

Jeudi 13 Février

16:30 – 18:00

Auditorium 1

Session EHPAD

Modérateur(s) : M. BONNET (Fort-de-France), M. TABUE TEGUO (Fort-de-France)

- Organisation des soins en EHPAD
C. JEANDEL (Montpellier)
- Le simulateur de vieillissement, un outil de Bientraitance
E. MARINE (Fort-de-France)
- Prévention de la dénutrition en EHPAD
C. LOGEAIS (Fort-de-France)
- Serious Game sur la sécurisation du circuit des médicaments en EHPAD
M. DELL'OVA-ALEANDRE (Fort-de-France)

FORMATION
« SIMULATION DE
VIEILLISSEMENT »
: UN OUTIL DE BIENTRAITANCE

**PRÉSENTATION DE LA FORMATION, RÉSULTATS ET
PERSPECTIVES DU PROJET**

DESERT Mélanie
ELISABETH Marine
Ergothérapeutes

Septembre 2024



PLAN

1. CONTENU DE LA FORMATION
2. RESULTATS
3. PERSPECTIVES DU PROJET

LE CONTENU DE LA FORMATION

En résumé:

1^{ère} PARTIE: THEORIE

1. LE CONTEXTE
2. LE SIMULATEUR DE VIEILLISSEMENT
3. LES OBJECTIFS VISÉS
4. LE DISPOSITIF PÉDAGOGIQUE
5. PERSPECTIVES

2^{ème} PARTIE :PRATIQUE (Mises en situations)



CONTEXTE DE LA FORMATION

- Quelques chiffres sur le vieillissement de la population en France et en Martinique.
- Lien avec le coût des soins et donc l'importance de la prévention des populations les plus vulnérables et en perte d'autonomie.
- Et enfin, nous amenons quelques informations sur les différents projets du pôle mettant en lien les perspectives d'avenir du CHUM et particulièrement du CEV.



LE SIMULATEUR DE VIEILLISSEMENT

→ *Qu'est-ce que le simulateur de vieillissement ?*

- Appelé aussi **combinaison de simulation du vieillissement**, cet outil pédagogique est composé d'un **ensemble d'éléments distincts permettant de ressentir et de comprendre les effets du vieillissement** (altération des capacités motrices et sensorielles).
- Cette combinaison regroupe un panel d'éléments qui viendront simuler les troubles que l'on retrouve fréquemment chez la personne âgée:
 - Trouble de l'équilibre
 - Vieillessement articulaire
 - Perte de force musculaire
 - Troubles de la vision et de l'audition...



Les lunettes

Rétrécissement du champ visuel, opacité du cristallin

Le collier cervical

Restriction de la mobilité de la tête

Les Coudières, Genouillères, Poids (chevilles/poignet)

- Raideurs articulaires
- Perte de force
- Diminution de l'agilité
- Réduction de la coordination des mouvements

Le casque auditif

Diminution de la perception des sons aigus

Le gilet lesté

Mobilité du tronc
Douleurs au dos

Les sur-chaussures

Démarche hésitante
et équilibre précaire



LES OBJECTIFS DE LA FORMATION

→ Objectif général :

Sensibiliser aux effets du vieillissement (aspect moteur, sensoriel, cognitif et psychologique...) et prévenir les pratiques inadaptées.

→ Objectifs opérationnels :

1. Initier une réflexion autour des représentations sur la personne âgée
2. Favoriser la bienveillance et la bientraitance
3. Améliorer les pratiques professionnelles



LE DISPOSITIF PÉDAGOGIQUE

Création d'un binôme : Aidant/personne âgée interchangeable

Simulation du rôle de
« l'aidant »

Simulation de la
« personne âgée »

Réalisation de la simulation en
binômes
2 ateliers de mise en situation

Réalisation par les binômes
d'une autocritique de leur
expérience

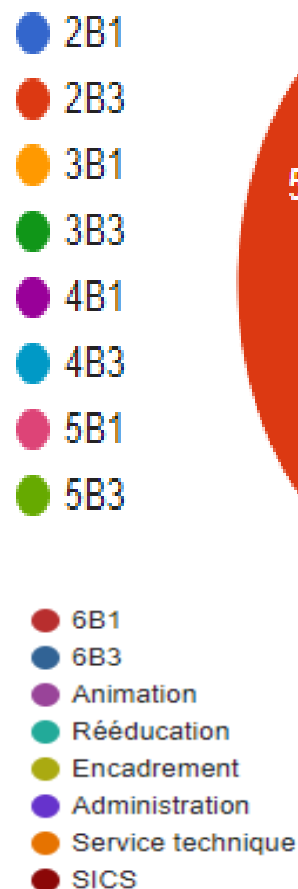
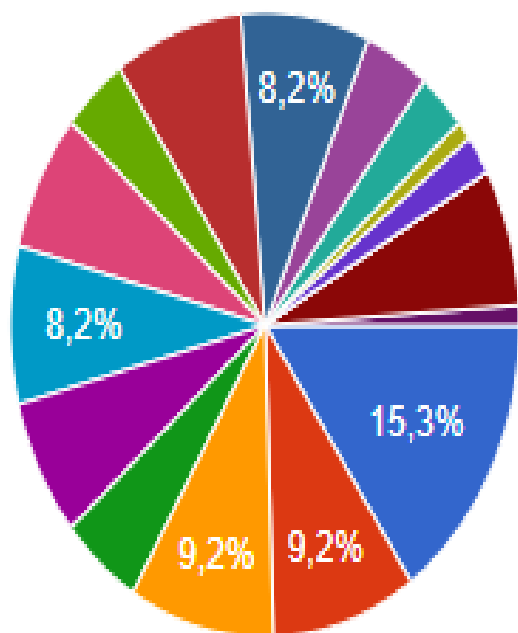
Retour sur le vécu des
participants et proposition d'un
questionnaire de satisfaction



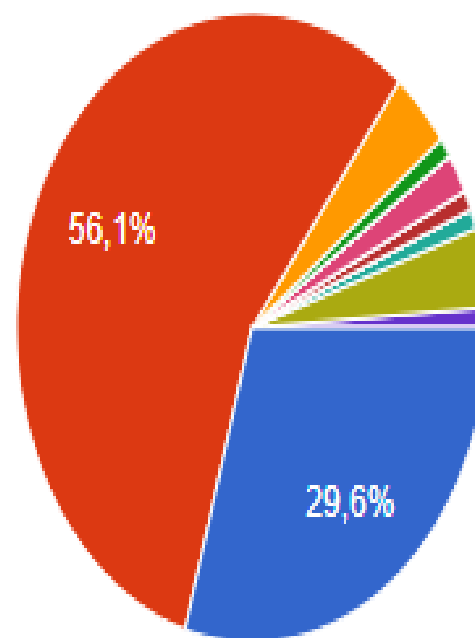
LES RESULTATS

Résultats obtenus sur la base de 98 réponses aux questionnaires de satisfaction:

Les services concernés par la formation

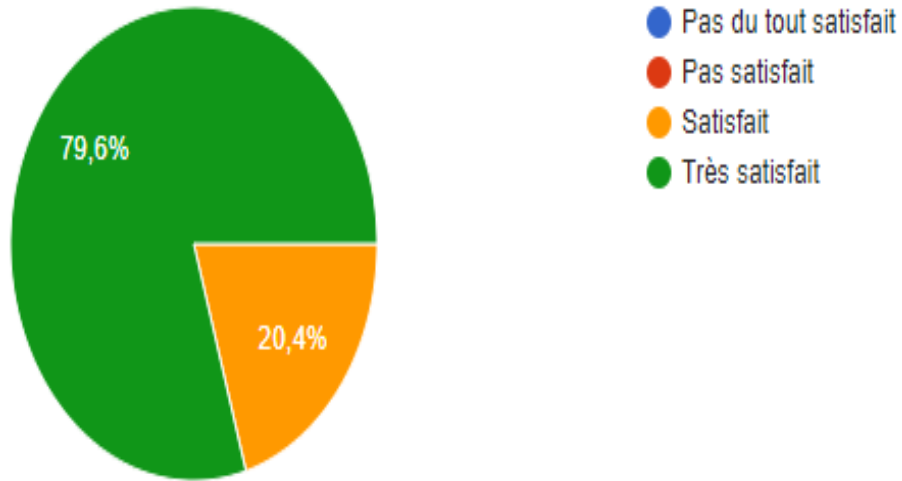


Les fonctions des agents formés

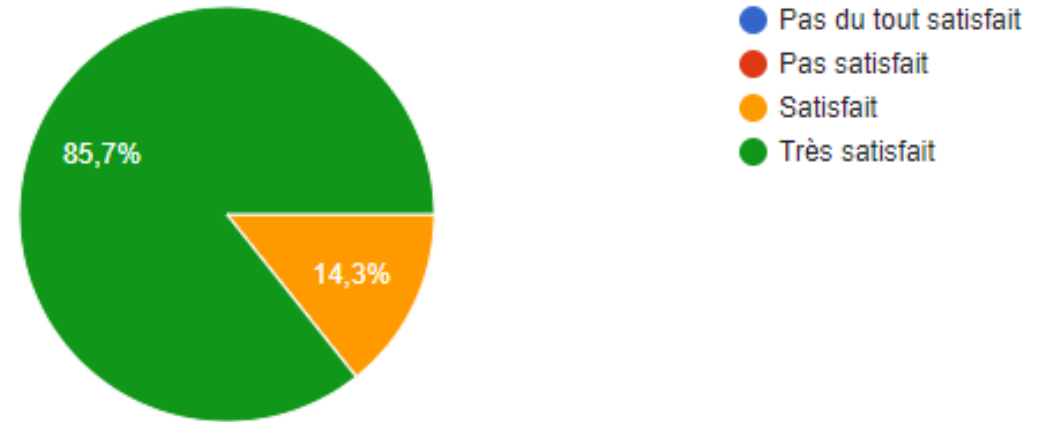


LES RESULTATS

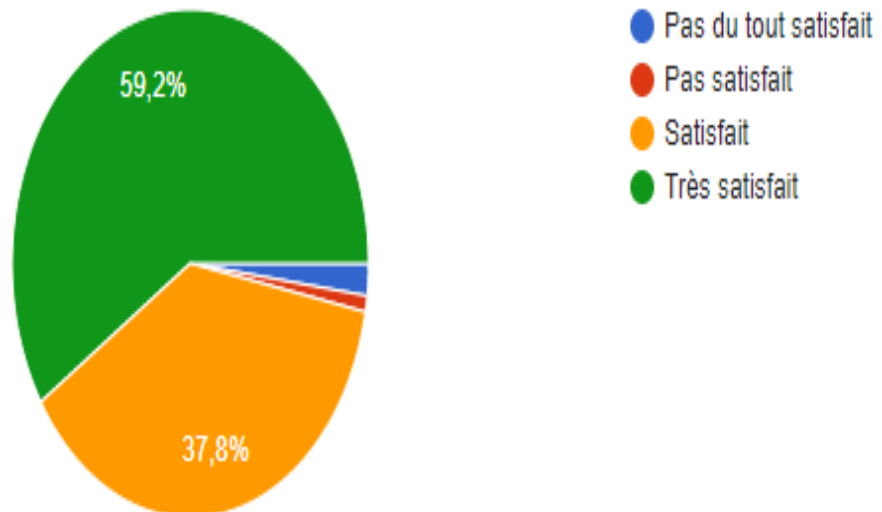
La qualité des informations reçues pendant la formation



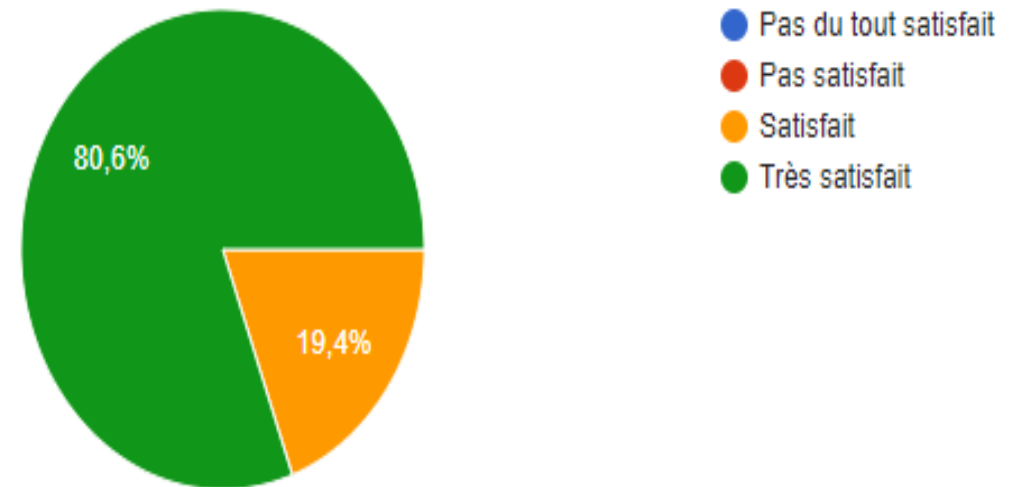
La partie théorique de la formation



Le rythme et la durée de la formation

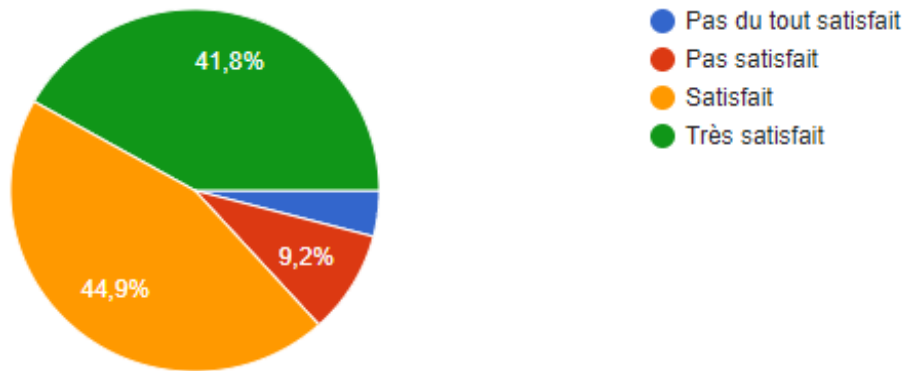


Les outils pédagogiques utilisés

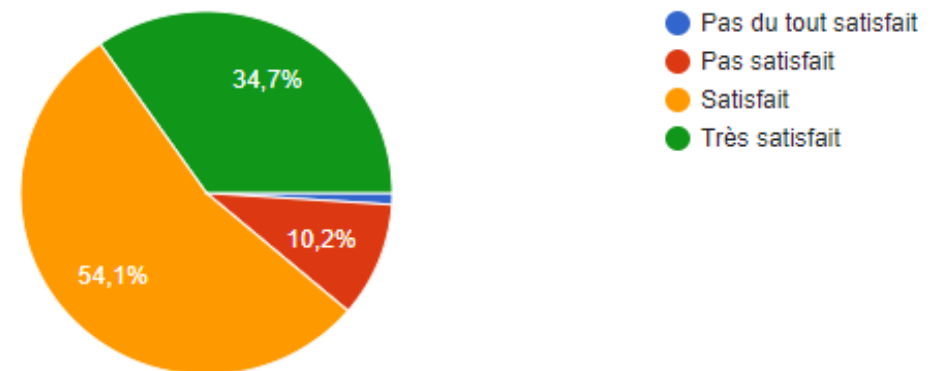


LES RESULTATS

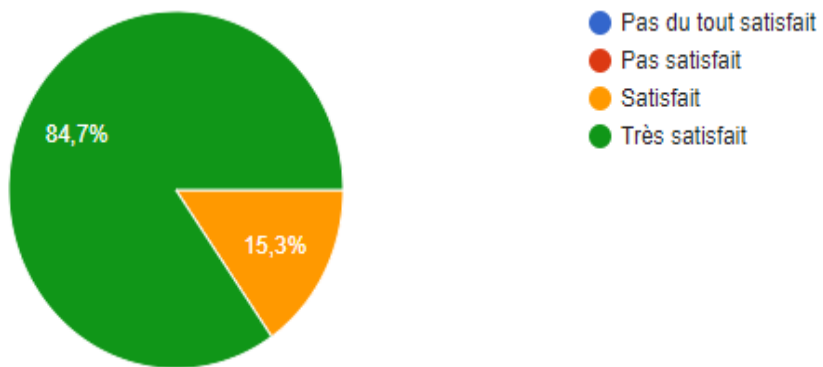
Les locaux utilisés :



