.

1.6. Coordination avec les services sociaux

- **Aides financières et sociales :** Mobilisation des aides pour financer les soins (CCAS – APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie, aides de la sécurité sociale, etc.).
- **Soutien aux aidants :** Propositions de formations, de soutien psychologique, ou de répit pour les proches aidants (DAC C3S, associations comme la ligue contre le cancer, ARA, …).
- **DAC C3S (Dispositif d'Appui à la Coordination) :** Prise en charge de cas complexe

1.7. Prise en charge en établissement

- **Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) :** Si le maintien à domicile n'est plus possible.
- **Unités de soins de longue durée (USLD) :** Pour les personnes nécessitant des soins continus.
- **Hébergement temporaire :** séjour de rupture de l'aidant (Min 15j et Max 5 semaines/an).
- **Hébergement temporaire d'urgence :** cas complexe.
- **Maison sénior médicalisées / foyer logement :** coordination via l'accueil**.**

1.8. Prise en charge par les PS libéraux

Médecin Généraliste	Médecin Spécialiste	Pharmaciens	IDEL / IPA / ASALEE
Kinésithérapeute	Pédicure Podologue	Orthophoniste	Orthoptiste
Psychologue	Ergo	Nutritionniste / Diététicien	Sage-femme
Dentistes	Psychomotricien	Laboratoires d'analyses	

*liste non exhaustive

1.9. Soins palliatifs

- **Accompagnement de fin de vie** : Prise en charge palliative pour assurer le confort et la dignité de la personne en fin de vie, avec un soutien à la fois médical et psychologique.

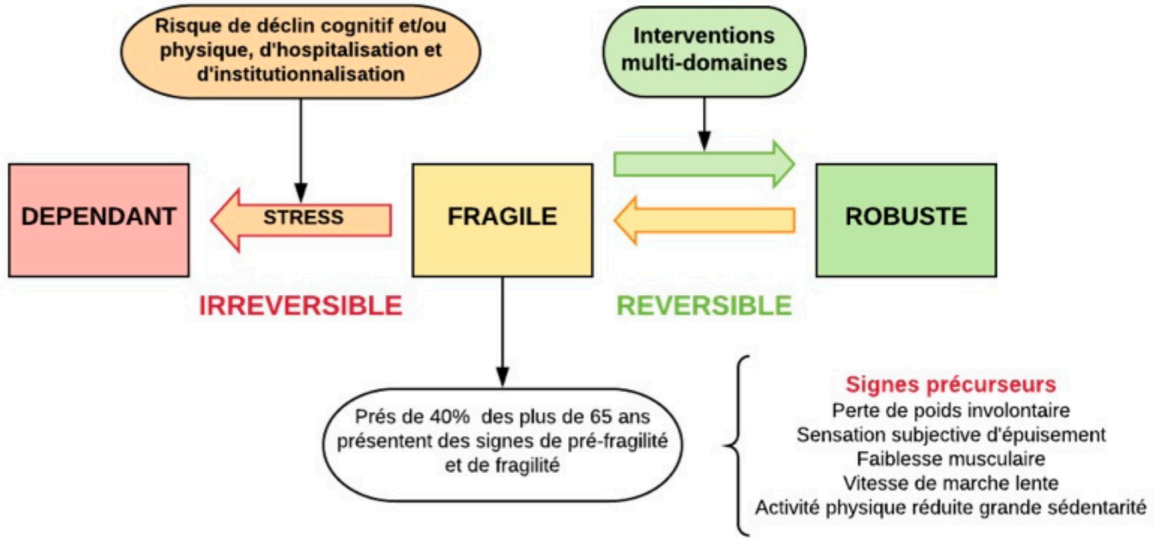
1.10. Retour à domicile et réinsertion

- **Retour à domicile après hospitalisation** : Préparation et accompagnement pour un retour en toute sécurité après une hospitalisation.

- **Programmes de réinsertion** : Pour aider à retrouver une autonomie maximale après une période de soins intensifs.

Le parcours de soins pour une personne âgée est donc une démarche coordonnée et personnalisée, impliquant une collaboration entre plusieurs acteurs pour assurer une prise en charge globale et adaptée aux besoins spécifiques de chaque individu.

2. Parcours patient personnes âgées CPTS NCNE

ÉTAPE	
0	**Lancement du parcours Personnes Âgées :** • Recensement des acteurs et spécialités • Communication du parcours aux différents acteurs du territoire
1	**Le patient présente un besoin, ... :** • Recherche de professionnels de santé • Recherche d'établissements • Recherche d'aides • Autre
2	**Comment le patient est repéré / sa demande / sa fragilité :** • Définition de la fragilité : o Patient de + de 75 ans / ALD / polypathologique o Isolement o Rupture de parcours * o = vulnérable d'un point de vue médico-psycho-social  *D'après Buchner et al. Age Ageing 25:386-91, 1996* • Qui repère cette fragilité ou la demande : o Repérage dit direct : ▪ Appel - mail -... - à la CPTS NCNE par le patient ▪ Cellule d'orientation traite la demande ▪ Remplissage de la fiche de liaison et/ou du tableau prise en charge (PEC) patient ▪ Définir si cas complexe ⇒ Si cas complexe * redirection vers le DAC C3S ▪ Mise en place du cercle de soin ⇒ Recherche de professionnels de santé par la cellule d'orientation de la CPTS NCNE - Mise en relation ⇒ Suivi du cas patient par la cellule d'orientation ⇒ Relance des professionnels de santé en cas de non-réponse ◊ Voir procédure d'orientation (page 10-11) o Repérage indirect : ▪ Famille et proches / voisinage ▪ Aidants non médicaux

	▪ Paramédicaux : IPA, IDEL, kiné, orthophonistes, pédicure podologue, ▪ Médicaux : médecin soignant (médecin généraliste et médecin spécialiste), pharmacien, SOS médecins ▪ Centre de santé, MSP, Centre SNP & 7/7 ▪ Autres : SAAD - SAAP, Service de portage de repas, associations diverses, ... ▪ Établissement médico-psycho-social : CHU de Nice, Cliniques, SSR, EHPAD,… ▪ Structure de coordination & associations : DAC C3S, Ligue Contre Le Cancer, France Alzheimer, … ▪ Tutelles : CPAM (PRADO / MAS) o Comment cela est repéré / diffusé ? ▪ Repéré par un professionnel de santé : ⇒ Analyse réalisée par un professionnel via les indicateurs * ⇒ Remplissage de la fiche de liaison CPTS NCNE ⇒ Envoi de cette fiche via un des canaux de communication ▪ Repéré par un non professionnel de santé : ⇒ Remplissage partiel de la fiche de liaison (aide au remplissage par la cellule d'orientation, envoi via un canal de communication accessible aux non-professionnels de santé) ⇒ Vérification de la fiche par la cellule d'orientation ⇒ Compléments d'informations si nécessaire ▪ Diffuser la demande de la prise en charge ⇒ Choix du canal de communication (téléphone, mail, Doctolib Silo, Azurezo, DirectSOS, espace partenaire CPAM, …)
3	**Mise en place du cercle de soin - de la stratégie** • Les besoins du patient ont été définis dans la partie 2 • La cellule d'orientation effectue les recherches des professionnels de santé/établissements o Procédure d'orientation patient • Un suivi est réalisé par la cellule d'orientation o Le patient et le professionnel de santé sont bien entrés en contact o Le patient s'est bien présenté à son rendez-vous o Suite à une de ses consultations, le patient a de nouveaux besoins ▪ Enregistrement des nouvelles informations + lancement des nouvelles recherches
4	**Définir les futurs besoins du patient** • Faire un point au troisième mois avec le patient pour revoir ses besoins éventuels • Tracer la demande du patient o Enregistrement des informations o Diffusion au cercle de soins ▪ Cas patient collaboratif • Point avec le cercle de soins – compte rendu • Point avec le patient • Relancer le parcours à l'étape 3
5	**Communication du parcours personnes âgées aux acteurs du territoire pour enrichir le parcours** • Diffusion des flyers de la CPTS NCNE (flyer patient CPTS + SNP + flyer présentation des actions de la CPTS (en cours de création)) o Diffusion sur nos réseaux sociaux (Facebook, Instagram, LinkedIn) o Diffusion sur notre site internet (www.cpts-nice-centre-nice-est.fr) o Diffusion sur nos messageries (Azurezo, Doctolib Silo, mailing, WhatsApp) o Diffusion aux officines, cabinets médicaux, cabinets paramédicaux o Diffusion aux établissements médico-psycho-sociaux • Organisation d'un colloque annuel avec les acteurs de la personne âgée o Présentation du parcours

	○ Présentation des différents acteurs ○ Remontée des problématiques ○ Groupes de travail
6	**Décès du patient** • Orientation des proches vers le médecin traitant • En cas d'indisponibilité ou pas de médecin traitant : ○ DEFINIR + IDEL (expérimentation, encadrée par le Décret n°2023-1146 du 6 décembre 2023, modifié par le décret n°2024-375du 23 avril 2024) ▪ Recensement des IDEL formées au décès sur le territoire.

3. Glossaire***

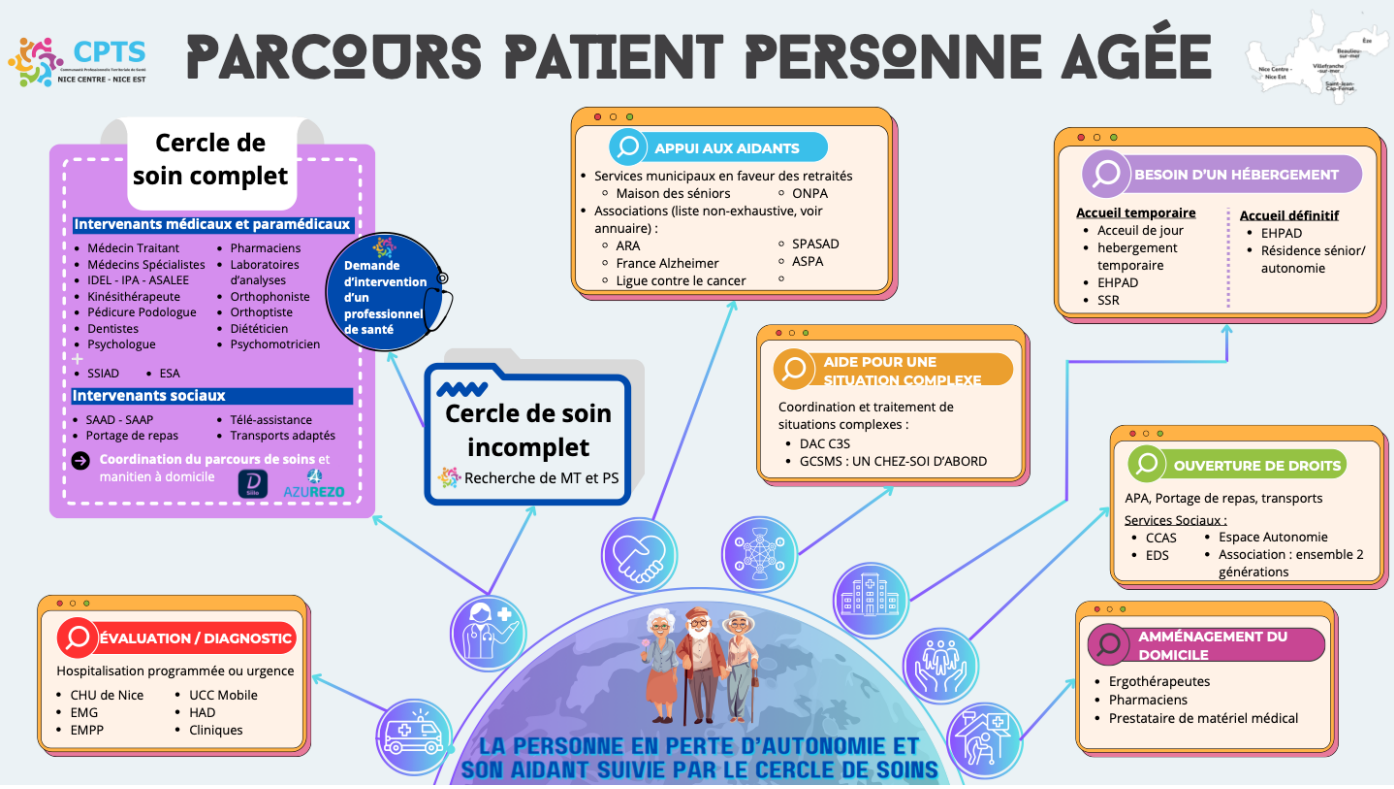
Personne Âgée (HAS)	La définition d'une personne âgée dépend du contexte. Le vieillissement est un processus progressif. Ainsi, la fragilité – plus que l'âge de l'état civil – aide à mieux cerner les personnes qui relèvent de la gériatrie, même si la limite communément admise est 75 ans. Ainsi, l'entrée dans la vieillesse ne se réfère à aucun âge particulier mais à un état d'incapacité fonctionnelle éprouvé subjectivement ou objectivement selon les dires des personnes âgées elles-mêmes. Les personnes âgées constituent une population : • Spécifique en raison de la fréquence de polypathologies, et, pour les plus âgées d'entre elles, de la prévalence augmentée de fragilité physique, psychique ou socio-économique et du risque de perte d'autonomie et de dépendance ; • Hétérogène, plus souvent hospitalisée, pour une durée plus longue et en passant plus fréquemment par le service des urgences.
Définition d'un cas complexe :	Quand une personne cumule plusieurs difficultés (santé, autonomie, isolement) entravant sa vie quotidienne.
Indicateur Physique :	• Perte de poids involontaire > 5%, en rapport avec une perte de masse musculaire • Asthénie permanente • Baisse de la vitesse de marche • Perte des transferts de manière autonome
Indicateurs psychiques :	• Troubles mnésiques • Dépression • Trouble de la personnalité • Addictions • Trouble des conduites alimentaires

