



OCCITANIE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS
N°R76-2023-153

PUBLIÉ LE 9 AOÛT 2023

ARS OCCITANIE

R76-2023-08-07-00001

Arrêté n° 2023-3669 modifiant l'arrêté du 25
novembre 2022
relatif au projet régional repérage de la fragilité
et prévention aggravation santé des séniors

**Arrêté n° 2023-3669 modifiant l'arrêté du 25 novembre 2022
relatif au projet régional repérage de la fragilité et prévention aggravation santé des séniors**

Le Directeur Général de l'ARS Occitanie

Vu le Code de la Sécurité Sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R-162-50-14 et suivants ;

Vu la circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ;

Vu l'arrêté n° 2019-3149 du 6 décembre 2019 relatif au projet régional repérage de la fragilité et prévention aggravation santé des séniors ;

Vu l'arrêté n° 2022-5680 du 25 novembre 2022, modifiant l'arrêté initial du 6 décembre 2019, relatif au projet régional repérage de la fragilité et prévention aggravation santé des séniors ;

Vu l'arrêté du 24 janvier 2023 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2023 ;

Vu le décret en date du 20 avril 2022 portant nomination de M. Didier JAFFRE en qualité de Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Occitanie ;

Vu la décision ARS Occitanie N°2022-1843 du 20 avril 2022 portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie ;

Vu l'avis du Comité Technique de l'Innovation en Santé (CTIS) en date du 28 juillet 2023 ;

Considérant que l'objectif de l'expérimentation est la mise en œuvre d'un dispositif organisationnel qui permet aux Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile d'améliorer le repérage des situations de fragilité et surtout de dégradation de la personne âgée à son domicile (GIR 4 à 6) dans le cadre d'un processus organisationnel innovant ;

Considérant que ce projet est conforme aux dispositions susvisées et qu'il est cohérent avec les travaux relatifs à la réforme de la dépendance et avec les orientations stratégiques du PRS Occitanie ;

Considérant la nécessité de prolonger de trois mois l'expérimentation correspondant à un temps d'analyse des résultats de l'évaluation finale ;

Considérant le report de la date de fin de l'expérimentation du 31 août 2023 au 30 novembre 2023 accepté par le CTIS ;

Considérant le cahier des charges annexé au présent arrêté ;

Arrête :

Article 1^{er} : L'article 1^{er} de l'arrêté n° 2022-5680 du 25 novembre 2022 relatif au projet régional repérage de la fragilité et prévention aggravation santé des séniors est modifié comme suit :
Les termes « pour une durée de 44 mois » sont remplacés par « pour une durée de 47 mois »

Article 2 : Le cahier des charges modifié susvisé de l'expérimentation « repérage de la fragilité et prévention aggravation santé des séniors » annexé au présent arrêté abroge le cahier des charges annexé à l'arrêté du 25 novembre 2022,

Article 3 : Le Directeur des projets de l'Agence Régionale de Santé Occitanie est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Occitanie,

Article 4 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal Administratif de Montpellier dans le délai de deux mois, à compter de sa publication au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région Occitanie. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via la plateforme télé recours citoyen accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Montpellier, le 8 août 2023

**Le Directeur Général de l'Agence
Régionale de Santé Occitanie**

Pour le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé Occitanie et par délégation
le Directeur des projets


Pascal DURAND

PROJET D'EXPÉRIMENTATION D'INNOVATION EN SANTÉ CAHIER DES CHARGES

REPERAGE FRAGILITE ET PREVENTION AGGRAVATION SANTE DES SENIORS

NOM DU PORTEUR° : *FEDERATION ADMR HERAULT en collaboration avec Fédération ADMR Aveyron, Fédération ADMR Tarn et Fédération ADMR Pyrénées Orientales*

PERSONNE CONTACT : *Véronique MICHALET, vmichalet@admr34.fr, 04 67 20 75 75*

RESUME DU PROJET

Le projet vise à repérer précocement les signes de fragilité chez les personnes âgées à domicile, à les collecter et les analyser avec des technologies d'information et de communication pour permettre la mise en œuvre rapide des mesures d'accompagnement adaptées pour préserver la santé. Il s'agit de créer un dispositif organisationnel qui permet aux services d'aide à domicile de mieux repérer et qualifier les situations de fragilité et surtout de dégradation de la personne âgée à domicile (GIR 4 à 6) par une démarche plus professionnalisée et de coordonner et systématiser le signalement aux partenaires, en fonction des situations, par :

- Une formation adaptée de chaque intervenant à domicile de l'ADMR afin de mieux repérer les situations à risque par l'observation et le questionnement,
- Le recours par l'intervenant à domicile à une application simple permettant la traçabilité de la mesure du ressenti de l'état du senior,
- Une mobilisation du référent de l'ADMR dès que lui parvient une mesure dégradée deux fois de suite,
- Une confirmation et une qualification du signal par le référent de l'ADMR, suite à un échange avec la personne âgée et/ou l'aidant – la famille,
- Le renseignement par le référent d'une grille de diagnostic non médicalisée qui reprend les éléments de repérage de la fragilité de la grille HAS, puis selon les situations :
 - Une adaptation de la prise en charge par l'ADMR,
 - Une orientation du signalement vers le médecin ou autres partenaires médicaux
 - Une orientation du signalement vers les services médico-sociaux
 - Une orientation du signalement vers la MAIA pour les situations complexes,
 Une transmission de la grille complétée aux partenaires et notamment au médecin traitant par la Messagerie de Santé Sécurisée et un rappel à 30 jours pour connaître les suites données et permettre l'évaluation.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	X
National	

CATEGORIE DE L'EXPÉRIMENTATION :

	Cocher la case
Organisation innovante	X
Financement innovant	X
Pertinence des produits de santé	

Renseigner le tableau en annexe 2

DATE DES VERSIONS :

V1 : 23/09/2019

V2 : 18/11/2022

V3 : 20/07/2023

DESCRIPTION DU PORTEUR

Au cœur de l'Economie Sociale et Solidaire depuis 1945, l'ADMR est le premier réseau associatif national de Services à la Personne. Notre réseau propose de nombreux services répartis en quatre pôles : Services et soins aux seniors, Enfance et parentalité, Accompagnement du handicap, Entretien de la maison.

L'ADMR représente sur les départements de l'expérimentation les dimensions suivantes :

Nombre	ADMR HERAULT	ADMR AVEYRON	ADMR TARN	ADMR PYRENEES ORIENTALES
Associations locales	38	50	65	22
Salariés	3351	1428	1909	422
Bénévoles	124	681	912	105
Clients	16046	11 959	9 349	2847

Permettre aux seniors de bien vieillir à domicile est notre cœur de métier.

Bien que le repérage des fragilités ne soit pas ciblé en tant que tel dans les prestations proposées par les SAAD, il s'insère à ce jour dans une approche globale non spécifique d'accompagnement des personnes à leur domicile. Notre projet propose d'intensifier et de structurer cette mission de repérage et de formaliser la coordination autour de la personne dans un processus organisationnel innovant.

En général, l'état de santé des personnes âgées est apprécié par les médecins et éventuellement les autres professionnels de santé. Le constat de la dégradation de l'état de santé et la mise en place de mesures sociales et médicales appropriées arrivent tardivement. Ce retard est lié à l'éloignement des personnes âgées des centres médicaux, soit causé par l'isolement géographique soit lié à la précarité de certaines personnes. Il rentre aussi en question le fait qu'une évaluation dans un cabinet peut être différente d'une évaluation à domicile, certaines personnes âgées étant dans le déni ou ayant peu d'aptitude à demander de l'aide.

Notre atout :

Pour 1 médecin en exercice et 5 à 10 professionnels de santé, on trouve environ 100 professionnels du secteur social et médico-social. Nos quelques 3000 salariés sur le terrain quotidiennement constituent une véritable force de détection. Un dépistage massif et précoce de la dégradation de l'état de santé des personnes âgées, évalué de manière globale par ces professionnels de l'aide à domicile, sera mis en œuvre, anticipant ainsi le processus habituel de constatation d'une fragilisation ou une dégradation de l'état de santé.

Outre le caractère innovant du process organisationnel, ce projet a un caractère novateur car il s'appuie sur des technologies de l'information et de la communication (NTIC) mises à la disposition des aides à domicile de l'ADMR, leur permettant de mesurer de manière simple et non spécifique un ressenti de l'état général des personnes âgées et de détecter une éventuelle aggravation.

La plupart des projets NTIC s'appuient sur des techniques relativement complexes, qui sont souvent susceptibles de perturber les usagers. Elles ont rarement été testées in vivo. Au contraire, notre projet s'inscrit au domicile des personnes suivies, dans leur quotidien.

Notre projet est fondé sur un système technologique simple, efficient et déjà testé au sein du réseau ADMR, qui a pour but de limiter l'impact humain, social et financier lié à l'aggravation de l'état de santé ou à la perte d'autonomie.

PRÉSENTATION DES PARTENAIRES IMPLIQUÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXPÉRIMENTATION

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation (moyens humains, logistiques, financiers, autres ...)
Porteur du projet(s) :	4 Fédérations ADMR : Aveyron Hérault Pyrénées Orientales Tarn	ADMR HERAULT	-Pilotage assuré par : * création d'un copil global (ARS, Conseil départemental, représentants de la santé, ADMR) * Nomination d'un groupe de travail pour chaque fédération * Création d'une convention avec un référent dans chaque département
Partenaire(s) du projet d'expérimentation :	ARS		-Soutien dans le montage du projet, le suivi et l'analyse des indicateurs et dans la création de partenariat
	Equipes médico-sociales des Conseils départementaux, Structures évaluatrices et caisses de retraite Représentants du secteur médical et para- médical : médecins libéraux, Infirmiers, kinésithérapeute Maisons de santé, Conseil de l'ordre des médecins, des pharmaciens, des infirmiers et URPS... MAIA		-Relai pour mise en place /Modification du plan d'aide -Evaluation et réévaluation -Participation au repérage -Accompagnement dans le suivi -Participation au suivi des seniors fragiles - Prise de relais -Coordination pour Intégration dans la gestion de cas éventuellement

I. CONTEXTE ET CONSTATS

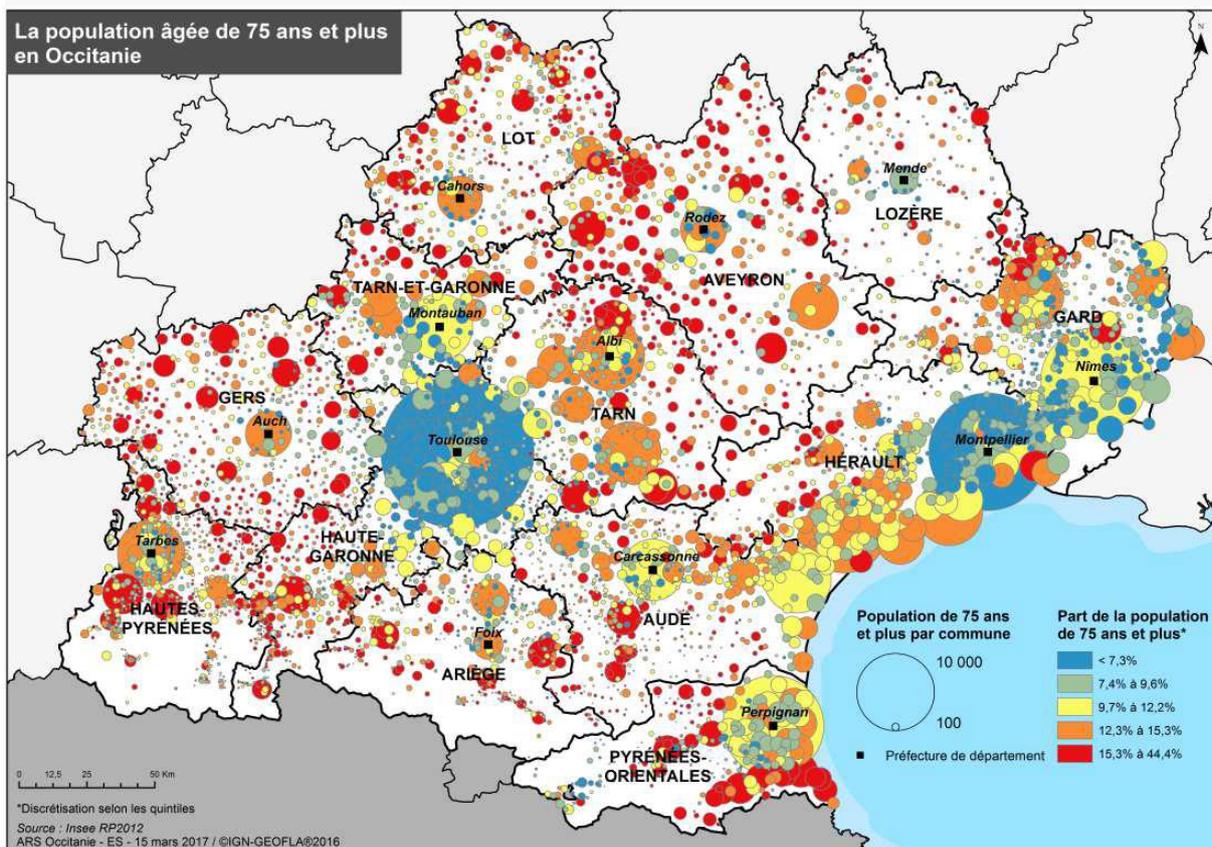
Le projet s'inscrit en adéquation avec le Projet Régional de Santé 2018-2022 dans un objectif de prévention du risque de fragilité des personnes âgées. Il permet entre autres de réduire les inégalités de santé notamment dans des secteurs isolés et de prendre en compte les personnes les plus vulnérables. Il concerne tout particulièrement 4 départements de l'Occitanie : l'Aveyron, l'Hérault, Les Pyrénées Orientales et Le Tarn.

Département	Part des +75 ans	Part qui vivent seuls	Part des + 75 ans en 2035
Aveyron	13.9	33.2	18.9
Hérault	9.5	35.9	14.1
Pyrénées Orientales	12.1	37	17.2
Tarn	12.5	32.1	16.7
Occitanie	10.5	35.4	15

L'Occitanie fait partie des 4 régions françaises les plus âgées. 1 habitant sur 10 a au moins 75 ans et la part des +60 ans et celle des +75 ans ne cessent d'augmenter. Un tiers vivent seuls à domicile.

Source Insee. Analyse Occitanie Juin 2017

Répartition de la population de 75 ans et plus en Occitanie



Avec le vieillissement, c'est aussi la dépendance qui augmentera en Occitanie. Le nombre de personnes âgées de + 60 ans, dépendantes en 2030, représentera 19 700 personnes de plus qu'aujourd'hui sur les 4 départements du projet de cette étude.