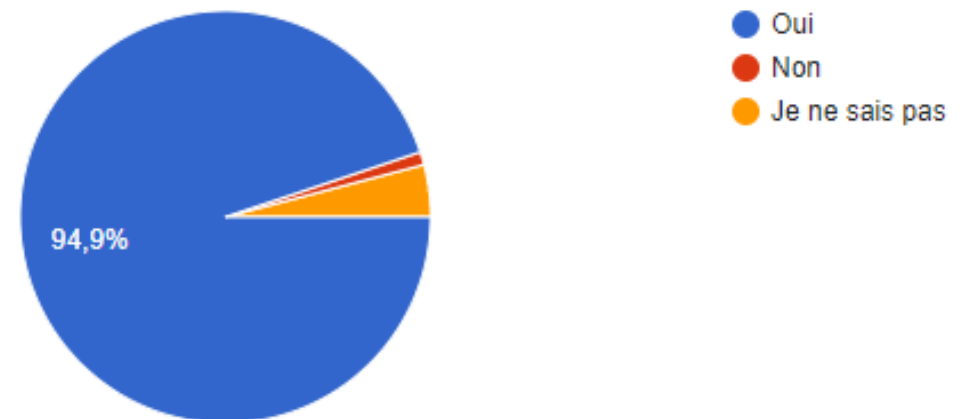
Le choix du jour et de l'horaire:



La pédagogie des formateurs :



La perception du bénéfice dans la pratique:



LES PERSPECTIVES DU PROJET

→ Systématiser la formation aux nouveaux arrivants (personnels) du CEV.

→ Etendre la formation à l'ensemble du pôle gériatrique du CHUM.





**MERCI DE
VOTRE
ATTENTION**

Jeudi 13 Février

16:30 – 18:00

Auditorium 1

Session EHPAD

Modérateur(s) : M. BONNET (Fort-de-France), M. TABUE TEGUO (Fort-de-France)

- Organisation des soins en EHPAD
C. JEANDEL (Montpellier)
- Le simulateur de vieillissement, un outil de Bientraitance
E. MARINE (Fort-de-France)
- Prévention de la dénutrition en EHPAD
C. LOGEAIS (Fort-de-France)
- Serious Game sur la sécurisation du circuit des médicaments en EHPAD
M. DELL'OVA-ALEANDRE (Fort-de-France)

Prévention et prise en charge nutritionnelle de la dénutrition en E.H.P.A.D. (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)



La dénutrition est un problème majeur de santé publique et concerne **30% des résidents** en E.H.P.A.D.
(lutte contre la dénutrition -26/06/2023)



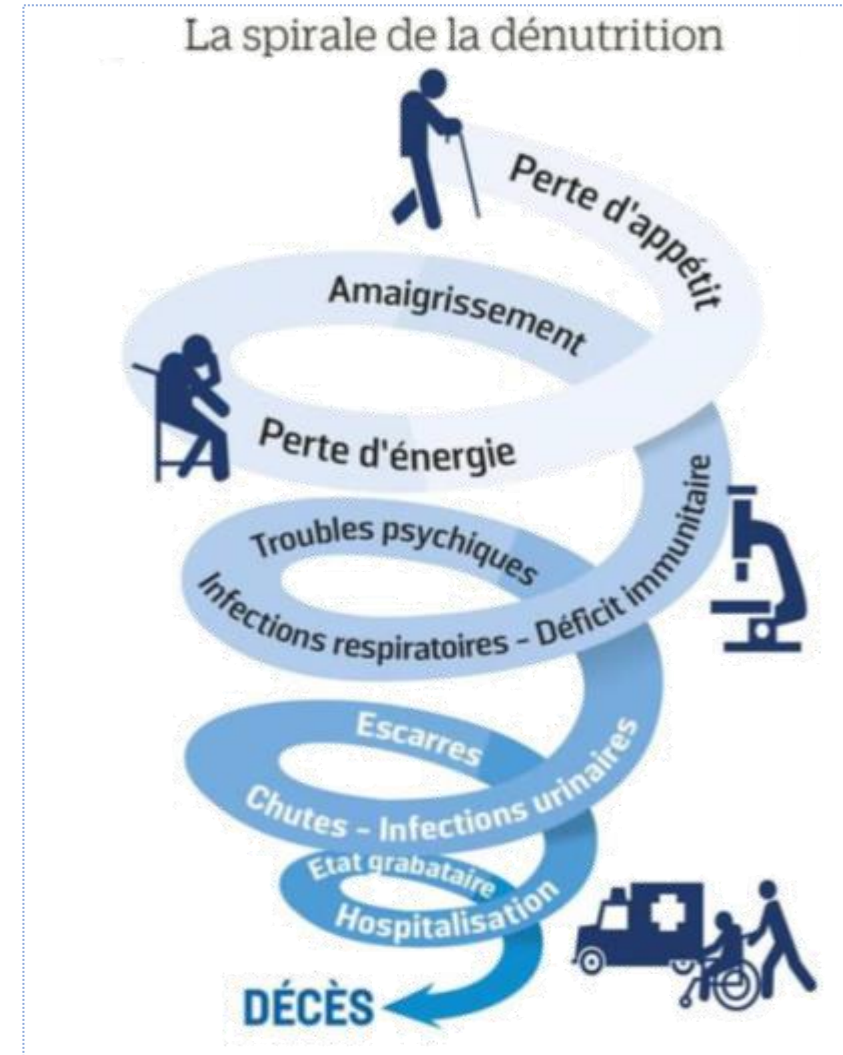
Définition de la dénutrition

État d'un organisme en **déséquilibre nutritionnel** caractérisé par un **bilan énergétique et/ou protéique négatif**

- déficit d'apport protéino-énergétique
- augmentation des dépenses énergétiques totales
- augmentation des pertes énergétiques et/ou protéiques



C. LOGEAIS

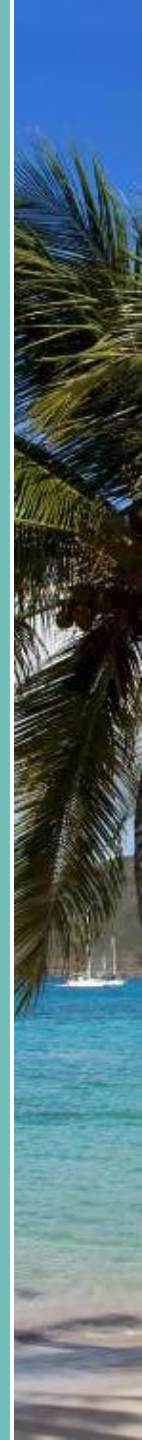


RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

FICHE

Diagnostic de la dénutrition chez l'enfant, l'adulte, et la personne de 70 ans et plus

Novembre 2021



Critères de diagnostic

Critères phénotypiques + Critères étiologiques

(1 seul critère suffit)

- IMC $< 18.5 \text{ kg/m}^2$
IMC $< 22 \text{ kg/m}^2 \geq 70 \text{ ans}$
- Perte de poids
 $\geq 5 \%$ en 1 mois
ou $\geq 10 \%$ en 6 mois
ou $\geq 10 \%$ par rapport au poids habituel
avant le début de la maladie
- Réduction quantifiée de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire
- **Sarcopénie confirmée pour le sujet $\geq 70 \text{ ans}$**

(1 seul critère suffit)

- Réduction de la prise alimentaire :
 $\geq 50 \%$ pendant plus d'1 semaine
ou toute réduction des apports ≥ 2
semaines par rapport à la
consommation habituelle ou besoins.
- Diminution de l'absorption digestive
(maldigestion, malabsorption)
- Situation d'agression (hypercatabolisme
protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) :
pathologies aiguës ou chroniques
évolutive ou pathologie maligne
évolutive.



Critères de sévérité

Dénutrition modérée (1 seul critère suffit)

- $17 < \text{IMC} < 18.5 \text{ kg/m}^2$
 $20 \leq \text{IMC} < 22$ pour ≥ 70 ans
- Perte de poids
 $\geq 5 \%$ en 1 mois
ou $\geq 10 \%$ en 6 mois
ou $\geq 10 \%$ par rapport au poids habituel
avant le début de la maladie
- $30 < \text{Albuminémie} < 35 \text{ g/L}$
 ≤ 30 pour ≥ 70 ans

Dénutrition sévère (1 seul critère suffit)

- $\text{IMC} \leq 17.5 \text{ kg/m}^2$
 $\text{IMC} < 20$ pour ≥ 70 ans
- Perte de poids
 $\geq 10 \%$ en 1 mois
ou $\geq 15 \%$ en 6 mois
ou $\geq 15 \%$ par rapport au poids habituel
avant le début de la maladie
- $\text{Albuminémie} \leq 30 \text{ g/L}$

Les seuils d'albuminémie sont à prendre en compte quel que soit l'état inflammatoire.
Un seul critère de dénutrition sévère caractérise la dénutrition comme sévère



Surveillance de l'évolution du statut nutritionnel

Quelque soit le statut nutritionnel , la surveillance repose sur :

- Mesure du poids ,taille
- Calcul de l'IMC
- Evaluation de l'appétit /besoins
- Evaluation de la consommation alimentaire
- Evaluation bucco dentaire /capacité de mastication et déglutition
- Force musculaire



Poids et suivi

- Base de l'évaluation du statut nutritionnel
- Evaluation **à l'entrée**
- Evaluation **1x/mois**
- Réévaluation **1x/semaine** en cas d'évènement clinique intercurrent (infection chirurgie...) ou diminution de l'appétit ou diminution des consommations alimentaires
- Evaluation à la sortie

% de perte de poids

$$\% \text{ de perte de poids } (\%PP) = \frac{((\text{poids actuel} - \text{poids à 1/6 mois}) / \text{poids à 1/6 mois}) \times 100}$$

Une personne obèse peut être dénutrie.

Une personne dénutrie peut ne pas perdre de poids (œdèmes, par exemple)





(! Recommandation avec toujours la même balance)



La taille

- Evaluation à l'entrée
- Toise
- Mesure distance talon genou :



Estimation de la taille (équation de Chumlea pour les + de 60 ans) :

Taille en cm d'un homme alité :

$64,19 - 0,04 \times \text{âge en années} + 2,03 \times \text{hauteur "talon-genou" en cm}$

Taille en cm d'une femme alitée :

$84,88 - 0,24 \times \text{âge en années} + 1,83 \times \text{hauteur "talon-genou" en cm}$



Nécessaire au calcul de l'IMC (kg/m^2) = Poids (kg) / taille² (m²).



Evaluation de la sarcopénie



Consensus européen (EWGSOP 2019) définissant la sarcopénie confirmée comme l'association d'une réduction de la force et de la masse musculaire.