Les causes d'une rupture de parcours :	• Médicales :
	  o Pas de médecin traitant
	  o Le médecin traitant est parti à la retraite
	  o Le médecin traitant ne fait pas de VAD (Visites à Domicile)
	• Paramédicales :
	  o Retraite du professionnel de santé
	  o Interruption :
	  ▪ Des soins
	  ▪ D'activité
	• Professionnels de santé :
	  o La spécialité ou le PS recherché n'est pas représenté sur le territoire
	  o Délai pour des consultations trop important
	• Patient :
	  o Nouvel arrivant sur le territoire
	  o Pas de recherche de la part du patient / échec dans la recherche

Définition des missions du DAC :	Depuis 2022 partout en France, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) seront les dispositifs uniques concernant les parcours de santé et de vie complexes. Dans chaque territoire, les réseaux de santé, les MAIA, les plateformes territoriales d'appui (PTA), les coordinations territoriales d'appui (CTA), voire les centres locaux d'information et de coordination (Clic) sur décision du conseil départemental, seront donc progressivement amenés à s'unifier en ce dispositif unique. Pour rappel, les DAC ont pour missions de venir « prioritairement en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des situations complexes liées notamment à des personnes cumulant diverses difficultés. Ils permettent d'apporter des réponses davantage adaptées et coordonnées entre les professionnels, quels que soient la pathologie, l'âge de la personne qu'ils accompagnent ou la complexité de son parcours de santé. [...] Les DAC peuvent également répondre aux demandes des personnes et de leurs aidants, et ainsi faciliter leur

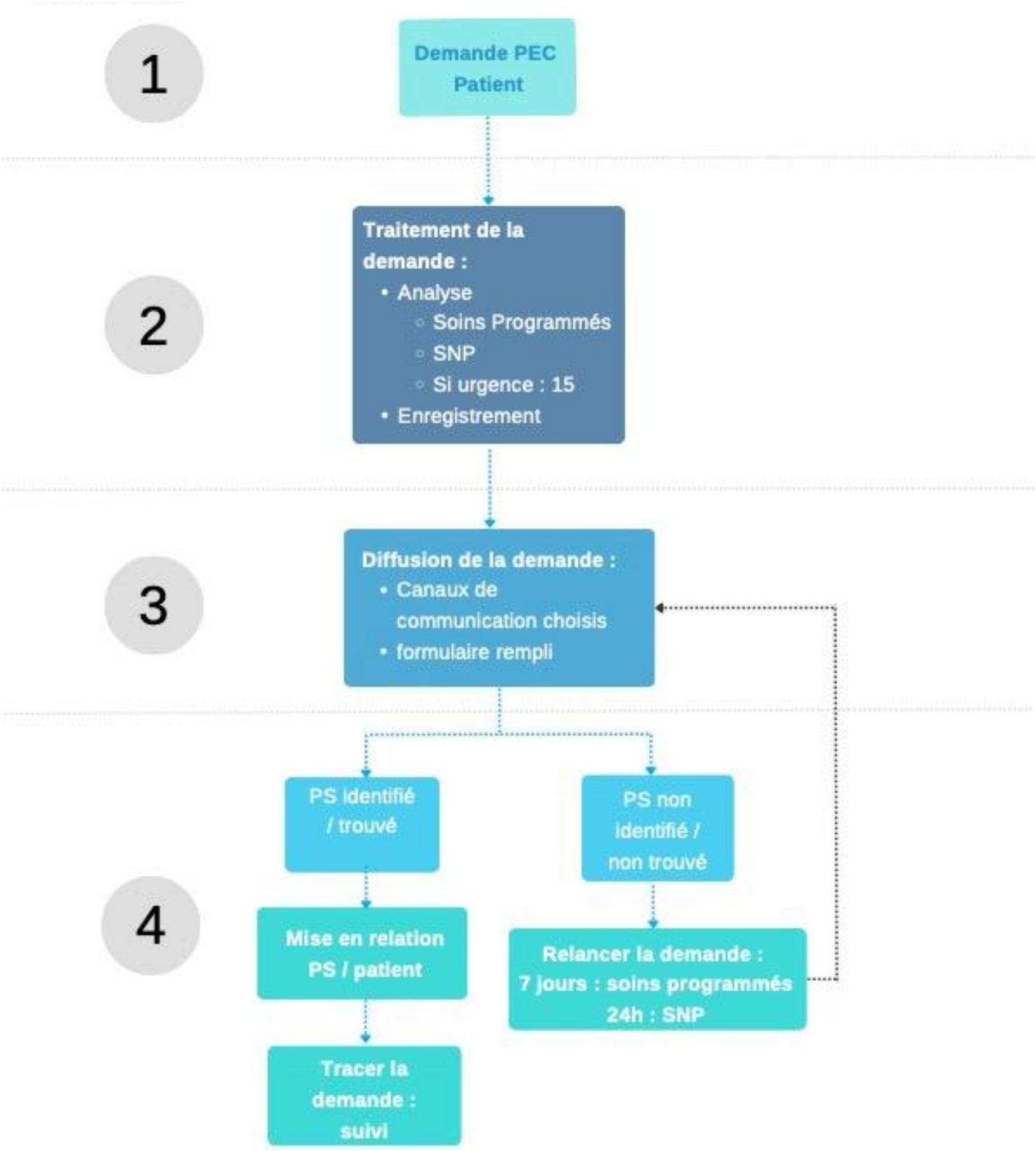
	parcours en apportant une réponse coordonnée à l'ensemble de leurs besoins. » À ce jour, on dénombre près de 120 DAC constitués ou en construction pour un objectif de 150 à 200 à la mi-2022. Leur déploiement est toutefois très disparate en régions.

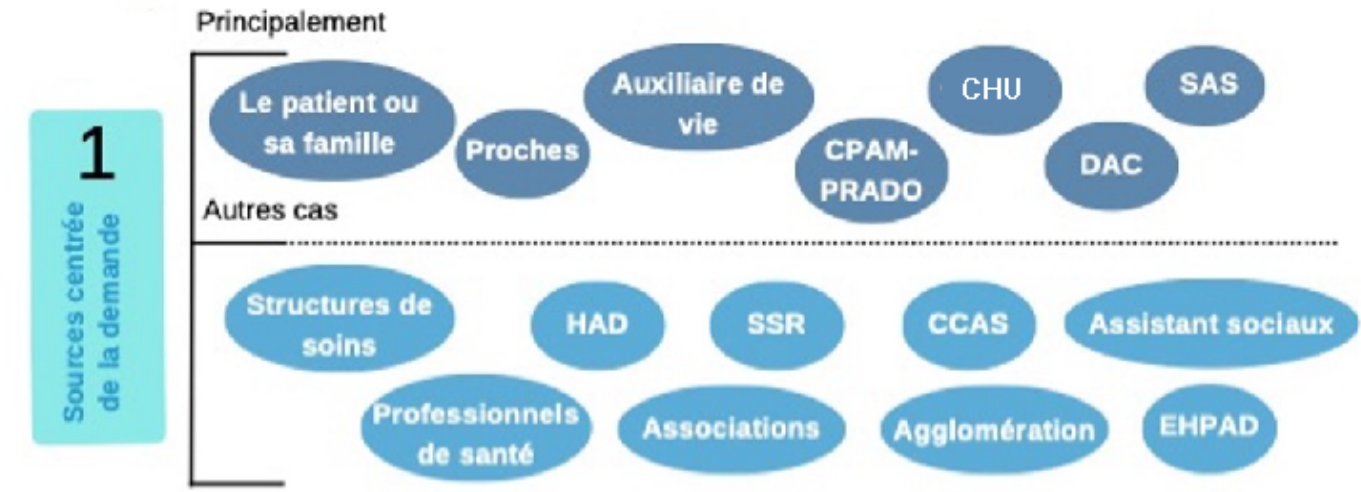
4. Logigramme Parcours Personne Âgée





5. Procédure d'orientation patient :





2 — Enregistrement collecte demande

- Réception de la demande : mail / téléphone / courrier
- Analyse de la demande (si urgence : 15 / SNP -> logigramme SNP) :
  - types de PS / soins recherchés
  - "urgences" de la demande / SNP / Soins programmés
  - coordonnées patient (06 / lieu habitation / âge / ...)
- Traçabilité de la demande :
  - provenance / date
  - comment avons-nous réceptionné la demande ?
  - par qui ?

3 — Diffusion et recherche

- Définir le/les PS de santé.
- Définir le/les canaux de diffusions :
  - Whatsapp / Doctolib Team / Azurezo (messagerie sécurisée)
  - téléphone
  - mail
  - courrier (attention au temps de réception)
- Une attention particulière sera apportée au RGPD.
- Envoi d'un message ciblé à un/plusieurs PS et/ou envoi d'un message par collège de métiers sur les groupes de messagerie sécurisées :
  - remplissage canva/formulaire PEC Patient demande
  - envoi du formulaire

4 — PEC du patient

- Réponse d'un ou plusieurs PS actée :
  - mise en relation du PS et du patient pour un rdv
  - tracer la PEC et demander une confirmation de la PEC
- Aucune réponse favorable de la part des PS :
  - tracer les ≠ demandes et retours
  - rediffuser sous 7 jours la demande jusqu'à réponse d'un professionnel
    - si aucune réponse, transfert de la demande vers une structure adaptée
  - retour au patient ou l'émetteur de la demande
    - le patient à trouvé le PS mais ne nous a pas informé
    - si urgence : 15 / structure de soin appropriée
    - si décès : logigramme décès

6. Fiche de liaison CPTS NCNE

CPTS Nice Centre - Nice Est

CPTS NCNE

FICHE DE LIAISON

À envoyer à la CPTS NCNE via les contacts suivants :

cptsncne@gmail.com

(+33) 07 84 60 25 06

Date de demande :	**Date de Prise en charge souhaitée :**

ORIGINE DE LA DEMANDE

Établissement / Professionnel de santé / Famille / Autre — Précisez :

Nom : — Téléphone : — Mail :

PERSONNE CONCERNEE

Nom : — Prénom : — Sexe : — Né(e) le : — ☐ Mineur

Téléphone : — Mail :

Adresse complète :

Code(s) d'entrée :

ENVIRONNEMENT SOCIAL

☐ Maintien au domicile ☐ Retour de structure — Date sortie :

Identification structure / service :

Personne vivant seule : ☐ Oui ☐ Non — Capacité à alerter : ☐ Oui ☐ Non

Personne à contacter :

Mesures de protection : ☐ Tutelle ☐ Curatelle

Responsable légal :

Personne suivie par : ☐ DAC ☐ CCAS ☐ Autre :

SITUATION ACTUELLE

☐ Problème(s) lié(s) aux AVQ (se nourrir, se vêtir, se laver, se déplacer) ☐ Refus de soins

☐ Problème(s) lié(s) dans les activités de la vie domestiques (courses, ménage, préparation des repas)

OBJET DE LA DEMANDE

☐ Recherche de professionnels de santé (à préciser) :

☐ Recherche de tierces personnes ou aidants (à préciser) :

☐ Portage des repas ☐ Téléalarme ☐ Distribution des traitements

☐ Aménagements du domicile ☐ Autre (à préciser) :

☐ Admission en établissement médico-psycho-social : ☐ Courte durée ☐ Moyen séjour ☐ Long séjour

INFORMATIONS A CARACTERE MEDICAL

Médecin traitant / référent : Dr ☐ ALD GIR : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Pathologie chroniques : *(merci de préciser dans le commentaire libre)*

☐ Endocrinologie ☐ Néphrologie - Urologie ☐ Cancérologie ☐ Ophtalmologie

☐ Digestive ☐ Cardiologie- Pneumologie ☐ Rhumatologie ☐ Dermatologie

☐ Neurologie ☐ Douleur chronique ☐ Psychiatrie ☐ Addictions

Facteurs de fragilité : *(merci de préciser dans le commentaire libre)*

☐ Troubles cognitifs, comportementaux et de l'humeur ☐ Troubles de l'équilibre ☐ Infection

☐ Plaies, lésions cutanées ☐ Dénutrition ☐ Oedèmes

LISTE DES INTERVENANTS HABITUELS DU PATIENT – CELLULE DE SOIN EN PLACE

PROFESSION / STRUCTURE	*NOM - PRENOM*	*N° TELEPHONE*

⚠ Retournez le document pour la suite du questionnaire → → → 1/2

COMMENTAIRES LIBRES :

Traitements : ***Merci de joindre une copie des prescriptions***

INFORMATION ET CONSENTEMENT (RGPD)

Information(s) délivrée(s), patient ou responsable légal informé(s) de la démarche ⊡ **Oui** ⊡ **Non**

⚠ *Attention, l'enregistrement de cette demande est conditionné à l'acceptation de la démarche !*

2/2

7. Flyer patient CPTS NCNE



8. Flyer SNP CPTS NCNE

CPTS
Nice Centre - Nice Est

Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
Nice Centre - Nice Est

L'association qui vous accompagne dans la recherche de professionnels de santé



QU'EST-CE QUE LES SOINS NON PROGRAMMÉS ?

