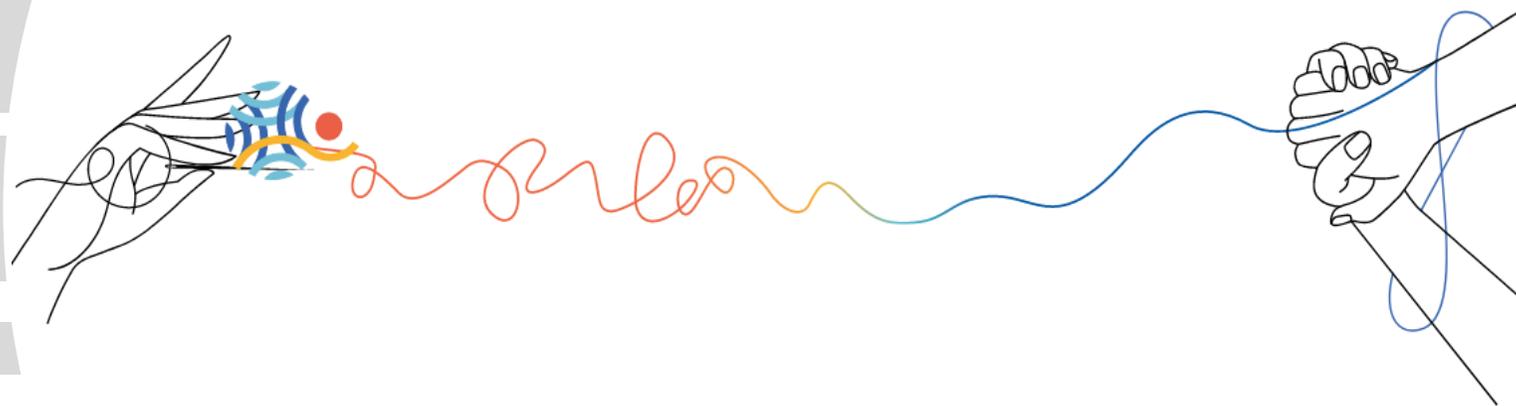




# Les Rendez-vous du DAC

Maintenez le lien entre professionnels au fil des rencontres



15 JUIN 2023

# Spécial G erontologie



# ▶ OUVERTURE DE LA JOURNÉE

LE PARCOURS « PERSONNES ÂGÉES »...  
DE NOUVELLES PERSPECTIVES



# ▶ LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2023-2028

Présenté par **Agathe OLIVIER**

Cheffe de service de l'Offre Médico-sociale,  
**Délégation Départementale des Hautes Alpes**

## PRS 3 – une construction collaborative

- Depuis fin 2022: constitution de groupes de travail autour des axes du futur PRS 3
- Le 9 mars 2023: Les Agoras
- Juin 2023: passage en CTS (20/06) et à la CRSA (21/06)
- Du 6 juillet au 10 octobre 2023: consultation officielle
- Fin septembre 2023: passage en CRSA et commissions spécialisées
- Fin octobre 2023: publication du PRS 3

## PRS 3 – les grands axes

- Comment protéger la santé de la population de la région
- Comment faciliter la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé
- Comment accompagner le vieillissement et en particulier ses conséquences en terme de prévalence des maladies chroniques et de perte d'autonomie
- Comment accompagner les personnes en situation de handicap
- Comment relever les défis de la santé mentale des personnes de notre région
- Comment améliorer la coopération des acteurs de santé
- Comment améliorer la qualité de la prise en charge

# VIA TRAJECTOIRE

## ▶ GRAND ÂGE

Présenté par **Agathe OLIVIER**

Cheffe de service de l'Offre Médico-sociale,  
**Délégation Départementale des Hautes Alpes**

ViaTrajectoire 

# ViaTrajectoire : un outil national unique...



Bienvenue sur ViaTrajectoire

Accueil

AAA

Nous utilisons des cookies pour vous garantir la meilleure expérience sur notre site. Si vous continuez à utiliser ce dernier, nous considérerons que vous acceptez l'utilisation des cookies. [Ok](#) [En savoir plus](#)

## Une orientation personnalisée et informatisée

ViaTrajectoire est un service public, gratuit et sécurisé qui propose une aide à l'orientation personnalisée dans le domaine de la santé.