	Femme	Homme
Réduction de la force musculaire (au moins 1 critère)		
5 levers de chaise en secondes	> 15	
Force de préhension (dynamomètre) en kg	< 16	< 27
ET réduction de la masse musculaire (au moins 1 critère)*		
Masse musculaire appendiculaire en kg	< 15	< 20
Index de masse musculaire appendiculaire en kg/m ²	< 5,5	< 7

Evaluation des ingesta

- Feuille de surveillance de l'alimentation sur 3 jours
- Echelle visuelle analogique SEFI

[illegible]

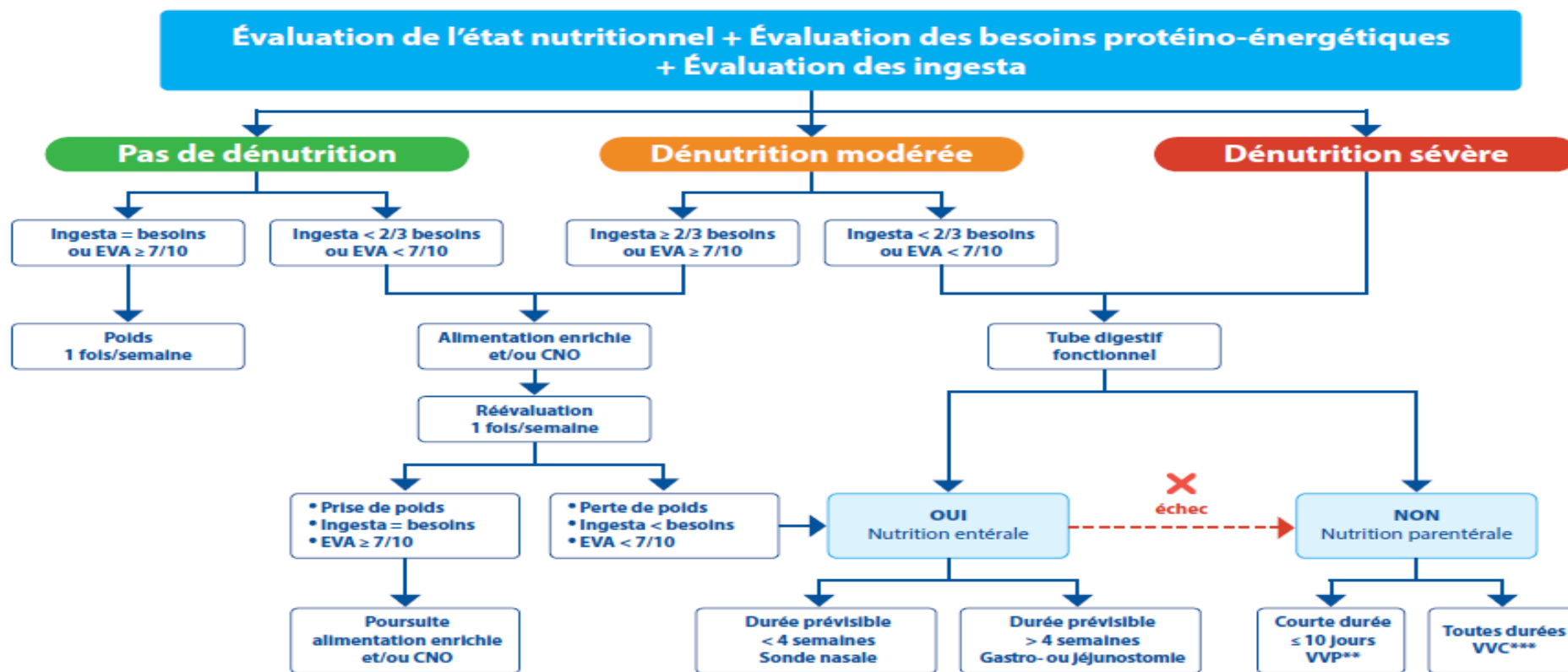
Situations à risque de dénutrition

- Alimentations restrictives
- Polymédication (<5), dysgueusie, sècheresse en bouche
- Troubles bucco-dentaires (mauvais état dentaire mastication, appareillage mal adapté..)
- Troubles de la vision
- Troubles de la déglutition (ORL, neurodégénératif...)
- Troubles de la digestion et /ou d'absorption ,
- Troubles cognitifs, syndrome démence et syndrome apparenté
- Dépression,
- Dépendances pour les actes de vie quotidienne (alimentation , mobilité...)
- Pathologies aiguës ou décompensation d'une pathologie chronique (infection, plaie, fracture, cancer...)
- Douleurs,
- ...



Prévention de la dénutrition en EHPAD

■ Prise en charge : arbre décisionnel du soin nutritionnel proposé par la SFNCM³



CNO : compléments nutritionnels oraux EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EVA : échelle visuelle ou verbale analogique SSR : Soins de suite et Réadaptation VVC : voie veineuse centrale VVP : voie veineuse périphérique

Permet rarement de couvrir la totalité des besoins énergétiques *Sauf PICC (peripherally inserted central catheter) : durée d'utilisation limitée à 6 mois

3. Bouteloup C, Thibault R. Arbre décisionnel du soin nutritionnel. Nutr Clin Metabol 2014; 28:52-6.

● Adulte de 18 à 69 ans

● Personne de 70 ans et plus

Prévention nutritionnelle de la dénutrition

- Favoriser une alimentation :
 - variée, et diversifiée (choix, odeur, saveurs, couleurs)
 - équilibrée,
 - adaptée aux goûts et habitudes alimentaires et choix des résidents,
- Favoriser le plaisir de la prise des repas
- Favoriser un environnement agréable
- Lutter contre les fausses croyances
- Maintenir une bonne hygiène bucco dentaire
- Favoriser l'activité physique
- Surveiller le poids



Prévention nutritionnelle de la dénutrition

- Limiter les alimentations trop restrictives (sans sucre, sans sel, sans lactose, sans gluten ...):

PAS PLUS DE 2 régimes associés +
(réévaluer régulièrement la nécessité)

- Adapter les textures en lien avec la mastication et la déglutition (matériel de cuisine adapté, ajout de sauce, de corps gras, ...)
- Adapter les aides au repas : aides techniques (couverts ergonomiques, assiettes creuses, tapis antidérapants...)/humaines

- Fractionner les repas : 3 repas + une collation minimum
- S'assurer de l'amplitude des horaires de repas satisfaisante
- Eviter une période de jeûne nocturne trop important (>12h)
- Valoriser la présentation des plats, de la vaisselle, de la table...
- Surveiller le poids, alerter si perte de poids
- Surveiller les apports et l'appétit du résident



Prise en charge nutritionnelle de la dénutrition

Objectifs Personne âgée dénutrie

- Apports énergétiques : 30-40 Kcal/kg /j
- Apports protidiques: 1,2 à 1,5g/kg/j
- Plus la prise en charge est PRÉCOCE plus elle est efficace

Sans oublier l'hydratation

Liquide

Épaissie (dysphagie)

Gazeuse (dysphagie)



Alimentation enrichie

Objectif : augmenter l'apport en énergie et protéines sans augmenter volume

- En s'adaptant aux goûts /habitudes du résident, et à ses apports spontanés

- En fractionnant ses apports (collations matin /soir)

- En privilégiant des aliments plus riches en protéines de bonne qualité

- En privilégiant les aliments les plus riches en énergie

L'enrichissement peut

- s'étaler tout au long de la journée (repas + collations)

- peut se faire à différents niveaux (cuisine centrale et à table)



Alimentation enrichie

PROTEINES

Poudre de lait, Poudre de protéine
Gruyère, fromage fondu

Œuf, Jambon, viande, poisson

≠ CALORIES

- Matières grasses (beurre , huile, crème fraîche...) à incorporer dans les préparations
- Produits sucrés (confiture sucre..)
- Féculents (vermicelles, bouillie /desserts type à base de féculents
- Biscuits,

(A incorporer entrée protidique desserts à base d'œuf, de lait, potage enrichi



Équivalence pour 10g Pr animales

- 50g de viande, poisson jambon
- 250mL de lait
- 2 œufs
- 100g de Fromage blanc
- 30g de fromage à pâte cuite

Équivalences pour 5g Pr végétales

- ¼ de baguette
- 5 biscottes
- 3 tranche de pain de mie
- 100g de légumes secs cuits



Compléments nutritionnels oraux : C.N.O

- Mélanges nutritifs complets administrables par voie orale, HC et/ou HP
- En cas d'échec de l'alimentation enrichie (Reco arbre décisionnel de PEC nutritionnelle SFNCM)
- SUR prescription médicale
- Consommation A DISTANCE du repas (2h) généralement en collation ou en dessert (en plus des repas).
- Complément du repas, NE LE REMPLACE PAS
- Adapté à l'observance et à la tolérance du résidents (T°C, recettes..)
- Adapté aux goûts (salé sucré lacté fruité, neutre)
- Texture variée (liquide, crème,, poudre ...) adaptée aux besoins du résident



Nutrition artificielle NA

- Cf. recommandations de pose de SNG, GPE, GPR ou VVC + pratiques de soins (SFNCM)
- ! éthique / acceptation /pathologie (démence sévère, palliatif...) projet de vie de la personne...
- Nutrition Entérale
 - ✓ Si alimentation orale insuffisante
 - ✓ Si TD fonctionnel
- Nutrition Parentérale
 - ✓ si malabsorptions sévères anatomiques ou fonctionnelles,
 - ✓ occlusion intestinale aiguë ou chronique
 - ✓ échec de la NE



- Dénutrition en EHPAD est l'affaire de tous : directeur d'établissement, famille, soignants...
- Prévention grâce une prise en charge globale : médecin IDE, APA, AS Orthophoniste ergothérapeute kiné diététicien personnel soignant hôtelier personnel de cuisine
- Repérer les situations à risque
- Surveiller le poids les apports , alerter
- Enrichir +/-CNO adaptés



Merci de votre attention



- www.federation-francaise-de-nutrition.org
- www.has-sante.fr
- www.sfgg.org
- www.luttecontreladenutrition.fr
- www.sfncm.org/
- www.sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnnProgramme national nutrition santé (PNNS) -



Jeudi 13 Février

16:30 – 18:00

Auditorium 1

Session EHPAD

Modérateur(s) : M. BONNET (Fort-de-France), M. TABUE TEGUO (Fort-de-France)

- Organisation des soins en EHPAD
C. JEANDEL (Montpellier)
- Le simulateur de vieillissement, un outil de Bientraitance
E. MARINE (Fort-de-France)
- Prévention de la dénutrition en EHPAD
C. LOGEAIS (Fort-de-France)
- Serious Game sur la sécurisation du circuit des médicaments en EHPAD
M. DELL'OVA-ALEANDRE (Fort-de-France)



Retour sur l'accompagnement pour la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse

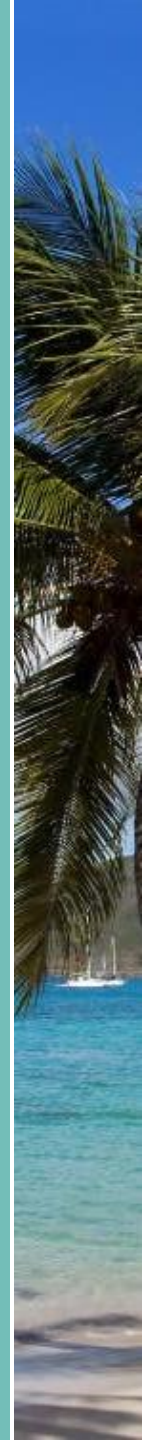
EHPAD

Serious game **PRISMAGE**

OMÉDIT Martinique

Dr Mélodie DELL'OVA – ALEXANDRE
Pharmacien
OMÉDIT Martinique

JVCMA - 13 février 2025



Accompagnement des EHPAD sur la PECM

→ *Le dispositif*



Accompagnement des EHPAD sur la PECM → *Le dispositif*

➔ Action à l'initiative de l'ARS et OMEDIT Martinique réalisée avec le soutien de l'ANAP – ADOPALE



Participants

24 EHPAD de Martinique

Objectif

Améliorer la prise en charge médicamenteuse dans les EHPAD de Martinique

Préparation à l'évaluation HAS

Déroulé

4 réunions en visioconférence avec l'ensemble des EHPAD
2 réunions en présentiel par groupe de 8 EHPAD

3 états des lieux flash en début, milieu et fin d'accompagnement renseignés par les ESMS

FAQ

Durée

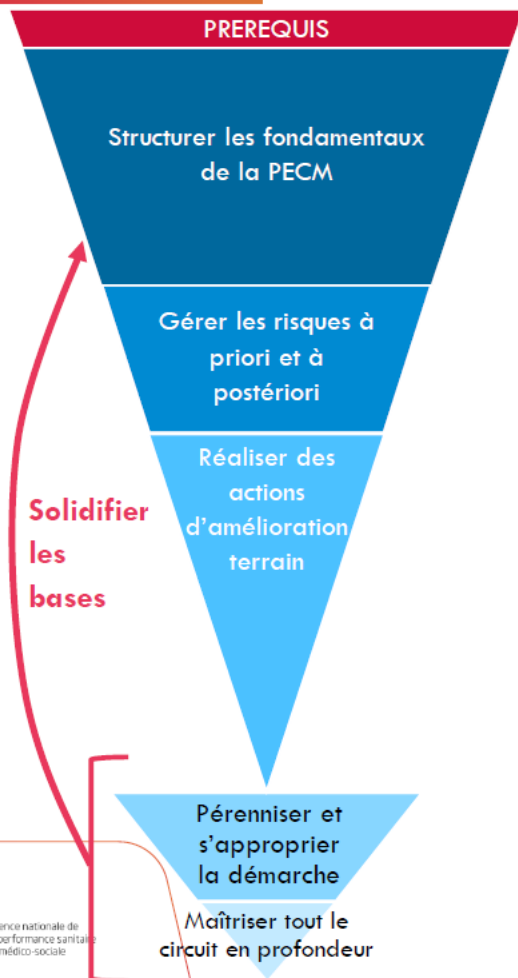
10 mois

Décembre 2023 : Lancement du programme
Février 2024: début d'accompagnement

Accompagnement des EHPAD sur la PECM →

Le dispositif

Le plan d'actions



Principes et structuration

- Un plan d'action **adaptable aux niveaux hétérogènes des EHPAD**
- Constitué de **20 actions** incrémentales, structurées en **5 grandes parties**
- Avec **d'abord des actions concrètes et basiques**, permettant aux établissements d'atteindre un premier niveau de maîtrise
- Puis des actions** demandant **plus de maturité** et assurant la **pérennisation** de la démarche
- Des actions à réaliser dans l'ordre, ce qui permet une **montée en compétence progressive** et une **gestion de projet** facilitée
- Un **nombre restreint d'outils** pertinents et simples pour chaque action