Vous n'avez pas de médecin traitant ou il est indisponible pour le moment

Vous êtes malade, et ce n'est pas une urgence vitale

Vous nécessitez un avis médical dans les 48H

Les certificats médicaux ne représentent pas de soins non programmés

TERRITOIRE NCNE



EN CAS D'URGENCE VITALE



CONTACT

07 84 60 25 06
lundi à vendredi / 9h - 17h
cptsncne@gmail.com

@cptsncne
@CPTS Nice Centre Nice Est
@CPTS Nice Centre Nice Est

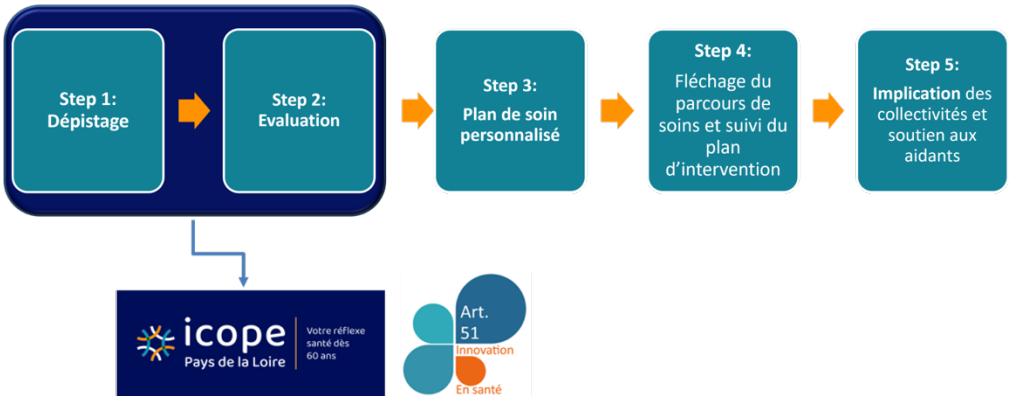
9. Flyer Professionnels de santé CPTS NCNE

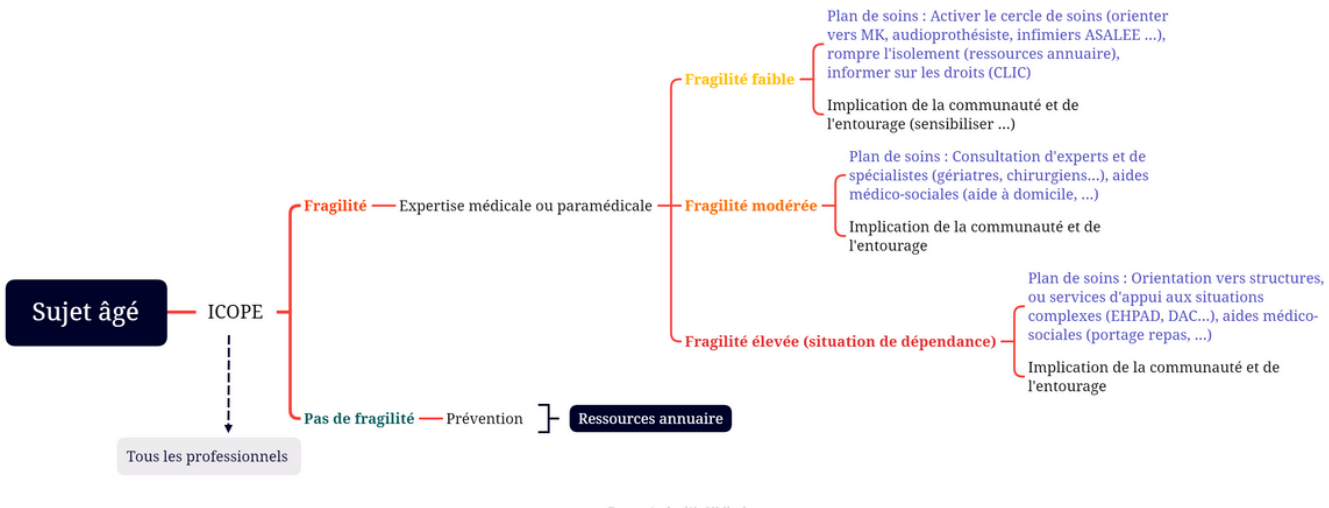


10. Grille de repérage de la fragilité ICOPE

Reproduction de la grille ICOPE (outil de l'OMS)

Capacité intrinsèque	Test	Evaluation
COGNITIVE	*Mémorisation* : Pouvez vous répéter les 3 mots suivants ? : fleur, porte, pomme *par exemple* *Orientation dans le temps et l'espace* : Quelle est la date du jour ? Où vous trouvez vous en ce moment ? *Mémorisation* : Pouvez vous me rappeler les 3 mots prononcés tout à l'heure ?	○ Mauvaise réponse à l'une ou l'autre des question ou ne sait pas ○ Ne se rappelle pas les trois mots
MOBILITÉ	Test du lever de chaise : se lever de la chaise 5 fois en 14 secondes, sans utiliser les bras.	○ Non
NUTRITION	*Perte de poids* : Avez vous involontairement perdu plus de 3 kg au cours des trois derniers mois ? *Perte d'appétit* : Avez vous connu une perte d'appétit ?	○ Oui ○ Oui
CAPACITÉ VISUELLE	Avez vous des problèmes oculaires, des difficultés pour voir de loin/ lire ou des maladies oculaires ? Etes vous actuellement sous traitement médical ? *diabète, hypertension artérielle*	○ Oui
CAPACITÉ AUDITIVE	Entendez vous les chuchotements ? *test à voix chuchotée* *ou* Audiométrie de 35dB ou moins *ou* Test de reconnaissance des chiffres dans le bruit à l'aide d'une application	○ Échec
SYMPTÔMES DE DÉPRESSION	Au cours des deux dernières semaines, avez vous été gêné par : • la déprime ou le désespoir ? • la perte d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?	○ Oui ○ Oui





11. Points clefs organisation parcours PA (HAS)

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

POINTS CLÉS
ORGANISATION DES PARCOURS

Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires

Cette fiche propose une approche globale centrée sur la personne âgée et sa polypathologie. Elle concerne des patients autonomes ou avec perte d'autonomie.

Points clés

- La prévalence des maladies chroniques augmente régulièrement en raison de l'allongement de l'espérance de vie. À partir de 75 ans, la présence simultanée d'au moins 2 maladies chroniques est très fréquente. Aux risques liés à la polypathologie, s'ajoutent ceux liés à la polymédication et à la multiplicité de prescripteurs.
- La prise en charge des patients atteints de plusieurs maladies chroniques est un processus continu : identification des patients, information, dialogue et évaluation, planification des soins, suivi et réajustement avec le patient et son entourage.
- Les approches les plus efficaces associent la prise en charge des pathologies chroniques à celle des difficultés fonctionnelles, sociales et psychologiques. Elles doivent être hiérarchisées en fonction de la gravité des maladies et des priorités des patients.
- La prise en charge est pluriprofessionnelle : elle fait appel à la concertation entre professionnels et à la délivrance au patient de messages clés harmonisés.
- Elle met en exergue la responsabilité du médecin traitant pour coordonner le parcours, organiser les interventions des différents acteurs et gérer les médications multiples.
- Elle nécessite d'impliquer le patient en l'informant, en lui proposant si besoin une éducation thérapeutique, et en l'associant au suivi des décisions thérapeutiques.
- Le suivi des patients doit être renforcé dans les périodes à risque de rupture du parcours, en particulier après une hospitalisation, afin de prévenir le risque de réadmission non programmée.
- Lorsque la situation du patient nécessite un travail formalisé à plusieurs professionnels, un **plan personnalisé de santé** (PPS) doit être envisagé.

Ce qu'il faut faire

Les étapes 1, 2 et 4 sont communes à tous les patients polypathologiques de plus de 75 ans. L'étape 3 (PPS) n'est pas systématique. Une synthèse de l'approche par étapes est présentée en annexe 1.

Mars 2015

Étape 1. Identifier les personnes âgées polypathologiques

Professionnels impliqués : médecin traitant en partenariat avec le pharmacien.

Nature de l'intervention : identification des personnes âgées de 75 ans et plus, ayant au moins 3 maladies chroniques.

Objectif : Identifier un groupe de patients à qui proposer une prise en charge renforcée et pluriprofessionnelle.
Méthode : principalement par la consultation du dossier médical et du volet de synthèse médicale (VSM). L'analyse des médicaments prescrits (compte Ameli, échanges avec le pharmacien (dossier pharmaceutique) peut également permettre d'identifier des pathologies non répertoriées dans le dossier médical.

Pathologies chroniques à prendre en compte

- Les **affections de longue durée** (ALD)
- Les pathologies/problèmes de santé chroniques non ALD mais à l'origine de soins prolongés ou de gêne fonctionnelle : HTA, insuffisance rénale, arthrose invalidante

Personnalisation de la prise en charge en fonction des profils de risque

Profils de patients	Points de vigilance	Interventions à prioriser
Prédominance d'une pathologie avec des comorbidités (ex. : insuffisance cardiaque avec diabète et HTA) chez un patient autonome	Renforcer le suivi après une hospitalisation Gérer la polymédication	Organiser la coopération avec le spécialiste d'organe ou référent de la pathologie Éduquer le patient et son entourage Envisager un PPS*
Coexistence de plusieurs pathologies chez un patient autonome	Établir des priorités entre les objectifs et les traitements Gérer la polymédication	Formaliser le suivi des différents avis spécialisés Éduquer le patient et son entourage Envisager un PPS*
Polypathologie associée à une fragilité ou à une perte d'autonomie, même débutante	Prévenir l'aggravation de la perte d'autonomie	Faire une évaluation gériatrique de soins primaires ou spécialisés Mobiliser les aides à domicile Envisager un PPS*
Coexistence d'une polypathologie avec une précarité financière, sociale, énergétique, etc.	Réduire les facteurs limitant l'accès aux soins et la qualité de vie	Établir un bilan social Mobiliser les aides sociales Proposer un accompagnement temporaire au patient Envisager un PPS*

* Certains patients âgés polypathologiques, même autonomes, peuvent nécessiter la mise en œuvre d'un PPS si la gestion de leurs maladies et traitements s'avère complexe avec un risque médicamenteux élevé.

Étape 2. Évaluer les problèmes médicaux et la situation de la personne

Dans cette étape, la révision des pathologies chroniques et des traitements, l'évaluation de la situation de la personne, et le recueil de ses priorités et préférences sont d'une importance égale : elles doivent être menées de concert.

- ***Recueillir la principale préoccupation de la personne (« priorité du moment »)***

Professionnel impliqué : médecin traitant.
Nature de l'intervention : recueil systématique de la priorité du moment de la personne (et de celles des aidants avec l'accord de la personne).

Objectif : dispenser des soins centrés sur la personne et ses besoins.

Méthode : recueil par entretien.

La (les) priorité(s) « du moment » concerne(nt) un (des) symptôme(s), des difficultés fonctionnelles ou des maladies : lombalgies, difficultés à se déplacer, insuffisance cardiaque, douleur, etc. À un moment précis, la personne a souvent une seule priorité qui ne coïncidera pas forcément avec la priorité des soignants, et qui devra être prise en compte dans les actions mises en œuvre.

- ***Réviser les diagnostics et les traitements***

Professionnels impliqués : médecin traitant, au mieux en équipe, ou dans le cadre d'un groupe d'échange de pratique ; spécialistes si nécessaire; pharmacien, IDE libérale ou IDE de SSIAD.

Nature de l'intervention : réviser le nombre et le stade évolutif des différentes pathologies chroniques et les médicaments.

Objectif : expliciter les liens entre symptômes et maladies, entre plusieurs maladies, et entre maladies et traitements afin d'adapter les stratégies thérapeutiques.