Département	Progression des +60 ans dépendants	Nombre de personnes en plus
Aveyron	+ 24%	2 000
Hérault	+ 45%	10 000
Pyrénées Orientales	+ 39%	4 700
Tarn	+ 30%	3 000
Occitanie	+ 40%	50 900

Département	Part de la population résidant en « zone de montagne »
Aveyron	85%
Hérault	5%
Pyrénées Orientales	17%
Tarn	17%
Occitanie	14 %

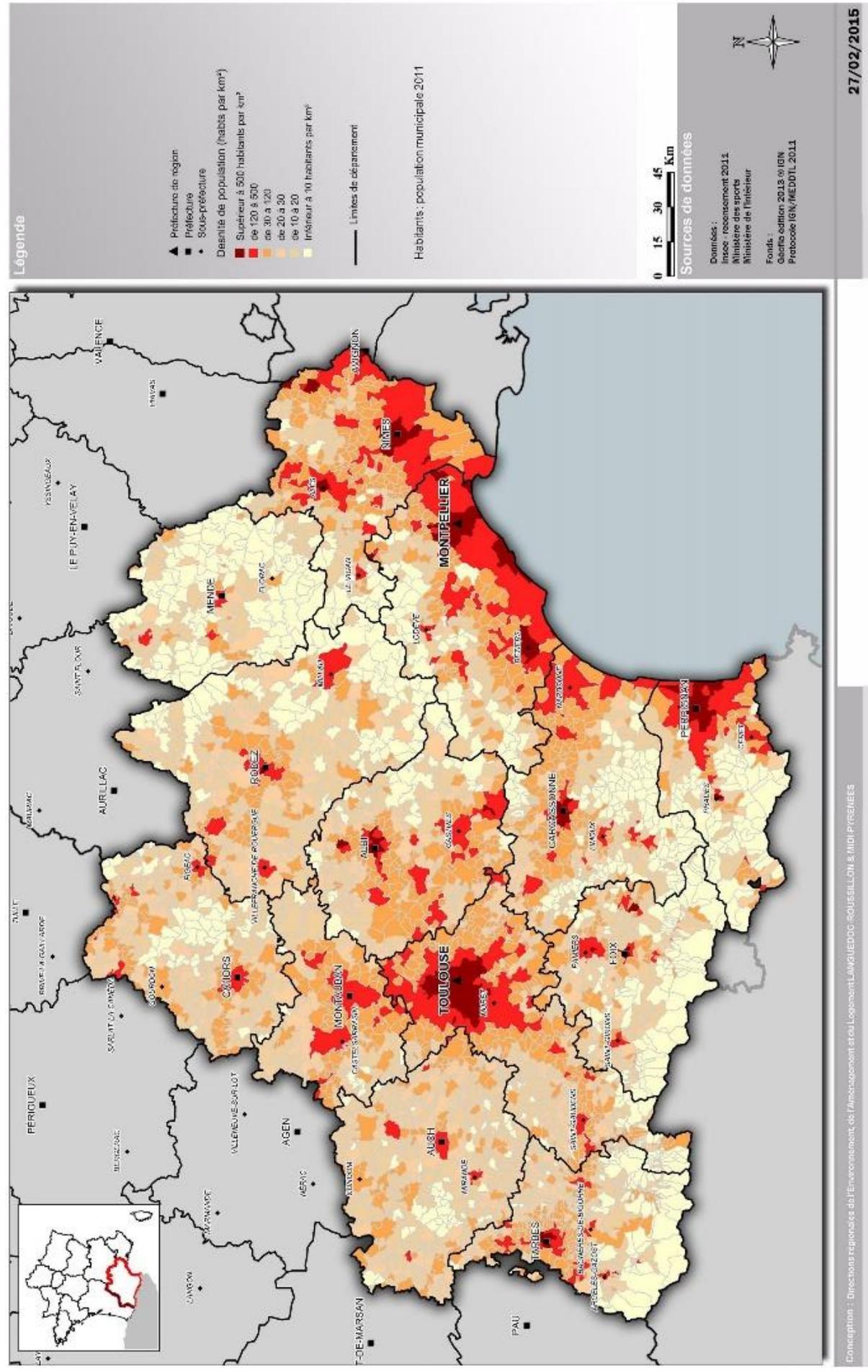
L'Occitanie est aussi caractérisée par la diversité de ses territoires, une vaste région entre mer et montagnes, villes et campagnes. La part de la population résidant en « zone de montagne » et éloignée des parcours de soins bénéficiera particulièrement du service étudié.

Parallèlement, la densité de population est faible en Occitanie par rapport à la France, 117 hab/km². L'intérêt sera porté aux secteurs où la densité de population est peu élevée.

Département	Densité de population (hab/km ²)
Aveyron	32
Hérault	177
Pyrénées Orientales	111
Tarn	66
Occitanie	77

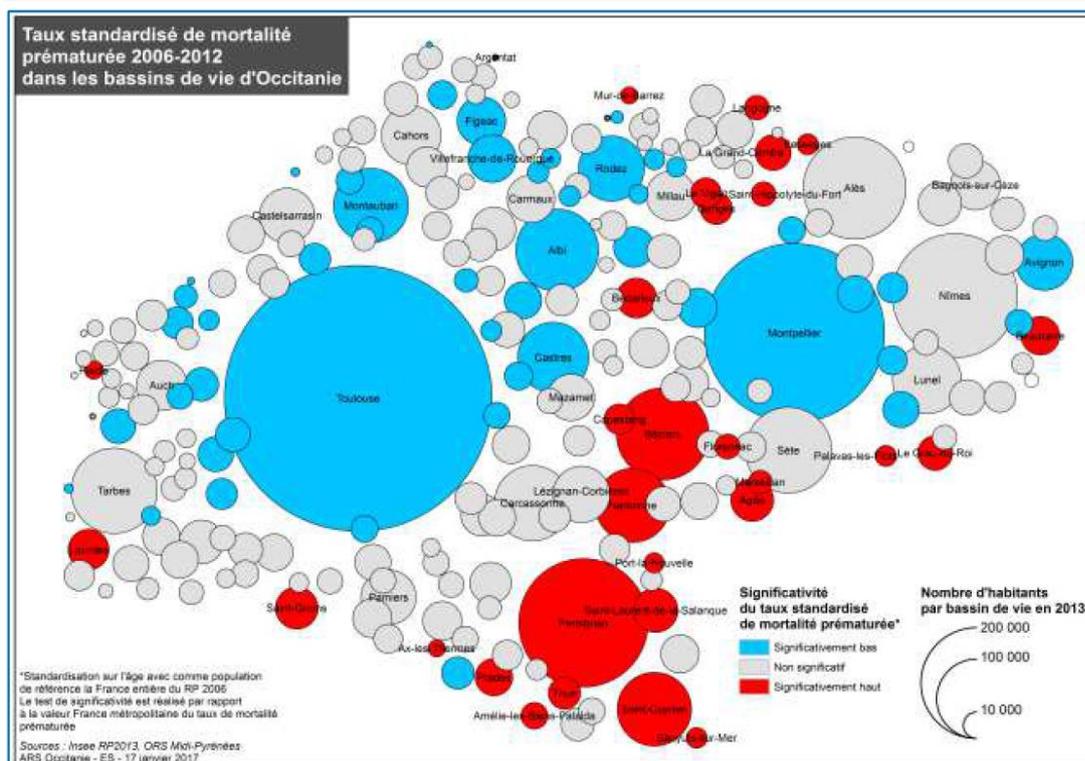
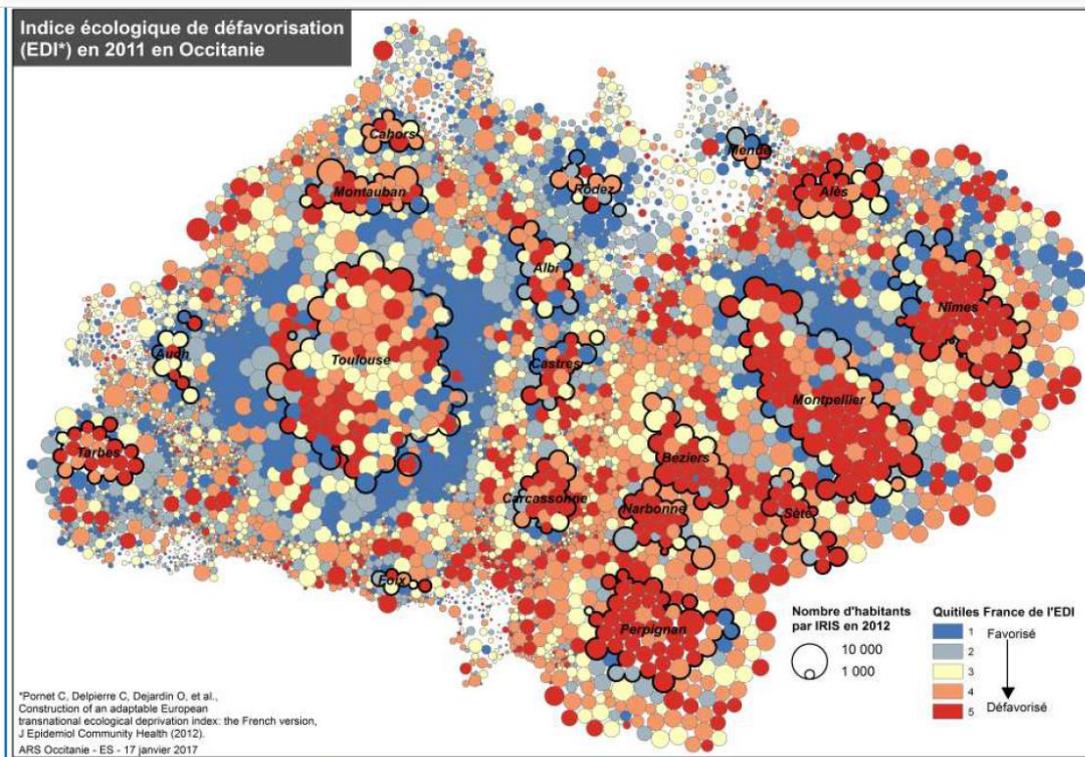
Les territoires à faible densité de population seront particulièrement ciblés dans ses 4 départements. Cf carte suivante

Répartition de la population en Occitanie



En complément des zones géographiques moins attractives et donc à faible population, les habitants de zones défavorisées seront ciblés dans ce projet. La ville de Béziers où l'indicateur écologique de défavorisation est élevé et où le taux de mortalité prématuré est significatif sera intégrée dans cette étude.

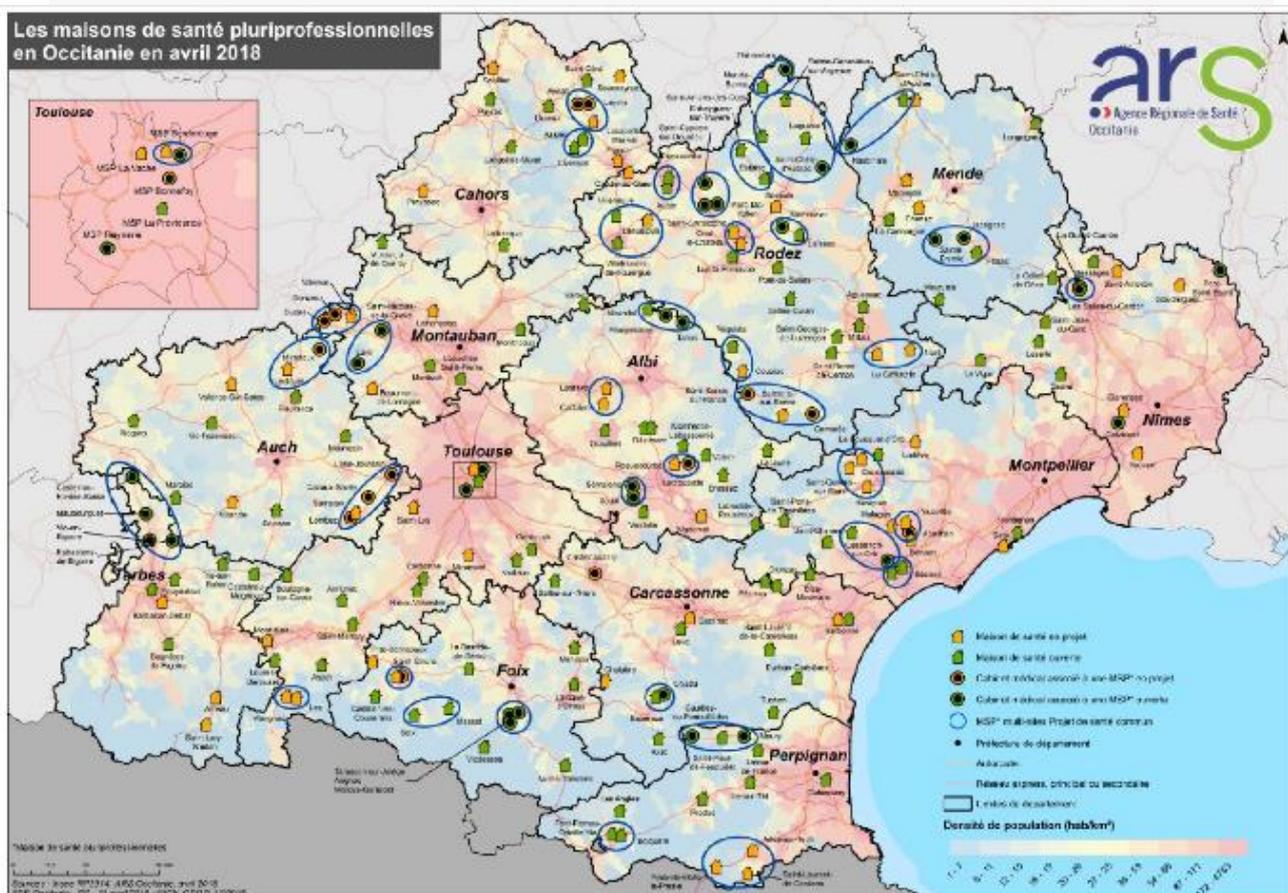
Directions régionales de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement LR et MP.



La disparité des secteurs dans l'Occitanie se caractérise également dans l'accessibilité aux soins. Le manque de médecins dans certains bassins/territoires de vie augmente la durée des déplacements ou les délais d'attente des patients. La répartition des médecins généralistes est plus ou moins inégale dans les différents départements de l'Occitanie. Pour l'année 2015, on observe au niveau national une moyenne de 3.8 consultations et visites accessibles par habitant, auprès des médecins généralistes de – 65 ans. 2 départements engagés dans ce projet ont leur indicateur inférieur ou égal à l'indicateur moyen national.

Département	Indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL)
Aveyron	3.5
Hérault	4.7
Pyrénées Orientales	4.5
Tarn	3.8
Occitanie	4.2

Sur le territoire de l'Occitanie, certains habitants sont éloignés de maisons de santé pluriprofessionnelles mais ils bénéficient de la présence d'intervenants à domicile de l'ADMR car les 4 fédérations départementales couvrent 100% du secteur de l'étude.



