



**PREFET
DE LA RÉGION
HAUTS-DE-FRANCE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS
N°R32-2022-365

PUBLIÉ LE 29 SEPTEMBRE 2022

Sommaire

Agence Régionale de Santé Hauts-de-France /

R32-2022-09-28-00004 - Arrêté modifiant l'arrêté du 4 novembre 2020 portant autorisation de l'expérimentation parcours Nutri-âge (PNA) « prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition et des situations à risque en équipe pluri professionnelle ville-hôpital » (31 pages)	Page 3
R32-2022-09-22-00009 - Arrêté portant modification de l'arrêté du directeur général de l'ARS du 8 juin 2022 portant création et composition du comité territorial de l'investissement en santé de l'Oise (4 pages)	Page 35

Agence Régionale de Santé Hauts-de-France

R32-2022-09-28-00004

Arrêté modifiant l'arrêté du 4 novembre 2020
portant autorisation de l'expérimentation
parcours Nutri âge (PNA) « prévention,
dépistage et prise en charge de la dénutrition et
des situations à risque en équipe pluri
professionnelle ville-hôpital »

**ARRETE MODIFIANT L'ARRETE DU 4 NOVEMBRE 2020 PORTANT AUTORISATION DE L'EXPERIMENTATION PARCOURS
NUTRI'AGE (PNA) « PREVENTION, DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION ET DES SITUATIONS A RISQUE
EN EQUIPE PLURI PROFESSIONNELLE VILLE-HOPITAL »**

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE HAUTS-DE-FRANCE

CHEVALIER DE LA LEGION D'HONNEUR

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14;

Vu l'ordonnance n°2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;

Vu le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales de professionnels de santé regroupant les infirmiers ;

Vu le décret du 28 septembre 2020 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France (M. Benoît Vallet) ;

Vu la décision du 17 mai 2022 portant délégations de signature du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

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 du directeur général de l'ARS Hauts-de-France du 4 novembre 2020 portant autorisation de l'expérimentation parcours Nutri'âge (PNA) « prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition et des situations à risque en équipe pluri professionnelle ville-hôpital » et son cahier des charges ;

Vu le traité d'apport partiel d'actif entre l'Association appui santé montreuillois, ternois, arrageois et l'Association gérontologie ternois arrageois conclu en date du 23 juin 2022 avec effet à compter du 1^{er} juillet 2022 portant notamment sur le transfert de l'expérimentation Nutri'âge ;

Vu le courrier en date du 21 juillet 2022 de l'Association appui santé montreuillois, ternois, arrageois informant le directeur général de l'ARS Hauts-de-France du transfert à son profit de la mise en oeuvre de l'expérimentation Nutri'âge ;

Vu le mail du 22 septembre 2022 du GHICL informant l'ARS qu'il ne souhaite pas mettre en œuvre l'expérimentation dont bénéficiait le « réseau de santé Lille Agglo » ;

Considérant que l'Association appui santé montreuillois, ternois, arrageois a repris en tant porteur la mise en œuvre de l'expérimentation Nutri'âge en lieu et place de l'Association gérontologie ternois arrageois sur le territoire Ternois, Arrageois et Montreuillois ;

Considérant que le GHICL, porteur du réseau de santé Lille Agglo, ne souhaite pas mettre en œuvre l'expérimentation pour laquelle le réseau de santé Lille Agglo était autorisé à compter de septembre 2022;

Considérant qu'il convient de modifier en conséquence l'arrêté autorisant l'expérimentation Nutri'âge ;

ARRETE

Article 1 – Les dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 4 novembre 2020 susvisé sont remplacées par les dispositions suivantes :

« L'expérimentation est mise en œuvre par l'Association Appui Santé Montreuillois-Ternois-Arrageois au sein de la région Hauts-de-France sur les territoires Ternois, Arrageois et Montreuillois ».

Article 2 – Le cahier des charges définissant le cadre de l'expérimentation annexé à l'arrêté du 4 novembre 2020 susvisé est remplacé par le cahier des charges joint en annexe unique du présent arrêté.

Article 3 – Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.

Article 4 – La directrice de la stratégie et des territoires est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Hauts-de-France.

Fait à Lille, le



Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
Le Directeur général adjoint

Jean-Christophe CANLER

**Parcours de Santé du patient âgé dénutri :
« Prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition et des situations à risque en
équipe pluri professionnelle ville-hôpital »**

Ce présent et 2nd cahier des charges du parcours Nutri'âge s'inscrit dans le cadre du changement de porteur et du 2nd territoire d'expérimentation.

Le parcours Nutri'âge a fait l'objet d'une autorisation d'expérimentation par le Directeur Général de l'ARS Hauts-de-France le 4 novembre 2020. Le porteur initial était le réseau de santé gériatrique Ternois Arrageois porté par l'association gérontologique Ternois-Arrageois. Depuis le 1^{er} juillet 2022, dans le cadre de la loi Santé de juillet 2019 et du décret du 18 mars 2021, les réseaux ont intégré les DAC. L'entité « réseau de santé gériatrique du Ternois Arrageois » a de ce fait disparu pour laisser place au Dispositif d'Appui à la Coordination Montreuillois Ternois Arrageois porté par l'association « Appui santé Montreuillois Ternois Arrageois ». Le 2nd territoire d'expérimentation devient le Montreuillois.

Ainsi depuis le 1^{er} juillet 2022 le porteur du parcours Nutri'âge est l'association « Appui santé Montreuillois Ternois Arrageois » ; le parcours est mis en place sur le territoire d'intervention du DAC : le Montreuillois Ternois Arrageois, le 2nd territoire d'expérimentation devenant le Montreuillois.

Contexte / préambule :

Les personnes âgées de 60 ans et plus sont au nombre de 15 millions aujourd'hui. Les projections démographiques prévoient une augmentation du nombre de personnes âgées en général, et de personnes dépendantes en particulier. En plus de leur prise en charge, un des défis de notre société est d'intervenir à un stade précoce, celui de la fragilité, pour maintenir le plus longtemps possible l'autonomie des seniors.

Le terme de fragilité est un concept gériatrique récent qui suggère un état d'instabilité avec un risque de perte fonctionnelle ou de majoration de la perte fonctionnelle existante. La fragilité est définie comme une diminution des réserves physiologiques de la personne vieillissante. L'adaptation du sujet fragile aux différents événements stressants de la vie (psychologiques, accidentels ou maladies) étant plus difficile, il est plus à risque de perte d'autonomie.

Les données épidémiologiques européennes montrent qu'environ 15% des sujets de plus de 65 ans sont fragiles. Les travaux de ces dernières années ont surtout démontré que le dépistage de la fragilité et l'organisation de mesures préventives permettraient de prévenir le déclin fonctionnel. Dépister et traiter la fragilité semble être une réponse pertinente à la prévention de la dépendance.

La dénutrition a été repérée comme un critère de fragilité prévalent. Dans la littérature, 4 à 5% des personnes âgées au domicile sont en effet dénutries. La dénutrition augmente le risque de mortalité mais également de complications de nombreuses pathologies, de chute, de perte d'autonomie, il s'agit donc d'un syndrome gériatrique aux conséquences graves qui nécessite un repérage et des actions adaptées (1-3).

Des recommandations concernant la dénutrition ont été formulées par la Haute Autorité de Santé (HAS) (2007) visant à proposer une démarche graduée de prise en charge selon le niveau de sévérité de la dénutrition afin d'aider le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne (4). Cependant, le repérage et la prise en charge de la dénutrition restent difficiles de par notamment l'intrication de multiples facteurs de risque existants nécessitant une prise en charge globale gériatrique.

Les situations à risque de dénutrition plus spécifiques de la personne âgée décrites par l'HAS sont les problématiques psycho-sociaux-environnementales, toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique, les traitements médicamenteux au long cours, les troubles bucco-dentaires, les régimes restrictifs, les syndromes démentiels et autres troubles neurologiques, les troubles psychiatriques, les troubles de la déglutition et la dépendance pour les actes de la vie quotidienne.