Méthode :

- ***Préciser le diagnostic*** : pour chacune des maladies sont évalués les preuves diagnostiques, le retentissement, le pronostic et les facteurs pouvant favoriser une décompensation à l'occasion d'événements intercurrents. Les maladies sont hiérarchisées en fonction de leur degré de gravité, de leurs liens, de leur évolutivité et des possibilités thérapeutiques, et le statut d'ALD est réévalué, voire renouvelé.

- ***Procéder à une revue des médicaments prescrits*** *via* les ordonnances, le compte Ameli (historique des remboursements depuis 6 mois) ou le dossier pharmaceutique (historique des dispensations médicamenteuses depuis les 4 derniers mois), concertation du médecin et du pharmacien avec le patient (et/ou son entourage). Une démarche de soins infirmiers peut mettre en évidence des difficultés de gestion des traitements, et identifier ainsi des patients à risque iatrogénique. S'assurer de la bonne observance et rechercher une éventuelle automédication. En vue de l'adaptation des doses de médicaments, l'évaluation de la clairance de la créatinine est systématique par la formule de Cockcroft et Gault.

- ***Mettre en correspondance l'ensemble des traitements et les maladies/problèmes de santé à l'aide du tableau PMSA diagnostics*** (annexe 2), version simplifiée du **programme Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA)**. S'interroger sur l'indication d'alternatives thérapeutiques non médicamenteuses.

- ***Évaluer la personne dans les domaines fonctionnels, psychologiques et sociaux***

Professionnels impliqués : médecin traitant et acteurs de proximité, si besoin avec l'aide d'équipes gériatriques intervenant en milieu hospitalier ou d'un réseau de santé / plateforme d'appui.

Nature de l'intervention : évaluation multidimensionnelle de la personne.

Objectif : identifier les problèmes en rapport avec les difficultés fonctionnelles et psychosociales. Confirmer une éventuelle fragilité.

Méthode :

Une **évaluation gériatrique de premier recours** peut être réalisée en plusieurs étapes au fil des consultations et contacts avec le patient, et impliquer une visite à domicile. Elle peut être rapide si le patient est autonome, et n'a pas de problèmes sociaux. Elle peut être complétée par une évaluation gériatrique spécialisée, en cas de difficultés ou de problèmes multiples ou complexes.

À l'issue de cette évaluation : les problèmes identifiés par les professionnels sont classés par priorité à l'aide de la **check-list des situations à problèmes** (annexe 3). Celle-ci pourra être utilisée ultérieurement pour une concertation professionnelle.

- ***Recueillir les préférences de la personne en termes de traitement***

Professionnels impliqués : médecin traitant et équipe de soins primaires, services d'aides à la personne.

Nature de l'intervention : recueil systématique des préférences de la personne en termes de traitement médicamenteux et d'alternatives non médicamenteuses (et de celles des aidants avec l'accord de la personne) après explicitation des avantages et désavantages des différentes options thérapeutiques.

Objectif : associer la personne aux décisions thérapeutiques.

Méthode : recueil par entretien.

Les préférences de la personne sont notées dans le dossier médical et sont intégrées dans la révision des dia-

gnostics et traitements, ainsi que dans l'évaluation gériatrique

À l'issue de ces évaluations, la stratégie thérapeutique est réévaluée en prenant en compte les conclusions du PMSA diagnostics, les résultats de l'évaluation fonctionnelle et psychosociale du patient, ses préférences thérapeutiques, sa priorité du moment, et **sa capacité à gérer ses maladies et ses traitements**.
Les résultats actualisés de cette révision de stratégie thérapeutique sont notés par le médecin traitant dans le **volet de synthèse médicale** (VSM), inclus dans le dossier médical partagé (DMP). En cas d'ETP, avec l'accord du patient, le médecin traitant donne accès à ces informations aux autres soignants qui vont mettre en œuvre le programme d'ETP : infirmier, pharmacien, kinésithérapeute.

Étape 3. Si besoin, élaborer un PPS

Professionnels impliqués, avec l'accord de la personne : médecin traitant (pilote), autres professionnels de proximité (pharmacien, IDE libéral, IDE de SSIAD, kinésithérapeute), assistant social, professionnels de l'aide à domicile,
Expertise gériatrique (avec l'aide de la coordination d'appui) (cf. **mode d'emploi du PPS**).

Nature de l'intervention : planifier des actions de soins et d'aides en situation complexe.

Objectif : anticiper au mieux les problèmes, et les gérer de manière adaptée en termes de démarche clinique et d'organisation (individuelle, en face à face en consultation ; collective pour un travail concerté à plusieurs s'il est nécessaire).

Méthode : utilisation du **questionnaire d'aide à la décision d'initier une démarche de type plan personnalisé de santé (PPS)**. Dans ce questionnaire, la présence de critères en sus de la polypathologie (pathologie sévère, association à des problèmes sociaux…) est une incitation supplémentaire à élaborer un PPS. La décision dépend *in fine* du jugement clinique du médecin traitant.

- *Si le besoin d'élaborer un PPS est confirmé*, les professionnels de proximité se concertent à l'aide de la ***check-list*** des situations à problèmes. Un plan d'action est ensuite proposé avec des messages harmonisés pour le patient (ex. alimentation et AVK, régime hyposodé et insuffisance cardiaque, etc.).
- L'élaboration du **PPS** est associée à la désignation d'un référent soignant, chargé de suivre l'effectivité des actions planifiées.
- *Si la situation de la personne polypathologique ne relève pas d'un PPS*, le médecin partage avec les acteurs concernés, par messagerie sécurisée, des informations utiles à la prise en charge de la personne, avec son accord. Les interventions projetées sont inscrites par le médecin traitant avec une date de suivi dans le dossier médical.

Étape 4. Assurer un suivi et des réévaluations

Professionnels impliqués : médecin traitant, au mieux en équipe ou dans le cadre d'un groupe de pairs ; spécialistes d'organes si nécessaire; pharmacien, si besoin : IDE libérale ou IDE de SSIAD.

Nature de l'intervention : suivi et réévaluation des diagnostics et des traitements.

Objectif : assurer un suivi médical cohérent à plusieurs prescripteurs.

Méthode : suivi des optimisations diagnostiques et thérapeutiques dans la durée, réévaluer les objectifs thérapeutiques, maîtriser le risque iatrogénique en rapport avec la polymédication et l'automédication, organiser le suivi par plusieurs spécialistes (consultations, examens complémentaires), sécuriser les transitions, reconsidérer les priorités avec le patient en cas de survenue d'un nouveau problème de santé.

Suivi régulier (PMSA diagnostics au moins 1 fois par an), à renforcer dans les périodes à risque de rupture du parcours (décompensation, transitions ville-hôpital et hôpital-ville, nouvelle maladie, modification de l'entourage, etc.).

Publications de la HAS citées dans cette fiche

Cette fiche met en lien les autres publications de la HAS en rapport avec le parcours de soins des personnes âgées polypathologiques : prise en charge de la fragilité, gestion de la prescription médicamenteuse, éducation thérapeutique du patient, communication et concertation des professionnels de santé, organisation de la sortie d'hospitalisation :

- **Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?**
- ***Check-list* des situations à problèmes**
- **Programme Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA)**
- **Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ?**
- **Volet de synthèse médicale**
- **Plan personnalisé de santé**
- **Cadre référentiel ETP Paerpa Polypathologie – Polymédication**
- **Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ?**
- **Check-list de sortie d'hospitalisation > 24h**

Ce qu'il faut savoir

Définition choisie de la polypathologie

Cette fiche concerne les personnes âgées de 75 ans et plus, ayant au moins 3 maladies chroniques.

Ne relèvent pas de cette approche les patients atteints de maladie sévère en phase terminale.

Épidémiologie

57 % des personnes âgées de 75 ans et plus ont au moins 1 affection de longue durée (ALD), 40 % ont au moins 2 ALD, 3,6 % au moins 3, et 0,8 % au moins 4.

Impact

La polypathologie chez les personnes âgées peut être associée à :

- une vulnérabilité sociale et psychique accrue ;
- une perte d'autonomie, une altération de la qualité de vie, une dépression, une déficience sensorielle.

Elle complique la pratique des professionnels de santé et retentit sur l'organisation des soins en raison :

- **d'une incertitude diagnostique.** Les diagnostics des pathologies chroniques sont parfois insuffisamment étayés, exposant au risque d'un traitement des seuls symptômes (annexe 4) **;**
- **d'une polymédication (en moyenne 8 à 10 médicaments)** qui accroît les risques d'interactions médicamenteuses, de mauvaise observance, d'événements indésirables et d'hospitalisations en partie évitables ;
- **des risques liés aux prescripteurs multiples :**
  - fragmentation des soins, et messages contradictoires ;
  - stress et ruptures lors des transitions sanitaires programmées ou non ;
  - addition des recommandations dédiées à chaque maladie ;
- **d'une augmentation du recours aux soins et des coûts** liés à la consommation médicamenteuse et aux hospitalisations.

Une prise en charge en 5 points interdépendants

- ***Poser des diagnostics précis de l'ensemble des pathologies chroniques,*** afin d'éviter les traitements symptomatiques et les prescriptions inutiles**.**
- ***Optimiser les traitements.***
- ***Évaluer et prendre en compte le contexte de la personne*** dans les domaines fonctionnels, psychologiques et sociaux.
- ***Impliquer, avec son accord, le patient*** : et si nécessaire son entourage (personne de confiance), en tant que partenaires actifs :
  - les informer obligatoirement ;
  - recueillir leur priorité du moment (symptôme ou maladie) et leurs préférences concernant les modalités de prise en charge des maladies ;
  - Proposer une **éducation thérapeutique** intégrant la polypathologie, si le médecin/le pharmacien/l'infirmier (si un infirmier intervient au domicile) pensent que le patient peut en bénéficier.
- ***Décider d'élaborer ou non un*** **plan personnalisé de santé (PPS).** Un PPS peut être envisagé en cas de pathologie avancée, de complexité liée à la coexistence de plusieurs pathologies ou de l'association de problèmes sanitaires et sociaux. La décision revient au médecin traitant s'il estime qu'un travail concerté et formalisé à plusieurs sera une valeur ajoutée pour le patient.

Ce qu'il faut éviter

- Traiter les symptômes sans diagnostics précis, ni hiérarchisation des pathologies et traitements,
- Se centrer sur une pathologie.
- Fractionner la prise en charge en une succession d'interventions spécialisées sans coordination, au risque de dispenser des messages contradictoires et d'empiler les traitements.
- Ne pas impliquer la personne et son entourage,
- Ne pas entendre la parole (alerte) des professionnels intervenant à domicile (professionnels de santé ou non).
- Négliger les 4 principaux facteurs de risque d'hospitalisation : chute, polymédication, dénutrition, dépression.
- Négliger de renforcer le suivi après une hospitalisation pour prévenir une réadmission non programmée. (**Check-list de sortie d'hospitalisation > 24h**)
- Ignorer les signes d'alerte de décompensation des pathologies et / ou des traitements, et les situations à risque de déstabilisation (chaleur estivale, déménagement, perte de l'aidant, etc.).
- Ignorer les facteurs sociaux : qualité de l'habitat/isolement/ressources financières.

Conditions à réunir

- **Former les professionnels**
  - aux spécificités de la polypathologie gériatrique (cascade et schéma 1+2+3 de Bouchon) (cf. Annexe 4 et portfolio OMAGE à venir) ;
  - à l'optimisation de la prescription médicamenteuse,
  - à la réalisation d'une évaluation gériatrique de premier recours ;
  - à l'ETP, notamment concernant les 3 principaux risques d'hospitalisation : iatrogénie, dépression chute ;
  - au travail de concertation et de suivi à plusieurs professionnels (PPS) ;
  - à dépister la souffrance de l'aidant et le risque de maltraitance.

- **Faire évoluer l'organisation des soins primaires**
  - Rendre accessibles les moyens d'échange et de partage de l'information entre professionnels : messageries sécurisées de santé, dossier médical partagé (DMP),
  - Systématiser le repérage des patients cibles dans les logiciels métier de médecins généralistes,
  - Améliorer la coopération entre équipes de soins primaires et spécialistes de recours au niveau des territoires de santé :
    - établir localement des protocoles pluriprofessionnels sur La prise en charge des patients âgés polypathologiques,
    - aider à la reconnaissance des différents acteurs entre eux et à la définition de leurs responsabilités respectives,
    - développer les échanges avant une consultation de spécialité pour clarifier les besoins.