Le diagnostic régional préalable au PRS Occitanie 2018-2022 révèle qu'un tiers des habitants âgés de 75 ans et plus reçoivent une aide de professionnels dans la vie quotidienne. Cette part est supérieure ou égale à la moyenne nationale (32%) dans les 4 départements de notre étude.

Département	Part de la population d'au moins 75 ans vivant à domicile et recevant de l'aide de professionnel dans la vie quotidienne
Aveyron	37 %
Hérault	34 %
Pyrénées Orientales	32 %
Tarn	44 %
Occitanie	35 %

Source Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014- Exploitation, ARS Occitanie

Dans le Tarn, les personnes âgées d'au moins 75 ans vivant à domicile reçoivent plus souvent des aides de professionnels dans la vie quotidienne que dans le reste de la région. C'est le département de la région où le recours aux services à la personne est le plus développé pour les personnes âgées, du fait d'un réseau très structuré de ces services, en particulier autour des associations ADMR.

Les professionnels du domicile sont donc des acteurs clefs, par leur présence régulière et durable chez les personnes âgées, pour la prévention du risque de fragilité.

C'est dans ce contexte de croissance du nombre de seniors en Occitanie, d'éloignement géographique de parcours de soins de certains d'entre eux, de précarité d'autres ou d'éloignement social que l'enjeu principal va être de veiller à cette population à haut risque de perte d'autonomie et de dégradation de la santé.

La mise en œuvre d'une politique de prévention avec un repérage des personnes à risque de fragilité, un diagnostic des besoins et un accompagnement vers une prise en charge adaptée, avec le partenariat des professionnels médico-sociaux et les acteurs de santé ainsi qu'un suivi régulier des personnes aidées permettra de les prendre en charge au plus tôt, lors des premiers signes de fragilité et de limiter les risques de dépendance et d'aggravation de leur santé.

Cet enjeu aura donc pour conséquences de :

- **Eviter une hospitalisation brutale**
- **Limiter les coûts financiers, humains et sociaux qu'une telle hospitalisation en urgence peut engendrer**
- **Maintenir à leur domicile le plus longtemps possible et en bonne santé les personnes dépendantes.**

Les résultats mesurés selon les différentes typologies et localisations des personnes suivies, les différentes prises en charge, les modalités d'intervention, l'implication des professionnels de santé et du secteur médico-social et la présence d'aidants permettront d'évaluer l'impact en termes d'hospitalisation de courte ou longue durée, de recours aux urgences, d'entrée en établissement, d'évolution de la santé mentale et physique du senior.

Ce projet dédié pour l'instant à certains territoires pourra s'étendre plus largement à l'avenir.

II.OBJET DE L'EXPÉRIMENTATION (RESUMÉ)

Créer et formaliser un dispositif organisationnel afin de mieux repérer et qualifier les situations de fragilité et surtout de dégradation de la personne âgée à domicile (GIR 4 à 6) par une démarche plus professionnalisée des services d'aide à domicile en coordination avec les partenaires et ainsi éviter la progression de la dépendance.

III.OBJECTIFS

1. Objectifs stratégiques

L'ARS Occitanie a souligné dans son projet régional de santé 2018-2022 sa volonté de réduire les inégalités en santé et de prise en compte des plus vulnérables, ce qui est un des enjeux de ce projet. Il est également en complète adéquation avec 4 des 5 grands engagements de l'ARS Occitanie, issus de la stratégie nationale de santé :

1. Le développement de la prévention

- Mieux prendre en charge le vieillissement de la population dans l'objectif de repérer la fragilité du sénior et de prévenir l'aggravation de la perte d'autonomie
- Prévenir et accompagner la personne en perte d'autonomie pour éviter une hospitalisation brutale avec de possibles conséquences néfastes pour la santé. Limiter les coûts financiers humains et sociaux qu'une telle hospitalisation en urgence peut engendrer.

2. Le renforcement de l'implication des usagers

- Faciliter la prise de conscience par le senior de son état général
- Impliquer le senior et éventuellement son entourage dans une démarche de suivi

3. L'amélioration de l'organisation des services de santé

- Mieux accompagner les populations de territoires peu peuplés, peu desservis par les services ou éloignés des services médicaux et médico-sociaux
- Développer le numérique au service de la prévention santé

4. Le renforcement de la coordination des acteurs

- Activer une coordination pluri professionnelle, allant du travail de l'intervenant à domicile à celui du médecin, contribuant ainsi au décloisonnement des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux

2. Objectifs opérationnels

- Développer un outil informatique de repérage de la fragilité
- Former le personnel d'intervention et administratif au repérage de la fragilité et à l'utilisation de l'outil
- Cibler les seniors pouvant rentrer dans le dispositif
- Effectuer un suivi régulier des seniors
- Recueillir le consentement du plus grand nombre possible de seniors
- Intégrer le senior dans la mise en œuvre d'actions d'accompagnement
- Utiliser les ressources des SAD sur les territoires sensibles pour faciliter le repérage de la fragilité
- Renforcer le parcours de vie avec la coordination d'acteurs issus du champ familial, médico-social et médical
- Solliciter et impliquer les partenaires appropriés
- Evaluer l'impact du dispositif

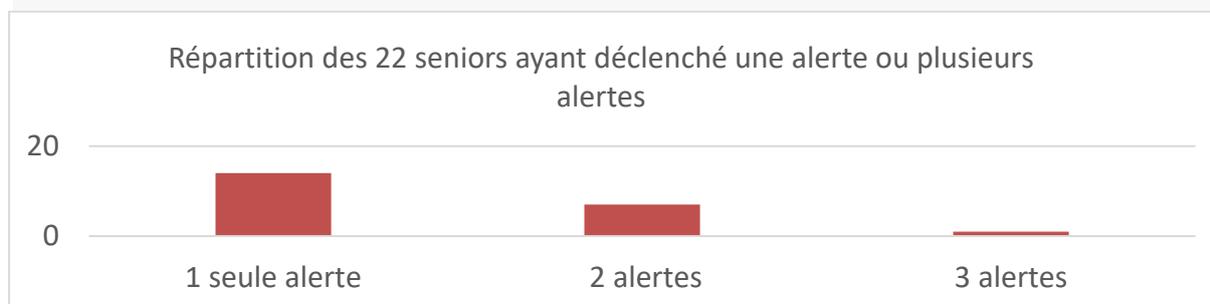
IV. DESCRIPTION DU PROJET

1. Modalités d'interventions et d'organisation proposées (services/parcours/outils)

ETUDE PILOTE PRELABLE

Une étude pilote a été menée sur la partie technique de repérage et d'identification de la dégradation et l'état du senior dans une autre fédération ADMR. 6 associations locales ADMR ont participé à cette étude du 01/07/17 au 30/06/18.

Les résultats sont probants : sur un panel de **137 participants à l'expérimentation, 22 ont fait l'objet d'une ou plusieurs alertes, soit 16% d'entre eux**. Une alerte correspondait à la détection d'une dégradation significative de l'état de santé d'un sénior, 31 ont été détectées.



Ceux-ci ont ensuite fait l'objet d'un accompagnement médico-social :

- Modification du planning d'intervention
- Réajustement du plan d'aide
- Mise en place d'une nouvelle prise en charge (APA...)
- Intervention d'un autre professionnel dans l'accompagnement (MAIA...)
- Prise en charge par la famille

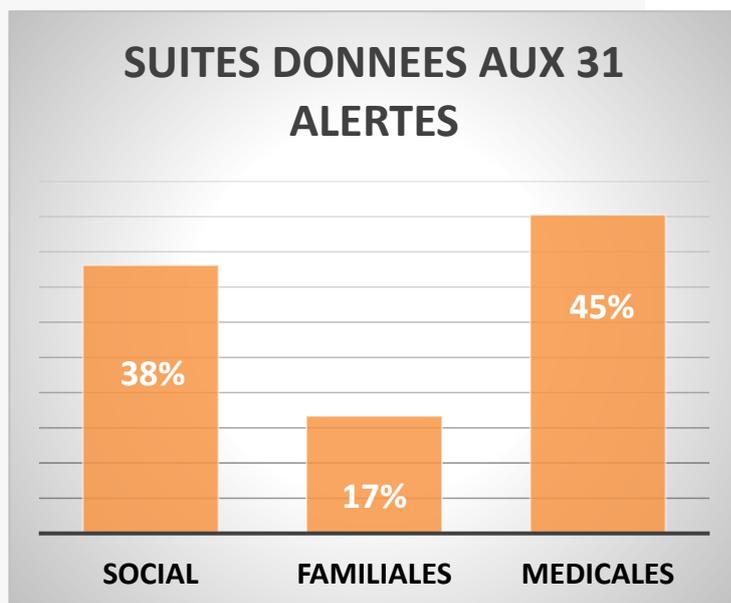
Ou d'actions de santé :

- Consultation médicale
- Hospitalisation

Au total 42 suites ont été données, certaines alertes ayant déclenché plusieurs actions possibles.

REPARTITION DES SUITES AUX ALERTES dans l'étude Pilote

42 SUITES DONNEES aux 31 ALERTES	
SOCIAL	16
Modification du planning	9
Réajustement plan d'aide	7
FAMILIAL	7
Relais entourage (famille, proche...)	7
MEDICAL	19
Hospitalisation	4
Hospitalisation puis décès	1
Prise en charge médicale	14



Au total, **7 802 évaluations** ont été réalisées grâce à la remontée d'information de 70 intervenants à domicile.

Avec un taux de retours conséquent de 65% des enquêtes de satisfaction ayant eu au moins une alerte (un taux plus élevé est difficile à obtenir car certaines personnes n'ont pu y répondre, ayant quitté le domicile, ayant une santé qui nécessite de prioriser le quotidien...), le taux de satisfaction globale est de **94% de ces personnes**.

Ces résultats sont encourageants et témoignent de la bonne perception de l'objet de l'étude, de la qualité des outils développés et des processus utilisés.

Observant ces résultats, il nous paraît intéressant de construire de tels dispositifs, en utilisant le même outil que celui mis en œuvre dans l'étude pilote, et de les étoffer à l'échelle d'un large territoire. Nous souhaitons travailler sur plusieurs départements de la région en ciblant les zones rurales ou fragiles, particulièrement celles les plus éloignées des lieux de consultation médicale, à faible présence de professionnels de santé, avec des populations isolées géographiquement et économiquement.

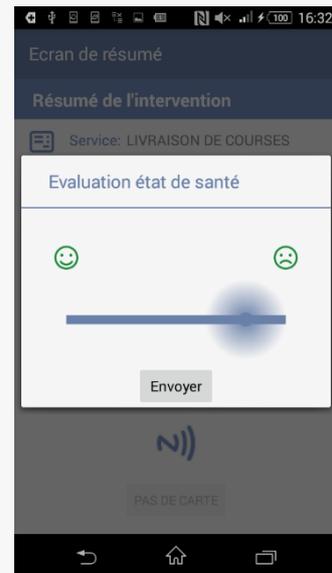
Afin de cadrer nos travaux aux partenariats déjà existants avec les différentes MAIA de nos 4 départements, le secteur ciblé est systématiquement inclus dans le territoire d'une MAIA, ce qui nous permettra d'activer les différents professionnels compétents dans l'accompagnement des personnes âgées.

MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF :

Le principe de fonctionnement réside dans une évaluation régulière par l'intervenant à domicile, à la fin de chaque intervention d'aide à domicile, chez chaque senior inclus dans le projet.

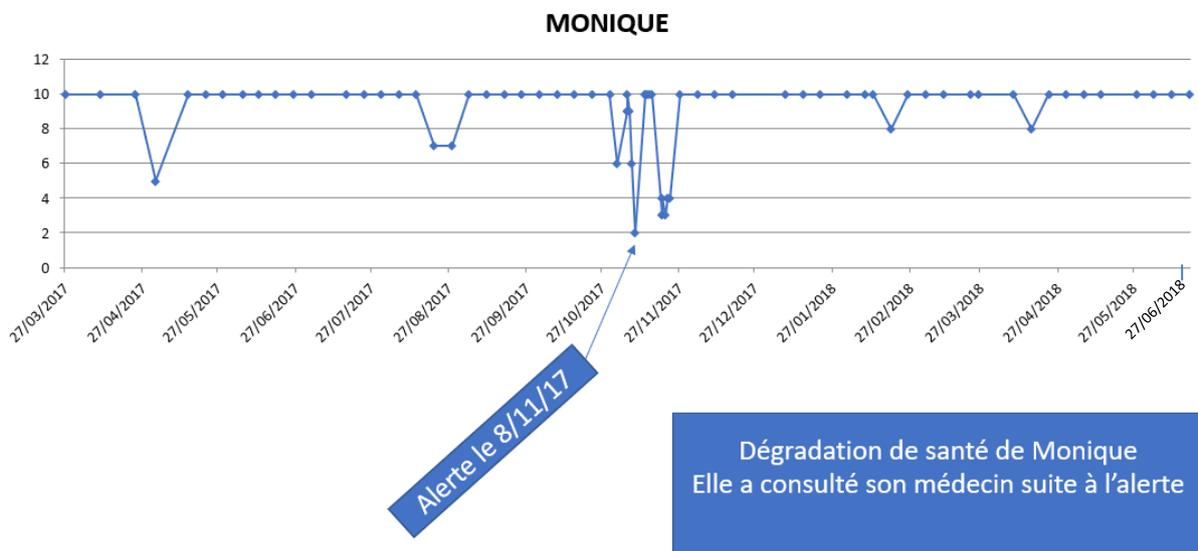
Muni d'un smartphone, il note sur une échelle visuelle analogique (EVA) son ressenti sur l'état global apparent du senior. Cette EVA est intégrée au système informatique ADMR. Elle apparaît systématiquement lors de la validation des heures d'aide à domicile effectuées chez la personne.

Après deux évaluations successives descendantes ou après une dégradation unique mais majeure de l'état du senior, le système prévient l'ADMR.