Psycho-socio-environnementales	Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Traitements médicamenteux au long cours
<ul style="list-style-type: none"> - Isolement social - Deuil - Difficultés financières - Maltraitance - Hospitalisation - Changement des habitudes de vies : entrée en institution 	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur - Pathologies infectieuses - Fracture entraînant une impotence fonctionnelle - Intervention chirurgicale - Constipation sévère - Escarre 	<ul style="list-style-type: none"> - Polymédication - Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, ... - Corticoïdes au long cours
Troubles bucco-dentaires	Régimes restrictifs	Syndromes démentiels et autres troubles neurologiques
<ul style="list-style-type: none"> - Trouble de mastication - Mauvais état dentaire - Appareillage mal adapté - Sécheresse de la bouche - Candidose oro-pharyngée - Dysgueusie 	<ul style="list-style-type: none"> - Sans sel - Amaigrissement - Diabétique - Hypocholestérolémiant - Sans résidu au long cours 	<ul style="list-style-type: none"> - Maladie d'Alzheimer - Autres démences - Syndrome confusionnel - Trouble de la vigilance - Syndrome parkinsonien
Trouble de la déglutition	Dépendance pour les actes de la vie quotidienne	Troubles psychiatriques
<ul style="list-style-type: none"> - Pathologie ORL - Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépendance pour l'alimentation - Dépendance pour la mobilité 	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome dépressif - Troubles du comportement

Situations à risque spécifiques de la personne âgée (HAS)

1. Objet et finalité du projet d'expérimentation / Enjeu de l'expérimentation

Le projet a intégré le Dispositif d'appui à la coordination (DAC) du territoire Montreuillois Ternois Arrageois.

Il vise à prendre en charge des situations complexes liées à la dénutrition et ses situations à risque relevant du DAC.

Ce projet se coconstruit sur les territoires avec les professionnels de santé de premier recours, les Maisons de Santé Pluridisciplinaires, l'ensemble des acteurs des champs du sanitaire médicosocial et social. Il intégrera les futures Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Ce parcours présente des interfaces avec d'autres parcours développés sur le territoire notamment les parcours de psychogériatrie et « les parcours chute ». Il s'articule avec ces différents projets et initiatives de parcours existant sur le territoire afin de ne pas cloisonner ces différents parcours.

Cette expérimentation s'appuiera sur les fonctionnalités de l'espace numérique régional PREDICE (projet régional de transformation digitale du système de santé).

Une réflexion sur l'informatisation de ce parcours est débutée avec Santé numérique Hauts-de-France.

La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) est mise en place à l'aide des outils de coordination numériques PREDICE, permettant l'échange et le partage d'informations de manière sécurisée.

1.a. Le projet d'expérimentation

L'enjeu principal est l'amélioration du parcours de santé de la personne âgée dénutrie. Trois principaux axes sont concernés : la prévention, le repérage et la prise en charge de la dénutrition et de ses situations à risque. Ce projet vise à développer la prise en charge coordonnée du patient dénutri et de son entourage au domicile, avec le rôle pivot du médecin traitant.

Le projet a pour objectif de renforcer la coopération entre les acteurs de ville (médecin traitant, pharmacien d'officine, Infirmiers libéraux (IDEL), auxiliaires de vie, aide-ménagère, diététiciens libéraux ainsi que d'autres personnes ressources prenant en charge les différentes situations à risque décrites ci-dessus comme le psychologue, l'orthophoniste, l'ergothérapeute) et les acteurs du Dispositif d'Appui à la Coordination pour définir un Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS), avec au besoin un lien avec les établissements de santé publics et privés des territoires.

Ce projet va contribuer également à diffuser la culture gériatrique et développer les compétences nécessaires en ville pour prendre en charge la dénutrition de la personne âgée et ses situations à risque décrites par la HAS en novembre 2021.

L'innovation du projet repose sur la création d'un dispositif d'intervention de personnes ressources : un diététicien libéral et/ou d'autres personnes ressources prenant en charge les situations à risque de dénutrition décrites par l'HAS (psychologue, orthophoniste, ergothérapeute...) au domicile du patient et sur la mise en place d'une concertation pluridisciplinaire (réunion de concertation pluridisciplinaire = RCP) entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge du patient des différents champs sanitaires, médico-sociaux, sociaux au domicile.

Ces interventions au domicile ne sont pas remboursées par l'Assurance Maladie.

La prise en charge d'un diététicien au domicile est une réelle plus-value pour les patients dénutris modérés ou sévères. Elle permet d'améliorer le statut nutritionnel. La correction des situations à risque va permettre une prise en charge globale.

Ce projet va également prendre en charge les facteurs de risque de la dénutrition décrits par la Haute Autorité de Santé.

Le projet va aussi consister en la mise en place d'une réunion de concertation pluridisciplinaire avec les différents acteurs impliqués en vue de l'élaboration d'un plan personnalisé de coordination en santé.

L'enjeu de ce projet est également celui de la coordination et/ou des coordinateur(s) d'un parcours de santé, à la fois la coordination d'un parcours de santé, la coordination de la prise en charge et du suivi. Le médecin traitant reste pivot et référent de la prise en charge médicale. Concernant la coordination au domicile, il pourra y avoir sur le parcours plusieurs coordinateurs : le médecin traitant, l'infirmier libéral, l'équipe du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC).

1.b. Objectif du projet d'expérimentation

- **Objectifs principaux**

- Mettre en place un accompagnement pluri professionnel des patients âgés dénutris et présentant des situations à risque à domicile.
- Décloisonner au domicile les organisations entre les différents champs sanitaires, médico-sociaux, et sociaux.
- Décloisonner les organisations entre les acteurs de la ville et les Etablissements de Santé publics et privés
- Créer un forfait « parcours patient âgé dénutri et à situations à risque »

- **Objectifs opérationnels**

- Faire intervenir le diététicien et/ou d'autres personnes ressources prenant en charge les situations à risque (psychologue, orthophoniste, ergothérapeute, ...) à domicile.
- Optimiser la prescription médicamenteuse avec le pharmacien d'officine et le médecin traitant
- Organiser des réunions de concertation pluriprofessionnelle avec les intervenants impliqués autour du patient à domicile (médecin traitant, IDE, Equipe du DAC, diététicien, SAD ou SSIAD) pour un décloisonnement des champs du sanitaire et médico-social et de la ville).
- Elaborer le Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS)
- Développer la collaboration des professionnels de ville/équipes des Etablissements de Santé autour de la prise en charge des personnes âgées dénutries
- Acculturer les acteurs de ville aux bonnes pratiques et recommandations HAS sur la prise en charge de la dénutrition et des situations à risque avec des réunions de sensibilisation et formation sur la dénutrition et ses facteurs de risque.
- Former les professionnels de santé libéraux aux notions de parcours de santé et de soins, aux outils du parcours comme les chemins cliniques (notion de chemins cliniques territoriaux).

1.c. Démarche d'accompagnement

A) Population cible

Personnes dénutries modérées ou dénutries sévères (ne relevant pas d'une prise en charge hospitalière) et à situations à risque rentrant dans les critères de la mission d'appui à la coordination du DAC :

- Personnes de 60 ans et plus avec critères de fragilité selon la grille SEGA > 8

Avec :

- Accord de prise en charge par le patient et/ou l'aidant
- Accord de prise en charge par le médecin traitant.

Un patient hospitalisé dans un établissement de santé pourra intégrer ce parcours à la sortie d'hospitalisation après signalement de l'établissement et accord du médecin traitant.

B) Process « parcours de santé du patient âgé dénutri »

- Les actions du parcours comportent :

- le pré repérage et l'adressage
- les bilans à domicile et la RCP
- le suivi de la prise en charge à domicile et la coordination jusqu'à l'évaluation finale.