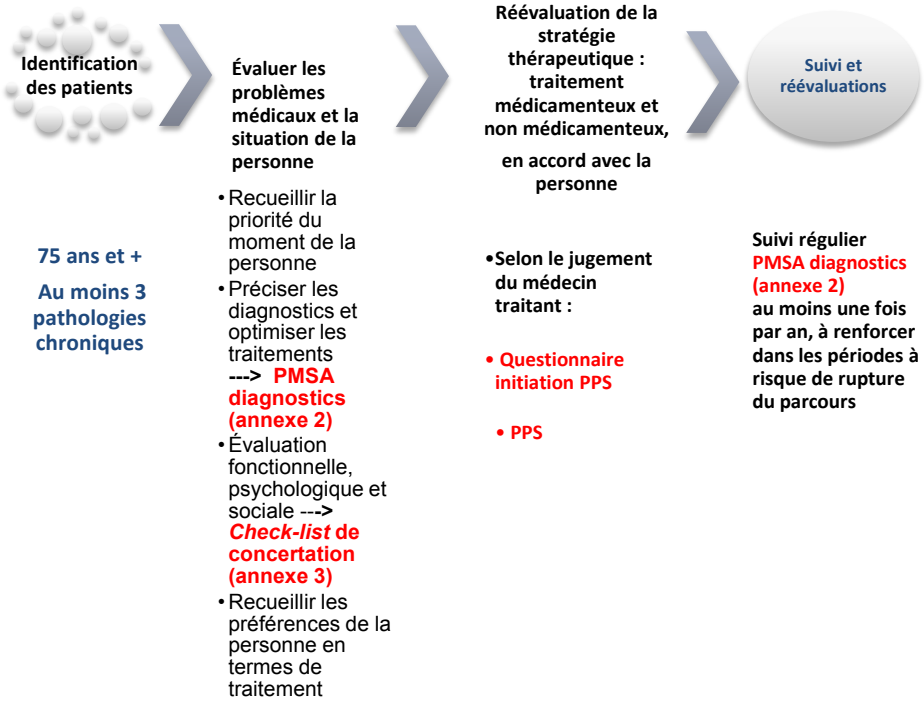
Critères de suivi

- Nombre de personnes pour lesquelles le protocole est utilisé/nombre de personnes âgées ayant au moins 3 maladies chroniques dans la patientèle,
- Évaluation des résultats des soins et du recours aux soins de personnes âgées ayant au moins 3 maladies ou problèmes de santé chroniques : satisfaction des professionnels et des patients – prévention de la perte d'autonomie - nombre d'hospitalisations et réhospitalisations, non programmées, dans l'année.

Exemples de réalisations ou de projets en cours

- Au sein des expérimentations Paerpa, un décret du 2 décembre 2013 instaure un dispositif dérogatoire en autorisant les professionnels de santé et du champ social et médico-social à échanger des informations médicales, sociales et administratives relatives à la personne âgée,
- Évolutions du dossier médical partagé ciblé sur les malades chroniques et les personnes vieillissantes,
- Portfolio OMAGE (à venir) : à destination des infirmiers pour harmoniser les messages clés dans une perspective éducative,
- Outils **MOBIQUAL** : Nutrition, dénutrition, alimentation chez la personne âgée. Dépression chez la personne âgée à domicile. Douleur chez la personne âgée,
- **Guide Prescriptions médicamenteuses adaptées à la personne âgée (SFGG – CNP de gériatrie)**,
- Guide du Collège de médecine générale « Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ?

Annexe 1. Synthèse de l'approche



Mars 2015

Annexe 2. Tableau PMSA diagnostics

PMSA diagnostics					
Pathologies /Problèmes de santé	Preuves diagnostiques ?	Optimisation diagnostique ? Oui/non	Traitements et alternatives non médicamen-teuses	Optimisation thérapeutique ? Oui/non	Remarques

Les modalités de remplissage du tableau PMSA diagnostics, respectivement par les médecins de ville et par les médecins hospitaliers, ont été explicitées dans 2 diapo-ramas en accompagnement de cette fiche.

Mars 2015

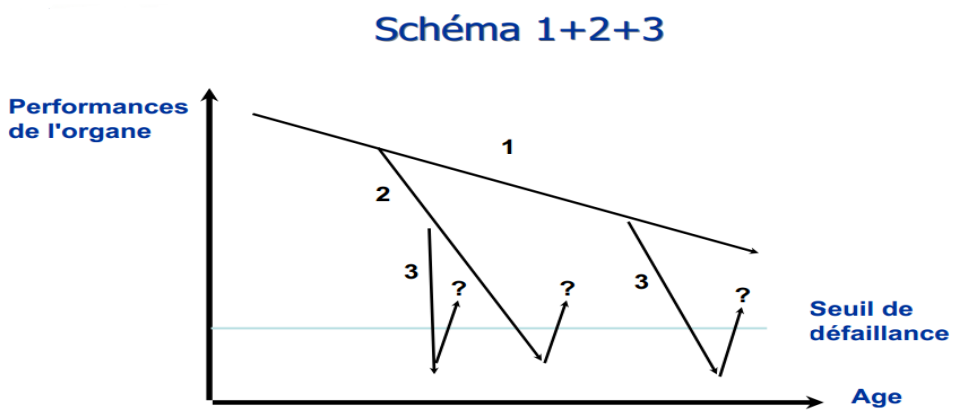
Annexe 3. Check-list d'aide à l'identification des priorités des professionnels (oui / non / ?) Date : / /

	Suivi			Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Suivi		
	Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2		Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2
Problèmes liés aux médicaments				**Difficultés à prendre soin de soi**			
- accident iatrogène				- difficultés à utiliser le téléphone			
- automédication à risque				- difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments			
- prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, antithrombotiques, hypoglycémiants)				- difficultés à voyager seul			
				- difficultés à gérer son budget			
- problème d'observance				- refus de soins et d'aides			
- adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiants)				- situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause			
				Aidant en difficulté (épuisé, fragile…)			
				Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne			
Organisation du suivi				- soins personnels/toilette			
- pas de déplacement à domicile du médecin traitant				- habillage			
- multiples intervenants				- aller aux toilettes			
				- continence			
- investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes				- locomotion			
				- repas			
Problèmes de mobilité				**Isolement**			
- risque de chute				- faiblesse du réseau familial ou social			
- chute(s)				- isolement géographique			
- phobie post-chute				- isolement ressenti			
- problèmes de mobilité à domicile				- isolement culturel			
- problèmes de mobilité à l'extérieur				**Précarité**			
				- financière			
Troubles nutritionnels / Difficultés à avoir une alimentation adaptée				- habitat			
Troubles de l'humeur				- énergétique			

Annexe 4. Spécificités cliniques de la personne âgée de plus de 75 ans

La « décompensation en cascade des pathologies ». (exemple : dépression puis dénutrition avec sarcopénie → chutes répétées → chute avec fracture).

La décompensation fonctionnelle d'un organe (théorie 1+ (2) +3 de JP Bouchon), sous l'effet d'un événement intercurrent. Les effets du vieillissement (1) réduisent progressivement les réserves fonctionnelles, sans jamais à eux seuls entraîner la décompensation. Les affections chroniques surajoutées (2) altèrent les fonctions. Les facteurs de décompensation (3) sont souvent multiples et associés chez un même patient : affections médicales aiguës, pathologie iatrogène et stress psychologique. Il est nécessaire pour le médecin et le patient d'identifier ces situations à risque de décompensation et de définir des signes d'alerte.



Analyse des performances d'un organe chez un sujet âgé, sous l'effet du vieillissement (1), des pathologies de l'organe (2) et des affections intercurrentes (3), avec ou sans traitement spécifique (?). (Bouchon 1984)

À titre d'illustration, des cas cliniques sont accessibles sur ce lien et dans les fiches portfolio (à venir).

12. Fiche de liaison DAC C3S :

DAC
DISPOSITIF D'APPUI À LA COORDINATION

Réception de la demande le :

FICHE DE DEMANDE

A envoyer au DAC du lieu de résidence de la personne concernée :

Territoire Ouest 06	Territoire Centre 06	Territoire Est 06
DAC Cap Azur Santé contact@capazursante.com 04 92 91 96 26	**DAC C3S** contact@dac-c3s.fr 04 92 00 02 03	**DAC Est Azur** contact@dac-estazur.fr 04 93 85 11 25

⚠ **Toute demande implique que la personne orientée ait été informée du partage d'informations avec le DAC et ne se soit pas opposée à cette démarche. Le DAC s'assurera du consentement de la personne tout au long de son accompagnement.**

ORIENTEUR

Structure ou lien : **Date de demande :**

Nom : **Prénom :**

Coordonnées (Téléphone **ET** Mail) :

PERSONNE CONCERNÉE (* Informations nécessaires pour la bonne prise en compte de la demande - merci de votre compréhension)

***Nom :** ***Nom de naissance :**

***Prénoms de naissance :** ***Sexe :**

***Date de naissance :** ***Commune de naissance ou pays** (si né à l'étranger) :

Adresse : Téléphone :

Commentaires pour accès :

Situation administrative : Retraité En activité Chômage Scolarisé Autre :

Personne vivant seule : Oui Non Commentaires :

Où se trouve la personne au moment de l'orientation ? A domicile A l'hôpital Date de sortie envisagée :
Autre :

Représentant légal : Nom : Coordonnées :

Habilitation familiale Sauvegarde de justice Curatelle simple Curatelle renforcée Tutelle En cours

PERSONNE À CONTACTER POUR L'OBTENTION D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Nom : **Prénom :**

Lien : Téléphone / mail :

CERCLE DE SOINS (PROFESSIONNELS ET ENTOURAGE)

	Nom/Prénom	Coordonnées
Médecin traitant		
Infirmier		
Kinésithérapeute		
Assistante sociale		
Médecin spécialiste		
Aides à domicile		
Livraison de repas		
Aidant		

MDPH n° dossier : APA GIR :

CONTEXTE DE L'ORIENTATION ET ATTENTES VIS A VIS DU DAC :

ALERTES (cocher les alertes repérées) ***OPTIONNEL***

Alertes liées à la santé	
Etat de santé	☐ Pathologie chronique, évolutive, dégénérative ☐ Chutes ou hospitalisations régulières ☐ Etat douloureux ☐ Dégradation de l'état de santé, troubles alimentaires, perte ou prise de poids ☐ Troubles psychiques
Comportement	☐ Refus des aides / déni ☐ Plaintes, mauvais état de santé ressenti ☐ Repli sur soi, perte de motivation, estime de soi ☐ Réactions inadaptées
Troubles cognitifs	☐ Perte de repères dans le temps et / ou espace ☐ Confusion, trouble du jugement ou du raisonnement ☐ Troubles de la mémoire
Alertes liées à la perte d'autonomie	
Actes essentiels :	☐ Alimentation ☐ Elimination urinaire / fécale ☐ Hygiène corporelle ☐ Transferts ☐ Déplacement à l'intérieur ☐ Habillage / Déshabillage ☐ Déplacement à l'extérieur
Activités domestiques	☐ Entretien du logement ☐ Entretien du linge ☐ Courses ☐ Préparation des repas
Comportements à risque	☐ Errance / déambulation ☐ Addictions (tabac, alcool, médicaments…) ☐ Risques d'accidents domestiques (incendie, intoxication, inondation) ou de la circulation (conduite, traverse en dehors des passages, …) ☐ Autre :
Alertes liées à l'environnement	
Logement	☐ Inadapté / problème d'accessibilité ☐ Inconfortable / incurie / Encombrement ☐ Autre :
Economique	☐ Revenus insuffisants pour subvenir aux dépenses exceptionnelles ☐ Dettes / impayés ☐ Difficulté / absence de gestion
Social/familial	☐ Isolement/ rupture de liens ☐ Epuisement/ indisponibilité des aidants ☐ Epuisement professionnel ☐ Autre :

13. Formulaire de consentement

CPTS
Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
NICE CENTRE - NICE EST

L'association qui vous accompagne dans la recherche de professionnels de santé

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Vous voulez :
- rester bien dans votre corps et votre tête
- prendre soin de votre santé
- vous sentir bien à votre domicile
- rester autonome longtemps

Vous êtes :
- Sénior de plus de 75 ans

On vous propose :
- un suivi personnalisé
- des ateliers de prévention adaptés aux besoins
- une centralisation du suivi par votre médecin traitant

La **CPTS** est une association de professionnels de Nice Centre Nice Est pour **prendre soin de ma santé** ! Nous vous proposons de vous inclure dans ce parcours spécifique **innovant** et **expérimental**.
La CPTS s'engage à mener cette expérimentation selon les **dispositions éthiques et déontologiques**, à protéger le secret médical des patients tout au long de l'expérimentation et à **assurer la confidentialité des informations** recueillies.

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre l'expérimentation peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence.

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette expérimentation auprès de la CPTS.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon confidentielle et sécurisée sur l'outil régional numérique de santé **AZUREZO** et **DOCTOLIB SILO** permettant les échanges de données de santé de manière sécurisée. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle anonyme.

Informations :

Renseignements

CPTS Nice Centre - Nice Est
07 84 60 25 06
cptsncne@gmail.com

Je soussigné....., né le ....., à .....
consens à être inclus dans l'expérimentation du parcours de soins "Bien vieillir à Nice Centre Nice Est" de la CPTS Nice Centre - Nice Est. Je consens également à l'utilisation de mes données grâce à l'outil numérique sécurisé Azurezo par les professionnels de mon "cercle de soin".