Accompagnement des EHPAD sur la PECM →

Le dispositif

**20 actions
structurées en 5
briques**



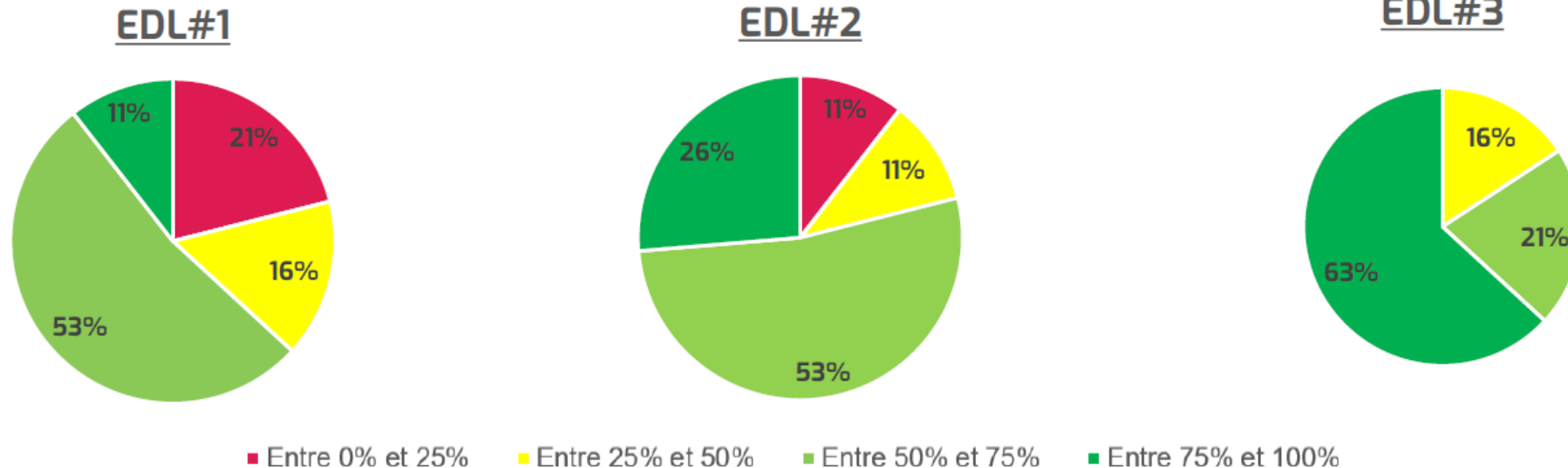
0	Réaliser un "état des lieux flash" de la PECM
1	Sur la base du volontariat, désigner un référent PECM
2	Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM et les risques d'erreurs médicamenteuses
3	Schématiser la PECM des résidents
4	Constituer et réunir un comité PECM
5	Recenser les procédures existantes liées au circuit du médicament, à toutes les étapes de la prise en charge et à la sécurisation
6	Planifier des formations externes portant sur la sécurisation du circuit du médicament
7	Réaliser une analyse macro des risques « essentiels »
8	Communiquer auprès des équipes sur les EI et mettre en place une charte d'incitation à la déclaration
9	Mettre en place un système de déclaration des EI, les analyser et mettre en place des actions correctives
10	Intégrer des actions d'identitovigilance à chaque étape du circuit et y former le personnel
11	Interroger les pratiques des soignants concernant la distribution, l'administration et la surveillance du résident
12	Travailler sur les prescriptions en mettant à disposition une liste préférentielle de médicaments adaptés à la personne âgée ou un livret thérapeutique et définir un protocole de réévaluation des prescriptions
13	Mettre en place des actions pour éviter toute retranscription
14	Formaliser le rôle des équipes pharmaceutiques dans les étapes de dispensation des médicaments (analyse pharmaceutique et délivrance)
15	Organiser, sécuriser et formaliser les modalités de stockage des médicaments
16	Encadrer l'administration des médicaments pour les résidents présentant des troubles de la déglutition
17	Pérenniser la démarche en réalisant "l'état des lieux flash" en routine tous les 6 mois
18	Réaliser un autodiagnostic de la PECM (INTERDIAG EHPAD) et en tirer un plan d'action personnalisé
19	Piloter la mise en oeuvre du plan d'action tiré d'Interdiag
20	Réaliser un audit interne ou externe (type audit croisé, visite de l'OMÉDIT, etc...) et/ou une analyse des risques complète



Accompagnement des EHPAD sur la PECM → *Le bilan*

Une progression tangible des établissements

Proportions d'établissements par tranche d'avancement



Taux de satisfaction de plus de 95%





Accompagnement des EHPAD à l'évaluation HAS



Accompagnement des EHPAD à l'évaluation HAS



☐ **Audit** proposé aux EHPAD de Martinique

☐ **Binôme auditeur** : pharmacien OMEDIT + qualicien SRA Qualisan972

☐ Programmation selon **calendrier des visites HAS** et sur **demande**

☐ **Objectif :**



- ☐ Pérenniser la démarche ANAP
- ☐ Amélioration de la prise en charge médicamenteuse
- ☐ Définition et mise en œuvre des actions d'amélioration par l'établissement audité
- ☐ Visite « à blanc » par auditeur externe avec actions correctrices proposées
- ☐ Valorisation de l'action auprès des experts visiteurs lors la visite HAS

Accompagnement des EHPAD à l'évaluation HAS

☐ Déroulé de l'audit : sur une journée

☐ Audit est composé de 3 parties :

1 **En auto-évaluation** : Audit flash renvoyé par l'établissement avant la visite

2 **En visite d'audit sur site** :

☐ **Audit dossiers** : prescription (13 indicateurs) et Surveillance (8 indicateurs)

☐ **Audit terrain**

Stratégie de la prise en charge médicamenteuse (PECM)

- Evènements indésirables (4 indicateurs)
- Protocoles / procédures (3 indicateurs)
- Projet d'accompagnement (3 indicateurs)

Mise en œuvre de la PECM

- Prescription / Dispensation (7 indicateurs)
- Préparation / Administration (31 indicateurs)
- Stockage (19 indicateurs)

3 **Restitution à chaud**

Résultats

Tendance générale par
rapport aux objectifs de
l'audit

points positifs

points d'amélioration



Rapport d'audit

- ☐ Envoyé sous 15j à l'établissement
- ☐ Mise en place par l'établissement d'un plan d'action pour les actions correctives
- ☐ Valorisation auprès des experts visiteurs



Accompagnement des EHPAD à l'évaluation HAS → *Le bilan*



Evaluation
HAS

ESMS

- **3 EHPAD audités**
début des audits novembre 2024
2 en 2024 et 1 en 2025
- Objectif cible: visite de l'ensemble
des EHPAD en 2025





Serious game

Prismage



Iatrogénie médicamenteuse *des actions*



actions de sensibilisation et de
prévention de la iatrogénie
médicamenteuse et notamment
chez le sujet âgé



FORMATIONS
bonne prescription
chez le sujet âgé



OUTILS
Guide de bonne
prescription
chez le sujet âgé



New!

SERIOUS GAME
PRISMAGE

Serious game *Prismage*

Objectif

Concevoir un jeu sérieux permettant de **sensibiliser les professionnels de santé** à la **prévention de l'iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées** et améliorer les connaissances et l'application des recommandations sur l'optimisation des prescriptions chez le sujet âgé.

Outil numérique alliant
pédagogie et jeu ludique



Simulation en santé :
joueur en immersion au plus proche
de sa pratique



Innovation en santé



Serious game *Prismage*

Public cible

- Médecins
- Pharmaciens
- Infirmier(e)s
- Préparateurs en pharmacie
- Etudiants en santé



Choix des rôles

Un scénario adapté à chaque rôle

➔ Choisissez votre avatar, médecin, pharmacien ou infirmier, exerçant en milieu hospitalier ou en ville et naviguez dans le parcours de soins de votre patiente Madame Lachute.



Serious game *Prismage*

Jeu gratuit



30 min

identifier les risques

prendre des décisions
éclairées

enrichir vos connaissances



Juste prescription et
iatrogénie médicamenteuse

Douleur

HTA

Diabète

AVC

FA

anxiété

Lien ville - hôpital

Gestion péri / post opératoire des traitements

chute

Différents décors pour s'immerger dans votre jeu

Secteur hospitalier



Couloir du service hospitalier



Salle de soins



Chambre patient



Urgences

Différents décors pour s'immerger dans votre jeu

Secteur libéral



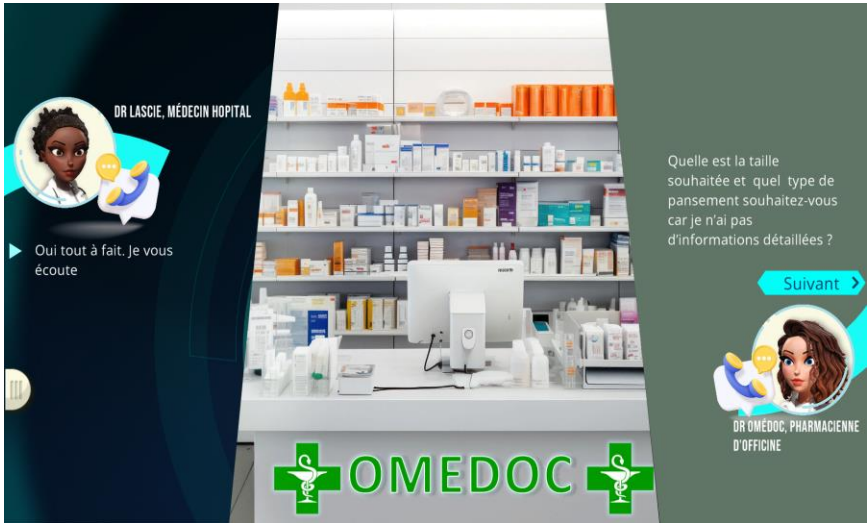
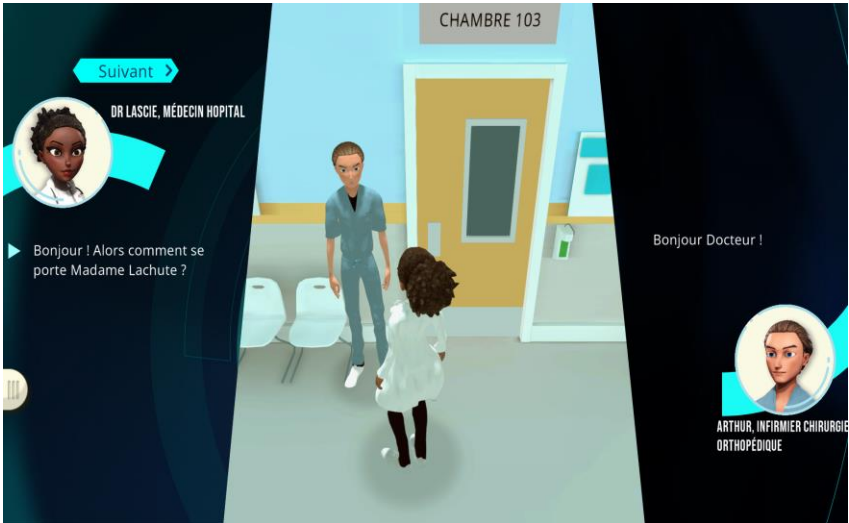
Cabinet du médecin traitant



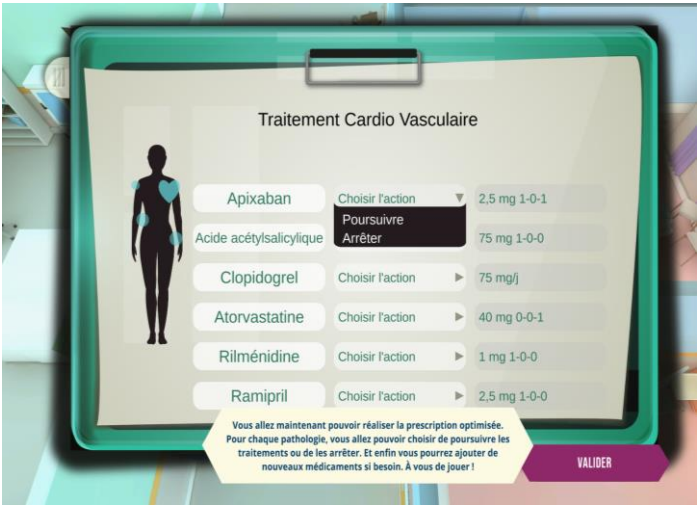
Pharmacie d'officine



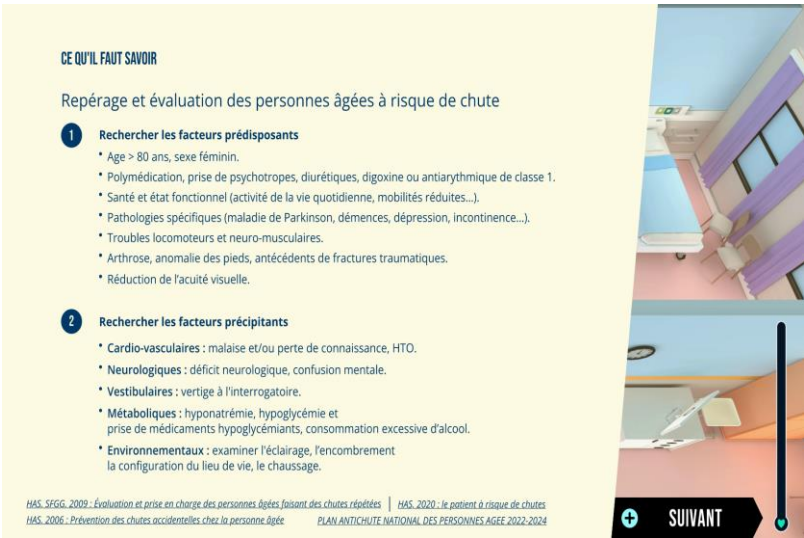
Un jeu interactif



Des dialogues



Des questions



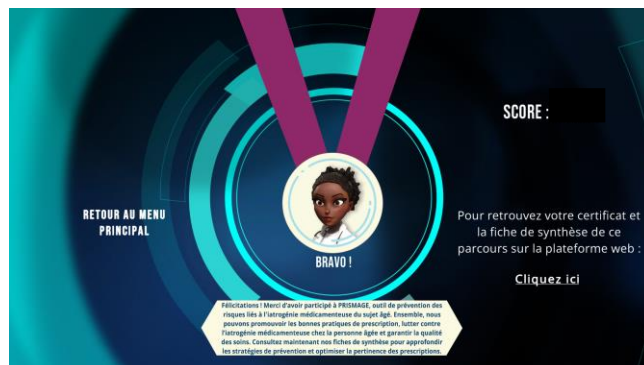
Des fiches synthèse à télécharger

Serious game *Prismage*

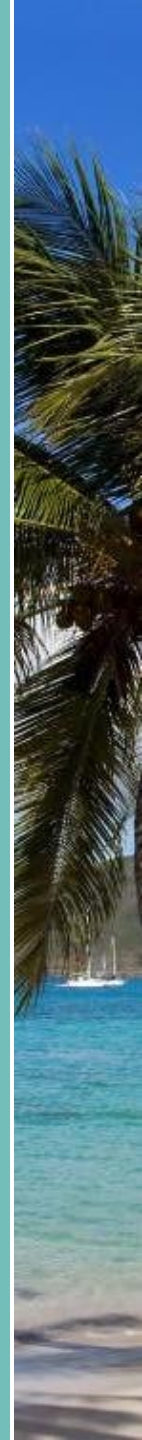
➡ Relevez le défi ! **Jouez seul ou en groupe de 2/3 personnes**

➡ A la clé, un **diplôme de participation** vous sera délivré ainsi que des **fiches de synthèse** !