Exemple d'alerte pour Monique, sénior suivie par l'association ADMR dans l'étude pilote

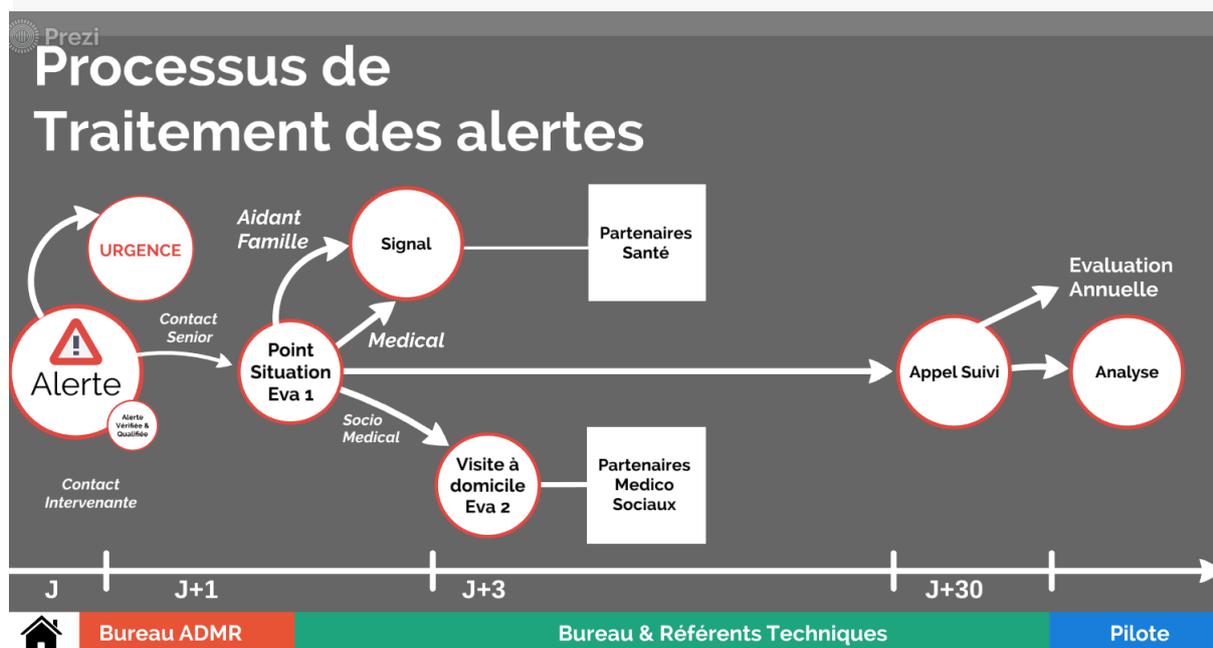
Graphique des évaluations réalisées depuis le 27/03/17 avec 2 dégradations successives, le 7/11 et le 8/11/17



Exemple de message d'alerte le 08/11/17 :

ASSO ADMR N°	MONIQUE	06/11/2017 15:53	10	07/11/2017 10:45	9	08/11/2017 12:00	6
--------------	---------	---------------------	----	---------------------	---	---------------------	---

Présentation du processus global de traitement des alertes



Alerte : 2 dégradations successives ou une dégradation majeure déclenche une alerte

J : L'alerte est reçue informatiquement à l'association ADMR qui intervient chez un senior.

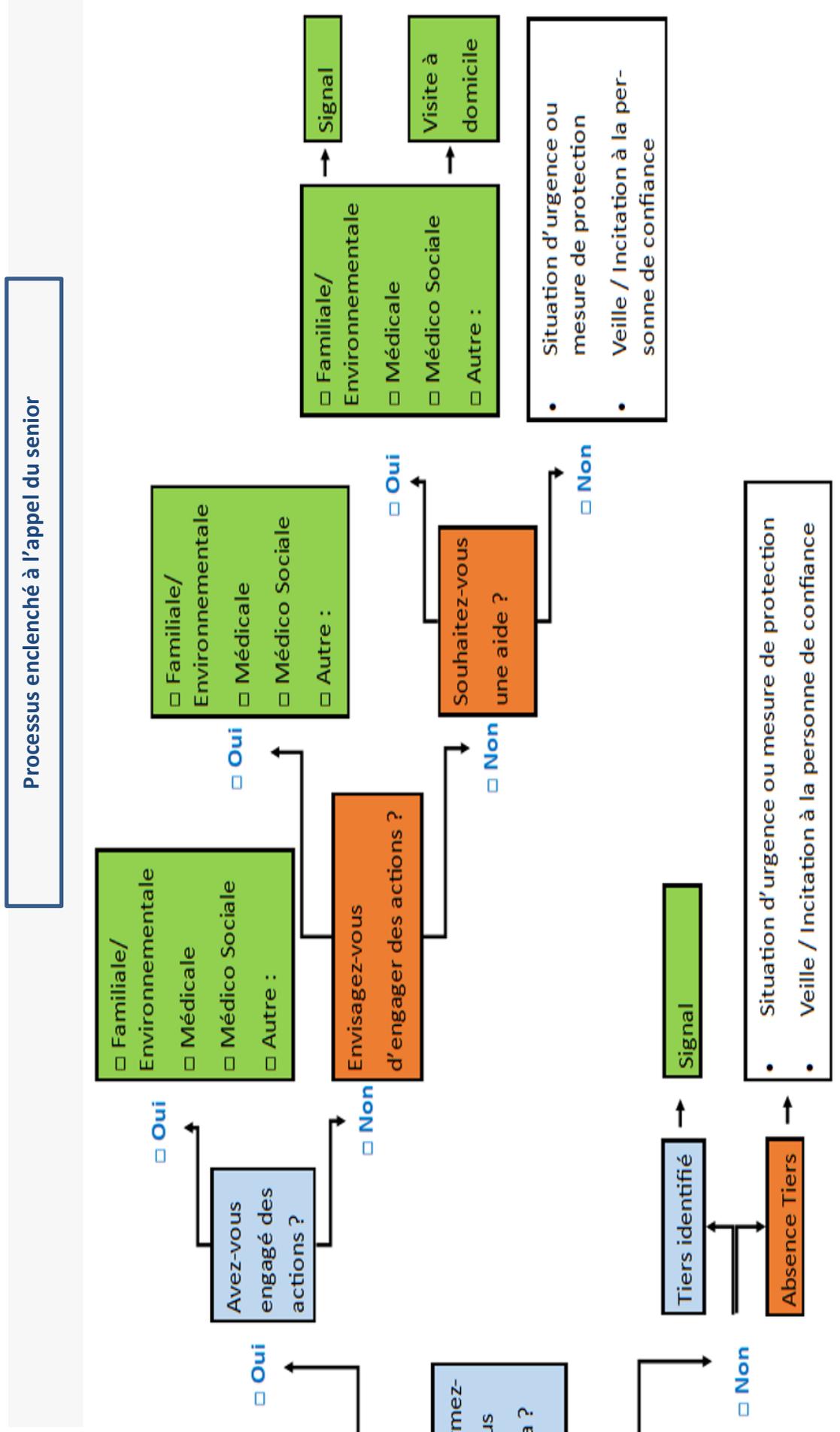
J+1 : Dans un délai maximum de 24 heures, le bureau contacte l'intervenant pour vérifier si l'alerte est confirmée et ainsi pouvoir la qualifier en remplissant une fiche de qualification.

6 signes de fragilité sont identifiés :

- Mobilité, habitudes de vie
- Etat physique (fatigue, douleurs)
- Nutrition, hydratation
- Troubles du comportement, Troubles de la mémoire
- Modification environnement social (isolement, aidant ...)
- Non-observance ou mauvaise observance du traitement médical
- Autre : _____

J+1 – J+3 : Après confirmation auprès de l'intervenant, le bureau déclenche une mesure d'urgence si besoin ou contacte le senior concerné afin de lui demander s'il confirme l'alerte et les signes de fragilité et réalise une 1^{ère} évaluation pour faire le point de la situation.

En fonction des réponses données du senior, un process étudié en amont va se mettre en place selon les modalités suivantes :



Les référents techniques de l'ADMR vont ensuite prendre contact avec l'aidant familial s'il existe et articuler l'accompagnement du senior en fonction des besoins identifiés. La prise en charge par la famille peut permettre une amélioration dans la situation du senior ou une aide dans l'articulation des différents professionnels cités par la suite.

Une évaluation avec la fiche de transmission des MAIA pourra être réalisée avec les informations obtenues auprès du senior (voir l'aidant familial) et celles déjà acquises dans l'association au moment de l'entrée du senior à l'ADMR. Cette fiche d'orientation sera communiquée aux partenaires de santé du projet.



FICHE D'ORIENTATION PARCOURS PERSONNES AGEES

Outil d'aide à l'orientation vers un service adapté du guichet intégré

Toutes les données sont susceptibles de ne pas être renseignées.
Pour les personnes vivant sous le même toit, remplir une fiche par personne et le mentionner dans les informations complémentaires

DATE DE LA DEMANDE: / /

CONCERNANT <input type="checkbox"/> Madame <input checked="" type="checkbox"/> Monsieur	PERSONNE RENSEIGNANT LE FORMULAIRE
Nom : <input type="text"/> Prénom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Nom de jeune fille : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Date et lieu de naissance : <input type="text"/>	Fonction/Qualité : <input type="text"/>
Téléphone/Mail : <input type="text"/>	Structure : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Téléphone/Mail : <input type="text"/>
Vit seul : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="text"/>

DEMANDE EXPRIMEE PAR LA PERSONNE ET/OU PAR SON ENTOURAGE

<input type="text"/>
<input type="text"/>

INFORMATION/CONSENTEMENT DE LA PERSONNE CONCERNEE ET/OU DE SON REPRESENTANT LEGAL

Est-elle informée de l'orientation ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, pourquoi : <input type="text"/>
Consent-elle au partage d'informations entre les différents professionnels ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, pourquoi : <input type="text"/>

ENTOURAGE / ANTICIPATION

Personne à contacter	Nom : <input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>
Lien avec la personne : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Mail : <input type="text"/>
Représentant légal	Nom : <input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>
Statut <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Oui	Prénom : <input type="text"/>	Mail : <input type="text"/>
Personne de confiance <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Nom : <input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>
Directives anticipées <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Prénom : <input type="text"/>	Mail : <input type="text"/>
Mandat de protection future <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		

ACCOMPAGNEMENT POUR L'AUTONOMIE

Services en place	<input type="checkbox"/> Aides à domicile <input type="checkbox"/> Téléalarme <input type="checkbox"/> Portage de repas <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
APA	<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> Oui GIR : <input type="text"/> Nb d'heures du plan d'aide : <input type="text"/>
PCH	<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> Oui Nb d'heures du plan d'aide : <input type="text"/>

LISTE DES PROFESSIONNELS EN PLACE

Fonction et Structure (IDE, A. Social, SAAD, Kiné...)	NOM et Prénom	Tél/ Mail	Fréquence d'intervention
Médecin traitant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ASPECTS	Problématiques	Caractérisation des problématiques
Familiaux et sociaux	<input type="checkbox"/> Isolement social <input checked="" type="checkbox"/> Aidant en difficulté <input type="checkbox"/> Conflit familial <input type="checkbox"/> Refus d'aide <input type="checkbox"/> Manque d'aide <input checked="" type="checkbox"/> Risque d'abus <input checked="" type="checkbox"/> Suspicion de maltraitance	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Autonomie fonctionnelle et décisionnelle	<input checked="" type="checkbox"/> Problèmes dans les actes de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, se laver, aller aux toilettes ...) <input type="checkbox"/> Problèmes dans les activités de la vie domestique (courses, ménage, linge, repas, médicaments) <input checked="" type="checkbox"/> Difficultés à la mobilité <input type="checkbox"/> Dénier de la maladie <input checked="" type="checkbox"/> Inaptitude/difficulté dans la gestion du quotidien	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Santé	<input type="checkbox"/> Chutes <input checked="" type="checkbox"/> Plaies <input checked="" type="checkbox"/> Troubles sensoriels <input type="checkbox"/> Troubles du comportement <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs <input checked="" type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Risque de déshydratation <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisations fréquentes <input type="checkbox"/> Refus/Renoncement de soins <input checked="" type="checkbox"/> Manque/ Défaut de soins <input checked="" type="checkbox"/> Douleurs	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Economique et administratif	<input checked="" type="checkbox"/> Difficulté d'accès aux droits <input type="checkbox"/> Précarité financière <input type="checkbox"/> Difficultés dans la gestion administrative et/ou budgétaire	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Environnement et sécurité	<input checked="" type="checkbox"/> Logement inadapté <input checked="" type="checkbox"/> Logement vétuste/insalubre <input checked="" type="checkbox"/> Incapacité à donner l'alerte <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile compromis <input checked="" type="checkbox"/> Isolement géographique	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

ORIENTATION VERS (Plusieurs professionnels peuvent être destinataires de cette orientation)

NOM DE LA STRUCTURE	NOM/FONCTION PROFESSIONNEL	TEL/MAIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SUITES DONNEES PAR LE RECEPTEUR DE LA FICHE (A RETOURNER AU DEMANDEUR). Reçue le.../.../.....

<input type="checkbox"/> Orientation acceptée	<input checked="" type="checkbox"/> Demande réorientée vers : <input type="text"/>	Date et nom du professionnel : <input type="text"/>
---	--	---

Les partenaires santé seront inclus dans le dispositif dès le démarrage afin que l'articulation post alerte soit rapide et efficace : activation dispositif d'urgence, consultation médicale, instauration de service de soins...

En fonction de la 1^{ère} évaluation, les référents techniques pourront réaliser également une visite à domicile chez le senior afin d'établir une évaluation personnalisée de la situation de la personne. Un dossier de projet individualisé sera complété et permettra d'identifier les acteurs médico-sociaux qui pourront accompagner le senior.