Ainsi, le process parcours peut être détaillé en 7 étapes : L'acte déclencheur d'entrée dans le parcours est la réalisation du diagnostic de dénutrition.

A chaque étape le consentement de la personne âgée et/ou son référent est demandé notamment pour l'utilisation de l'outil numérique. A chaque étape le patient et/ou son référent sont informés de la prise en charge et des acteurs impliqués.

- 7 Etapes :

- Etape 1 : Pré repérage (perte de poids \geq 3 kgs, au moins 5% en 1 mois ou 10% en 6 mois)



- Etape 2 : Signalement au médecin traitant



- Etape 3 : Adressage par le médecin traitant ou l'établissement de santé au réseau de santé gériatrique si le pré repérage n'a pas été effectué par le RSG = étape de préparation au diagnostic / **coordination = Equipe du DAC**

Recueil d'informations

⇒ Identification des objectifs / besoins pour la prise en charge : histoire de la maladie, antécédents, actions déjà mise en place, causes et conséquences éventuelles de la dénutrition.

Demande des marqueurs biologiques de la dénutrition, (albumine) au médecin traitant par le médecin du DAC.



• Etape 4 : Diagnostic de l'état nutritionnel et recherche des situations à risque (expertise gériatrique et bilan diététique) / **Coordination = Equipe du DAC**

- Diagnostic nutritionnel selon les recommandations HAS de novembre 2021
- « Inclusion dans le parcours du patient âgé dénutri » des patients présentant une dénutrition modérée ou sévère
- Sollicitation des « personnes ressources » nécessaires à la prise en charge : diététicien (confirme le diagnostic et établit la stratégie, les modalités de prise en charge nutritionnelles) et autres intervenants en fonction des situations à risque repérées (psychologue, ergothérapeute, orthophoniste...).

Concernant la dénutrition sévère, le patient âgé dénutri reste dans le parcours si son état de santé ne requiert pas une hospitalisation. Les kinésithérapeutes sont informés lorsqu'ils sont impliqués dans la prise en charge.



• Etape 5 : Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) avec élaboration du plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) / **Coordination = Equipe du DAC**

Par les différents acteurs impliqués dans la prise en charge au domicile pour la prise en charge nutritionnelle (Equipe DAC, médecin traitant, infirmier libéral, SAAD, diététicien). Identification et validation (médecin traitant/médecin du DAC) des personnes ressources à solliciter pour la prise en charge des situations à risque de dénutrition.

Le coordinateur veillera au remplissage du PPCS par les différents professionnels et son envoi au patient.



• Etape 6 : Prise en charge et suivi au domicile

Coordination. Médecin traitant ou infirmier libéral ou Equipe DAC

Les objectifs de prise en charge sont définis lors de la RCP dans le cadre du PPCS avec les acteurs référents bien identifiés en fonction des situations à risque. La prise en charge est clarifiée dans le chemin clinique de la dénutrition et de chaque situation à risque : Le « qui fait quoi ? » (Cf Tableau prise en charge coordonnée « Articulation des différents acteurs » page 9)

Le coordinateur du suivi des recommandations à domicile dans cette phase de prise en charge peut être différent d'un patient à un autre en fonction des acteurs mobilisés au domicile (médecin traitant, infirmier libéral, Equipe DAC...)

Les différentes interventions des différents professionnels sont intégrées dans le PPCS.

Le diététicien-effectuera le suivi adapté à l'état nutritionnel du patient âgé

Au besoin, l'équipe DAC fera le lien avec les établissements de santé éventuellement sollicités, notamment dans le cadre de la prise en charge d'une personne âgée dénutrie sévère (médecin nutritionniste).

Une collaboration sera également effectuée avec les acteurs du parcours de psychogériatrie développé sur les deux territoires (lien avec psychiatres, CMP), ainsi que les dentistes dans le cadre d'une éventuelle problématique bucco-dentaire.

Le coordinateur s'assurera du suivi du PPCS.



• Etape 7 : Evaluation de la prise en charge / suite à donner → Fin de prise en charge (sortie de parcours) /réorientation/prolongation de la prise en charge /
coordination = médecin traitant ou le médecin de l'équipe du DAC en lien avec le médecin traitant

Cette évaluation de la prise en charge se tiendra dans un délai de 3 à 4 mois, selon l'évolution de l'état nutritionnel et de la prise en charge des situations à risque et à partir des objectifs, indicateurs de suivi définis dans le PPCS. Le coordinateur aura la responsabilité d'effectuer une synthèse, d'informer les acteurs du parcours des résultats de cette évaluation ainsi que le patient et son référent.

La sortie du parcours sera définie en fonction des résultats obtenus sur le statut nutritionnel et les situations à risque prises en charge.

Pour tous les patients stabilisés en fin de prise en charge, « une veille » au long cours pourra être organisée avec suivi. Exemple : suivi poids. En cas de perte ≥ 3 kg le patient pourra réintégrer le parcours de santé du patient âgé dénutri.

Cette veille sera identifiée lors de l'étape 7 par le médecin traitant et le médecin du DAC en lien avec l'infirmier libéral, le diététicien, les SAAD, avec l'identification de la personne référente (médecin traitant, infirmier libéral) à l'aide d'indicateurs de suivi.

Pour toute problématique médicale aiguë durant le parcours, un point sera fait entre le médecin traitant et le médecin du DAC avec aide à l'orientation au besoin par ce dernier, de même pour toute hospitalisation en établissement de santé public ou privé ou prise en charge en service d'hospitalisation à domicile (HAD).

La prise en charge nutritionnelle du patient âgé dénutri est adaptée et graduée en fonction du diagnostic nutritionnel. Elle est clairement définie dans le parcours de soins/chemin clinique « dépistage et prise en charge de la dénutrition pour les patients âgés ».

De la même façon, pour chaque situation à risque, un chemin clinique sera formalisé permettant ainsi de clarifier les prises en charge par situation à risque à partir des recommandations des bonnes pratiques avec les ressources nécessaires identifiées. Cela va permettre également d'identifier les ressources nécessaires à mobiliser pour chaque situation à risque. Les ressources

orthophoniques, ergothérapeutes, psychologues seront interpellées sur des critères bien définis dans les chemins cliniques.

Concernant les RCP, réunir en pratique tous les acteurs pour élaborer le PPCS, pourra être difficile. La RCP pourra être « dématérialisée ». Des solutions alternatives « au présentiel » basées sur les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) sont développées notamment dans le cadre de l'outil PREDICE.

Le tableau ci-dessous « prise en charge coordonnée » reprend les différentes étapes, « qui fait quoi ? comment ? », « l'articulation des différents acteurs ».

**Parcours de santé du patient âgé dénutri : Tableau de prise en charge coordonnée
« Articulation des différents acteurs »**