Date : **Signature :**

14. Infos partenaires :

14.1. CRT la MUT

Le Centre de Ressources Territorial (CRT), qu'est-ce que c'est ?
En France, la part des personnes de 60 ans et plus augmente. Une tendance, qui va s'accélérer au cours des prochaines décennies, selon les projections de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). En 2060, 23,6 millions de personnes seront ainsi âgées de 60 ou plus. Consciente de ces enjeux majeurs, la Mut' a mis en place un dispositif d'accompagnement renforcé pour les personnes âgées, en perte d'autonomie et vivant à leur domicile : le "Centre de Ressources Territorial (CRT)".

Qui peut bénéficier du Centre de Ressources Territorial ?
Toute personne de plus de 60 ans , en perte d'autonomie et qui souhaite rester vivre à son domicile.
Plusieurs conditions accélèrent également la prise en charge du patient au sein du dispositif :

- Lorsque l'accompagnement à domicile n'est plus suffisant et que la personne n'accepte pas de le quitter,
- Lorsqu'elle se sent en insécurité, surtout la nuit,
- Lorsqu'elle souhaite préserver ses proches aidants dépassés, ou lorsqu'ils sont absents,
- Lorsqu'elle est isolée et qu'elle exprime un besoin de lien social.

Quels sont les champs d'intervention du Centre de Ressources Territorial (CRT) ?
Le CRT a trois champs d'intervention :

- Il a vocation à être partie prenante à la dispense de la politique de prévention sur le territoire, en mettant en place des actions de prévention et de promotion en santé à l'égard de l'ensemble des personnes âgées sur le territoire,
- Il lutte contre l'isolement des personnes âgées en contribuant au maintien du lien social, en développant des actions concourant à renforcer les liens intergénérationnels, en apportant un soutien aux aidants,
- Il dispense des formations et organise des échanges de bonnes pratiques entre professionnels du territoire intervenant dans le secteur du grand âge.

En sécurisant le logement et en coordonnant les interventions quotidiennes des professionnels du soin autour d'un parcours de santé personnalisé, le CRT propose, sans limite de durée, un accompagnement complet, renforcé et sur mesure aux personnes âgées dépendantes, leur permettant de continuer à vivre à leur domicile de façon sûre.
En résumé, le CRT constitue une alternative à l'entrée en EHPAD. Il permet également d'accompagner une situation à risque : retour d'hospitalisation, logement inadapté, absence d'aidant à proximité, isolement de la personne.

Qui peut être à l'origine de l'orientation d'un bénéficiaire vers le CRT ?
De nombreuses personnes ou institutions ! Médecin traitant, IDEC, Maison Départementale de l'Autonomie, service d'aide ou de soins à domicile, Centre Communal d'Action Sociale, la personne accompagnée ou son aidant, l'hôpital, France Alzheimer… Les points de contact sont variés.

Comment bénéficier de ce dispositif ?
Le coordinateur du CRT est informé du besoin. Le professionnel en charge du patient remplit une fiche de liaison et la transmet au CRT. Le Centre se charge ensuite de la prise en charge globale et coordonnée du patient.

Adresse : 10 Rue Molière, 06100 Nice
Contact : Karen LETOURNEL – Coordinatrice CRT

- k.letournel@lamut.fr 06 29 52 10 85

14.2. CRT Villefranche-sur-Mer

Nous joindre

Du Lundi au Vendredi de 9h00 à 17h00
Madame GRESSIER
Cadre de santé coordonnateur du dispositif 04.92.00.26.87
cds.domicile@mrvsm.fr
EHPAD Hors Les Murs Villefranche-sur-Mer
04.93.01.17.00
2424 Boulevard Edouard VII
06230 Villefranche-sur-Mer

Les modalités d'admission

En cas d'intérêt de votre part, votre dossier sera présenté en commission d'admission et de coordination.
S'il est retenu, le dispositif se mettra en œuvre le plus vite possible.
Une rencontre se fera avec le médecin et le cadre de santé coordonnateurs.
Une convention sera alors signée.

E H P A D H L M V S M





Service EHPAD Hors Les Murs

Pour apporter une réponse coordonnée au maintien à domicile des personnes âgées.

Une prise en charge complète autour d'un projet d'accompagnement personnalisé reposant sur des prestations coordonnées entre professionnels de santé et un accompagnement multidisciplinaire.

Présentation des partenaires

L'EHPAD de Villefranche-sur-Mer
Un établissement public autonome spécialisé dans la filière gériatrique : hébergement ou maintien à domicile.
Etablissement porteur du projet EHPAD Hors Les Murs

Les Centres Communaux d'Action Sociale de Villefranche-sur-Mer, de Beaulieu-sur-Mer, de Saint- Jean- Cap- Ferrat, d'Eze et de Cap-d'Ail
Des établissements publics gestionnaires des services d'aide à domicile, de portage de repas et de téléassistance

Des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux
Acteurs du territoire qui ont signé une convention de partenariat avec l'EHPAD Hors Les Murs de Villefranche-sur-Mer

L'ensemble des structures sanitaires du bassin de vie

PLAQUETTE/EHPAD HLM VSM V1 2022

Le dispositif

Le service EHPAD Hors Les Murs de Villefranche-sur-Mer est une solution alternative, à l'hébergement en institution qui permet de respecter votre choix de vivre à votre domicile.
Notre connaissance de la prise en charge de la dépendance nous permet d'assurer une coordination de l'ensemble de vos intervenants habituels à votre domicile avec de plus une astreinte de 21H à 7H.



Ce service est proposé aux personnes âgées de 60 ans et plus, en perte d'autonomie (GIR 1 à 4), habitant les communes de Villefranche-sur-Mer, Beaulieu-sur-Mer, Saint-Jean-Cap-Ferrat, Eze, Cap-d'Ail et disposant d'un logement permettant une prise en charge en toute sécurité.



Une plateforme pluridisciplinaire qui vous permet de garder vos intervenants habituels et qui repose sur la coopération entre professionnels. L'EHPAD Hors Les Murs coordonne les interventions à domicile et ajoute de nouvelles propositions d'aide autour de de la sécurité.



Ce service est construit autour d'un consensus partenarial entre l'EHPAD de Villefranche-sur-Mer, les CCAS, les SSIAD, l'HAD de la zone d'intervention et vos intervenants médicaux ou paramédicaux habituels. Des partenariats sont également engagés avec les services de la filière gériatrique du bassin de vie. L'objectif est de repenser la cohésion professionnelle.

Votre participation financière

Ce dispositif est entièrement financé par l'ARS. Le bénéficiaire n'a aucun reste à charge.

Vous pouvez prétendre à des aides compensatoires selon la situation comme :

- L'Allocation Personnalisée d'Autonomie
- L'Aide sociale extra-légale
- La Prestation Compensatoire Handicap
- Le droit au Temps Libéré dispensé par FA06

HORS LES MURS

14.3. Pôle Réhabilitation-Autonomie-Vieillissement du CHU de Nice

Le Pôle Réhabilitation-Autonomie-Vieillissement du CHU de Nice dirigé par le Dr BEREDER propose une filière gériatrique complète adaptée à l'évolution des fragilités des personnes âgées. En misant sur l'accueil et le suivi des séniors, Nice et son CHU investissent dans l'avenir.

Consultation	Hospitalisation	Équipes Mobiles	EHPAD

14.3.1. Consultation

La gériatrie est une discipline médicale transversale, qui permet une approche globale et intégrée des patients âgés de plus de 75 ans. En effet, avec l'âge, il est capital de mesurer l'impact des différentes maladies chroniques et de leurs thérapeutiques, afin de préserver l'autonomie.
Cet enjeu clé de la préservation de l'autonomie est le cœur de métier des médecins gériatres et de leurs équipes pluridisciplinaires (kinésithérapeutes, assistantes sociales, psychologues, diététiciens, spécialistes en activité physique adaptée, …). Par ailleurs, l'avis gériatrique s'appuie sur l'ensemble des autres spécialistes du CHU pour la prise en charge optimale des patients, et en lien étroit avec leurs médecins traitants.

Mail: consult-geriatrie@chu-nice.fr

Consultations pluridisciplinaires de gériatrie - Cimiez

- Chef de service : Pr SACCO Guillaume
- Responsable de l'unité : Dr S. GONNELLI
- Horaires : Lundi au vendredi 8h à 16h
- Adresse : Hôpital de Cimiez Pavillon Mossa, Rez-de-chaussée

4, Avenue Reine Victoria
CS 91179 06003 Nice Cedex 1

- Secrétariat:
  - Tel : 04.92.03.43.99
  - Mail : consult-geriatrie@chu-nice.fr

+ d'infos : https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/rehabilitation-autonomie-vieillissement/consultation-rehabilitation-autonomie-vieillissement/

Consultation Mémoire Ressource et Recherche (CMRR) et Consultation Mémoire de Territoire (CMT)

- Chef de service : Pr. G SACCO
- Responsable d'unité : Dr A. MOUTON
- Horaires lundi au vendredi 8h à 16h
- 1ère Adresse : Institut Claude Pompidou
  - 10 rue Molière 06000 NICE
- 2ème adresse : Hôpital de Cimiez
  - Bâtiment Mossa, Rez-de-chaussée
  - 4, Avenue Reine Victoria CS 91179 06003 Nice
- Secrétariat :
  - Tel : 04 92 03 47 70
  - Mail secrétaire : centre-memoire@chu-nice.fr

+ d'infos : https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/rehabilitation-autonomie-vieillissement/consultation-rehabilitation-autonomie-vieillissement/

Plateforme Fragilité – Cimiez

- Chef de service : Docteur en biomécanique - CHORIN Frédéric
- Responsable de l'unité: F. CHORIN
- Horaires : lundi au vendredi 8h30 à 16h30
- Adresse : Hôpital de Cimiez Pavillon Mossa
  4, Avenue Reine Victoria
  CS 91179 06003 Nice Cedex 1
- Contact

- Tel : 06 28 59 51 07
- Mail : seance-apa@chu-nice.fr

+ d'infos : https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/rehabilitation-autonomie-vieillissement/consultation-rehabilitation-autonomie-vieillissement/

Hôpital de jour - Oncogériatrique - Cimiez

- Chef de service : Dr R. BOULAHSSASS
- Responsable de l'unité : Dr R. BOULAHSSASS
- Horaires : lundi au vendredi 8h à 16h
- Adresse : Hôpital de Cimiez Pavillon Mossa, Rez-de-chaussée
  4, Avenue Reine Victoria
  CS 91179 06003 Nice Cedex 1
- Secrétariat :
  - Tel : 04.92.03.41.94
  - Mail : consultation-oncogeriatrie@chu-nice.fr

+ d'infos : https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/rehabilitation-autonomie-vieillissement/consultation-rehabilitation-autonomie-vieillissement/

14.3.2. Hospitalisation

Médecine Interne Gériatrique (A1N) – Cimiez

- Chef de service : Pr O. GUERIN
- Responsable de l'unité : Dr j-M. TURPIN
- Adresse : Hôpital de Cimiez Pavillon Mossa 1er étage Nord
  4, Avenue Reine Victoria
  CS 91179 06003 Nice
- Secrétariat
  - Tel : 04.92.03.40.27
  - Mail : secretariat.CSGA1N@chu-nice.fr
- Horaires : du lundi au vendredi 8h00 à 16h00

+ d'infos : https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/rehabilitation-autonomie-vieillissement/hospitalisation-et-ehpad-rehabilitation-autonomie-vieillissement/

Médecine Gériatrique Aigüe (A1S) - Cimiez

- Chef de service : Pr O. GUERIN
- Responsable de l'unité : Dr E. MICHEL
- Adresse : Hôpital de Cimiez Pavillon Mossa 1er étage Sud
  4, Avenue Reine Victoria
  CS 91179 06003 Nice
- Secrétariat :
  - Tel : 04.92.03.47.80
  - Mail : secretariat.CSGA1S@chu-nice.fr
- Horaires : du lundi au vendredi 8h00 à 16h00

+ d'infos : https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/rehabilitation-autonomie-vieillissement/hospitalisation-et-ehpad-rehabilitation-autonomie-vieillissement/

Unité de Court séjour Gériatrique Post Urgence (PUG C) - Pasteur

- Chef de service : Pr O. GUERIN
- Responsable de l'unité : Dr L. VAN ELSLANDE
- Adresse : Hôpital Pasteur 2 - Pasteur 2 zone C 5ème étage
  30 Voie Romaine
  CS 51069 06001 Nice Cedex 1
- Secrétariat
  - Tel : 04 92 03 74 99
  - Mail : geriatrie.ucsgpu@chu-nice.fr
- Horaires : du lundi au vendredi 8h00 à 16h00

+ d'infos : https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/rehabilitation-autonomie-vieillissement/hospitalisation-et-ehpad-rehabilitation-autonomie-vieillissement/