BUREAU

PROJET INDIVIDUALISE

DOSSIER D'ÉVALUATION

- | | | | |
|---|----------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Evaluation initiale SPASAD | __/__/__ | <input type="checkbox"/> Evaluation initiale SPASAD après prise en charge SSIAD | __/__/__ |
| <input type="checkbox"/> Evaluation initiale SSIAD | __/__/__ | <input type="checkbox"/> Evaluation initiale SPASAD après prise en charge SAAD | __/__/__ |
| <input type="checkbox"/> Evaluation initiale SAAD | __/__/__ | <input type="checkbox"/> Réévaluation | __/__/__ |

Date de l'évaluation : __/__/__

Faite par :

IDENTIFICATION / COORDONNEES DE L'USAGER

NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : __/__/__
 NOM de naissance : _____ LIEU DE NAISSANCE : _____
 ADRESSE (lieu-dit, villa, lotissement, résidence, bâtiment, escalier, étage, ...) : _____

 CODE POSTAL : _____ COMMUNE : _____
 TEL : _____ MAIL : _____

SITUATION ADMINISTRATIVE :

A remplir uniquement si SSIAD ou SPASAD

N° de sécurité sociale : _____ Caisse d'assuré social : _____
 Profession : _____ ou anciennes activités professionnelles : _____

CIRCONSTANCES DE LA DEMANDE

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sortie d'hôpital | <input type="checkbox"/> Sortie autres ESMS, lequel : | <input type="checkbox"/> Maladie |
| <input type="checkbox"/> Aggravation dépendance (sans hospit) | <input type="checkbox"/> Aide technique à l'entourage | |
| <input type="checkbox"/> Relai prise en charge IDE | <input type="checkbox"/> Révision | |
| <input type="checkbox"/> Plan d'aide actif (APA, Carsat...) | <input type="checkbox"/> Autre : | |

ORIGINE DE LA DEMANDE

- Usager (lui-même) Famille Infirmier Médecin traitant Hôpital SSIAD SAD
 Autre : _____ 1^{er} contact, le : __/__/__

PROCHE AIDANT

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec usager : _____
 Adresse : _____

 Téléphone : _____ Mail : _____

PERSONNE A CONTACTER EN CAS DE BESOIN

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____ Téléphone : _____

Ou

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____ Téléphone : _____

PERSONNE DE CONFIANCE (si désignée)

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec usager : _____
 Adresse : _____

 Téléphone : _____ Mail : _____

NOM : _____ **PRENOM :** _____ **DATE DE NAISSANCE :** __/__/__

NOM de naissance : _____ **LIEU DE NAISSANCE :** _____

ADRESSE (lieu-dit, villa, lotissement, résidence, bâtiment, escalier, étage, ...) :

CODE POSTAL : _____ **COMMUNE :** _____ **MAIL :** _____

TEL : _____

PERSONNE A CONTACTER EN CAS DE BESOIN :

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Lien :** _____ **Tél :** _____

Qu

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Lien :** _____ **Tél :** _____

Majeur protégé : curatelle simple curatelle renforcée tutelle sauvegarde de justice

Majeur non protégé :

Photocopie du jugement remis le : __/__/__

Coordonnées du Tuteur : **Nom :** _____ **Prénom :** _____

Adresse :

Téléphone : _____ **Mail :** _____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____ **Téléphone :** _____

ACCES DU LOGEMENT :

DIGICODE : oui non

BOITE A CLEF : oui non **Si oui, code :** _____

SYSTEME D'ALARME : oui non

PRESENCE ANIMAL : oui non **Type d'animal :** _____

PRECAUTIONS PARTICULIERES :

Etat général du logement : Bon Moyen A revoir

Clés indispensables : oui non **si oui, attestation remise clés** oui non

Capacité à ouvrir la porte : oui non

Capacité à répondre au téléphone : oui non

Capacité de l'usager à sortir seul de chez lui : oui non

Carte de télégestion : oui non **si oui rangée :** _____

Besoin d'une voiture ? oui non

Commentaire :

Etat de santé

<input type="checkbox"/> Troubles de l'ouïe	<input type="checkbox"/> Troubles de la vision	<input type="checkbox"/> Troubles de l'élocution
<input type="checkbox"/> Appareil auditif	<input type="checkbox"/> Lunettes	
<input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/> Troubles de l'équilibre	<input type="checkbox"/> Troubles du comportement
<input type="checkbox"/> Trouble respiratoire	<input type="checkbox"/> Trouble cardiaque	<input type="checkbox"/> Troubles de l'insuline
<input type="checkbox"/> Trouble de l'élimination	<input type="checkbox"/> Difficulté à la marche	<input type="checkbox"/> Autre :
Précautions particulières à prendre en compte :		

A l'issue de cette 2^{ème} évaluation, différentes actions pourront être mises en œuvre en fonction des différents partenaires médico-sociaux : de l'adaptation du plan d'aide à une prise en charge coordonnée en passant par des visites à domicile, des propositions d'autres services, de l'adaptation au domicile, des orientations en ateliers, des signalements de situations complexes, de l'aide aux aidants... cf page 15.

Ces actions auront lieu dans la période de 3 à 30 jours après le déclenchement d'une alerte. A cette issue, un référent technique contactera par téléphone le senior pour réaliser un suivi des actions engagées.

FICHE DE SUIVI

Contact :

Le :

Par :

Identité :

Nom Prénom :

Commune :

Suivi :

- Modification du planning
- Réajustement du plan d'aide
- Intervention d'autres professionnels de l'action sociale
- Prise en charge par les aidants
- Accompagnement médical
- Hospitalisation
- Autre

Historique signes de fragilité :

- Mobilité, habitudes de vie
- Etat physique (fatigue, douleurs)
- Nutrition, hydratation
- Troubles du comportement, troubles de la mémoire
- Modification environnement social (isolement, aidant ...)
- Non observance ou mauvaise observance du traitement médical
- Autre : _____

Commentaires :

Les évaluations réalisées annuellement permettront d'approfondir l'accompagnement de chaque senior et de dresser certains résultats de ce dispositif.

Un bilan annuel avec les intervenants à domicile, des rencontres trimestrielles des référents techniques, une analyse des statistiques serviront d'outils pour vérifier l'efficacité du dispositif et permettre des corrections ou adaptations nécessaires à la pérennité du projet.

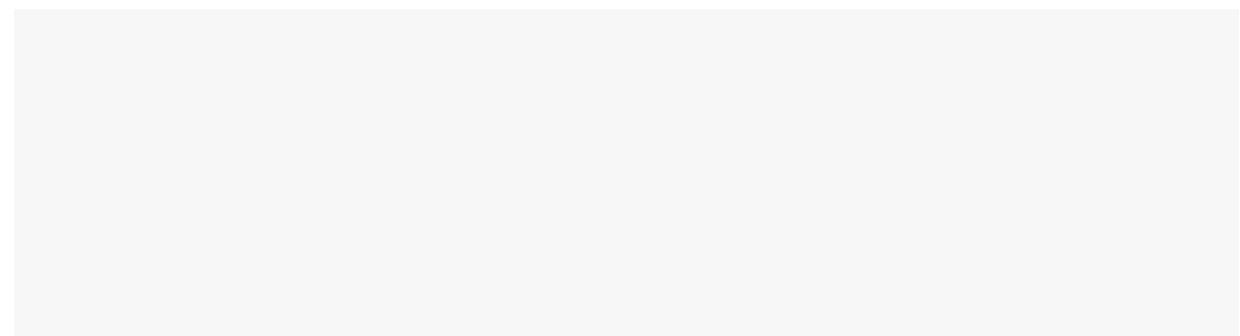
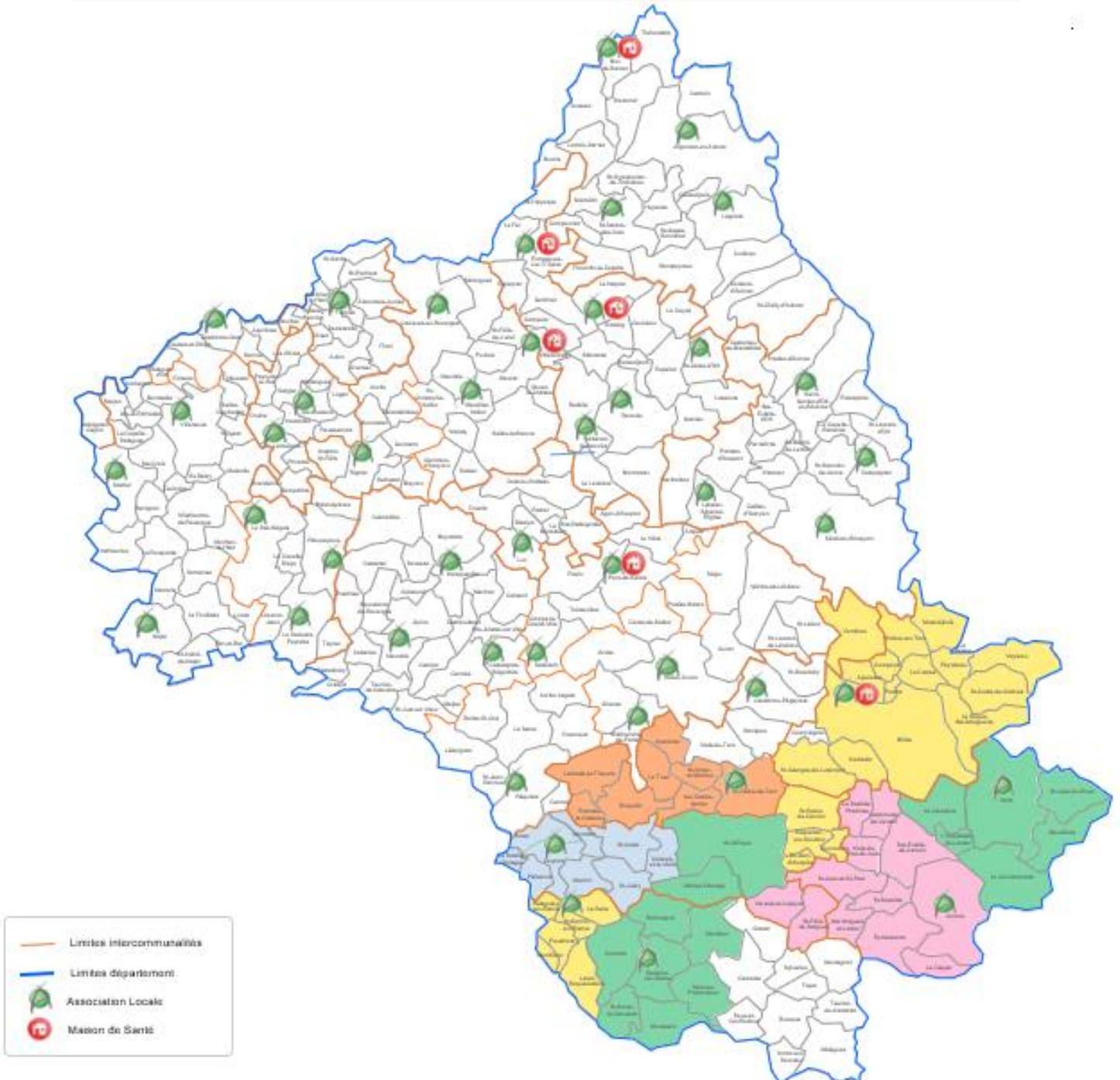
Cette expérience, si les résultats sont probants, pourrait être généralisée à toutes les associations ADMR de l'Occitanie.

2. Cible

Le projet s'adresse à tous les seniors suivis par l'ADMR sur les territoires définis aux contextes remplissant les critères d'inclusion.

Le territoire couvert sur les 4 départements est présenté dans les 4 cartes suivantes.

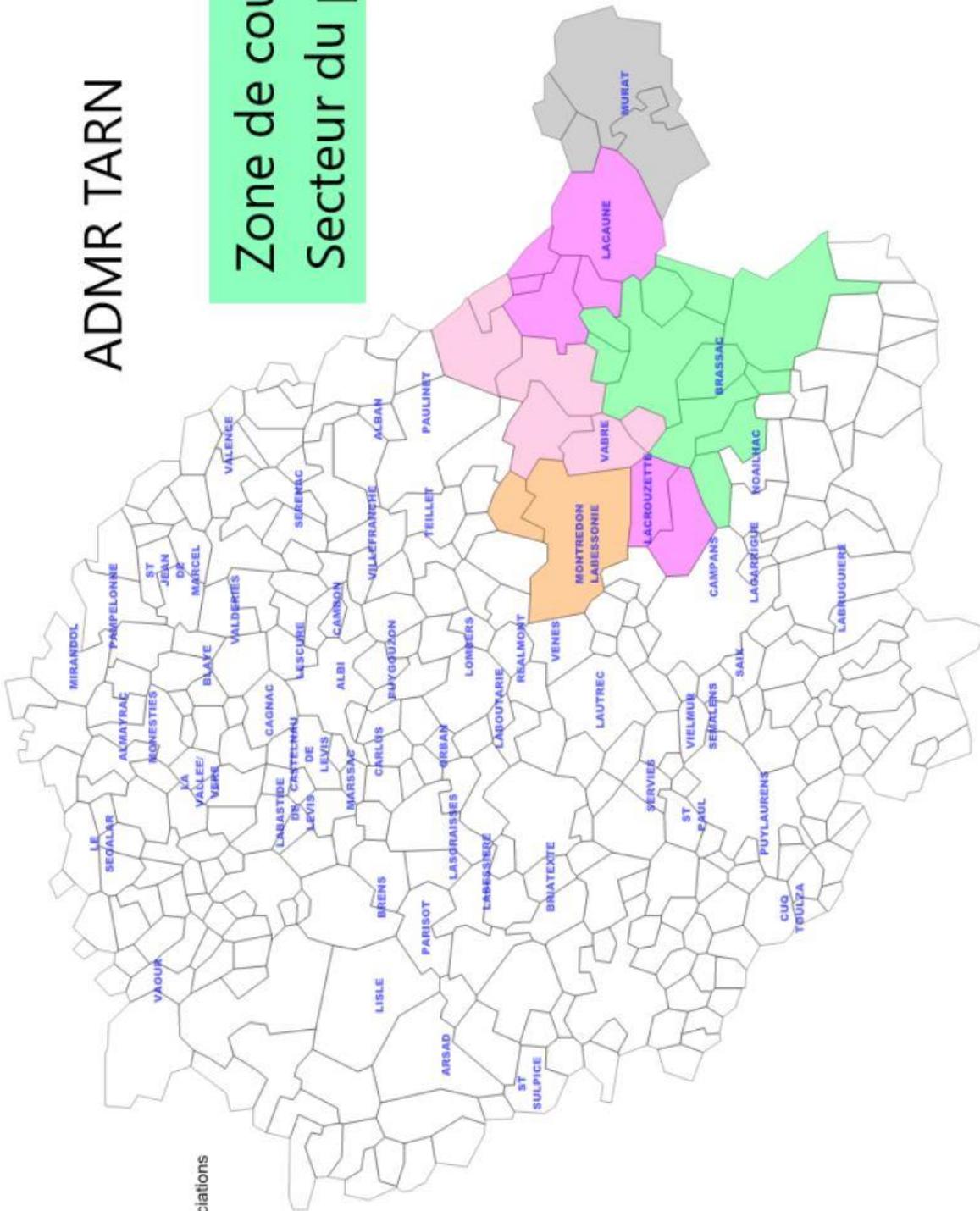
SECTEUR AVEYRON



SECTEUR TARN

ADMIR TARN

Zone de couleur :
Secteur du projet



carte des associations

Seules les personnes volontaires parmi l'ensemble des clients ciblés seront incluses dans le projet, le consentement du senior étant un préambule indispensable et obligatoire avant toute mise en œuvre.

On estime que les seniors qui donneront leur consentement représentent 60% d'entre eux.

a. Critères d'inclusion

La cible de l'expérimentation est clairement définie selon les critères d'inclusion suivants : Les bénéficiaires seront des personnes de 60 ans et plus, ayant fait l'objet d'un Girage (GIR 4, 5 et 6) * vivant à domicile ou en logement alternatif/résidence autonomie, en risque de fragilité notamment :

- Suite à un changement ou une rupture : sortie d'hospitalisation, seniors dont le proche est placé en établissement médicalisé ;
- Dû à l'environnement et aux conditions de vie : personnes isolées (socialement, familialement, géographiquement), veufs/veuves, public spécifique migrant, personnes dont l'habitat est inadapté, etc. ;
- Dû à une situation relative aux aidants familiaux ;
- Suite au passage à la retraite : nouveaux retraités fragilisés par le passage à la retraite.

Ces informations sont recueillies par les responsables de secteur, grâce aux évaluations réalisées à domicile en amont de l'intervention puis annuellement, et aussi aux remontées des aides à domicile suite à leurs interventions régulières. Elles sont répertoriées dans chaque fichier de suivi des clients.