- Jouez, apprenez, et devenez un acteur clé de la prévention !
- Lien du téléchargement : [site ARS Martinique](#) ou [site OMEDIT N°1](#)



Merci



Jeudi 13 Février

16:30 – 18:00

Auditorium 1

Session EHPAD

Modérateur(s) : M. BONNET (Fort-de-France), M. TABUE TEGUO (Fort-de-France)

- Organisation des soins en EHPAD
C. JEANDEL (Montpellier)
- Le simulateur de vieillissement, un outil de Bientraitance
E. MARINE (Fort-de-France)
- Prévention de la dénutrition en EHPAD
C. LOGEAIS (Fort-de-France)
- Serious Game sur la sécurisation du circuit des médicaments en EHPAD
M. DELL'OVA-ALEANDRE (Fort-de-France)

Organisation des soins en EHPAD

Pr Claude JEANDEL (MD, PhD)

CHU et Université Montpellier

Président du Conseil National Professionnel de gériatrie

Conseiller Médical de la Fondation Partage et Vie



Retour sur la Mission USLD/EHPAD

Monsieur le Professeur Claude Jeandel,
Monsieur le Professeur Olivier Guérin,

Les objectifs principaux de cette mission sont les suivants :

1. Définir les profils de soins relevant plus spécifiquement des USLD et des EHPAD ;
2. Définir, en fonction des besoins de soins, la place des USLD et des EHPAD de demain dans le parcours de santé des personnes âgées ;
3. Définir les modalités d'évaluation de ces besoins de soins et identifier les outils pertinents ;
4. Proposer les adaptations et modalités de prise en soin nécessaires au regard des profils de besoins, ainsi que des objectifs de qualité de vie au sein de ces structures.

Dans le cadre de votre mission, vous prendrez en compte les besoins de soins dans une vision prospective à 15 ans, intégrant à la fois l'évolution de l'état de santé, les conditions environnementales et les attentes des personnes âgées. La dimension des soins devra être entendue au sens large (soins somatiques dont les soins palliatifs, cognitifs et psychiques), intégrant dimensions du « cure » et du « care ».



Unités de Soins de Longue Durée

Et

EHPAD

(Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)

RAPPORT de MISSION

25 recommandations

**pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin
que nos établissements demeurent des lieux de vie**

C'est parce que l'EHPAD est un lieu de soin, qu'il reste un lieu de vie

**Pr Claude JEANDEL
Pr Olivier GUERIN**

JUIN 2021



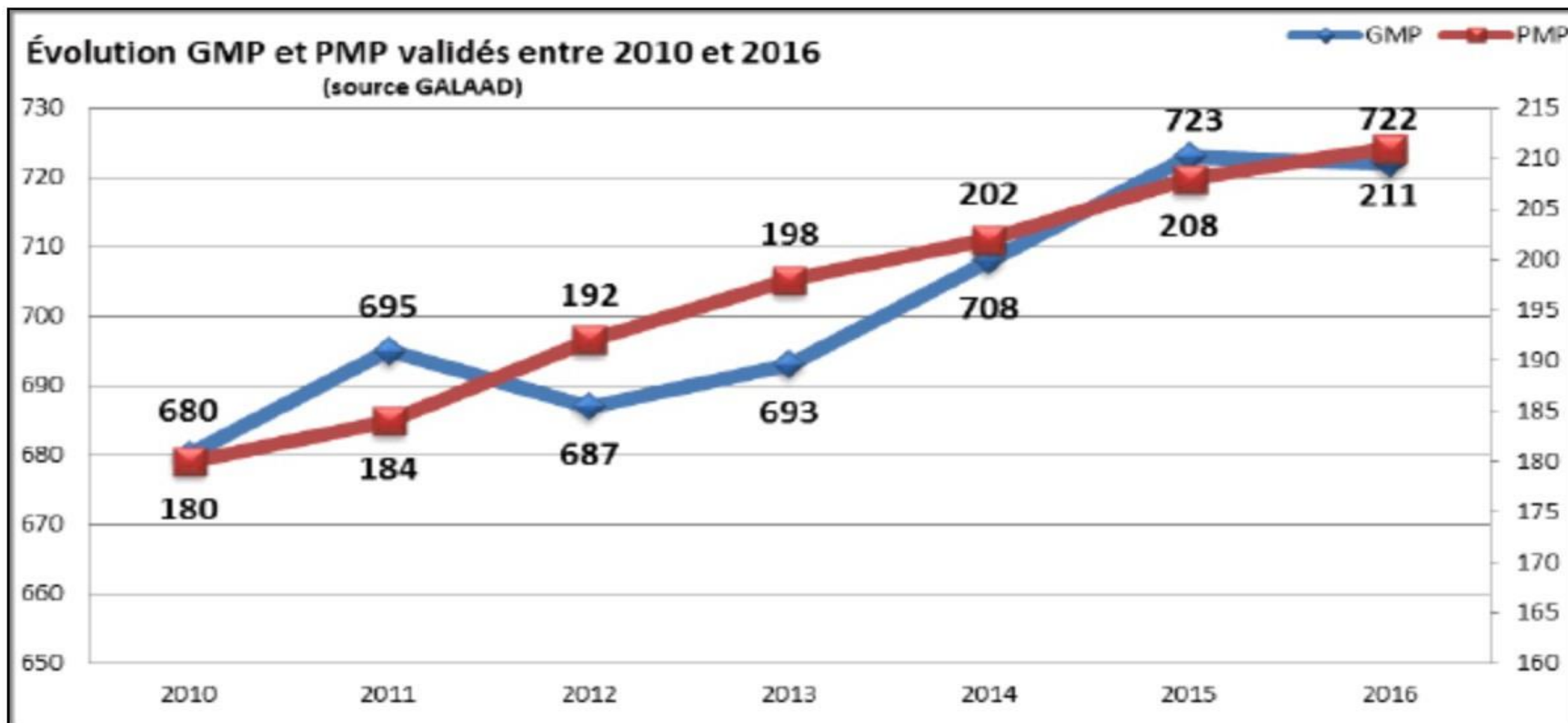
Populations étudiées

- **488 867** résidents d'EHPAD ayant fait l'objet d'une évaluation GIR et PATHOS sur les 5 années (2015 à 2019 incluses)
- **8619** patients d'USLD ayant fait l'objet d'une évaluation GIR et PATHOS sur les 5 années (2015 à 2019 incluses).
(Cet échantillon inclus 157 établissements situés au sein de 11 des anciennes régions).
- L'échantillon étudié porte respectivement sur
 - **83,1 % des places d'EHPAD**
 - **27,4 % des places d'USLD.**



Une population accueillie en EHPAD qui paraît obéir à une dynamique d'aggravation générale au plan médical

2024
GMP 743
PMP 240



PATHOS, GIR, PMP, GMP : définitions



Répartition par GIR en fonction du type d'hébergement (EHPAD ou USLD)

GIR	1	2	3	4	5	6	Total
EHPAD	99057	190826	82218	86259	18606	11901	488867
	20,20%	39%	16,80%	17,60%	3,80%	2,40%	
USLD	3242	3870	815	568	73	51	8619
	37,60%	44,90%	9,40%	6,60%	0,80%	0,60%	

82,5 % des patients d'USLD sont classés en GIR 1 ou 2 versus 59,2 % des résidents d'EHPAD.

34,4 % des résidents d'EHPAD sont classés GIR 3 ou 4 versus 16 % des patients d'USLD.

Cependant en chiffres absolus rapportés au nombre de places actuelles, le nombre de résidents d'EHPAD en GIR 1 et 2 s'établit à **347 839 versus 25 895** en USLD.

Etats pathologiques par ordre de fréquence décroissant (% de chacun des 50 états en EHPAD et USLD)

Etat pathologique	EHPAD (%)	USLD (%)
18 - Syndrome démentiel	65,90	72,3
3 - Hypertension artérielle	61,50	58,1
14 - Troubles chroniques du comportement	55,00	57,1
33 - Syndromes abdominaux	51,50	68,8
32 - Syndromes digestifs hauts	39,90	52,9
15 - États dépressifs	39,00	38
47 - État grabataire, troubles de la marche	38,20	56,4
35 - Dénutrition	36,70	



Etats pathologiques par ordre de fréquence décroissant (% de chacun des 50 états en EHPAD et US

	EHPAD (%)	USLD (%)
41 - Incontinence	36,30	54,9
16 - États anxieux	35,00	35,6
4 - Troubles du rythme	28,40	31,2
30 - Pathologies osseuses d'autres localisations	28,20	28,6
29 - Pathologies <u>vertébro-discales</u>	25,10	21,5
5 - Phlébites, lymphoedème, insuffisance veineuse	22,80	15,4
1 - Insuffisance cardiaque	22,00	24,6
46 - Pathologies oculaires évolutives	22,00	20,3
31 - Polyarthrite, pathologies articulaires d'autres localisations	18,60	17,2
10 - Accidents vasculaires cérébraux	17,70	27,7
42 - Anémies	16,00	23,1



Profils de soins		Numéro de classe					
		Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	
Nombre de PS T1 - Soins techniques important	Fréquence Pourcentage	12 0.17%	20 9.09%	184 0.15%	20 0.01%	84 0.04%	
Nombre de PS T2 - <u>Equilibration</u> et surveillance	Fréquence Pourcentage	3 565 49.25%	14 6.36%	20 549 17.11%	7 875 3.60%	17 001 7.31%	
Nombre de PS P1 - Soins psychiatriques intensifs	Fréquence Pourcentage	110 1.52%	126 57.27%	10 643 8.86%	452 0.21%	1 401 0.60%	
Nombre de PS P2 - Soins psychiatriques continus	Fréquence Pourcentage	1 719 23.75%	10 4.55%	0 0.00%	100 016 45.71%	195 492 84.10%	
Nombre de PS CH - Pansements d'opérés – plaies...	Fréquence Pourcentage	527 7.28%	5 2.27%	11 057 9.21%	4 299 1.96%	7 618 3.28%	
Nombre de PS DG - Pathologie non diagnostiquée	Fréquence Pourcentage	179 2.47%	6 2.73%	7 372 6.14%	3087 1.41%	6 111 2.63%	
Nombre de PS R1 - Rééducation fonctionnelle lourde	Fréquence Pourcentage	160 2.21%	15 6.82%	4 248 3.54%	1 115 0.51%	4 149 1.78%	
Nombre de PS R2 - Rééducation fonctionnelle allégée	Fréquence Pourcentage	952 13.15%	23 10.45%	54 832 45.65%	101 906 46.57%	45 0.02%	
Nombre de PS M1 - Accompagnement de fin de vie	Fréquence Pourcentage	4 0.06%	0 0.00%	2 527 2.10%	10 0.00%	89 0.04%	
Nombre de PS M2 - <u>Etat</u> crépusculaire	Fréquence Pourcentage	11 0.15%	1 0.45%	8 698 7.24%	25 0.01%	459 0.20%	
Total en nombre de profils de soins		Fréquence Pourcentage	7 239 100.00%	220 100.00%	120 110 100.00%	218 805 100.00%	232 449 100.00%

Groupe GIR		Numéro de classe					Total
		Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	
SMTI	Fréquence	3 565	128	35 338	9 052	21 073	69 156
	Pourcentage ligne	5.16%	0.19%	51.10%	13.09%	30.47%	100.00%
	Pourcentage colonne	100.00%	100.00%	35.36%	8.88%	10.78%	17.24%
Total des résidents	Fréquence	3 565	128	99 940	101 906	195 492	401 031
	Pourcentage	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Les classes 4 et 5 identifient des résidents relevant d'un profil de soins P2 dont l'appartenance s'explique par 5 états pathologiques principaux : troubles chroniques du comportement, états dépressifs, syndromes démentiels, états anxieux, « psychose, délire, hallucination » (tableau 4).



- 5.8. RECOMMANDATION N°8 - Reconnaître par décret la fonction d’infirmière coordinatrice sur la base d’un référentiel métier national et faire évoluer le métier vers celui de cadre de santé 53**
- 5.9. RECOMMANDATION N°9 - Reconnaître la spécificité des infirmières en pratique avancée (IPA) en gériatrie et mutualiser cette fonction au sein d’un groupe de plusieurs EHPAD 55**
- 5.10. RECOMMANDATION N°10 - Doter les EHPAD d’une permanence IDE 24 h/24 h incluant une astreinte de nuit 55**



CH 5.3. RECOMMANDATION N°3 – Doter dans les meilleurs délais l'ensemble des EHPAD d'unités de vie protégées ou unités de soins spécialisées Alzheimer	42
5.4. RECOMMANDATION N°4 – Doter dans les meilleurs délais l'ensemble des EHPAD de Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)	43
5.5. RECOMMANDATION N°5 – Poursuivre le déploiement des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) au sein des EHPAD afin d'assurer un maillage territorial et de rendre ces unités accessibles à plusieurs EHPAD du même bassin	45
5.6. RECOMMANDATION N°6 – Poursuivre le déploiement d'établissements d'hébergement « spécialisés dédiés à certaines typologies de besoins » mais sous certaines conditions	48
5.7. RECOMMANDATION N°7 - Renforcer la dimension médico-soignante et adapter les EHPAD afin qu'ils puissent intégrer des profils de soins médicaux. Doter les EHPAD des catégories professionnelles du soin indispensables et des seuils minimaux en terme de ratios en personnel	50



L'ensemble de ces considérations confondues, la mission recommande les seuils minimaux suivants, définis sur la base du GIR Moyen Pondéré (GMP) médian national et du Pathos Moyen Pondéré (PMP) médian national, dans un EHPAD de **80 places** (sans tenir compte des dotations spécifiques liées à des activités supplémentaires comme un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) ou la permanence des soins) :

- 7 ETP Infirmiers (dont la fonction d'infirmière coordinatrice)
- 28 ETP d'aides-soignants (dont 20 % d'Assistants de Soins en Gériatrie)
- 1 ETP de psychologue
- 1 ETP d'ergothérapeute
- 0,5 ETP de psychomotricien
- 0,5 ETP de kinésithérapeute
- 0,5 ETP d'enseignant en Activités Physiques Adaptées (EAPA)
- 18 ETP d'agents des Services Hospitaliers (ASH)