Soins Médicaux et de Réadaptation Post AVC (Mossa 4ème Sud) – Cimiez

- Chef de service : Dr. I MERLIER
- Responsable d'unité : Dr J. POIRIER
- Adresse : Hôpital de Cimiez
  Bâtiment Mossa, 4ème étage Sud
  4, Avenue Reine Victoria
  CS 91179 06003 Nice
- Secrétariat
  - Tel : 04.92.03.42.66
- Horaires : Lundi au vendredi 8h à 16h

+ d'infos : https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/rehabilitation-autonomie-vieillissement/hospitalisation-et-ehpad-rehabilitation-autonomie-vieillissement/

Soins Médicaux et de Réadaptation Gériatriques – Cimiez

- Chef de service : Dr. I MERLIER
- Responsable d'unité
  - C1 : Dr V. PALIE
  - C2 : Dr S. EZRA
  - C3 : Dr C. PALINIEWICZ
  - A4N : Dr I. MERLIER
- Adresse : Hôpital de Cimiez - Services SMR
  4, Avenue Reine Victoria
  CS 91179 06003 Nice
- Secrétariat du Bâtiment Mossa – 4ème étage Nord - Le service comporte 25 lits.
  - Tel : 04.92.03.42.66
- Secrétariat du Bâtiment Chéret – 1er/2ème ou 3ème étage - Le service comporte 3 unités de 32 lits.
  - Tel : 04.92.03.42.66
- Horaires : Lundi au vendredi 8h à 16h

+ d'infos : https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/rehabilitation-autonomie-vieillissement/hospitalisation-et-ehpad-rehabilitation-autonomie-vieillissement/

Cimiez Soins Médicaux et de Réadaptation de Tende

- Chef de service : Dr. A CIRILLI
- Adresse : Hôpital de Tende Bâtiment C
- 3, Rue Jean Médecin
- 06430 Tende
- Secrétariat
  - Tel : 04 92 03 50 18
  - Horaires : Lundi au vendredi 8h à 16h

+ d'infos : https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/rehabilitation-autonomie-vieillissement/hospitalisation-et-ehpad-rehabilitation-autonomie-vieillissement/

USLD – Bâtiment Mossa 2ème étage – Nice Cimiez

- Chef de service : Dr. I MERLIER
- Responsable d'unité : Dr A. BEBICHE-LAMALI
- Horaires : Lundi au vendredi 8h à 16h
- Adresse : Hôpital de Cimiez
- Bâtiment Mossa, 2ème étage
  4, Avenue Reine Victoria
  CS 91179 06003 Nice
- Secrétariat :
  - Tel : 04 92 03 40 71

+ d'infos : https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/rehabilitation-autonomie-vieillissement/hospitalisation-et-ehpad-rehabilitation-autonomie-vieillissement/

USLD – T1 - Tende

- Chef de service : Dr. A CIRILLI
- Responsable d'unité : Dr L. TERRAMORSI
- Horaires : Lundi au vendredi 8h à 16h
- Adresse : Hôpital de Tende
  3 Avenue Jean Médecin, 06430 Tende
- Secrétariat :
  - Tel : 04 92 03 50 18

+ d'infos : https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/rehabilitation-autonomie-vieillissement/hospitalisation-et-ehpad-rehabilitation-autonomie-vieillissement/

14.3.3. Équipes Mobiles

Les équipes mobiles de gériatrie du pôle RAV du CHU de Nice interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, réseaux de santé « personnes âgées ». Elles assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé.

Équipe Mobile Psychiatrie Personnes Âgées (EMPPA)

- Chef de service : Pr G. SACCO
- Responsable de l'unité : Dr. R. DAVID
- Adresse : Institut Claude Pompidou, CMRR - 1er étage
  - 10 rue Molière 06000 NICE
- Secrétariat
  - Tel : 04 92 03 49 05
  - Mail : emppa@chu-nice.fr
  - Horaires : du Lundi au vendredi 8h00 à 16h00

+ d'infos : https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/rehabilitation-autonomie-vieillissement/rehabilitation-autonomie-vieillissement-equipes-mobiles/

Unité cognitivo comportementale (UCC) mobile

- Chef de service : Pr G. SACCO
- Responsable de l'unité : Pr G. SACCO
- Adresse : Institut Claude Pompidou, CMRR 1er étage
  - 10 rue Molière 06000 NICE
- Secrétariat
  - Tel : 04 92 03 49 05
  - Mail : ucc.mobile@chu-nice.fr
  - Horaires : du Lundi au vendredi 8h30 à 16h30

+ d'infos : https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/rehabilitation-autonomie-vieillissement/rehabilitation-autonomie-vieillissement-equipes-mobiles/

L'unité de coordination d'oncogériatrie (UCOG)

- Chef de service : Dr. R. BOULAHSSASS
- Responsable de l'unité :Dr. R. BOULAHSSASS
- Adresse Hôpital de Cimiez Pavillon Victoria 2ème étage couloir de gauche
  4, Avenue Reine Victoria
  CS 91179 06003 Nice
- Secrétariat
  - Tel : 04.92.03.41.94
  - Mail : consultation-oncogeriatrie@chu-nice.fr
  - Horaires : du lundi au vendredi 8h00 à 16h00

+ d'infos : https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/rehabilitation-autonomie-vieillissement/rehabilitation-autonomie-vieillissement-equipes-mobiles/

EMG EH : équipe mobile de gériatrie extra hospitalière - Cimiez

Chef de service : Dr. R. BOULAHSSASS
Responsable de l'unité : Dr F. CAPRIZ
Adresse : Hôpital de Cimiez Pavillon Victoria
2ème étage couloir de droite
4, Avenue Reine Victoria
CS 91179 06003 Nice
Secrétariat
Tel : 04.92.03.40.52
Mail : emg@chu-nice.fr
Horaires : du lundi au vendredi 9h00 à 17h00

+ d'infos : https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/rehabilitation-autonomie-vieillissement/rehabilitation-autonomie-vieillissement-equipes-mobiles/

EMG IH : équipe mobile de gériatrie intra hospitalière - Cimiez

- Chef de service : Dr. R. BOULAHSSASS
- Responsable de l'unité : Dr A. BESNIER
- Adresse : Hôpital de Cimiez Pavillon Victoria 2ème étage couloir de droite
  4, Avenue Reine Victoria
  CS 91179 06003 Nice
- Secrétariat
  - Tel : 04.92.03.40.52
  - Mail : emg@chu-nice.fr
  - Horaires : du lundi au vendredi 8h00 à 16h00

+ d'infos : https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/rehabilitation-autonomie-vieillissement/rehabilitation-autonomie-vieillissement-equipes-mobiles/

14.3.4. EHPAD

EHPAD – Bâtiment Mossa 3ème étage - Nice Cimiez

- Chef de service : Dr. I MERLIER
- Responsable d'unité : Dr A. BEBICHE-LAMALI
- Horaires : Lundi au vendredi 8h à 16h
- Adresse : Hôpital de Cimiez
  Bâtiment Mossa, 3ème étage
  4, Avenue Reine Victoria
  CS 91179 06003 Nice
- Secrétariat
  - Tel : 04 92 03 40 71

+ d'infos : https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/rehabilitation-autonomie-vieillissement/rehabilitation-autonomie-vieillissement-ehpad/

EHPAD – TENDE

- Chef de service : Dr. A. CIRILLI
- Responsable d'unité : Dr J-P. CANOVA
- Horaires : Lundi au vendredi 8h à 16h
- Adresse : Hôpital de Tende Bâtiment C
  3, Rue Jean Médecin
  06430 Tende
- Secrétariat
  - Tel : 04 92 03 50 18

+ d'infos : https://www.chu-nice.fr/offre-de-soins/rehabilitation-autonomie-vieillissement/rehabilitation-autonomie-vieillissement-ehpad/

14.4. Département de Soins de support et Soins palliatifs

L'Unité de Soins de Support et Palliatifs (USSP) dispose de 12 chambres individuelles pour accueillir, en court séjour, des patients atteints de maladies graves et leurs proches, dans des situations complexes (symptômes physiques, difficultés psychologiques, sociales ou familiales).
Une équipe pluridisciplinaire (médecins spécialisés, infirmiers, aides-soignants, psychologues, kinésithérapeute, assistante sociale, diététicienne…) agit pour améliorer la qualité de vie des patients et de leur entourage.
Le service propose aussi :

- Formations et recherche sur des approches innovantes (traitement de la douleur, soins de support)
- Accès libre aux visites, horaires de soins adaptés, jardin accessible, bains thérapeutiques
- Approches complémentaires : socio-esthétique, hypnose, aromathérapie, sophrologie, réflexologie, art-thérapie, casque de réalité virtuelle…
- Présence quotidienne de bénévoles

Le DSSP comprend également :

- Une Équipe Mobile intervenant dans les services du CHU et établissements partenaires
- Un Hôpital de jour (2 lits) pour des prises en charge à la journée ou demi-journée.

Hospitalisation Unité de soins de support et soins palliatifs

Localisation : Hôpital Archet 1 Niveau 2 – 151, Route Saint Antoine de Ginestière – 06202 Nice

Contact

- Secrétariat : 04.92.03.62.86

Prestations

- Accueillir des patients dans des situations complexes du fait d'une maladie grave
- Lieu d'accueil et de soutien pour les proches

Médecins

- Cheffe de service : Pr F. TREMELLAT-FALIERE
- Responsable médicale de l'unité d'hospitalisation complète : Dr AM VALET EKER
- Médecins intervenant sur l'unité : Dr AM Valet Eker, Dr P. Leroy, Dr L. Chain, Dr K. Morese et Dr G. Pommier

Horaires : Lundi au dimanche : 24h/24

Equipe mobile de soins de support et palliatif (EMSSP)

Localisation : Hôpital Archet 1 Niveau 2 – 151, Route Saint Antoine de Ginestière – 06202 Nice

Contact

- Secrétariat : 04.92.03.55.18
- Infirmière : 04.92.03.55.22/23
- Mail : emsp@chu-nice.fr

Prestations

- Déplacements intra-CHU au lit du patient
- Déplacement extra-CHU en Établissement de santé MCO et SMR

Elle a des rôles de conseil, de soutien, d'appui et d'expertise associés à des fonctions d'enseignement et de recherche. L'équipe se compose de médecins, psychologue, infirmiers, cadre de santé et secrétaire.

Médecins

- Cheffe de service : Pr F. TREMELLAT-FALIERE
- Équipe médicale : Dr P. Leroy, Dr L. Chain , Dr K. Morese et Dr G. Pommier

Horaires : Lundi au vendredi : de 9h à 17h

Hôpital de jour de soins de support et palliatifs

Localisation : Hôpital Archet 1 Niveau 4 – 151, Route Saint Antoine de Ginestière – 06202 Nice
Contact :

- Secrétariat : 04.92.03.55.18
- Infirmier : 04.92.03.55.32
- Mail : emsp@chu-nice.fr

Prestations :
L'HDJ soins de support et palliatifs palliative est une modalité ambulatoire en mesure de proposer une prise en charge globale, une évaluation ainsi qu'un suivi pluriprofessionnel et interdisciplinaire, de façon ponctuelle ou selon un rythme régulier et adapté.

Il sert de plateforme d'actualisation régulière du projet de prise en charge et d'orientation des patients vers les lieux de prise en charge appropriés.

L'HDJ peut être mobilisée à visée d'orientation thérapeutique, diagnostique, et/ou d'accompagnement :

- Évaluation des problèmes symptomatiques
- Réalisation d'actes de soins complexes et/ou de longue durée tels que :
    - Explorations par examens complémentaires
    - Ponctions, transfusions, mise en route d'alimentation artificielle
    - Techniques d'analgésie par PCA ou Kétamine, ainsi que les techniques d'analgésie peri-médullaire.
    - Prise en charge de plaies chroniques complexes
- Prise en charge pluridisciplinaire
- Interventions non médicamenteuses : art thérapie, aromathérapie, hypnose, socio esthéticienne…
- Anticipation avec les patients et les proches des situations d'urgence ou complications à domicile

Médecins :

- Responsable médical : Pr F. TREMELLAT-FALIERE
- Équipe médicale : Dr P. Leroy, Dr L. Chain et Dr G. Pommier
- Horaires : lundi au vendredi de 9h à 17h

14.5. HAD Nice

HOSPITALISATION A DOMICILE DE NICE ET REGION

BUREAU MENTON : FAX 0492152959 coordination-menton@hadnice.fr
BUREAU NICE : FAX 0497257770 coordination-nice@hadnice.fr
BUREAU VILLENEUVE LOUBET : FAX 0492082330 coordination-villeneuve@hadnice.fr
BUREAU ST MARTIN : FAX 0483662410 coordination-stmartinduvar@hadnice.fr

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

RECTO/VERSO

ETABLISSEMENT DEMANDEUR : .....

NOM DU SERVICE : .....

Tél. Bureau IDE : .....