Le projet comprend aussi des personnes de plus de 60 ans sans risque de fragilité précédemment établi qui souhaitent bénéficier de ce suivi.

b. Critères d'exclusion

L'expérimentation ne concerne pas les seniors avec un fort taux de dépendance (GIR 1, 2 et 3). Ceux-ci ayant déjà un parcours de soin défini et ne nécessitant pas une stratégie de prévention, celle-ci intervenant en amont de la dégradation de la santé.

3. Effectifs concernés par l'expérimentation

Tableau de la population concernée

CLIENTS	HERAULT	TARN	AVEYRON	PO	Total
GIR 4	2052	185	107	286	2630
GIR 5-6	667	454	357	236	1714
Total	2719	639	464	522	4344

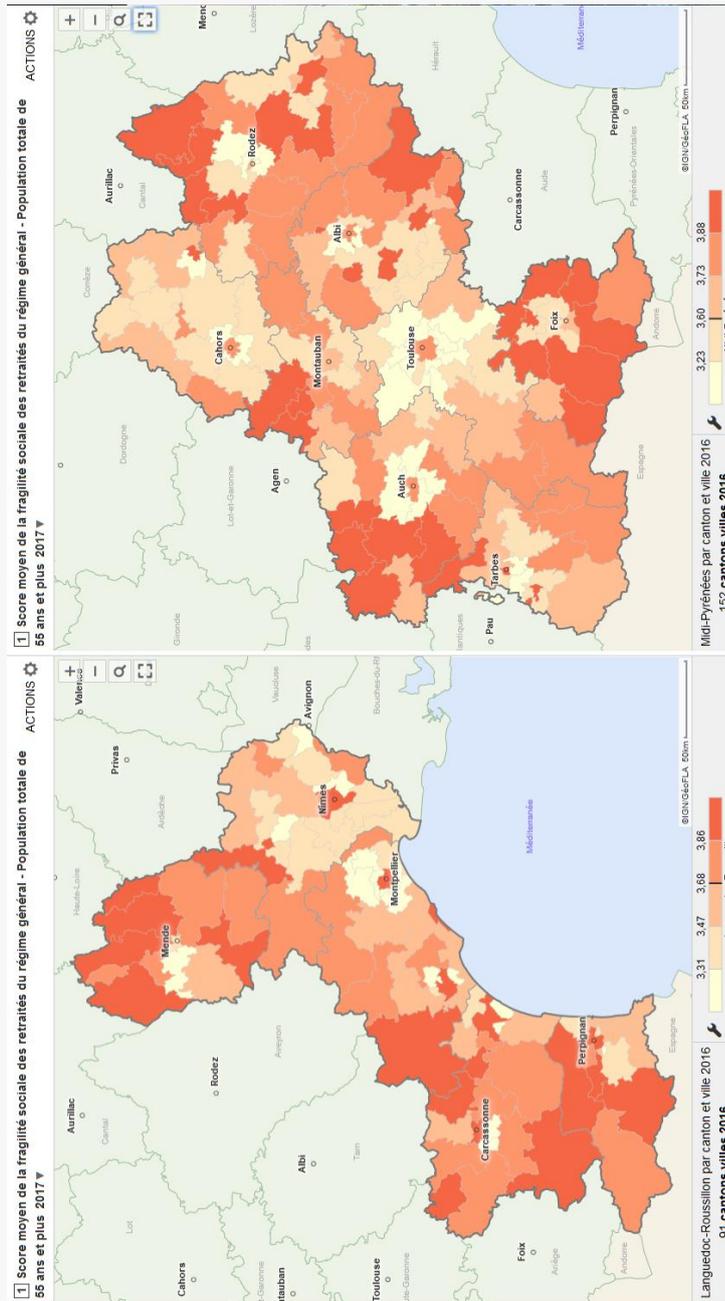
Nombre de clients qui accepteront l'expérimentation (60%) : 2600

* Le **GIR** (groupe iso-ressources) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Le **GIR** d'une personne est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six **GIR** : le **GIR 1** est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le **GIR 6** le plus faible. La population concernée étant les GIR 4, 5 et 6, ce sont donc les personnes autonomes et partiellement autonomes

Un croisement des données de la population ciblée a été réalisée avec les chiffres de la plateforme d'observation de la fragilité sociale des retraités du Régime Général, Carsat en 2017.

Le score moyen de la fragilité est de 3.68 en Languedoc-Roussillon et 3.60 en Midi-Pyrénées, les valeurs au-dessus de cette moyenne correspondent aux couleurs foncées sur ces 2 cartes, populations dont la fragilité est importante, donc prioritaires sur ce projet.

Répartition du score moyen de la fragilité en Occitanie



Ce score moyen est calculé en faisant la moyenne des scores individuels des individus pondérés par les effectifs associés. Pour calculer ce score individuel, 3 facteurs de fragilité sociale ont été retenus : l'âge du retraité, le fait qu'il bénéficie ou non d'une pension de réversion (facteur d'isolement social), le fait qu'il soit exonéré ou non de la CSG (facteur économique). À chacun de ces 3 facteurs, est associé un poids en fonction de la valeur de ce facteur. La somme de ces 3 poids est égale au score individuel de fragilité du retraité. Plus le score moyen d'un territoire est élevé, plus sa fragilité est importante.

Source : observatoire régional des situations de fragilité, CARSAT et CGSS

4. Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Les acteurs du secteur médico-social :

- Assistantes sociales des caisses de retraite, de CCAS (aide sociale), du Conseil Départemental, des mutuelles, *acteurs de la CFPPA*

Rôles : Révision et adaptation du plan d'aide, proposition d'autres services : Portage de repas, téléassistance...

- Associations : MONALISA, France Alzheimer, clubs de 3eme âge, clubs de loisirs

Rôles : Visite à domicile : bénévoles ADMR, Monalisa...

- Espace senior CARSAT

Rôles : Orientation ateliers : Activités physiques adaptées, atelier mémoire...

- Plateformes de coordination (CTA, PTA ...)

Rôles : Prise en charge coordonnée

- MAIA

Rôles : Gestion de situations complexes

- Partenaires d'amélioration du logement : ANAH, CARSAT

Rôles : Adaptation du domicile

- Accueils de jour, Plateformes de répit

Rôles : Aide aux aidants.

Les professionnels de santé :

Médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, dentistes, centres de prévention, équipes mobiles gériatriques, réseaux de soins, HAD, plateformes ressources, maisons et centres de santé, SSIAD et ESA.

Rôles : consultation médicale, activation dispositif d'urgence, instauration de services de soins

Les prestataires de matériel médical :

Rôles : fournir des aides techniques

L'ensemble de ces professionnels pourra s'appuyer sur une évaluation régulière de l'état du senior et être alerté.

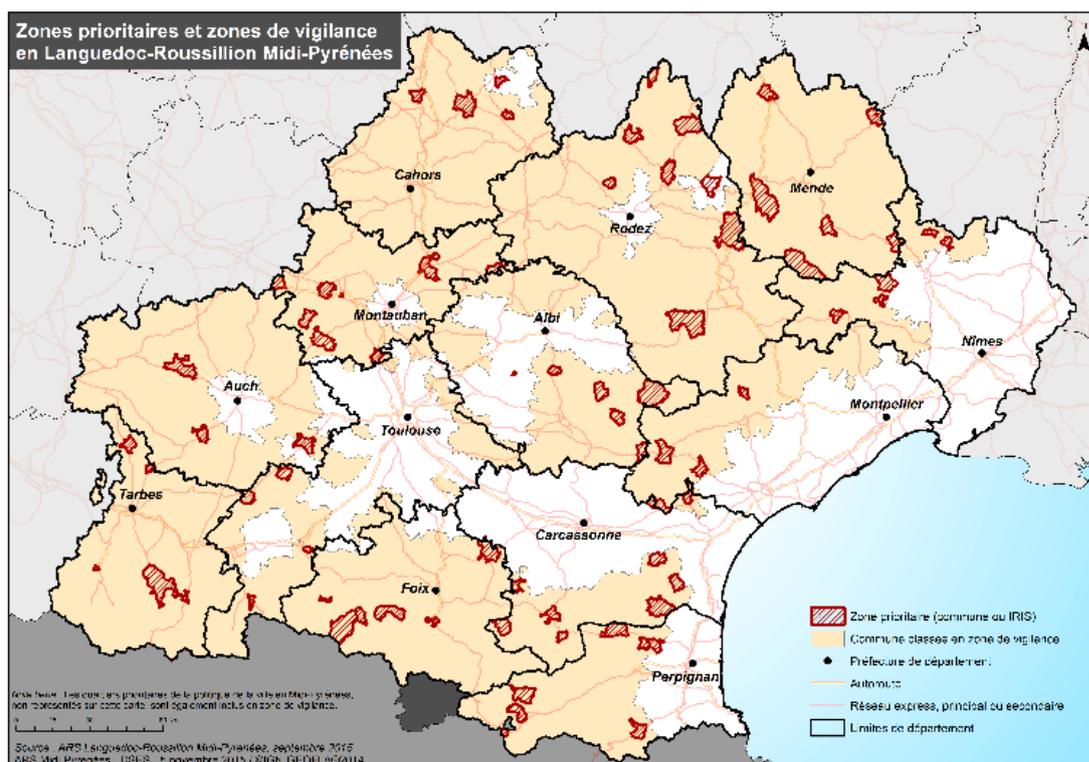
Les aidants, les familles :

Rôle : avec l'accord préalable du senior, soutien à l'adhésion et au suivi de l'expérimentation du senior, participation aux évaluations aux actions post alertes, prise en charge possible.

5. Terrain d'expérimentation

Les territoires où la population est éloignée des soins et de l'offre médico-sociale sont privilégiés. Les zones rurales qui sont des lieux parfois dépourvus ou à faible présence des professionnels de santé et qui ont des populations pouvant être complètement isolées géographiquement sont prioritaires :

Le Nord de l'Hérault, le Sud de l'Aveyron (Belmont, Cornus, Coupiac, Saint Sernin, Saint Rome de Tarn et secteur Milavois), l'Est du Tarn (Alban Morondon et +500m d'altitude) et le Sud et l'Ouest des Pyrénées Orientales (de Prats-de-Molle-la-Preste au Boulou et de Porté-Puymorens à Llo).



Certaines zones des territoires ciblés sont considérées comme zones de vigilance et même prioritaires au regard des politiques de la ville en Occitanie et d'autres éloignés des maisons de santé pluriprofessionnelles, cf. page 8.

En plus de centrer notre projet sur des territoires « fragiles », nous avons également souhaité, dans la mesure du possible, aligner au maximum le territoire de notre projet aux territoires des MAIA afin de mieux coordonner les actions post alertes entre les différents professionnels et permettre une meilleure évaluation croisée des dispositifs.

Les cartes des 4 départements avec les territoires ciblés et les territoires des MAIA ont été présentées page 21 à 24.

6. Durée de l'expérimentation

L'expérimentation est autorisée pour une durée de 47 mois, avec des recadrages sur l'organisation du projet d'une année sur l'autre.

Planning prévisionnel :

- Jour J : autorisation de l'ARS pour ce projet et notification budgétaire

- **Phase 1 :**

Présentation et formation sur le dispositif des équipes

Proposition aux séniors ciblés

Mise en place outils informatiques

Adaptations informatiques liées aux suites données à chaque alerte (traçabilité, édition de statistiques en fonction des indicateurs de suivi...)

- **Phase 2 :** Démarrage des évaluations avec les séniors

Rencontres des partenaires médico-sociaux et les acteurs de santé

Début du travail de suivi post alertes

1ers bilans avec les équipes, les partenaires et retours à l'ARS des premiers résultats

Bilan annuel avec les équipes, les partenaires et retours à l'ARS des résultats annuels et perspectives N+1

- **Phase 3 :** Présentation à de nouveaux séniors (13%), de nouveaux salariés (16%), de nouveaux partenaires (10%)

Le projet sera déployé en 3 grandes étapes



Ce déploiement s'adaptera au fur et à mesure des différentes modalités des partenaires, notamment de l'ARS Occitanie.

V.FINANCEMENT DE L'EXPÉRIMENTATION

1. Modèle de financement

Les frais engagés pour la mise en place de cette expérimentation s'articulent d'une part avec :

* des charges de création et de suivi du dispositif, relevant d'un financement FIR avec un financement global

* des charges liées à la mise en œuvre des évaluations et des actions ainsi que l'analyse des résultats, relevant d'un financement FISS avec un financement individualisé.

Par ailleurs, l'ADMR finance une partie du projet sur des financements de droit commun. Afin d'optimiser les ressources et limiter l'impact budgétaire, le financement de cette expérimentation reposera également sur :

- **les conseils départementaux : financement des interventions d'aide à domicile : temps, déplacements, coûts liés à l'utilisation des téléphones dans le cadre de notre activité**
- **la CNSA- section IV : financement modernisation des SAD /outils et formation pour la télégestion : mobiles NFC et redevances)**

2. Modalité de financement de la prise en charge proposée

Présentation de la trajectoire des dépenses estimées en novembre 2022 :

Répartition des différents coûts en fonction des financeurs sur 3 ans

Méthode de calcul utilisée

Le budget a été évalué aux regards de nos coûts habituels et de l'étude pilote. Il a été ajusté en fonction des coûts réels 2020-2021 et des coûts prévisionnels 2022-2023 lors de ce nouveau cahier des charges.

Coûts salariaux en fonction du temps estimé pour chacune des actions : formation, préparation dispositif, communication, analyse des données, évaluations, suivis post alertes et bilan/statistiques. A noter que les coûts salariaux ont été revalorisés à partir d'octobre 2021 avec l'entrée en vigueur de l'accord de branche portant sur la revalorisation des emplois et des rémunérations (avenant 43 - Branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile : BAD). Ces revalorisations ont été prises en compte à partir du 1^{er} décembre 2022.

Coûts informatiques estimés et réactualisés par notre service informatique, au regard de l'étude pilote et du développement informatique lié à l'adaptation du projet au cadre de l'article 51.

Suite à une nécessité de prolongation de 3 mois de l'expérimentation correspondant à un temps d'analyse des résultats d'évaluation, une nouvelle trajectoire a été dressée. Les inclusions se sont terminées au 1^{er} juillet 2023 et le suivi des bénéficiaires est ainsi planifié jusqu'au 30 novembre 2023. Cette prolongation engendre des coûts supplémentaires de mobilisation des équipes évalués à 20 739€, pris en charge par une dotation FISS. Le nouveau tableau budgétaire est présenté ci-dessous.