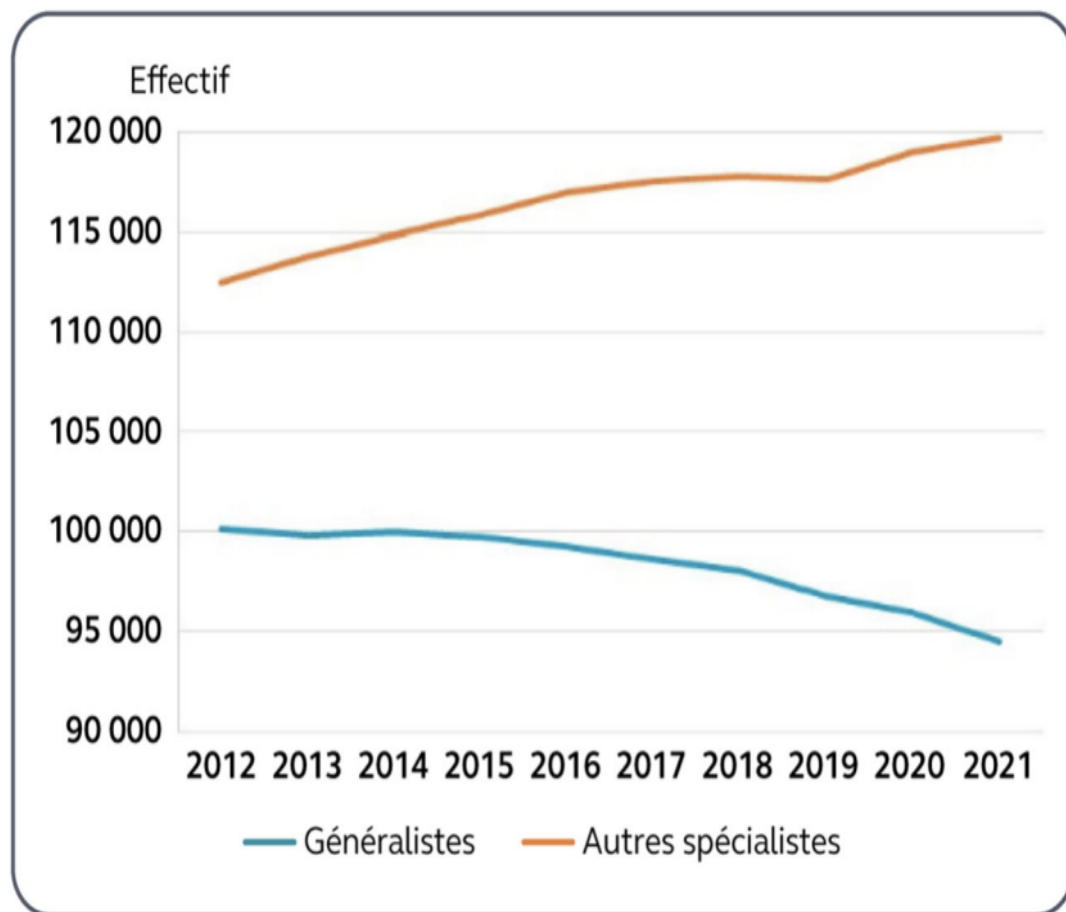
5.11. RECOMMANDATIONS N°11 – Préfigurer un nouveau modèle d'organisation médicale en EHPAD et consolider le modèle actuel en l'adaptant aux spécificités et ressources médicales du territoire 56

RECOMMANDATION 11 a - Reconnaître la fonction de médecin coordonnateur en instaurant un véritable statut du médecin d'EHPAD le positionnant au sein du trinôme Directeur, Médecin, IDEC. Cette reconnaissance doit lui permettre de disposer de l'autonomie nécessaire afin de pouvoir assurer l'ensemble des missions inscrites dans le décret 62

RECOMMANDATION 11 b - Majorer le temps de présence des médecins coordonnateurs pour leur fonction de coordination 62

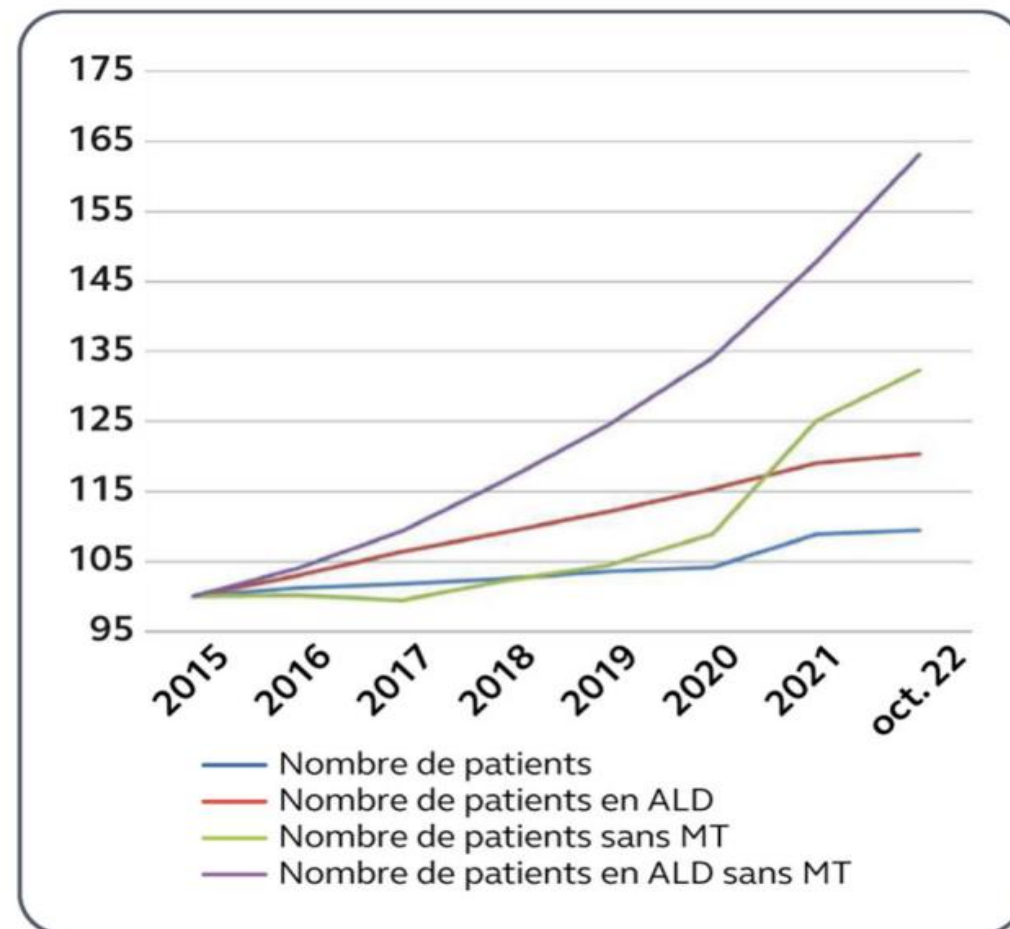


Graphique n° 1 : effectif de médecins en activité par spécialité, de 2012 à 2021



Champ : médecins actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DOM - Source : RPPS, exploitation Drees

Graphique n° 3 : évolution du nombre de patients sans MT, base 100 en 2015

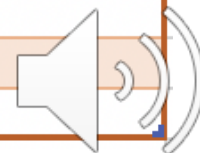


Données d'une enquête auprès du Codir d'EHPAD (juillet 2024)

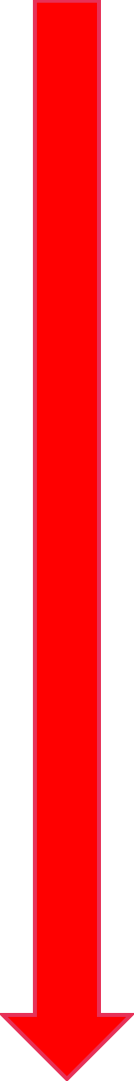
Hiérarchiser les besoins en terme de réponse médicale le numéro 1 à 10. Le numéro 1 étant le plus important pour votre besoin établissement (menu déroulant de choix)

Nom et ville de l'établissement : _ _ _ _ _

Missions ▼	Hiérarchisation ▼
Validation médicale d'une demande d'admission d'un nouveau résident	
Formation du personnel soignant	
Renouvellement des prescriptions médicamenteuses (chez un résident en état stable)	
Gestion d'une situation d'urgence vitale	
Gestion d'un évènement médical intercurrent (pathologie aiguë, décompensation d'organe...)	
Troubles du comportement nécessitant une adaptation thérapeutique	
Réponse/information médicale à la sollicitation des familles	
Prise de décision "difficile" portant sur l'indication d'une hospitalisation, de soins de support (soins palliatifs) ou de fin de vie	
Déploiement de la politique de prévention/gestion des risques (chutes, nutrition, épidémie...)	
Animation/participation aux CREX (post-EIG lié aux soins)	



Les 10 priorités hiérarchisées

- 
- 1 - Gestion d'un évènement médical intercurrent (pathologie aiguë, décompensation d'organe...).
 - 2 - Troubles du comportement nécessitant une adaptation thérapeutique.**
 - 3 - Prise de décision "difficile" portant sur l'indication d'une hospitalisation, de soins de support (soins palliatifs) ou de fin de vie.
 - 4 - Renouvellement des prescriptions médicamenteuses (chez un résident en état stable).**
 - 5 - Réponse/information médicale à la sollicitation des familles.
 - 6 - Gestion d'une situation d'urgence vitale.**
 - 7 - Déploiement de la politique de prévention/gestion des risques (chutes, nutrition, épidémie....).
 - 8 - Validation médicale d'une demande d'admission d'un nouveau résident.**
 - 9 - Formation du personnel soignant.
 - 10 - Animation/participation aux CREX (post-ELG lié aux soins).**



Les 3 priorités

« non programmables » (urgence degré 1)

1 - Gestion d'un évènement médical intercurrent (pathologie aiguë, décompensation d'organe...).

2 - Troubles du comportement nécessitant une adaptation thérapeutique.

3 - Prise de décision "difficile" portant sur l'indication d'une hospitalisation, de soins de support (soins palliatifs) ou de fin de vie.

4 - Renouvellement des prescriptions médicamenteuses (chez un résident en état stable).

5 - Réponse/information médicale à la sollicitation des familles.

6 - Gestion d'une situation d'urgence vitale.

7 - Déploiement de la politique de prévention/gestion des risques (chutes, nutrition, épidémie....).

8 - Validation médicale d'une demande d'admission d'un nouveau résident.

9 - Formation du personnel soignant.

10 - Animation/participation aux CREX (post-ElG lié aux soins).



Une priorité « degré d'urgence 2 »

1 - Gestion d'un évènement médical intercurrent (pathologie aiguë, décompensation d'organe...).

2 - Troubles du comportement nécessitant une adaptation thérapeutique.

3 - Prise de décision "difficile" portant sur l'indication d'une hospitalisation, de soins de support (soins palliatifs) ou de fin de vie.

4 - Renouvellement des prescriptions médicamenteuses (chez un résident en état stable).

5 - Réponse/information médicale à la sollicitation des familles.

6 - Gestion d'une situation d'urgence vitale.

7 - Déploiement de la politique de prévention/gestion des risques (chutes, nutrition, épidémie....).

8 - Validation médicale d'une demande d'admission d'un nouveau résident.

9 - Formation du personnel soignant.

10 - Animation/participation aux CREX (post-ELG lié aux soins).



Les 6 priorités

« programmables » (urgence degré 3)

1 - *Gestion d'un évènement médical intercurrent (pathologie aiguë, décompensation d'organe...).*

2 - *Troubles du comportement nécessitant une adaptation thérapeutique.*

3 - *Prise de décision "difficile" portant sur l'indication d'une hospitalisation, de soins de support (soins palliatifs) ou de fin de vie.*

4 - **Renouvellement des prescriptions médicamenteuses (chez un résident en état stable).**

5 - **Réponse/information médicale à la sollicitation des familles.**

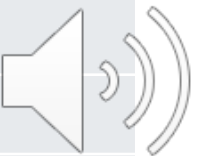
6 - *Gestion d'une situation d'urgence vitale.*

7 - **Déploiement de la politique de prévention/gestion des risques (chutes, nutrition, épidémie....).**

8 - **Validation médicale d'une demande d'admission d'un nouveau résident.**

9 - **Formation du personnel soignant.**

10 - **Animation/participation aux CREX (post-EIG lié aux soins).**



Les réponses potentielles d'un plan d'action

Cadre réglementaire

- Médecin traitant
- Médecin coordonnateur (décret 2019)
- Médecin coordonnateur/médecin praticien (décret en cours)
- Télémédecine : téléconsultations, téléexpertise
- Permanence et continuité des soins
- Service d'accès aux soins (S.A.S)(Décret du 14 juin 2024)

Mode « dégradé » ou plutôt « adaptatif »

- *Médecin « référent » (cf Covid)*
- *Télécoordination*
- *Délégation de tâches (ex : projet ARIANE en cours d'évaluation)*
- *Optimisation des ressources :*
 - *IPA Grand Age (IPA PCS dans l'attente)*
 - *Secrétariat médical*
 - ...



Un modèle à promouvoir

La mission recommande que ce modèle de référence s'appuie sur une fonction médicale salariée assurant les réponses aux 4 objectifs sus-mentionnés et conjuguant les fonctions cliniques et de management à l'instar des modalités de fonctionnement en vigueur en établissement sanitaire. Les fonctions de management intégreraient les missions transversales analogues à celles qu'assurent actuellement les médecins coordonnateurs. Le temps médical requis assorti à cette fonction médicale se rapprocherait de celui des unités de soins de longue durée (*Cf. circulaire d 10 mai 2007*) soit 0.5 ETP pour 30 résidents. Les médecins assurant ces fonctions devraient être soit qualifiés en gériatrie, soit titulaires du DIU national de médecin coordonnateur d'EHPAD.

Rapport C. Jeandel/O. Guérin (07/2021)



Les 3 priorités

« non programmables » (urgence degré 1)

1 - Gestion d'un évènement médical intercurrent (pathologie aiguë, décompensation d'organe...).

2 - Troubles du comportement nécessitant une adaptation thérapeutique.

3 - Prise de décision "difficile" portant sur l'indication d'une hospitalisation, de support (soins palliatifs) ou de fin de vie.

4 - Renouvellement des prescriptions médicamenteuses (chez un résident en état stable).

5 - Réponse/information médicale à la sollicitation des familles.