	Qui ?	Fait quoi ?	Comment ?
<u>Etape 1 : Pré repérage</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Médecins traitants - Infirmiers libéraux -Equipe DAC -Etablissements de santé du territoire -Pharmaciens -Services d'aides à domicile (SAAD) -Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) -HAD 	Repérage des personnes âgées potentiellement dénutries	Perte de poids ≥ 3 kgs Perte de poids au moins 5% en 1 mois ou 10% en 6 mois
	Qui ?	Fait quoi ?	Comment ?
<u>Etape 2 : Signalement au médecin traitant</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Infirmiers libéraux -Equipe DAC -Etablissements de santé -Pharmaciens -Services d'aides à domicile (SAAD) -Service de soins infirmiers à 	Signalement à l'équipe DAC	Appel téléphonique Mail sécurisé

	domicile (SSIAD) -HAD		
	Qui ?	Fait quoi ?	Comment ?
<p><u>Etape 3 : adressage au RSG</u> Préparation du diagnostic</p> <p>Coordination : Equipe DAC</p>	<p>-Médecins traitants - Infirmiers libéraux -Etablissements de santé</p>	<p>Adressage à l'équipe DAC</p>	<p><u>Préciser recueil d'information</u> Histoire de la maladie, antécédents, actions déjà mises en place, causes et conséquences éventuelles de la dénutrition. Identification des objectifs et besoins de prise en charge, demande par le médecin du DAC du marqueur biologique de la dénutrition (albumine) au Médecin Traitant.</p>
<p><u>Etape 4 : Diagnostic de l'état nutritionnel et recherche des situations à risque (expertise gériatrique et bilan diététique)</u></p> <p>Coordination : Equipe DAC</p>	<p>-Equipe DAC</p>	<p>Le médecin du DAC confirme le diagnostic et valide les situations à risque repérées par le référent parcours du DAC.</p>	<p>A partir des recommandations de la HAS Novembre 2021 et en lien avec le chemin clinique « dépistage et prise en charge de la dénutrition pour les patients âgés » et les chemins cliniques des différentes situations à risque de dénutrition.</p>
	Qui ?	Fait quoi ?	Comment ?
<p><u>Etape 5 : RCP avec élaboration du PPCS</u></p> <p>Coordination : Equipe DAC</p>	<p>-Equipe DAC -Diététicien -Médecin traitant -IDE libéral -SAAD SSIAD</p>	<p>Concertation pluridisciplinaire afin de définir le Plan Personnalisé de Coordination en Santé, définir le « qui fait quoi ? qui et comment ? » dans la prise en charge, les objectifs, les indicateurs de résultats et de suivi et définir qui est le</p>	<p>En présentiel ou RCP dématérialisées dans le cadre de l'outil de coordination PREDICE.</p>

		coordinateur de la prise en charge/du suivi/de l'évaluation	
<p><u>Etape 6 : Prise en charge et suivi au domicile</u></p> <p>Coordination : médecin traitant ou infirmier libéral ou Equipe DAC</p>	<p>-Equipe DAC -Médecin traitant -IDE libéral -Diététicien -SAAD SSIAD En fonction de la prise en charge des situations à risque : Psychologue, pharmacien, orthophoniste, ergothérapeute, psychiatre CMP...</p>	Prise en charge selon les compétences de chacun	Suivi des chemins cliniques
	Qui ?	Fait quoi ?	Comment ?
<p><u>Etape 7 : Evaluation de la prise en charge / suite à donner (Fin de prise en charge/réorientation/prolongation de prise en charge (« suivi au long cours »)</u></p> <p>Coordination : médecin traitant ou Equipe DAC en lien avec le médecin traitant.</p>	<p>Les différents acteurs impliqués dans la prise en charge et la coordination clairement définis : Equipe DAC, Médecin traitant, infirmier libéral, SAAD, pharmacien, SSIAD, Diététicien, les acteurs de la prise en charge des situations à risque.</p>	<p>- Evaluation de l'évolution de l'état nutritionnel et de la prise en charge des situations à risque à partir des objectifs et indicateurs de suivi et résultats définis à la RCP / -Décision de la suite à donner (prolongation de prise en charge / réorientation) validation par le médecin du DAC et le médecin traitant. En cas de prise en charge « veille », identification du référent qui assure le suivi de</p>	<p>En présentiel ou dématérialisé dans le cadre de l'outil de coordination PREDICE</p>

		cette phase de « veille » (Médecin traitant, infirmier libéral...).	
--	--	---	--

C) Apports des parties prenantes

● Diététiciens

- ☆ Evaluation nutritionnelle au domicile (confirmation du diagnostic)
 - Enquête alimentaire
 - Mesures anthropométriques
 - Grip test
 - Tests échantillon compléments nutritionnels oraux (goûts patients)
 - Evaluation mastication / déglutition

- ☆ Proposition de prise en charge nutritionnelle (enrichissement alimentaire, augmentation des apports alimentaires, fractionnement des repas, suivi poids avec fréquence, hydratation, adaptation texture, installation repas...) en adéquation avec les appétences du patient et de ses ressources.

- ☆ Synthèse / compte rendu / appel médecin traitant / lien avec les SAAD / lien avec l'équipe du DAC
 - Propositions au médecin traitant de la prescription de compléments nutritionnels oraux
 - Appel des SSAD avec envoi des propositions, recettes...
 - Lien avec famille / entourage concernant les propositions, menus...
 - Lien avec le RSG qui intègre la prise en charge nutritionnelle à la prise en charge globale de la personne âgée (prise en compte des autres syndromes gériatriques, des différentes situations à risque de la dénutrition)

- ☆ Mission de « pédagogie » des SAAD et patients / famille ++ éducation des patients entourage

- ☆ Visite à domicile de suivi à 2 mois au plus tôt si nécessaire en présence de l'aidant = mesure efficacité des propositions faites lors de l'enquête, mesures anthropométriques (poids, IMC, calcul cinétique poids, circonférence brachiale) grip test, MNA. Lien avec médecin traitant / Equipe du DAC / SAAD

- ☆ En fonction de l'évaluation proposition ou non de suivi : 3 séances au maximum de suivi pour une durée moyenne de 4 mois

- ☆ En cas d'échec = consultation nutritionniste à l'hôpital.

● SAAD

- ☆ Participation active de la prise en charge nutritionnelle au domicile et l'organisation autour des repas :
 - Courses
 - Repas
 - Adaptation textures
 - Enrichissement des repas / fractionnement
 - Aide à la vérification de la prise effective des repas
 - Surveillance poids et ingestas
 - Vérification à l'aide à la prise des compléments alimentaires
 - Suivi des recommandations du diététicien

● Equipe DAC

- Expertise gériatrique initiale
- Repérage et prise en charge des différents éléments de fragilité, syndromes gériatriques
- Diagnostic nutritionnel et orientation vers le parcours de santé du patient âgé dénutri après accord du médecin traitant
- Repérage des différentes situations à risque de dénutrition
- Coordination et implication du PPCS / organisation RCP
- Coordination globale du parcours de santé du patient âgé dénutri

● IDEL

- Ils peuvent être coordinateurs de la prise en charge et du suivi, interpellé au besoin le DAC, faire le lien avec le diététicien libéral, le médecin traitant, les SAAD.
- Informé(e) par le référent parcours du DAC de l'inclusion du patient dans le parcours dénutri et des propositions de prise en charge
- Suivi du poids

2. En adéquation avec les objectifs fixés ci-dessus, quels sont les impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation ?

2.a. En termes d'amélioration du service rendu pour les usagers

- Repérer et prendre en charge de la personne âgée dénutrie avec situations à risque de dénutrition
- Permettre une prise en charge qualitative au domicile, maintien de l'autonomie, de la qualité de vie
- Impliquer des usagers sur leur parcours et leur aidant
- Repérer et prendre en charge de la fragilité gériatrique
- Adapter la prescription médicamenteuse

- Améliorer l'appétit
- Prévenir des hospitalisations non programmées pour une dénutrition et/ou ses conséquences, et les situations à risque connues
- Diminuer le recours au service des urgences
- Prévenir les décompensations psycho comportementales
- Prévenir les chutes
- Prévenir les situations à risque de dénutrition

2.b. En termes d'organisation et de pratiques professionnelles pour les professionnels et les Etablissements de santé :

- « Diffuser la Culture Gériatrique » au domicile sur les concepts de la gériatrie, les syndromes gériatriques, la fragilité gériatrique, l'importance d'un repérage précoce
- Mettre en place un dispositif innovant permettant l'intervention d'un diététicien-et d'autres personnes ressources en matière de prise en charge des facteurs de risque
- Améliorer les liens entre les professionnels des différents champs, les professionnels de santé de ville et Etablissement de santé autour de la dénutrition et des facteurs de risque
- Développer une prise en charge pluridisciplinaire centrée sur la personne âgée dénutrie avec les professionnels de premier recours.