3. Besoin de financement

SYNTHESE DU BESOIN DE FINANCEMENT

Objectif nombre de patients inclus (+sortis) au 30.06.23 :	2600
Nombre de patients ayant été inclus (+ sortis) au 30 juin 2023 :	2575
Nombre de patients suivis au 30.06.23 (file active sans les sorties) :	1832

	Séniors inclus	FISS	FIR	ADMR et co-financements	TOTAUX
ANNEE 2020	668	11 636	40 781,85	94 453	146 870,85
ANNEE 2021	1 105	49 614	41 786,28	92 396	183 796,28
ANNEE 2022	2 173	71 473 ¹	71 411	64 016	206 900
ANNEE 2023 (11 mois)	2 575	137 760	53 238,87	69 635	260 633,87
DOTATION (3 mois)		20 739			20 739
TOTAL		291 222	207 218	320 500	818 940
COÛT TOTAL / SENIOR		239,55	216,52	334,90	790,98
COÛT ANNUEL / SENIOR		79,85	72,18	111,63	263,66
COÛT MENSUEL / SENIOR		6€ puis 7€ en 2023	6	9,30	21,97
COÛT MENSUEL/SENIOR UNIQUEMENT FISS+FIR		12€ puis 13€ en 2023			

Les frais d'ingénierie et de formation sont considérés comme des coûts globaux et sont identifiés de façon forfaitaire pour une somme totale de 207 218 euros au niveau du FIR. Les charges relatives au financement demandé dans le cadre du FIR seront, à l'issue de l'expérimentation, intégrées dans les charges fixes de fonctionnement de nos services.

La période de crise sanitaire COVID ayant entraîné différentes ruptures dans le développement du projet, nous avons été obligés de réaliser des formations de rappel auprès du personnel. L'augmentation du taux de turnover post COVID a également engendré plus de formations aux nouveaux salariés.

Compte-tenu que l'enveloppe globale est uniquement sur le FIR, nous présentons le coût par usager uniquement pour les charges du FISS dans notre dossier.

Les frais de réalisation de l'expérimentation seront déclinés par bénéficiaires inclus dans l'étude, qu'ils déclenchent des alertes et des actions post alertes, qu'elles soient sociales, médicales ou médico-sociales ou qu'ils soient seulement bénéficiaires des évaluations numériques des aides à domicile par l'application.

Le tarif FISS par usager fixé à 6 euros par mois dans le cahier des charges initial n'était plus adapté à nos charges de personnel, depuis l'augmentation salariale avec l'article 51 de la convention collective de la Branche de l'aide à domicile. Il a donc été revalorisé à 7€ à

¹ Application des revalorisations salariales issus des accords Laforcade à partir du 1^{er} décembre 2022 : 7€/mois/sénior au lieu de 6€/mois/sénior

compter du 1^{er} décembre 2022. La somme totale allouée au titre du FISS est estimée pour les 47 mois à 291 222€ au lieu de 561 601€ dans le cahier des charges initial.

Le delta de 270 379€ s'explique par la montée en charge plus progressive du nombre des patients inclus, en raison de la crise sanitaire et des difficultés de recrutement entraînant une impossibilité de présenter le dispositif aux bénéficiaires sur certaines périodes de 2020 à 2021.

Un autre point à prendre en compte est l'estimation budgétaire lors de la précédente version sur un nombre de personnes incluses (+sorties) alors que le financement FISS mensuel correspond aux patients en file active donc ceux excluant les sorties (temporaires ou définitives).

Tableau détaillé en Annexe 3.

VI. DÉROGATIONS NÉCESSAIRES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXPÉRIMENTATION

Les financements dérogatoires aux modalités de financement des SAAD relevant du code de l'action sociale et des familles :

- L'application, les remontées et analyse des données par les référents ADMR
- Les évaluations par les aides à domicile
- Les actions post alertes : suivis coordonnés
- Le pilotage, l'analyse et les réajustements nécessaires
- L'ensemble des formations au dispositif des différents acteurs internes (administratifs et intervenants à domicile)
- La proposition du service et l'adhésion du senior
- La présentation et la coordination du projet aux partenaires
- Les temps de bilans et de réalisation des statistiques

En effet, le cahier des charges des SAAD n'inclut pas les missions de repérage des signes de fragilité, de traitement et de transmission aux partenaires médicaux et médico-sociaux.

Les parties du projet relevant du droit commun, financées pour partie par le Conseil Départemental dans le cadre de la tarification des associations d'aide à domicile sont :

- Les plans d'aide des seniors, les réajustements
- Les évaluations à l'entrée des seniors à l'ADMR et les évaluations annuelles
- L'achat et la maintenance des smartphones, supports de l'application permettant l'évaluation numérique
- Les abonnements pour la data
- Les formations sur la connaissance et l'accompagnement de la personne âgée

Le point de vigilance à mentionner pour la bonne réalisation de ce dispositif est la formation des personnels d'intervention. En effet, d'après l'étude pilote, le nombre d'alertes en erreur lors de l'évaluation de l'état du senior (34%), provient exclusivement du manque d'information de l'intervenant. Plus l'équipe aura compris l'objectif de l'évaluation et la façon de renseigner l'Echelle Visuelle Analogique (EVA), plus les erreurs d'évaluation seront proches de 0. Le repérage de la dégradation se basant sur le ressenti de l'intervenant à domicile, les différentes alertes générées seront systématiquement vérifiées auprès des différents interlocuteurs : aide à domicile, bénéficiaire, aidant, acteurs sociaux et médicaux.

Les intervenants à domicile et les responsables de secteur suivent régulièrement des formations financées par le Conseil Départemental afin de mieux accompagner les seniors dépendants ou en perte d'autonomie : les différentes pathologies chez la personne âgée, les maladies neuro-dégénératives, les bonnes pratiques.

Ces formations déjà réalisées et financées en amont de notre projet dans chaque département permettront à la plupart des salariés ADMR impliqués dans le projet d'avoir une observation et un questionnement avertis sur les critères de fragilité des seniors suivis dans l'expérimentation.

Par ailleurs, les formations qui donnent lieu à une intégration dans un financement FIR concernent l'explication du projet, la formation aux outils et la méthodologie mis en œuvre dans le cadre de cette expérimentation.

VII. IMPACTS ATTENDUS

VII. IMPACTS ATTENDUS

Selon l'étude pilote déjà initiée, 16% de la population suivie peut subir un état de dégradation pour différentes raisons : médicales, sociales, familiales, isolement, maltraitance... et être identifiée par ce dispositif.

Le bénéfice attendu est la prise en charge rapide du senior, grâce à l'alerte via les nouvelles technologies de traitement des informations. L'information est communiquée instantanément à l'ADMR, qui contacte la personne âgée et les proches aidants. Le repérage de la fragilité permet de mettre en œuvre des actions médico-sociales immédiates et/ou médicales si nécessaire, pour garder le senior à domicile le plus longtemps possible et éviter des soins lourds comme une hospitalisation en urgence.

Il facilite aussi l'action des aidants, familiaux et professionnels. **Le personnel d'intervention est davantage pris en considération, dans son rôle d'acteur d'aide à la prévention.**

Ce dispositif est une source d'information pour le médecin afin de réaliser ensuite un suivi médical adapté. La communication systématique et rapide des alertes et de l'ensemble des évaluations réalisées au domicile du senior ainsi que la veille réalisée de manière simple par les intervenants à domicile sont autant d'outils qui peuvent contribuer à une amélioration du parcours de soins des seniors. Un temps d'échange entre les référents techniques et les

professionnels de santé est prévu dans ce projet afin de mieux accompagner le senior et évaluer les résultats du dispositif, notamment les indicateurs portant sur les suites médicales.

L'implication du médecin pourra prendre les formes suivantes :

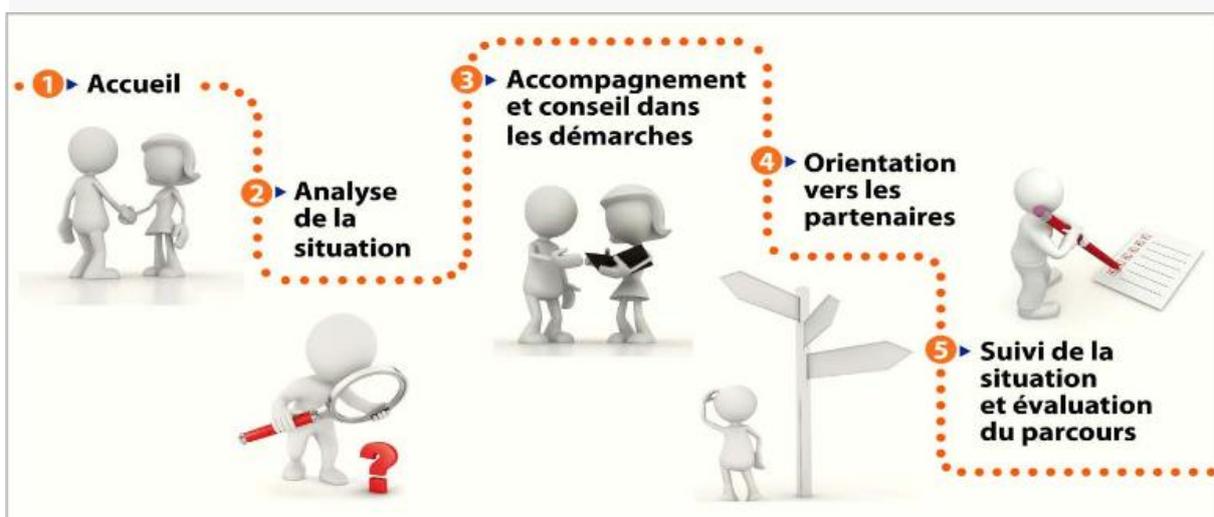
- Echange des informations par téléphone ou messagerie sécurisée* (ce relai permettra aux médecins de disposer des repérages des signaux faibles et d'informations « terrain » concernant la situation et l'environnement du senior)
- Travail de régulation/réorientation en fonction de l'information que le référent technique lui aura apporté
- Adaptation du parcours de soin éventuellement avant de rendre visite dans un second temps au senior. *La messagerie sécurisée est détaillée page 39.

L'engagement des associations ADMR dans les MAIA de chaque secteur ciblé facilitera le parcours des personnes âgées et des aidants grâce aux partenariats avec les différents acteurs médico-sociaux du territoire et l'intégration éventuelle du senior dans la gestion de cas.

Une fois la fragilité identifiée, l'ADMR par les liens tissés depuis de nombreuses années avec les travailleurs sociaux du Conseil Départemental, les Caisses de retraite, pourra se mettre en relation avec ces différents partenaires, comme en témoignent les lettres d'intention et conventions de partenariat et ainsi mettre en œuvre les solutions les plus adaptées aux besoins des personnes repérées fragiles.

Le guichet concerté de la Carsat Languedoc Roussillon pourra ainsi, par exemple, être activé et proposer l'offre de service en adéquation.

Processus du GUICHET INTEGRE, CARSAT LR



Source : guichet concerté-Institut Régional du Vieillissement, CARSAT-LR.fr. 2018

Sachant que chaque euro public consacré à l'aide à domicile en direction des personnes âgées dépendantes (APA) génère 1.62€ de gains socio-économiques par la réduction des urgences, des entrées en EHPAD et par la hausse des recettes FISScale (salaires des aidants professionnels et familiaux), rapport Cabinet CITIZING*, les bénéfices de ce projet seront bien socio-économiques :

En plus des dépenses publiques évitées, c'est le bien être des patients et par suite celui des aidants familiaux qui sont à considérer comme atouts de ce dispositif.

Ce dispositif peut s'élargir à toute la région Occitanie et même sur toute la France, grâce à la présence de l'ADMR sur l'ensemble du territoire. Il s'inscrit en amont du parcours de soin.

*L'aide et les soins à domicile : quelle utilité ? Rapport Citizing / OCIRP 2018

VIII. MODALITES D'ÉVALUATION DE L'EXPÉRIMENTATION PROPOSÉES

Les impacts de ce dispositif pourront se mesurer en comparant la population suivie avec les statistiques générales des seniors, en termes de :

- **Entrée en hospitalisation**
- **Entrée en établissement**
- **Recours aux urgences**
- **Décès**
- **Prise en charge médicale et paramédicale**
- **Prise en charge médico-sociale (modification du plan d'aide, visites à domicile, intervention autres professionnels**
- **Prise en charge familiale**

Les résultats seront à croiser en fonction de :

- Nombre d'intervention par semaine
- Type de prise en charge
- Présence d'aidants ou non, vit seul ou non
- Le sexe, l'âge du senior
- La localisation, rurale/urbaine selon les 4 départements

Nous aurions souhaité mettre en œuvre une évaluation du projet avec une cohorte de personnes suivies par le dispositif et d'autres non suivies pour évaluer les différences en termes de résultats au bout d'un an, 2 ou 3 mais nous ne pouvons pas garantir la constitution de cet échantillon de seniors non suivis dans le projet.

Les indicateurs permettant de mesurer la performance du projet sont :

PROCESSUS	INDICATEURS DE PERFORMANCE	INDICATEUR DE PILOTAGE
-----------	----------------------------	------------------------

Inclusion des seniors	<p>Nombre d'inclusion : 2600</p> <p>Taux d'entrée dans le dispositif : 60%</p> <p>Taux de satisfaction des clients : 90%</p>	Mise en œuvre d'une démarche qualitative de présentation et de suivi du dispositif
Management	<p>Taux de salariés formés : 100%</p> <p>Taux d'implication des salariés : 90%</p> <p>Nombre de réunions avec les salariés : min 1/an</p> <p>Nombre de réunions du COPIL : 1/trimestre</p>	<p>Préparation d'un contenu de formation</p> <p>Calendrier de réunions</p> <p>Capacité à mobiliser les salariés sur un nouveau projet</p>
Partenariat	<p>Nombre de partenaires médicaux</p> <p>Nombre de partenaires sociaux</p>	Capacité à mobiliser les partenaires dans ce projet
Gestion informatique	<p>Délai de livraison du produit respecté : Janvier 2020</p> <p>Réponses techniques à l'ensemble du projet : 100% des besoins</p>	Mise en œuvre d'une collaboration COPIL et services informatiques

Indicateurs de résultats :

Nombre de sujets suivis, nombre d'alertes reçues et validées, nombre d'évaluations numériques, nombres de suites post alertes (médicales et paramédicales, médico-sociales, familiales), nombre de sorties du programme par : fin de prises en charge/entrée en établissement/hospitalisations et soins, déménagement, décès ou ne souhaitant plus le dispositif, temps de réaction au signal/à la visite à domicile.

Dans chaque département, le référent de ce projet suivra et analysera les indicateurs précédemment décrits de façon mensuelle. Chaque référent communiquera aux partenaires et au référent Occitanie leur synthèse. La compilation des résultats des 4 départements sera évaluée et analysée dans le cadre du COPIL.

Tous les 6 mois, une évaluation réalisée en interne avec les référents techniques concernera les modalités de fonctionnement et se portera autant sur les personnes que sur les outils utilisés, ainsi que sur l'analyse des résultats obtenus. Des réajustements pourront avoir lieu à la suite de ces rencontres.

Une rencontre annuelle réunissant les intervenants à domicile utilisant les outils et chaque référent mettra en valeur les points forts et passera en revue les difficultés rencontrées au quotidien.