## Annuaire



### PARTICULIERS



 [PERSONNES ÂGÉES](#)



 [PERSONNES EN SITUATION DE  
HANDICAP](#)

### PROFESSIONNELS



 [MÉDECINS LIBÉRAUX](#)



Nom d'utilisateur  
  
Mot de passe  
  
[Mot de passe oublié?](#) [Se connecter](#)

 [PROFESSIONNELS EN  
ÉTABLISSEMENT](#)

- **Site Web sécurisé** unique pour toute la France
- Base de données **commune et partagée** en accès sécurisé
- **Version unique** du logiciel pour toutes les régions
- Hébergement sur plateforme des données de santé des HCL **agrée par l'ANS**

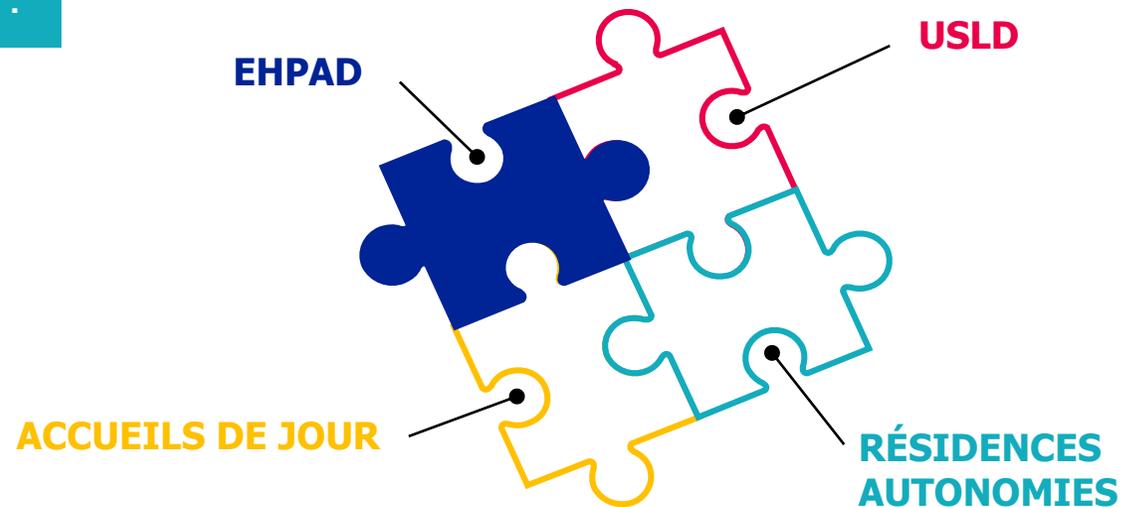
# ViaTrajectoire c'est...

Une plateforme internet <http://www.viatrajectoire.fr>

... qui vise à proposer une aide à l'orientation personnalisée et à l'admission des personnes âgées

... vers les structures d'hébergement suivantes :

**Public visé :** personnes âgées devant entrer en EHPAD, résidence autonomie ou USLD après une hospitalisation (MCO, SSR, HAD, unités de soins palliatifs) ou venant du domicile.



# Des enjeux forts et communs

## Pour les établissements\*

- Simplifier les activités administratives, gain de temps
- Fluidifier les relations entre les différents partenaires

## Pour les usagers et les aidants

- Simplifier les démarches
- Favoriser le dialogue usagers / administrations

## Pour l'ARS et le CD

- Avoir une meilleure connaissance des besoins, des parcours et de leur évolution
- Disposer de données objectivées et partager un langage commun pour l'aide à la planification et la programmation territoriale (PRS, schémas départementaux, CPOM, etc.)