2.c. En termes d'efficience pour les dépenses de santé

- Développer le repérage et la prise en charge de la personne âgée dénutrie et des situations à risque de dénutrition devrait permettre d'éviter certaines hospitalisations.
- Développer le partenariat ville/hôpital devrait permettre d'éviter des ré-hospitalisations non justifiées.
- Développer la prise en charge de la dénutrition au domicile avec l'intervention du diététicien et les conseils en termes d'enrichissement des repas devrait permettre de diminuer la consommation des compléments nutritionnels oraux.
- Agir sur le mésusage des médicaments favorisant la dénutrition (anorexigènes, psychotropes...) devrait permettre d'éviter la consommation inappropriée et le coût de cette consommation.

3. Durée de l'expérimentation envisagée (maximum 5 ans)

3.a. Durée envisagée du projet du projet expérimental proposée : 4 ans

3.b. Planning prévisionnel des grandes phases de mise en service du projet d'expérimentation

2020

- Poursuite de la communication au sein du territoire Ternois Arrageois

2020/2021

- Mise en place du dispositif sur le territoire Ternois Arrageois

2021/2022/2023/2024

- Montée en charge progressive de la prise en charge des patients sur le territoire Ternois Arrageois

Sur le Montreuillois (2nd territoire d'expérimentation) :

- 2022 : étude de la transférabilité du parcours de santé du patient âgé dénutri
- 2023/2024 : mise en place du dispositif avec montée en charge progressive

4. Champ d'application territorial proposé :

4.a. Éléments de diagnostic

Contexte et constats ayant conduit à la proposition de projet d'expérimentation.

Depuis 2012, se développe sur la Communauté de Communes d'Arras le « parcours de santé du patient âgé dénutri : prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition et des situations à risque en équipe pluridisciplinaire ville-hôpital », ceci à partir de recommandations de la Haute Autorité de Santé « Stratégie et prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée »(4).

Ce parcours de santé s'est co-construit avec l'ensemble des acteurs des champs du sanitaire médicosocial, social et de la prévention et se structure autour de 3 axes (15):

- la Prévention de la dénutrition avec des Conférences collectives grand public « J'ai décidé de bien vieillir » portant sur la prévention de la dénutrition et des situations à risque notamment celle des « traitements médicamenteux au long cours » (financement Conférence des financeurs / département) en partenariat avec la CUA (Contrat Local de Santé), le Centre Communal d'Action Social (CCAS) d'Arras, la Maison de l'Autonomie, le Centre Hospitalier d'Arras, l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) d'Arras, les acteurs des secteurs du Ternois (Contrat local de santé, communauté de communes du Ternois) et du Bapalmois (Contrat local de santé sud Arras).

- Le repérage et le dépistage de la dénutrition avec des actions de sensibilisation des aides à domicile à l'équilibre alimentaire, la prévention et le repérage de la dénutrition en collaboration étroite avec la Maison de l'Autonomie.

- La prise en charge de la dénutrition au domicile dans le cadre du Réseau de Santé Gériatrique Ternois Arrageois (RGTA).

D'autres partenaires rejoignent ce projet : la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), les infirmiers libéraux. L'objectif est d'étendre ce parcours à l'ensemble du territoire du RGTA.

Depuis début 2020 des rencontres sont organisées sur le territoire Ternois Arrageois avec les différentes maisons de santé pluriprofessionnelles du territoire (MSP) pour présentation du projet « parcours de santé du patient âgé dénutri » et d'identification d'axes de collaboration par MSP avec le RSG Ternois Arrageois.

L'objectif est d'évaluer ce parcours mis en place sur le territoire Ternois Arrageois pour le transposer, le transférer sur le territoire du Montreuillois, afin d'être mis en place sur l'ensemble du territoire du Montreuillois Ternois Arrageois.

Une présentation de l'ensemble du projet a été effectuée en 2018 aux URPS Médecins, Infirmiers et pharmaciens. En juin 2020, un point avancé du projet a été effectué avec l'URPS infirmiers, URPS médecins et pharmaciens.

Champ d'application territorial

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
Local	OUI	Territoire Montreuillois Ternois Arrageois correspondant au territoire du DAC
Régional	NON	
Interrégional	NON	
National	NON	

5. Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation (ou groupe d'acteurs)

	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 (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser...) Préciser les coopérations existantes
Porteur : Equipe DAC	Appui Santé Montreuillois Ternois Arrageois 172-178 rue d' Hesdin 62 130 GAUCHIN VERLOINGT	Dr PETIT Valérie geriatre.petit@dac-mta.fr 03 21 86 10 29	
Partenaire(s) du projet d'expérimentation	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Présentation URPS médecins/pharmaciens/infirmières en 2018 réunions avancées projet réalisées en 2020</i> • DAC partenaires déjà impliqués depuis 2012 et de façon progressive : <ul style="list-style-type: none"> - GHAT (Groupement Hospitalier Artois Ternois) - Polyclinique du Ternois - Hôpital privé des Bonnettes - Maison de l'Autonomie de l'Arrageois (Département du pas de Calais) - Maison de l'Autonomie du Ternois (Département du pas de Calais) - CCAS d'Arras - SAAD / SSIAD / ADMR du territoire - Institut de Formation Soins Infirmiers GHAT - Contrat Local de Santé Communauté Urbaine d'Arras - Contrat local de santé, Communauté de Communes du Ternois, - Contrat local de santé Sud 		Préciser pour chaque partenaire de l'expérimentation

	<p>Artois - Professionnels de 1^{er} recours sur le territoire du RGTA* - Diététiciennes libérales du territoire du RGTA** (En cours Carsat et MSA)</p>		
--	---	--	--

6. Catégories d'expérimentations

- A quelle(s) catégorie(s) d'expérimentations répond le projet ?
Il est possible de combiner les catégories.

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	X
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
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	X
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°)¹ :	Cocher
1o 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	

¹ 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)

recueil de données en vie réelle	
2o 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	
3o 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.	

7. Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation

Au moins une dérogation, et plusieurs réponses sont possibles.

I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites du financement actuel	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de remboursement par l'assurance maladie des interventions à domicile et du diététicien et de personnes ressources comme l'ergothérapeute, le psychologue. - Absence de forfait de coordination - Absence de forfait de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire des différents acteurs au domicile
<p><u>Dérogations de financement envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Facturation, • Tarification, • Remboursement, • Paiement direct des honoraires par le malade, • Frais couverts par l'assurance maladie • Participation de l'assuré • Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Créer un forfait « parcours du patient âgé dénutri » comportant : <ul style="list-style-type: none"> - une composante intervention à domicile d'un diététicien - une composante d'intervention des ressources spécifiques en fonction des situations à risque (orthophonistes, psychologues, ergothérapeutes, pharmaciens...) = forfait facteur de risque - une composante de coordination interprofessionnelle et pluridisciplinaire • Créer un forfait formation des professionnels de santé de ville et SAAD à la dénutrition et situations à risque, aux parcours de soins et de santé et chemins cliniques. • Créer un forfait matériel « kit valisette »

II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites des règles d'organisation actuelles	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de financement de la coordination interprofessionnelle - Absence d'organisation liée à l'intervention à domicile d'un diététicien et d'autres professionnels ressources pour la prise en charge des situations à risque. - Absence d'outil numérique de coordination - Absence d'informatisation, de formation sur les parcours de santé en ville
<p><u>Dérogations organisationnelles</u> envisagées (article L162-31-1-II-2°):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partage d'honoraires entre professionnels de santé • Prestations d'hébergement non médicalisé • Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements • Dispensation à domicile des dialysats 	<ul style="list-style-type: none"> - Structurer l'intervention à domicile du diététicien et des autres professionnels ressources des situations à risque - Créer un outil collaboratif de l'informatisation des parcours de soins/chemins cliniques - Organiser la coordination interprofessionnelle - Faciliter le partage d'informations des données de santé numérique : matériel nécessaire : ordinateur, tablette, ...

8. Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement :

8.a. Volumétrie de patients et critères d'inclusion et/ou d'exclusion,

Cible : Montée en charge progressive du nombre de patients pour chacun des territoires (mise en place en 2020 sur le Territoire Ternois Arrageois)

Territoire Ternois Arrageois		Territoire Montreuillois	
2021/2022	110	2023/2024	120
2022/2023	125		
2023/2024	150		

8.b. Estimation financière du modèle

Modèle de financement proposé = financement à la séquence

A) **Financement du parcours / acteurs engagés**

Le parcours de santé du patient âgé dénutri repose sur l'intervention de plusieurs acteurs en un temps donné (environ 4 mois) nécessitant une forte coordination et la réalisation de certains actes actuellement hors nomenclature.

L'acte déclencheur d'entrée dans le parcours est la réalisation du diagnostic de dénutrition.

Composition du forfait article 51 :

a) **Diagnostic et bilans initiaux**

Cette phase a pour objet la réalisation du diagnostic de dénutrition du repérage des situations à risque de dénutrition et la réalisation de tous les bilans initiaux nécessaires pour établir la stratégie thérapeutique adaptée au patient ainsi que la RCP qui permet d'établir le PPCS.

Relèveraient du financement article 51 le financement des missions suivantes :

Action	Contenu	Montant	Pour qui
<p><u>Préparation du diagnostic (Etape 3)</u></p> <p>Coordination : Equipe DAC</p>	<p>- Recueil informations nécessaires au diagnostic (prise de poids, recherche d'antécédents)</p>	<p>20.00 € (Tarif prenant en compte les patients dépistés mais pour lesquels le diagnostic de dénutrition ne sera pas posé donc n'entrerait pas dans le parcours)</p>	<p>-Equipe DAC</p>
<p><u>Diagnostic de l'état nutritionnel et recherche des situations à risque : expertise gériatrique et bilan diététique (Etape 4)</u></p> <p>Coordination : Equipe DAC</p>	<p>- <u>Expertise gériatrique</u> : évaluation état nutritionnel et identification des situations à risque - <u>bilan diététique</u> : conforter le diagnostic et réaliser le plan de prise en charge le plus adapté</p>	<p>40.00 € (Pour 1 heure)</p>	<p>-Diététicienne</p>
<p><u>RCP avec élaboration du PPCS (Etape 5)</u></p> <p>Coordination : Equipe DAC</p>	<p>- Financement des professionnels pour sa réalisation</p>	<p>50.00 € (répartition égale entre les professionnels)</p>	<p>Au maximum 5 professionnels parmi lesquels -médecin traitant - infirmier libéral - Equipe DAC - diététicienne - services d'aides à domicile</p>

Au total financement Assurance Maladie dédié à la réalisation de cette phase = **110.00 €**

Sont financés pour le droit commun et non inclus dans le forfait :

- La consultation du médecin traitant ou du nutritionniste
- Les autres bilans à effectuer avant la RCP initiale et déjà tarifés dans le droit commun : Kinésithérapeute, dentiste, pharmacien.

b) Phase de soins / suivi

Cette phase contient toutes les séances hors nomenclature nécessaires au suivi de la dénutrition et se termine par la RCP de fin de parcours.

Relèveraient du forfait article 51 le financement des missions suivantes :

Action	Contenu	Montant	Pour qui
<u>Prise en charge et suivi au domicile</u> (Etape 6) : - <u>les séances de suivi du diététicien</u> - <u>Autres actes hors nomenclature = forfait facteur de risques / situations à risque</u>	- 3 séances maximum ont été estimées sur une durée en moyenne de 4 mois -Le choix des actes nécessaires se fera en fonction de la situation du patient	125.00 € (Incluant les frais de déplacements éventuels) 120.00 € (Au Total)	Diététicien Les personnes ressources mobilisées en fonction des situations à risque repérées. 120€ à répartir entre les différents acteurs.
Coordination : médecin traitant ou infirmière libérale ou Equipe DAC			
<u>Evaluation de la prise en charge / suite à donner (Etape 7) : fin de prise en charge/réorientation/ prolongation de la prise en charge</u> Médecin traitant ou médecin du DAC en lien avec le médecin traitant	Evaluation de l'évolution de l'état nutritionnel et de la prise en charge des situations à risque (à partir des objectifs indicateurs de suivi et résultats définis à la RCP)	50.00 €	Médecin traitant ou médecin du DAC en lien avec le médecin traitant

Non inclus dans le forfait mais pouvant faire partie du parcours :

- Les actes ou séances de suivi de professionnels financés dans le droit commun

c) La coordination

Est ajouté au forfait un coût afférent à la coordination.

La coordination se veut pluridisciplinaire entre les acteurs des différents champs (sanitaires médicosociaux dont les SAAD). Cette part du forfait est destinée au coordinateur du parcours,

permet de financer tous les actes en lien avec la coordination du parcours (prise de rendez-vous, lien avec les professionnels, organisation des RCP, rémunération des différents acteurs, synthèses...). Il peut y avoir plusieurs coordinations en fonction des acteurs mobilisés pour le parcours du patient (médecin traitant, infirmier libéral, Equipe DAC). La répartition du forfait se fera de manière égale entre les coordinateurs (150€ au total).

d) Ingénierie

Comprenant la coordination globale du projet faite par l'équipe DAC, le temps secrétariat administratif pour l'ordonnancement et le paiement des différents acteurs, l'évaluation du projet par l'équipe DAC, la communication du projet aux différents partenaires du territoire, les temps de réunion, le financement de la formation des professionnels, le financement du matériel « kit valisette parcours dénutri », les frais administratifs et de gestion de l'équipe DAC, le suivi de l'activité, la démarche qualité....

La formation des professionnels va comprendre la formation des diététiciens par le nutritionniste, la formation des SAAD, la formation d'autres professionnels du parcours.

La formation va porter sur la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée, au parcours de santé, au chemin clinique, l'utilisation des outils PREDICE. Perspectives d'inscription dans le DPC.

Le matériel « kit valisette parcours dénutri » va comprendre

- Grip test
- Balances
- Supports....

Tableau récapitulatif des frais

ETAPES	Forfait	TERNOIS/ARRAGEOIS				Montreuillois	
		2020/mai 2021 (File Active 10)	Juin 2021/mai 2022 (File Active 100)	Juin 2022/mai 2023 (File Active 125)	Juin 2023/novembre 2024 (File Active 150)	Septembre 2022/mai 2023 (File Active 20)	Juin 2023/novembre 2024 (File Active 100)
Diagnostic et bilans initiaux							
Préparation diagnostic (Etape 3)	20,00 € (réseau de santé gériatrique)	200,00 €	2 000,00 €	2 500,00 €	3 000,00 €	400,00 €	2 000,00 €
Diagnostic nutritionnel et recherche des situations à risque (Etape 4)	40,00 € (diététicien)	400,00 €	4 000,00 €	5 000,00 €	6 000,00 €	800,00 €	4 000,00 €
RCP en vue de l'élaboration du PPCS (Etape 5)	50,00 € (répartition égale entre 5 professionnels maximum, parmi : médecin traitant, infirmier libéral, réseau de santé gériatrique, diététicien, services d'aides à domicile)	500,00 €	5 000,00 €	6 250,00 €	7 500,00 €	1 000,00 €	5 000,00 €
Phase de soins / suivi							
Prise en charge / Suivi à domicile - Séances de suivi diététicienne (Etape 6)	125,00 € (diététicien)	1 250,00 €	12 500,00 €	15 625,00 €	18 750,00 €	2 500,00 €	12 500,00 €
Prise en charge / Suivi à domicile - Forfait facteurs de risque et situations à risque (Etape 6)	120,00 € (A répartir entre les différents acteurs mobilisés en fonction des situations à risque)	1 200,00 €	12 000,00 €	15 000,00 €	18 000,00 €	2 400,00 €	12 000,00 €
Evaluation prise en charge / Suite à donner (Etape 7)	50,00 € (Médecin ou gériatre du réseau de santé gériatrique en lien avec le médecin traitant)	500,00 €	5 000,00 €	6 250,00 €	7 500,00 €	1 000,00 €	5 000,00 €