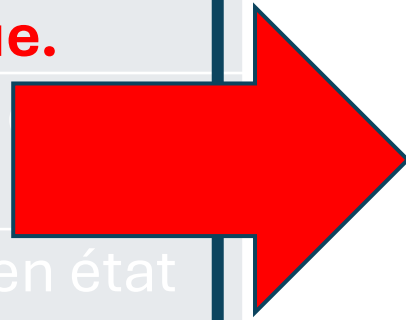
6 - Gestion d'une situation d'urgence vitale.

7 - Déploiement de la politique de prévention/gestion des risques (chutes, nutrition, épidémie....).

8 - Validation médicale d'une demande d'admission d'un nouveau résident.

9 - Formation du personnel soignant.

10 - Animation/participation aux CREX (post-ElG lié aux soins).



Les réponses potentielles d'un plan d'action

Cadre réglementaire

- *Médecin traitant*
- *Médecin coordonnateur (décret 2019)*
- *Médecin coordonnateur/médecin praticien (décret en cours)*
- *Télémédecine : téléconsultations, téléexpertise*
- ***Permanence et continuité des soins***
- ***Service d'accès aux soins (S.A.S)(Décret du 14 juin 2024)***

Mode « dégradé » ou plutôt « adaptatif »

- Médecin « référent » (cf Covid)
- Télécoordination
- Délégation de tâches (ex : projet ARIANE en cours d'évaluation)
- Optimisation des ressources :
 - IPA Grand Age (IPA PCS dans l'attente)
 - Secrétariat médical
 - ...



Le S.A.S

[Retour au Sommaire du JO](#)

[< Texte précédent](#)

[Texte suivant >](#)



IMPRIMER



COPIER LE TEXTE

Décret n° 2024-541 du 14 juin 2024 relatif à l'organisation et au fonctionnement du service d'accès aux soins

NOR : TSSH2414968D

[Accéder à la version consolidée](#)

ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2024/6/14/TSSH2414968D/jo/texte>

Alias : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2024/6/14/2024-541/jo/texte>

[JORF n°0139 du 15 juin 2024](#)

Texte n° 8



Extrait du Journal officiel
électronique authentifié

PDF - 232,2 Ko



Accueil > Politique régionale > Accès aux soins > Service d'accès aux soins (SAS) > Service d'accès aux soins (SAS)

Article 

Service d'accès aux soins (SAS)

30 mai 2024

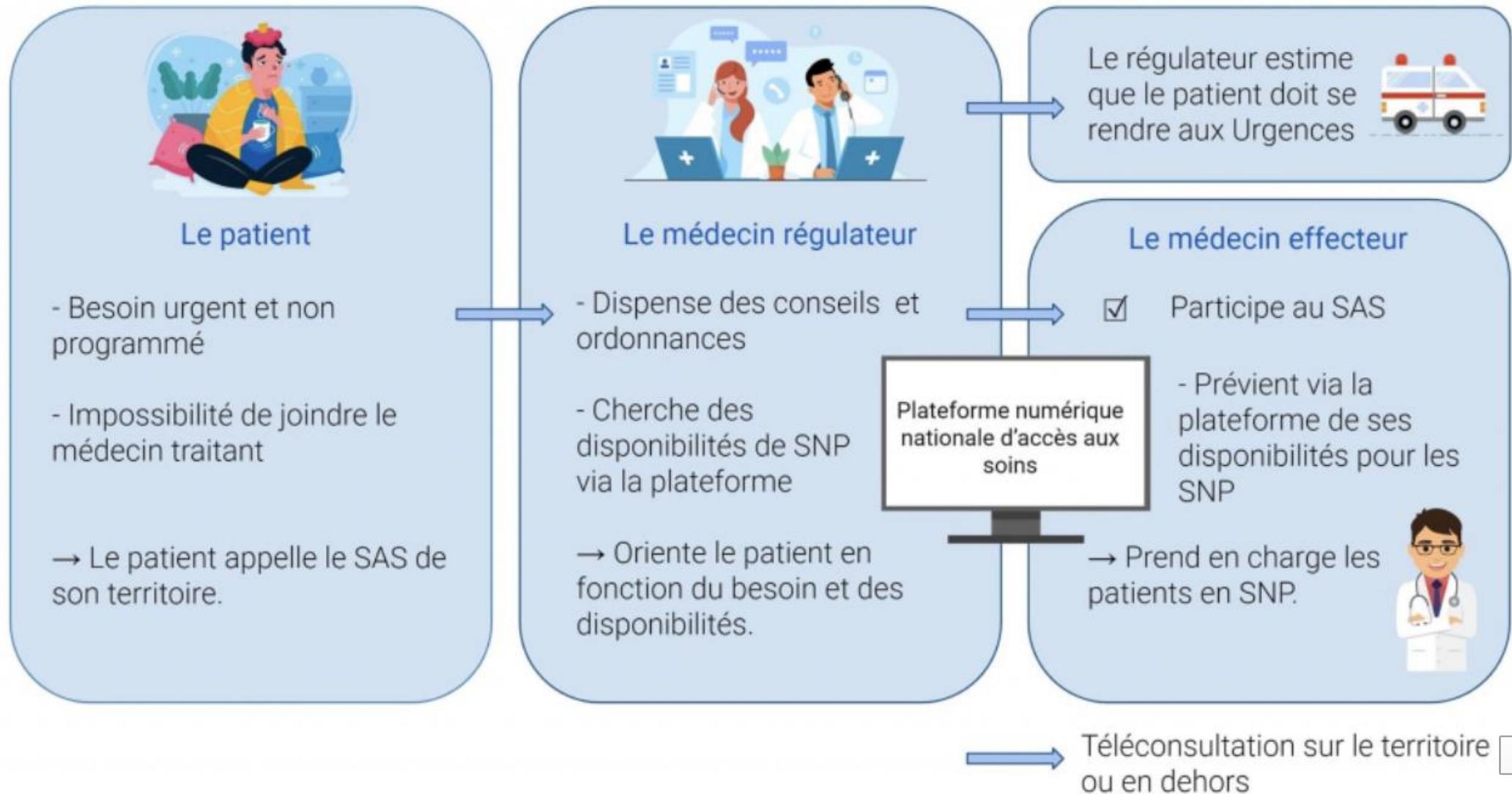


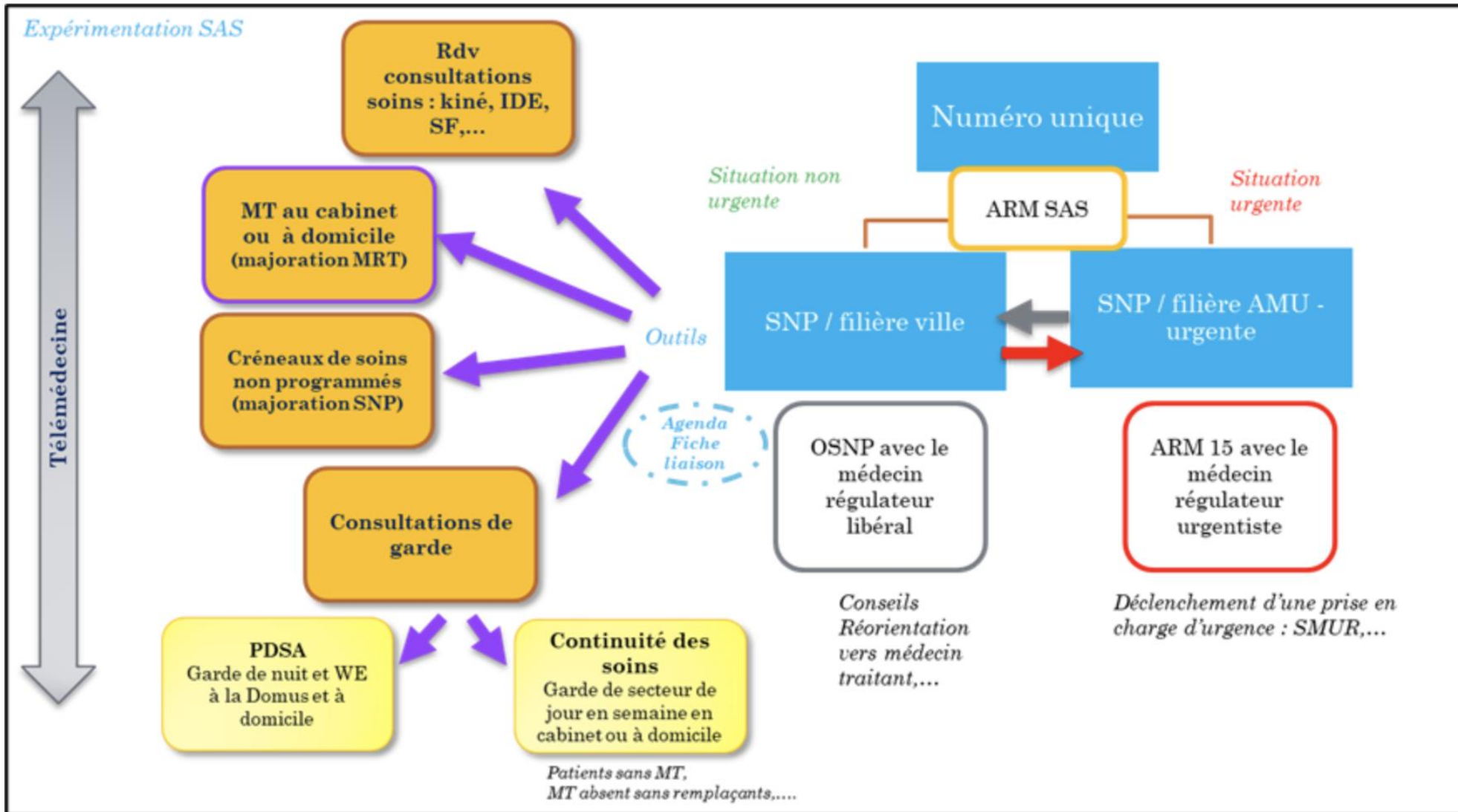
Service
d'accès
aux soins

Le Service d'Accès aux Soins est un service universel accessible à tous, qui vient englober la régulation des SAMU-centre 15 et assurer une réponse (H24, 7j/7) à une demande de soins urgents et/ou non programmés lorsque l'accès au médecin traitant n'est pas possible en 1ère intention.



Le Service d'Accès aux Soins





Une plateforme numérique nationale en appui aux professionnels du SAS

publié le : **03.06.22** - mise à jour : **30.01.24**

A+

A-



Afin d'assurer le relais entre les acteurs de la chaîne de régulation médicale et les effecteurs de soin enrôlés dans le SAS, une plateforme numérique nationale a été mise en œuvre par le ministère chargé de la santé. Lorsqu'un patient est orienté vers la filière de ville, l'outil permet au professionnel de visualiser rapidement l'offre de soin et d'orienter le patient vers une consultation.

De quoi s'agit-il ?

En appui aux professionnels du service d'accès aux soins (SAS), le ministère de la santé et de la prévention a mis en œuvre une plateforme numérique nationale. Il s'agit d'une plateforme destinée à l'usage exclusif des professionnels participant au SAS, développée par [l'Agence du Numérique en Santé \(ANS\)](#). Simple et modulable, elle doit faciliter l'accès à l'offre de soins disponible et s'intégrer dans l'écosystème du numérique en santé.

Concrètement, lorsqu'une prise en charge hospitalière n'est pas requise pour le patient appelant le SAMU/SAS, le professionnel de santé peut orienter rapidement le patient via la plateforme numérique vers un médecin libéral ou une structure de soin, incluant à terme la possibilité de prise de rendez-vous pour ce patient.

La plateforme numérique SAS propose deux grandes fonctionnalités :

- Un annuaire national exhaustif de l'offre de soins et un moteur de recherche qui garantissent une neutralité dans la recherche d'offre de soins (s'appuyant sur l'annuaire sante.fr enrichi)
- Un service d'agrégateur des disponibilités des professionnels de santé, s'appuyant sur l'interopérabilité avec les [outils professionnels](#) (agendas partagés, outils de prise de RDV en ligne, etc.) afin d'en automatiser la remontée.



SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS (SAS)

Les bénéfices de la plateforme numérique

#SAS

2 GRANDES FONCTIONNALITÉS

1

Un annuaire national exhaustif de l'offre de soins et un moteur garantissant une neutralité dans la recherche d'offre de soins

2

Un service d'agrégateur des disponibilités des professionnels de santé, dans une démarche d'interopérabilité avec les autres outils



Pour accéder à la plateforme numérique : sas.sante.fr

JE FAIS PARTIE DE L'ÉQUIPE DE RÉGULATION DES APPELS AU SAS

Avec la plateforme numérique...



Assistant de régulation médicale (ARM)



Opérateur de soins non programmés (OSNP)



Médecin régulateur libéral

- ✓ Je dispose d'un annuaire de l'offre de soins accessible dans le territoire pour faciliter l'orientation de l'utilisateur
- ✓ J'identifie les disponibilités des professionnels en ville
- ✓ Je prends rendez-vous pour le patient, par téléphone ou via les outils équipant les professionnels

JE SUIS PROFESSIONNEL DE SANTÉ EN VILLE

- ✓ Je participe au SAS
- ✓ Je partage mes créneaux disponibles avec l'équipe de régulation médicale
- ✓ Je prends en charge de nouveaux patients en dehors des créneaux disponibles que j'ai indiqués
- ✓ Je suis assuré de la confidentialité de mes données



Médecin libéral effecteur

solidarites-sante.gouv.fr/sas



Quelle organisation en Île-de-France ?



Le SAS en Île-de-France est départemental et se construit sur la base d'une gouvernance équilibrée entre la ville et l'hôpital. Dans son objectif d'apporter une réponse adaptée pour tous, il permet de mettre en œuvre un décroché des appels à deux niveaux au sein des CRRA-15 pour répondre à l'objectif d'accueillir rapidement des primo-appelants et identifier les situations relevant d'une urgence vitale.

Etat d'avancement des SAS franciliens

L'ensemble des départements d'Île-de-France est maintenant doté d'un SAS opérationnel et monte charge progressivement.

En effet, le SAS des Yvelines fonctionne depuis janvier 2022, cependant les SAS des autres départements de la région se sont progressivement lancés au cours de l'année 2023 : Paris, Val-de-Marne et Essonne au premier semestre et Seine-et-Marne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis et Val d'Oise au second semestre.