NOM DU MEDECIN HOSPITALIER : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Email : .....

IDENTITE DU MALADE

NOM : ..... PRENOM : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : ..... Tél : .....

..... Email : .....

..... N° de sécurité sociale :: .....

NOM ET PRENOM DU MEDECIN TRAITANT : .....

Tél : .....

PATHOLOGIE PRINCIPALE ET MOTIF MEDICAL D'ADMISSION EN H.A.D.

DIAGNOSTIC CONNU DU MALADE : OUI ☐ NON ☐ DE LA FAMILLE : OUI ☐ NON ☐

TRAITEMENTS EN COURS (JOINDRE LA COPIE DES ORDONNANCES RECENTES / EN COURS)

PROTOCOLE CHIMIO :

ANTECEDENTS OUI ☐ NON ☐
SI OUI, LESQUELS :

ANTECEDENTS INFECTIEUX OUI ☐ NON ☐
SI OUI, LESQUELS :

ALLERGIES OUI ☐ NON ☐
SI OUI, A QUOI : .....

DOCUMENTS A JOINDRE : CR HOSPITALIER (Même provisoire) / CR OPERATOIRE

PERSONNE DE CONFIANCE DESIGNEE PAR LE PATIENT

NOM ET PRENOM : ..... TEL. : .....

DATE OU PERIODE D'ADMISSION EN H.A.D. SOUHAITEE : .....

CACHET DU MEDECIN OU DE L'ETABLISSEMENT ➔

AVIS DU MEDECIN COORDONNATEUR DE L 'H.A.D. :

DECISION DE LA DIRECTION :

NOM DU MEDECIN SIGNATAIRE :

.....

DATE ET SIGNATURE : .....

HOSPITALISATION A DOMICILE DE NICE ET REGION

BUREAU MENTON : FAX 0492152959 coordination-menton@hadnice.fr
BUREAU NICE : FAX 0497257770 coordination-nice@hadnice.fr
BUREAU VILLENEUVE LOUBET : FAX 0492082330 coordination-villeneuve@hadnice.fr
BUREAU ST MARTIN : FAX 0483662410 coordination-stmartinduvar@hadnice.fr

NOM DE L'ETABLISSEMENT DEMANDEUR : ..... *DATE :* .....

NOM ET QUALIFICATION DE LA PERSONNE QUI A COMPLETE LA FICHE : .....

NOM ET PRENOM DU PATIENT : ..... **IK :** .....

GERME INFECTIEUX IDENTIFIE		☐ OUI	☐ NON	lequel : .....
NURSING	**Toilette**	☐ OUI	☐ NON	☐ Complète ☐ Aide
	Mobilisation	☐ Grabataire		☐ Aide au transfert ☐ Autonome
	Etat cutané	☐ Intégrité	☐ Escarre	Localisation : ..... Protocole : .....
	Sonde urinaire	☐ OUI	☐ NON	Date de pose : ..... Charrière : .....
	Continence fécale	☐ OUI	☐ NON	
	Surveillance glycémique	☐ OUI	☐ NON	..... fois/jour Insuline ⇨ Produit : .....
	Conscience	☐ Normale	☐ Confus	☐ Dément ☐ Autre .....
PANSEMENTS		☐ OUI	☐ NON	☐ Drain ☐ Urétérostomie/Nephrostomie ☐ TPN ☐ Colostomie ☐ Cysthocath ☐ Jéjunostomie ☐ Ulcère
				Date de la dernière réfection : .....
SOINS PALLIATIFS		☐ OUI	☐ NON	Suivi(e) par équipe mobile ☐ OUI ☐ NON
TRAITEMENT PAR VOIE VEINEUSE		☐ OUI	☐ NON	Injection IV : .....
Réa :				.....
Type de voie veineuse		☐ DVI	☐ VVP	☐ Sous-clavière ☐ Jugulaire ☐ Picc Line ☐ Sous-cutanée
				Date de la pose : ..... Date changement pansement- aiguille : .....
TRAITEMENT SOUS-CUTANE		☐ OUI	☐ NON	.....
NUTRITION PARENTERALE		☐ OUI	☐ NON	Produit : .....
Type de voie veineuse		☐ DVI	☐ VVP	☐ Sous-clavière ☐ Picc Line ☐ Sous-cutanée
Quantité par 24h :				
NUTRITION ENTERALE		☐ OUI	☐ NON	☐ SNG ☐ GPC
Produit :				Quantité par 24h : .....
DOULEUR		☐ OUI	☐ NON	☐ PCA ☐ SAP ☐ Autre voie
Produit :				Quantité par 24h : .....
REEDUCATION ORTHOPEDIQUE		☐ OUI	☐ NON	☐ Prothèse ☐ Orthèse ☐ Corset
REEDUCATION NEUROLOGIQUE		☐ OUI	☐ NON	
POIDS		☐ Amaigrissement		☐ Prise de poids ☐ Variation négligeable
ASSISTANCE RESPIRATOIRE		☐ OUI	☐ NON	☐ Mécanisée ☐ VNI ☐ O² en continu en mode associé ☐ Trachéo ☐ Aspiration ..... fois/jour ☐ Aérosol .... fois/jour
KINESITHERAPIE RESPIRATOIRE		☐ OUI	☐ NON	
POST-TRAITEMENT CHIRURGICAL		☐ OUI	☐ NON	Date de l'intervention : .....
Pansement		☐ OUI	☐ NON	
CHIMIOTHERAPIE		☐ OUI	☐ NON	☐ Curatif ☐ Palliatif
SURVEILLANCE POST-CHIMIOTHERAPIE		☐ OUI	☐ NON	
EDUCATION		☐ OUI	☐ NON	Type : .....
PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE		☐ OUI	☐ NON	**PRISE EN CHARGE SOCIALE** ☐ OUI ☐ NON
SURVEILLANCE RADIOTHERAPIE		☐ OUI	☐ NON	**SURVEILLANCE APLASIE** ☐ OUI ☐ NON
TRANSPORT		☐ Assis	☐ Allongé	☐ Coquille **POIDS** ☐ Normal ☐ En surpoids .....

AUTRES : .....

ARTICULATION
HAD-EMSP

HOSPITALISATION
À DOMICILE

ÉQUIPE MOBILE
DE SOINS PALLIATIFS

EXTRA HOSPITALIÈRE



PRISE EN CHARGE PALLIATIVE

au **domicile** et
en **établissements** médico-sociaux

PARTENAIRE :

ars Agence Régionale de Santé Provence-Alpes Côte d'Azur

SCHÉMA SYNTHÉTIQUE DE L'OFFRE GRADUÉE DE SOINS PALLIATIFS

selon l'état de santé de la personne

	DOMICILE (PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE) Domicile privatif, maison de répit, établissement social et médico-social ou autre (prison, etc...)	ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ Établissement public, privé non lucratif et privé lucratif
NIVEAU 1 Situation stable et non complexe et/ou nécessitant des ajustements ponctuels	Équipe pluriprofessionnelle de santé de proximité, organisée autour du binôme médecin généraliste et infirmier + Aides à domicile (SSIAD, SPASAD, SAAD) +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)*	LITS EN MCO, SMR ET USLD +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)* *ERRSPP : Équipe Ressource Régionale de Soins Palliatifs Pédiatriques*
NIVEAU 2 Situation à complexité médico-psycho-sociale intermédiaire	Professionnels du niveau 1 + Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)* ou HAD en lien avec les professionnels du niveau 1 +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)*	LISP (en MCO et SMR) +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)* *LISP : Lits Identifiés Soins Palliatifs*
NIVEAU 3 Situation à complexité médico-psycho-sociale forte / instable	Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)* + HAD en lien avec les professionnels du niveau 1 ou Professionnels de niveau 2 si coordination et mobilisation au lit du malade effectives et médicalisées 24h/24	USP (en MCO et SMR) +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)* en prévision du déploiement du projet de vie et de soins au-delà du séjour hospitalier

**Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP) à domicile :*
- En niveau 1 : avis ponctuel (parcours, expertise)
- En niveau 2 : aide à la corrdination/expertise pouvant inclure des visites à domicile auprès de la personne malade
- En niveau 3 : appui en qualité d'expertise

Instruction interministerielle n° DGOS/R4/DGS/DGCS/2023/76 du 21 juin 2023 relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs dans la perspective de la stratégie décennale 2024-2034

PRISE EN CHARGE PALLIATIVE D'UN PATIENT AU DOMICILE

QUI APPELER ? (HAD et EMSP peuvent intervenir conjointement ou séparément)

HAD

EMSP

- L'équipe de proximité (IDEL, MT...) reste le pivot de la prise en charge
- Obligation de partage et de transmission entre tous les acteurs

BESOINS THÉRAPEUTIQUES SPÉCIFIQUES/ COMPLEXES :

- médicaments hospitaliers (kétamine, tysabri, ferinject, ATB hospitaliers)
- gestes techniques (pleurix, ascitix, VAC, Méopa)
- transfusions, chimiothérapie à domicile
- PAP (prescriptions anticipées personnalisées)

BESOIN D'UNE EXPERTISE EN SOINS PALLIATIFS

- complexité clinique
- symptômes réfractaires
- complexité psychologique et/ou psychosociale
- évaluation palliative précoce

BESOINS EN DISPOSITIFS MÉDICAUX :

- assistance respiratoire, O2, +/-, aérosol, +/- VNI, +/-kiné respi
- PSE/PCA /traitement IV

BESOINS THÉRAPEUTIQUES :

- conseils et adaptation de traitements
- compagnonnage pour mise en place de PAP (prescriptions anticipées personnalisées)

BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES

- IDE pour nursing «lourd», passage pluri quotidien, pansement complexe / +/- aide soignant.e.s (AS)
- absence de MT (le médecin praticien de l'HAD peut être prescripteur)

BESOINS D'AIDE À LA RÉFLEXION :

- discussion et/ou procédure collégiale
- questionnement éthique

L'HAD PEUT ÊTRE DÉCLENCHÉE :

- Pour une prise en charge urgente quel que soit le demandeur
- De manière anticipée en Ehpad (dossier « dormant »)

BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT/SOUTIEN :

- patients
- proches
- équipes soignantes
- mise en lien avec équipes de bénévoles

INDISPENSABLE

Une HAD peut intervenir pour des patients en soins palliatifs :

- **Si acteurs formés** : médecin et /ou IDEC (DU/DIU soins palliatifs ou équivalent)
- **Si acteurs non formés en SP (DU/DIU)** : obligation d'intervenir avec une EMSP
- **Si situation complexe / nécessité d'une collégialité :** obligation d'une EMSP
- **Nécessité d'une astreinte** 24h/24, 7 jours/7

COLLABORATION HAD - EMSP

- **Importance de staffs réguliers** (1/semaine) pour échanger autour des situations en cours, à venir ou passées
- **Définir un référent** pour le patient et la famille => HAD ou EMSP
- **S'informer de l'évolution,** des épisodes aigus : appels réguliers
- **Développer la collégialité**
- **Savoir privilégier un acteur** ou l'autre, selon l'évolution de la situation

14.6. ESA : Équipe Spécialisée Alzheimer

Fiche du dispositif "Equipe spécialisée Alzheimer" - Centre Communal D'action Sociale de la ville de Nice CCAS -

Mots-clefs:

- En savoir plus sur la pathologie, Activités physiques adaptées, Entretien individuel, Activités, Accueillir, écouter, informer, orienter et Soutien
- Maladie d'Alzheimer et apparentée
- Aidant et aidé
- Senior (55 ans et +)

C.C.A.S
VILLE DE NICE

Description :

L'intervention des équipes spécialisées Alzheimer à domicile vise à réduire les symptômes et/ou maintenir les capacités résiduelles des patients diagnostiqués à un stade léger ou modéré. Elles réalisent à domicile, sur prescription médicale, une série de 12 à 15 séances de soins de réhabilitation et d'accompagnement, sur une durée de 3 mois au maximum, une fois par an. L'intervention peut être reconduite l'année suivante, si elle se justifie toujours sur le plan médical. Ces interventions ont pour objectif le maintien des capacités restantes par l'apprentissage de stratégies de compensation, l'amélioration de la relation patient-aidant et une adaptation de l'environnement. L'équipe fixe, en collaboration avec les proches de la personne, des objectifs précis et atteignables qui lui permettront de réaliser au quotidien des gestes pratiques favorisant le maintien à domicile.

Lieu :

2 bis, Avenue du Petit Fabron

06200

Nice

Date :

Le

Contact du dispositif

Equipe Spécialisée Alzheimer

04 97 11 40 52

L'association :

Le CCAS anime une action générale de proximité et de développement social sur la commune de Nice, en liaison étroite avec les institutions publiques et privées. Le CCAS de Nice a axé ses missions en direction des seniors, des personnes en situation de précarité, des jeunes et des familles.

Contact de l'association

dg@ccas-nice.fr
0497132000

4, place Pierre Gautier

06364 Nice
www.ccas-nice.fr