Coordination	150,00 € (3 coordinateurs maximum parmi : médecin traitant, infirmier libéral, réseau de santé gériatrique, répartition égale selon le nombre de coordinateurs)	1 500,00 €	15 000,00 €	18 750,00 €	22 500,00 €	3 000,00 €	15 000,00 €
Total	555,00 €	5 550,00 €	55 500,00 €	69 375,00 €	83 250,00 €	11 100,00 €	55 500,00 €

Forfait ingénierie comportant la conception, la mise en œuvre, l'évaluation, l'acculturation en ville, la formation et le suivi :

Territoire : Ternois Arrageois	
2020/2021	50 000€
Territoire du DAC : Montreuillois Ternois Arrageois	
2022	30 000€
2023	40 000€

8.c. *Soutenabilité financière du projet d'expérimentation (bénéfices identifiés/ coûts évités/ économies potentielles...)*

Bénéfices identifiés :

- Repérage précoce d'un indicateur de la fragilité gériatrique / actions de prévention individuelle et collective permettant de diminuer les dépenses de soins
- Partenariats déjà développés sur le territoire entre acteurs. Ce projet de financement va permettre d'impliquer les acteurs comme les diététiciens libéraux, les psychologues, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les SAAD, les SSIAD... et de développer la coordination au domicile par la rémunération des différents acteurs impliqués.

9. *Communication : « embarquer les parties prenantes »*

Aux partenaires directs concernés de la prise en charge (diététiciens libéraux, psychologues libéraux, pharmaciens, SAAD, médecins traitants, infirmiers libéraux, dentistes, orthophonistes..., ensemble des professionnels de santé de ville) et aux partenariats indirects (Etablissements de santé public, privé, autres institutions comme CCAS, CIAS, CLS, collectivités territoriales, CARSAT, MSA, CPAM, Département, URPS...)

La stratégie de communication est définie et débutée sur le territoire Ternois Arrageois (professionnels de premier recours / CCAS / Elus / Contrat Local de Santé / Département / MSA...)

10. Modalités de financement de l'expérimentation

- Besoins en outils d'information et communication
- Besoins en outils numérique : transmissions sécurisées des informations entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge, financement des outils collaboratifs, financement de l'informatisation des parcours de soins/chemins cliniques
- Temps étudiants « Master coordination des trajectoires de santé »
- Frais divers : matériels, déplacements, organisation réunions, « outils techniques de la prise en charge » (balances / grip test / chemin clinique), « valisette kit dénutrition pour les professionnels de 1^{er} recours »

11. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées

Une évaluation systématique des projets d'expérimentations entrant dans le dispositif est prévue par la loi. Le cadre d'évaluation des expérimentations d'innovation en santé précise les paramètres et les conditions nécessaires pour que les projets d'expérimentations puissent être évalués (cf. [note sur le cadre d'évaluation des expérimentations](#)). A noter : ci-dessous sont précisés les types d'indicateurs standards sur l'évaluation. Les dimensions susceptibles d'être améliorées (qualité et sécurité des soins, efficacité, coordination, continuité, accessibilité,...) dépendront des objectifs visés par l'expérimentation et seront in-fine mesurées par les types d'indicateurs listés ci-après.

11.a. Indicateurs de résultat et d'impact (ceux correspondants aux impacts attendus par l'expérimentation dans la rubrique 4)

- Taux de personnes âgées ayant bénéficié de la prise en charge coordonnée au domicile
- Taux de personnes âgées avec amélioration de l'état nutritionnel
- Taux de personnes âgées pour qui les traitements à risque de dénutrition ont été diminués
- Taux de personnes âgées hospitalisées dans les 2 mois après la prise en charge pluridisciplinaire pour une problématique nutritionnelle ou en lien avec une situation à risque de dénutrition
- Taux de suivi des recommandations du PPCS
- Taux de patients ayant pu bénéficier de soins buccodentaires
- Taux de patients ayant bénéficiés de prise en charge de troubles de déglutition
- Taux de patients ayant des difficultés pour les actes de la vie quotidienne, notamment pour l'organisation autour de l'alimentation
- Taux de patients chez qui une pathologie médicale a été diagnostiquée
- Taux de patients qui ont bénéficiés d'une prise en charge dans le cadre de l'isolement social

11.b. Indicateurs de satisfaction et « expérience » des patients (et/ou de leurs aidants)

Questionnaire de satisfaction à établir

11.c. Indicateurs de processus : ils permettront de suivre le déploiement du projet d'expérimentation

- Nombre de patients inclus / sur le nombre de patients âgés dépistés
- Nombre de professionnels impliqués
- Nombre de PPCS réalisés (par patient/total annuel)
- Nombre de refus de prise en charge par la personne âgée et l'aidant
- Nombre de refus d'implication d'un professionnel de santé ou acteur de la prise en charge
- Nombre de concertation / coordination ville/hôpital
- Nombre de patients orientés vers le parcours de psychogériatrie du territoire

10.d. Indicateurs de moyens (financiers, humains...).

- Nombre de rencontres avec les professionnels du territoire
- Taux de participation des professionnels de santé

12. Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées

Le recueil sera effectué par le référent parcours du DAC dans un tableau excel sécurisé reprenant différentes données :

- ➔ En ce qui concerne la prise en charge nutritionnelle : activité de la diététicienne
 - Evaluation nutritionnelle initiale
 - Evaluation des situations à risque
 - Suivi / prise en charge / actes réalisés
- ➔ En ce qui concerne la prise en charge du psychologue :
 - Acteurs mobilisés dans la prise en charge des facteurs de risque / Actes réalisés.

Sécurisations données :

L'association s'est dotée d'un DPO permettant de travailler dans le cadre du RGPD sur la protection des données des patients, des expérimentateurs, des personnes de confiance et aidants.

Le patient sera informé de son inclusion dans le cadre d'un dispositif d'appui à la coordination et du recueil de données. Il signera un consentement éclairé. Tableau anonymisé / sécurisé avec mot de passe

Le traitement des données sera réalisé dans les conditions de confidentialité définies par la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (CNIL). Le traitement des données sera effectué conformément aux exigences de la méthodologie de référence de la CNIL.

Toutes les données et informations concernant le patient resteront strictement confidentielles.

Un travail dans le cadre d'un DU santé numérique va être effectué sur la sécurité des données, l'information, le consentement éclairé des patients sur l'ensemble du parcours, l'informatisation des données de santé en lien avec la loi RGPD. L'ensemble de l'informatisation se fera dans le cadre de l'outil régional de coordination PREDICE.

13. Liens d'intérêts

Liste des professionnels, organismes ou structures participant aux projets d'expérimentation qui remettent à l'ARS une déclaration d'intérêt au titre des liens directs ou indirects (au cours des cinq années précédant l'expérimentation) avec des établissements pharmaceutiques ou des entreprises fabriquant des matériels ou des dispositifs médicaux.

Pour plus de précisions, vous pouvez vous reporter à l'annexe de [l'arrêté du 31 mars 2017 qui fixe le contenu de la DPI](#).

14. Fournir les éléments bibliographiques et/ou exemples d'expériences étrangères

Les références ci-dessous correspondent aux numéros indiqués dans la partie 4.a. Contexte et constats.