Au 31 mars 2024 :

- 1 089 médecins de ville participant au SAS (le médecin généraliste qui choisit de participer au SAS s'inscrit sur la Plateforme numérique nationale et met en visibilité des créneaux horaires pour des consultations sans rendez-vous)
- 24 591 rendez-vous pris par les SAS d'Île-de-France



Départements	Nombre de médecins inscrits à la plateforme au 31 mars 2024
75	335
77	106
78	236
91	83
92	63
93	101
94	167
95	103



Une priorité « degré d'urgence 2 »

1 - Gestion d'un évènement médical intercurrent (pathologie aiguë, décompensation d'organe...).

2 - Troubles du comportement nécessitant une adaptation thérapeutique.

3 - Prise de décision "difficile" portant sur l'indication d'une hospitalisation, de soins de support (soins palliatifs) ou de fin de vie.

4 - Renouvellement des prescriptions médicamenteuses (chez un résident en état stable).

5 - Réponse/information médicale à la sollicitation des familles.

6 - Gestion d'une situation d'urgence vitale.

7 - Déploiement de la politique de prévention/gestion des risques (chutes, nutrition, épidémie....).

8 - Validation médicale d'une demande d'admission d'un nouveau résident.

9 - Formation du personnel soignant.

10 - Animation/participation aux CREX (post-ELG lié aux soins).



Les 6 priorités

« programmables » (urgence degré 3)

1 - Gestion d'un évènement médical intercurrent (pathologie aiguë, décompensation d'organe...).

2 - Troubles du comportement nécessitant une adaptation thérapeutique.

3 - Prise de décision "difficile" portant sur l'indication d'une hospitalisation, de soins de support (soins palliatifs) ou de fin de vie.

4 - Renouvellement des prescriptions médicamenteuses (chez un résident en état stable).

5 - Réponse/information médicale à la sollicitation des familles.

6 - Gestion d'une situation d'urgence vitale.

7 - Déploiement de la politique de prévention/gestion des risques (chutes, nutrition, épidémie....).

8 - Validation médicale d'une demande d'admission d'un nouveau résident.

9 - Formation du personnel soignant.

10 - Animation/participation aux CREX (post-ELG lié aux soins).



Les 6 priorités

« programmables » (urgence degré 3)

1 - Gestion d'un évènement médical intercurrent (pathologie aiguë, décompensation d'organe...).

2 - Troubles du comportement nécessitant une adaptation thérapeutique.

3 - Prise de décision "difficile" portant sur l'indication d'une hospitalisation, de soins de support (soins palliatifs) ou de fin de vie.

4 - Renouvellement des prescriptions médicamenteuses (chez un résident en état stable).

5 - Réponse/information **Renouvellement tous les 6 mois.**
médicale à la sollicitation des familles.

6 - Gestion d'une situation d'urgence vitale.

7 - Déploiement de la politique de prévention/gestion des risques (chutes, nutrition, épidémie....).

8 - Validation médicale d'une demande d'admission d'un nouveau résident.

9 - Formation du personnel soignant.



Les 6 priorités

« programmables » (urgence degré 3)

1 - Gestion d'un évènement médical intercurrent (pathologie aiguë, décompensation d'organe...).

2 - Troubles du comportement nécessitant une adaptation thérapeutique.

3 - Prise de décision "difficile" portant sur l'indication d'une hospitalisation, de soins de support (soins palliatifs) ou de fin de vie.

4 - Renouvellement des prescriptions médicamenteuses (chez un résident en état stable).

5 - Réponse/information médicale à la sollicitation des familles.

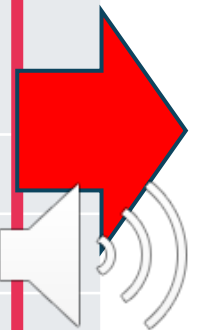
6 - Gestion d'une situation d'urgence vitale.

7 - Déploiement de la politique de prévention/gestion des risques (chutes, nutrition, épidémie....).

8 - Validation médicale d'une demande d'admission d'un nouveau résident.

9 - Formation du personnel soignant.

10 - Animation/participation aux CREX (post-EIG lié aux soins).



Les réponses potentielles d'un plan d'action

Cadre réglementaire

- *Médecin traitant*
- *Médecin coordonnateur (décret 2019)*
- *Médecin coordonnateur/médecin praticien (décret en cours)*
- *Télémédecine : téléconsultations, téléexpertise*
- *Permanence et continuité des soins*
- *Service d'accès aux soins (S.A.S)(Décret du 14 juin 2024)*

Mode « dégradé » ou plutôt « adaptatif »

- **Médecin « référent » (cf Covid)**
- **Télécoordination**
- Délégation de tâches (ex : projet ARIANE en cours d'évaluation)
- Optimisation des ressources :
 - IPA Grand Age (IPA PCS dans l'attente)
 - Secrétariat médical
 - ...



II. TELECOORDINATION

- Dispositif permettant la réalisation de certaines missions en distanciel par un médecin coordonnateur expérimenté et formé conformément à l'Article D312-156 du CASF Modifié par Décret n°2019-714 du 5 juillet 2019 - art. 1 : « Le médecin coordonnateur doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue.
- La Télécoordination vise à garantir la continuité de la coordination des soins en établissement durant la période de carence.
- La Télécoordination permet le maintien de l'établissement dans une situation saine et, le maintien du lien créé avec les professionnels libéraux pouvant aider à fidéliser les médecins traitants intervenants en EHPAD.



A. PRE-REQUIS A LA TÉLÉCOORDINATION

- Preuve d'une recherche active de médecin coordonnateur présentiel
 - Annonces dans plusieurs revues médicales
 - Publication sur plusieurs sites
 - Contrat d'aide au recrutement avec un cabinet de recrutement médical
 - ...
- Carence déclarée à l'ARS après un délai minimal de 6 mois au minimum, sans résultat.
- Durant la période de télé-coordination, l'établissement s'engage à apporter auprès de son ARS les preuves de la poursuite d'une recherche active d'un médecin coordonnateur présentiel
- Convention établie entre une structure de télé-coordination ou un médecin télé-coordonnateur et l'établissement après approbation de la convention par l'ARS et par le CDOM, précisant notamment les modalités de réalisation des missions de coordination médicale.(cf annexe)



- La convention définit le temps de travail selon trois critères
 1. Temps non compressible de présence mensuelle minimale en présentiel au sein de l'établissement de 0,05 ETP (soit une journée par mois) pour exercer les missions spécifiques explicitées en annexe qui ne peuvent être réalisées en distanciel
 2. Temps minimum en distanciel de 0,25 ETP
- Implantation territoriale du médecin télé-coordonnateur :

Le médecin coordonnateur est le conseiller technique du directeur. Il apporte l'expertise gériatrique indispensable à la mise en place d'un projet de soins au sein de l'établissement. Ce projet doit s'inscrire au sein d'un projet territorial de santé.

Le médecin télé-coordonnateur doit connaître les acteurs territoriaux avec lesquels il exercera ses missions. Il ne peut exercer qu'au sein de ce territoire.

Liste non exhaustive des partenaires:

- Equipe Mobile de Gériatrie (EMG),
- Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, (EMASP)
- Hospitalisation À Domicile (HAD) ,
- Correspondants gériatriques hospitaliers, et hotline gériatrique d'un établissement public ou privé du territoire
- Hôpitaux de proximité
- CPIAS et Equipes Mobiles d'Hygiène » (EMH) adossés à des EOHH (Equipes Opérationnelles d'Hygiène Hospitalière)
- ...



- L'établissement doit être doté d'un logiciel permettant un accès total à distance
- Contrat de télé-coordination établi pour une durée limitée dans le temps à deux ans et renouvelable au maximum une fois. En l'absence de médecin coordonnateur présentiel à l'issue de cette période de Telecoordination l'établissement ne pourrait plus accueillir de résidents fortement dépendants GIR 1 ou 2 ou requérant d'un profil de soins élevés (SMTI)
- Le contrat est résilié dans un délai de trois mois en cas de recrutement d'un médecin coordonnateur en présentiel si celui-ci assure le temps fixé par décret.
- Au cas où le médecin coordonnateur présentiel ne pourrait effectuer le temps minimum de présence fixé par le Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 un nouveau contrat définissant les modalités de dispositif partiel de télé-coordination doit être signé.

B. Répartition des missions du médecin coordonnateur télé-coordonnateur et du médecin référent (annexe)



Les réponses potentielles d'un plan d'action

Cadre réglementaire

- *Médecin traitant*
- *Médecin coordonnateur (décret 2019)*
- *Médecin coordonnateur/médecin praticien (décret en cours)*
- *Télémédecine : téléconsultations, téléexpertise*
- *Permanence et continuité des soins*
- *Service d'accès aux soins (S.A.S)(Décret du 14 juin 2024)*

Mode « dégradé » ou plutôt « adaptatif »

- Médecin « référent » (cf Covid)
- Télécoordination
- **Délégation de tâches (ex : projet ARIANE en cours d'évaluation)**
- Optimisation des ressources :
 - IPA Grand Age (IPA PCS dans l'attente)
 - Secrétariat médical
 - ...



PROTOCOLE DE SOINS INFIRMIERS INDIVIDUALISÉS

PRISE EN CHARGE D'UNE DOULEUR INDUITE OU DE L'EXACERBATION DOULOUREUSE D'UNE PATHOLOGIE CONNUE CHEZ DES RESIDENTS AYANT DEJA UN ANTALGIQUE DE PALIER 1 ou 2

Ce protocole est à mettre en place uniquement si une prescription anticipée le précise et en cas d'absence d'un médecin et selon les critères d'urgence suivant :

- pas de réponse du médecin dans la demi-journée suivant le premier appel
- cabinet médical fermé pour week-end ou congés



PROTOCOLE DE SOINS INFIRMIERS INDIVIDUALISÉS

PRISE EN CHARGE D'UNE INFECTION URINAIRE BASSE NON COMPLIQUEE CHEZ LA FEMME

Ce protocole est à mettre en place uniquement si une prescription anticipée le précise, en cas d'absence d'un médecin et selon les critères d'urgence suivants :

- pas de réponse du médecin une demi-journée après le premier appel
- cabinet médical fermé pour week-end ou congés

Mettre en place ce protocole uniquement si le résident présente une douleur ou un comportement inhabituel avec BU est positive aux nitrites et/ou aux leucocytes et ECBU positive.

En cas d'urines foncées et/ou malodorantes avec BU négative => ne pas traiter => penser à la déshydratation

En cas de BU positive, faire une ECBU (si nécessaire faire sondage allé retour)

L'ECBU est considérée positive si : leucocyturie $\geq$ 10 puissance 4/ml (en l'absence de sonde à demeure)

En présence de sonde à demeure, l'ECBU est considérée positive si : bactériurie $\geq$ 10 puissance 5/ml. On ne tient pas compte des leucocytes.

En l'absence d'urgence, on attend l'antibiogramme afin de pouvoir mettre l'antibiotique correspondant à l'antibiogramme.

Dans le cas contraire, mettre en place l'antibiotique indiqué dans l'arbre décisionnel ci-dessous.



Les réponses potentielles d'un plan d'action

Cadre réglementaire

- *Médecin traitant*
- *Médecin coordonnateur (décret 2019)*
- *Médecin coordonnateur/médecin praticien (décret en cours)*
- *Télémédecine : téléconsultations, téléexpertise*
- *Permanence et continuité des soins*
- *Service d'accès aux soins (S.A.S)(Décret du 14 juin 2024)*

Mode « dégradé » ou plutôt « adaptatif »

- Médecin « référent » (cf Covid)
- Télécoordination
- Délégation de tâches (ex : projet ARIANE en cours d'évaluation)
- **Optimisation des ressources :**
 - **IPA Grand Age (IPA PCS dans l'attente)**
 - **Secrétariat médical**
 - ...



Rapport C. Jeandel/O. Guérin (07/2021)

5.9 RECOMMANDATION N°9 - Reconnaître la spécificité des infirmières en pratique avancée (IPA) en gériatrie et mutualiser cette fonction au sein d'un groupe de plusieurs EHPAD.

Les soins infirmiers spécialisés en gériatrie jouent un rôle essentiel dans la prise en soins globale des personnes âgées en EHPAD, et plus particulièrement dans l'amélioration de la qualité de soins (10). Ainsi, les infirmières spécialisées dans la démence "Admiral Nurse" au Royaume Uni, réalisent des consultations avec examen clinique du résident, conçoivent un projet de soins personnalisé en adéquation avec le désir des proches, participent à la promotion de la santé et à la formation des soignants.

L'Infirmière en Pratique Avancée en Gériatrie (IPAG), par son expertise clinique, son leadership, et ses compétences dans le domaine sanitaire et social, peut représenter le maillon manquant dans la prise en soins de la personne âgée et servir ainsi d'interface pour les autres intervenants.

Dotée d'une capacité de consultation, d'adressage et de prescription, l'IPAG a vocation à consolider une offre de soins mobilisant les ressources utiles et nécessaires d'un territoire autour de la personne âgée.

Par conséquent et à l'instar de la proposition 112 du rapport Grand Age Autonomie : « Mobiliser les infirmières en pratique avancée pour le suivi médical des personnes âgées à domicile et en établissement », la mission recommande d'ouvrir aux infirmières en pratiques avancées la possibilité d'assurer le suivi médical en établissement médico-social (et en particulièrement en EHPAD), sous la supervision du médecin traitant ou du médecin coordonnateur.

Les compétences de l'IPAG mutualisée sur plusieurs EHPAD aurait la capacité de suivre de manière globale 150 résidents (sur la base de l'avenant 7 CNAM : 300 patients stabilisés pour une IPA nécessitant un suivi tous les 3 mois et comprenant la coordination).

La fonction et missions respectives des IDE, IDEC et IPA en gériatrie telles qu'elles pourraient être envisagées au sein de l'EHPAD sont précisées en **ANNEXE C** qui permet d'en apprécier la complémentarité.



Jeudi 13 Février

16:30 – 18:00

Auditorium 1

Session EHPAD

Modérateur(s) : M. BONNET (Fort-de-France), M. TABUE TEGUO (Fort-de-France)

- Organisation des soins en EHPAD
C. JEANDEL (Montpellier)
- Le simulateur de vieillissement, un outil de Bientraitance
E. MARINE (Fort-de-France)
- Prévention de la dénutrition en EHPAD
C. LOGEAIS (Fort-de-France)
- Serious Game sur la sécurisation du circuit des médicaments en EHPAD
M. DELL'OVA-ALEANDRE (Fort-de-France)