Un questionnaire d'appréciation générale sur le dispositif sera transmis à chaque senior suivi pour recueillir son avis sur le dispositif en fin d'étude.

La prise en compte rapide de la dégradation de l'état de santé des usagers permettra une prise en charge médicale, sociale et médico-sociale organisée et plus efficace pour le senior et moins

coûteuse pour la collectivité, qu'une hospitalisation en urgence. Cette expérimentation favorisera la coordination pluriprofessionnelle.

En développant des partenariats avec les professionnels de santé, une meilleure coordination du parcours de soin sera bénéfique pour tous : usagers et professionnels en décloisonnant les pratiques.

Mais le rôle n'est pas de se substituer aux personnels de santé. Il ne s'agit pas de tenter de poser un diagnostic médical. Ce dispositif se limite à donner son ressenti sur l'état global apparent du senior à l'instant T, d'alerter dès lors que 2 baisses successives ou 1 majeure est relevée, via les technologies modernes de l'information, et d'établir un meilleur accompagnement du senior.

Les dépenses de santé seront par voie de conséquence diminuées. Les critères majeurs, mesurables, pourront confirmer l'intérêt du dispositif du point de vue de la limitation des coûts.

VIII. INFORMATIONS RECUEILLIES SUR LES PATIENTS

INCLUS DANS L'EXPÉRIMENTATION

Les évaluations saisies à la fin de chaque intervention en présence de la personne âgée sont remontées informatiquement. Les données sont traitées et les alertes détectées (2 dégradations successives ou 1 dégradation majeure) sont ensuite transmises à l'ADMR.

La collecte et le traitement de l'information font l'objet d'une déclaration à CNIL et sont conformes aux directives européennes en matière de protection des données, RGPD :

1. La collecte de données est limitée aux seules informations utiles à la réalisation de la finalité
2. Les données sont sécurisées pour assurer la confidentialité des informations
3. Les droits des personnes sont respectés : le consentement de chaque personne est recueilli après avoir reçu et pris connaissance des différentes modalités du dispositif et de la transcription des évaluations. La personne a la possibilité de désigner également, soit une personne de confiance, soit une personne référente, susceptible de recevoir l'information.
4. Conformément aux dispositions de la **loi « Informatique, Fichiers et Libertés »** (*Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés*), la personne dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification des données la concernant en s'adressant auprès du Relais Informatique et Libertés de chaque fédération ADMR à l'adresse:
Pour l'Aveyron : dpo.admr12@un.admr.org
Pour l'Hérault : dpo.admr34@un.admr.org
Pour les Pyrénées Orientales : dpo.admr66@un.admr.org
Pour le Tarn : dpo.admr81@un.admr.org

Nous veillerons à réaliser des déclarations complémentaires auprès de la CNIL, si l'évolution de notre projet l'exige, afin de respecter la procédure en termes de sécurisation des données.

Pour le partage des informations avec les partenaires, le flux d'information, avec des données nominatives, sera sécurisé avec une messagerie dédiée, cf. page suivante.

IX. OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES EN MATIÈRE DE SYSTÈME D'INFORMATION ET DE TRAITEMENT DE DONNÉES DE SANTÉ A CARACTÈRE PERSONNEL

L'attention sera portée également à la sécurité sur la transmission et le partage d'informations concernant les seniors. Les données nominatives qui pourraient relever de l'ordre médical seront communiquées par téléphone ou par messagerie à condition qu'elle soit sécurisée par une messagerie spécifique, conforme aux référentiels nationaux (Mssanté).

A titre d'exemple, la solution Medimail de GIP e-santé Occitanie propose des boîtes aux lettres sécurisées que nous pourrions installer à l'ensemble des acteurs du projet. Nous étudions actuellement la faisabilité de telles solutions.

Cette messagerie déjà utilisée par les professionnels de santé et étendue aux partenaires médico-sociaux permettra d'utiliser un seul et même outil pour tous les échanges.

X. LIENS D'INTERÊTS

XI. ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES / EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES

1. Publication de Jean Bousquet, médecin chercheur
2. Dossier citizing/OCIRP « L'aide et les soins à domicile, quelle utilité ? »

XIII. CONCLUSION

Nos réseaux d'associations ADMR sont au quotidien auprès de population à domicile, proches des préoccupations et des difficultés vécues par chaque personne.

Cette proximité permet aux aides à domicile, sur leur temps d'intervention, d'échanger avec le senior sur ses attentes et de percevoir son « état général », sa fragilité.

Notre projet décliné sur 4 Fédérations ADMR en Occitanie, est une avancée notable dans l'accompagnement des seniors à domicile. De l'évaluation numérique des aides à domicile à la prise en charge des professionnels médicaux et médico-sociaux, et aussi familiaux, ce dispositif combinera efficacité et rapidité d'une organisation pluriprofessionnelle autour des seniors à risque de fragilité ou de dépendance. Ce dispositif est aussi essentiel dans la relation entre le secteur de la santé et du médico-social, favorisant le décroisement.

Sollicitant le senior par des interactions tout au long du processus, l'expérimentation positionne le senior en tant qu'acteur de son parcours de santé.

Nous souhaitons pouvoir participer à la prévention de la perte d'autonomie des seniors, aider les personnes à bien vieillir à domicile, le plus longtemps possible et en bonne santé et limiter ainsi l'impact humain, social et financier lié à l'aggravation de l'état de santé du senior.

Ce projet aura vocation -à l'issue de l'expérimentation-à s'étendre éventuellement aux autres départements de l'Occitanie et plus largement à tout le territoire Français

ANNEXE1. COORDONNÉES DU PORTEUR ET DES PARTENAIRES

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteurs	Fédération ADMR Hérault	Sylvie LOURIAC 78 Allée John Napier 34 000 MONTPELLIER	
	Fédération ADMR Aveyron	Laure PRADEILLES 23 Avenue de la Gineste BP 3102 12 031 RODEZ	
	Fédération ADMR Pyrénées Orientales	Dominique LANGLAIS 32 Av Maréchal Joffre 66 690 SAINT ANDRE	
	Fédération ADMR Tarn	Cyril BACOU 207 Av Albert Thomas BP 30318 81 000 ALBI Cedex 9	
Partenaires	Conseil Départemental 34		Lettre de soutien
	Conseil Départemental 12		Lettre de soutien
	Conseil départemental 81		Lettre de soutien
	Conseil Département 66		Lettre de soutien

ANNEXE 2. CATEGORIES D'EXPÉRIMENTATIONS

MODALITÉS DE FINANCEMENT INNOVANT (Art. R. 162-50-1 –I-1°)	COCHER	SI OUI, PRÉCISER
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	X	
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins		
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

MODALITÉS D'ORGANISATION INNOVANTE (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	COCHER	SI OUI, PRÉCISER
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X	
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social		
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X	

MODALITÉS D'AMÉLIORATION DE L'EFFICACITÉ OU DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES PRODUITS DE SANTÉ (Art. R. 162-50-1 – II°) ²	COCHER	SI OUI, PRÉCISER
1. Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2. De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		
3. Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

² Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1)

ANNEXE 3. TABLEAU DETAILLÉ DU FINANCEMENT REALISE – ANNEE 2020

BUDGET REALISE PROJET PREVENTION FRAGILITE SENIOR										2020		unité		nb clients		nb salarié		Coût de l'heure Aide à domicile		Coût lh référent		Resp de secteur		Coût lh IDE		Coût lh cadre référent occit		autres coûts		frais ingénierie et fonctionnement		financement			
Orientations post alertes : 36% santé, 24% social, 22% famille, 18% autres (sans suites, état passage...)										Inclusion		668																							
FIR	Fond d'intervention régional	AD Formées	883	NB ASSO	42	file active	485	1354	21,98	30,00	28,00	35,00	34,00																						
FISS	Fond d'innovation du système de santé	NB REUNION	84	contacts	84		1249	1354																											
ADMIR	Maintenance de l'application, vérification cohérence informations transmises, temps informationnel																																		
ADMIR	Adaptation Logiciel de planification client																																		
ADMIR	Achat matériel (smartphone, carte)																																		
	Paiement data internet																																		
	Formation au dispositif des référents départementaux par le référent Occitanie																																		
	Présentation projet - paramétrage appli au bureau (RS, bénévoles...) par le référent départemental																																		
	Présentation projet au personnel d'intervention par le réf. Départemental																																		
	Temps formation évaluation et paramétrage smartphone intervenant à domicile; 15mn																																		
	Constitution du panel client - Enregistrement programme saisie admin (firm/clients)																																		
	Conception et impression document présentation service et consentement																																		
	Présentation du service aux nouveaux seniors et signature consentement par l'intervenant (30mn/réf)																																		
	Temps de présentation du projet aux professionnels de santé : 4 heures / rd																																		
	Conception édition flyers/dossiers pour les partenaires																																		
	Suivi alerte bureau adm: vérif alerte interv et qualification, et contact référent technique: 173																																		
	Suivi alerte Référent technique : contact senior + famille, vérification catégorisation et questionnaire point situation EVA, 1-72																																		
	Action post alerte du référent technique : partenaires médicaux; Fiche de Transmission et contact partenaires : 24;																																		
	Action post alerte du référent technique : partenaires médico-sociaux; Visite à domicile et contact partenaires : 24;																																		
	Evaluation référent technique des suites de l'alerte (appel suivi)																																		
	Bilan trimestriel du COPIL (4 ref départ et ref coo) - prépar rapport d'étape																																		
	Bilan avec le personnel d'intervention Hois/Jan																																		
	Temps analyse stats/clients post alerte pour ref Départ et temps pilotage, suivi des indicateurs, bilans, réajustements pour ref Occitanie																																		

TABLEAU DETAILLÉ DU FINANCEMENT REALISE – ANNEE 2022

	2022	unité	nb clients	nb salarié	Coût de 1 heure Aide à domicile	Coût th référent	Coût th Resp de secteur	Coût th cadre référent occit	autres coûts	frais ingénierie et fonctionnement	TOTAL	financement /
BUDGET PREVISIONNEL PROJET PREVENTION FRAGILITE SENIOR												
Orientations post alertes : 36% santé, 24% social, 22% famille, 18% autres (sans suites, état de passage...)												
FIR		Inclusion	2173									
FIR	Fond d'intervention régional	43	1528	1354	24,98	35,00	32,00	53,00				23 750
FISS	Fond d'innovation du système de santé	86	1320	1354					9 445		9 445	28 580
ADMR	Maintenance de l'application, vérification cohérence informations transmises, temps informatiques								23 750		23 750	11 687
ADMR	Adaptation Logiciel de planification client											
ADMR	Achat matériel (smartphone, carte)											
ADMR	Paiement data internet											
	Formation au dispositif des référents départementaux par le référent Occitanie; nouveaux référent 81 et 61	1672				1120		1280		240	2640	
	Remobilisation des équipes administratives Tarn et Pyrénées Orientales par le référent départemental (2)	25-2				1137,5	832			197	2766	
	Remobilisation des équipes d'intervention Tarn et Pyrénées Orientales par le référent départemental	0,5-1-0,5				455	208			446	4906	
	Présentation projet individuel nouveau salarié; 30 mn, 16% de nouveaux salariés/an	0,5				2706	3466			617	6789	
	Temps formation évaluation et paramétrage smartphone avec nouveau intervenant à domicile, 15mn	0,25				1733				309	3395	
	Constitution du panel client + Enregistrement programme saisie admin (15mn/client)	0,25				12224				122	13446	
	Conception newsletters clients inclus et non inclus	7						280	1007	129	1416	
	Présentation du service aux nouveaux seniors et signature consentement par l'intervenant (30mn/client)	0,5			11541	6930				1847	20318	
	Temps de présentation du projet aux professionnels de santé : 7 jours / asso	7				10535		280	430	1054	11589	
	Conception édition flyers/dossiers pour les partenaires (10 partenaires / asso)	7								71	761	
	Suivi alerte bureau admr: vérif alerte interv et qualification, et contact référent technique	0,25					3667,2			367	4034	
	Suivi alerte Référent technique : contact senior+ famille, vérification catégorisation et questionnaire	0,75				8022				802	8824	
	point situation EVA 1							2915,42		292	3207	
	Action post alerte du référent technique : partenaires médicaux, Fiche de Transmission et contact	1										
	Action post alerte du référent technique : partenaires médico-sociaux, Visite à domicile et contact partenaires	1				2567	4702,6			727	7997	
	Evaluation référent technique des suites de l'alerte (appel suivi)	1				5348				535	5883	
	Bilan trimestriel du COPIL (4 ref départ et ref occit)+ prépa audit QVIA	2--28				2240	1696	1600		554	6090	
	Bilan avec le personnel d'intervention Toloislan	0,5-1-7				3010				1654	18193	
	Temps analyse statistique post alerte pour ref Départ et temps pilotage, suivi des indicateurs, bilans, réajustements pour ref Occitanie	1--14				10696				1070	11766	
			0	21385	11541	52061	26833	4611	74838	12131	142884	64016
Commentaires:												
Les unités correspondent à des heures Les rémunérations ont été réévaluées avec l'avenant 43 en octobre 2021												
Le panel de clients est estimé à 1921 inclusions au 31.12.22 depuis le début de l'expérimentation. Soit 1120 seniors inclus en file active en comptant les sorties.												
Le taux de consentement sur les 1667 seniors ayant eu la présentation du dispositif est de 60%.												
Les formations comprennent le temps de préparation et le présentiel du formateur interne et des aides à domicile formées dans le projet (territoire, GIR) ainsi que le temps de paramétrage du service: 15mn/senior												
Le temps de constitution du panel correspond à l'identification des personnes ciblées dans le projet (territoire, GIR) ainsi que le temps de paramétrage du service: 15mn/senior												
Le temps de présentation du service au senior est de 30mn/senior												
Le temps de présentation aux partenaires est de 7 jours/association locale												
Le suivi de l'alerte par le bureau est de 15mn/client ayant eu une alerte (soit 20% du panel client) --> cf. étude pilote, confirmée par cette expérimentation												
Le suivi de l'alerte par le référent technique est de 45 mn/client ayant eu une alerte												
Les actions post alertes du référent technique auprès des partenaires médicaux sont évaluées à 1h pour 112 seniors des 36% ayant eu une alerte --> cf. rapport d'étape au 31.12.21												
Les actions post alertes du référent technique auprès des partenaires médico-sociaux-visite évaluations sont évaluées à 1h pour 24% des seniors ayant eu une alerte --> cf résultats au 31.12.2021 et de 1h par les RS pour 50% des seniors (112 aboutissant à un changement de planning ou de prise en charge												
L'appel de suivi de l'alerte au senior est d'1h à 30 jours												
Les bilans avec les équipes sont estimés entre 30 mn et 2 heures, 20% d' absences à chaque réunion (congés, maladies...)												
Les statistiques et bilans sont évalués à 1h par senior ayant eu une alerte et 14 heures par mois pour l'analyse et la compilation des 4 Fédérations ADMR avec le temps de travail des stats du cabinet d'audit												