- (1) Diagnostic de la dénutrition chez la personne âgée de 70 ans et plus : recommandations de l'HAS. 10 novembre 2021
- (2) Lesourd B. Conséquences de la malnutrition chez le sujet âgé. La Revue de Gériatrie. 1995;329–32
- (3) Harris D, Haboubi N. Malnutrition screening in the elderly population. J R Soc Med. 2005;98:411–3
- (4) Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Avril 2007
- (5) Collin J, Ankri J. La problématique de la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées en France et au Québec, Psychotropic drug consumption in France and quebec. Gérontologie Société. 2003;26 / n° 107(4):149-65
- (6) Salve A, Leclercq S, Ponavoy E, Trojak B, Chauvet-Gelinier J-C, Vandel P, et al. Conduites addictives du sujet âgé. Datatraitsps37-57929 [Internet]. 19 juill 2011
- (7) Briot M. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes [Internet]. juin 22, 2006
- (8) Desmidt T, Camus V. Psychotropes et sujet âgé. Datatraitsps37-55039 [Internet]. 23 mars 2011
- (9) Fradet G, Legac X, Charlois T, Ponge T, Cottin S. Pathologie iatrogène médicamenteuse après 65 ans, responsable d'une hospitalisation. Étude rétrospective sur 1 an dans un service de médecine interne. Rev Médecine Interne. 1 juin 1996;17(6):456-60
- (10) Haute Autorité de Santé. Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé [Internet]. 2007 [cité 3 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_psychotropes_version_longue_190208.pdf

- (11) Benítez CIP, Smith K, Vasile RG, Rende R, Edelen MO, Keller MB. Use of benzodiazepines and selective serotonin reuptake inhibitors in middle-aged and older adults with anxiety disorders: a longitudinal and prospective study. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. janv 2008;16(1):5-13
- (12) Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 2016
- (13) ANSM. *Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines Avril 2017*
- (14) Haute Autorité de Santé. *Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? [Internet]*. 2014
- (15) Petit V, Defebvre MM, Caron B, Florent V, Roussel A, Delbroucq C, Marissal JP, Puisieux F. La dénutrition dans une population de personnes âgées fragiles : Intérêt d'un parcours de soins adapté. *La revue de gériatrie*, tome 42, N°8, octobre 2017
- (16) Delecluse C, Moreau P, Visade F, Pelisset C, Durande A, Le-Cardie AR, Segond A, Bisbrouck M, Puisieux F. *Prise en charge des patients en réseau de santé gériatrique par une diététicienne. Retour d'expérience. JASFGG 2014/Congrès inter régional et transfrontalier de gérontologie février 2017*
- (17) Petit V, *Master 2 mémoire coordination des trajectoires de santé 2018*
- (18) Bouveret P, Delecluse C, Visade F, Petit V, Brocquet E. *Thèse de médecine générale. Evaluation des pratiques professionnelles concernant le repérage du mésusage en benzodiazépines et molécules apparentées des sujets âgés par le Réseau de Santé Gériatrique Lille Agglo. Septembre 2019*
- (19) Serra-prat et al. *Prévalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independently living older persons. J Am Geriatr Soc 2011; 59(1) :186-7*
- (20) Brocquet E, Destringuez M, Lebihan C, Pecqueur E, Robinet P, Castier S, Maladry F, Visade F, Delecluse C. *Comment évaluer, former et informer les équipes paramédicales de Court Séjour Gériatrique sur le repérage et la prise en charge des troubles de la déglutition ? JASFGG 2019*
- (21) Ilski A, Vermeulen A, Boutemy S, Florent V. *Les troubles de la déglutition : du diagnostic à la prise en charge. Information diététique – janvier 2018.*

Agence Régionale de Santé Hauts-de-France

R32-2022-09-22-00009

Arrêté portant modification de l'arrêté du directeur général de l'ARS du 8 juin 2022 portant création et composition du comité territorial de l'investissement en santé de l'Oise

**ARRETE PORTANT MODIFICATION DE L'ARRETE DU DIRECTEUR GENERAL DE L'ARS DU 8 JUIN 2022 PORTANT
CREATION ET COMPOSITION DU COMITE TERRITORIAL DE L'INVESTISSEMENT EN SANTE DE L'OISE**

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE HAUTS-DE-FRANCE

CHEVALIER DE LA LEGION D'HONNEUR

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de l'action sociale et des familles et notamment son article R311-2 ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration, et notamment ses articles R*133-1 et suivants ;

Vu la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification;

Vu le décret n° 2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales de professionnels de santé regroupant les infirmiers ;

Vu le décret du 28 septembre 2020 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France (M. Benoît VALLET) ;

Vu la circulaire n°6250/SG du 10 mars 2021 relative à la relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France (ARS) du 1^{er} juin 2021 modifié portant création et composition du comité régional de l'investissement en santé Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'ARS du 8 juin 2022 portant création et composition du comité territorial de l'investissement en santé de l'Oise ;

ARRETE

Article 1er : L'article 3 de l'arrêté du directeur général de l'ARS du 8 juin 2022 susvisé, définissant la composition du comité territorial de l'investissement en santé pour le territoire de l'Oise, est modifié comme suit :

- le collège 1 « au titre des représentants de l'Etat » est complété par les termes :
 - « - la directrice de la délégation départementale de l'Oise ou son représentant ; »
 - « - le directeur départemental des territoires ou son représentant ; »

- après le collège 1 « au titre des représentants de l'Etat », il est ajouté un nouveau collège :
 - « 2) au titre des parlementaires :
 - les sénateurs dont la circonscription a pour ressort territorial tout ou partie du ressort territorial du comité territorial de l'investissement en santé ;
 - les députés dans le ressort territorial du comité territorial de l'investissement en santé, dans le cas où des projets présentés au comité d'inscrivent dans leur circonscription électorale ; » ;

- les collèges 2 à 5 deviennent les collèges 3 à 6 sans modification autre que leur numérotation.

La composition consolidée du comité territorial de l'investissement en santé pour le territoire de l'Oise figure en annexe unique du présent arrêté.

Article 2 : Le mandat des nouveaux membres est de la même durée que le mandat restant à courir des autres membres du comité territorial de l'investissement en santé.

Article 3 : Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent, dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Article 4 : Le directeur général adjoint de l'agence régionale de santé est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Hauts-de-France.

Fait à Lille, le

22 SEP. 2022

Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
Le Directeur général adjoint

Jean-Christophe CANLER

ANNEXE : composition consolidée du comité territorial de l'investissement en santé
pour le territoire de l'Oise

1) au titre des représentants de l'Etat :

- le directeur général de l'ARS ou son représentant ;
- la directrice de la délégation départementale de l'Oise ou son représentant ;
- le directeur de l'offre de soins de l'ARS ou son représentant ;
- la directrice de l'offre médico-sociale de l'ARS ou son représentant ;
- la directrice de la stratégie et des territoires de l'ARS ou son représentant ;
- la préfète de l'Oise ou son représentant ;
- le directeur départemental des finances publiques ou son représentant ;
- le directeur départemental des territoires ou son représentant ;

2) au titre des parlementaires :

- les sénateurs dont la circonscription a pour ressort territorial tout ou partie du ressort territorial du comité territorial de l'investissement en santé ;
- les députés dans le ressort territorial du comité territorial de l'investissement en santé, dans le cas où des projets présentés au comité d'inscrivent dans leur circonscription électorale ;

3) au titre des représentants des collectivités territoriales :

- le président du conseil régional ou son représentant ;
- la présidente du conseil départemental de l'Oise ou son représentant ;
- le président de l'association des maires de l'Oise ou son représentant ;

4) au titre des représentants des régimes d'assurance maladie :

- le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ou son représentant ;
- la directrice de la mutualité sociale agricole ou son représentant ;
- le directeur général de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) ou son représentant ;

5) au titre des représentants des usagers et de la démocratie sanitaire :

- le président du conseil territorial de santé de l'Oise ou son représentant ;
- la présidente de la commission territoriale des usagers de l'Oise ou son représentant ;

6) au titre des établissements publics :

- le directeur régional de la banque des territoires ou son représentant.