\* EHPAD, RA, USLD, AJ

# Le périmètre fonctionnel de ViaTrajectoire Grand Âge

## LES PRINCIPALES FONCTIONNALITÉS :



Un **annuaire** des établissements médico-sociaux



Un dossier d'hébergement **unique** et **dématérialisé**



Un site Web **sécurisé**, contrôlé par la CNIL

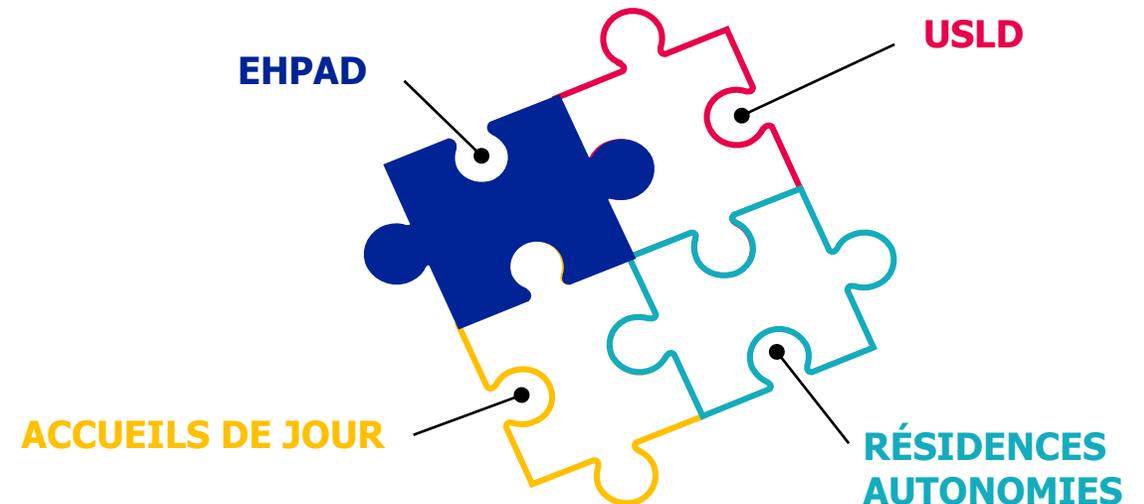


La complétude et le suivi des **demandes en temps réel**



Un observatoire des **données statistiques**  
> Meilleure connaissance de l'offre d'hébergement pour personnes âgées (disposer d'indicateurs régionaux et/ou locaux utiles)

## LES STRUCTURES CONCERNÉES :



# Les principaux utilisateurs

## Établissement d'accueil pour personne âgée : EHPAD, RA, USLD, AJ

Reçoit et traite les demandes en ligne  
Contacte le demandeur dès qu'une  
place est disponible



## Personne âgée ou proche aidant

Renseigne le volet administratif de sa demande  
Envoie sa demande une fois le dossier complété  
vers les établissements d'accueil



## Accompagnant social et médico-social

CLIC, DAC, maisons départementales  
de l'autonomie, CCAS, Services  
sociaux (CD,...), associations  
tutélaires.  
Accompagne l'utilisateur sur sa  
demande  
Peut modifier une demande (hors  
volet médical)

## Hôpitaux / Equipe de soins : MCO – SSR – HAD

Peut créer une demande d'orientation  
Peut modifier le dossier en cas  
d'hospitalisation



## Médecin traitant

Complète et valide les volets médical  
et autonomie (accès par carte CPS ou  
e-CPS)



# Le dossier de demande d'admission en ligne

Formulaire CERFA dématérialisé organisé en 3 volets :

## 1 Volet administratif

- Etat civil
- Situation familiale
- Urgence de la demande
- Type d'hébergement
- Aspects financiers
- ...

*A renseigner par la personne concernée, son aidant familial ou professionnel*



## 2 Volet médical

- Motif de la demande
- Détail des pathologies et des traitements

*A renseigner par le médecin traitant ou le médecin du service demandeur en cas d'hospitalisation*



## 3 Volet autonomie

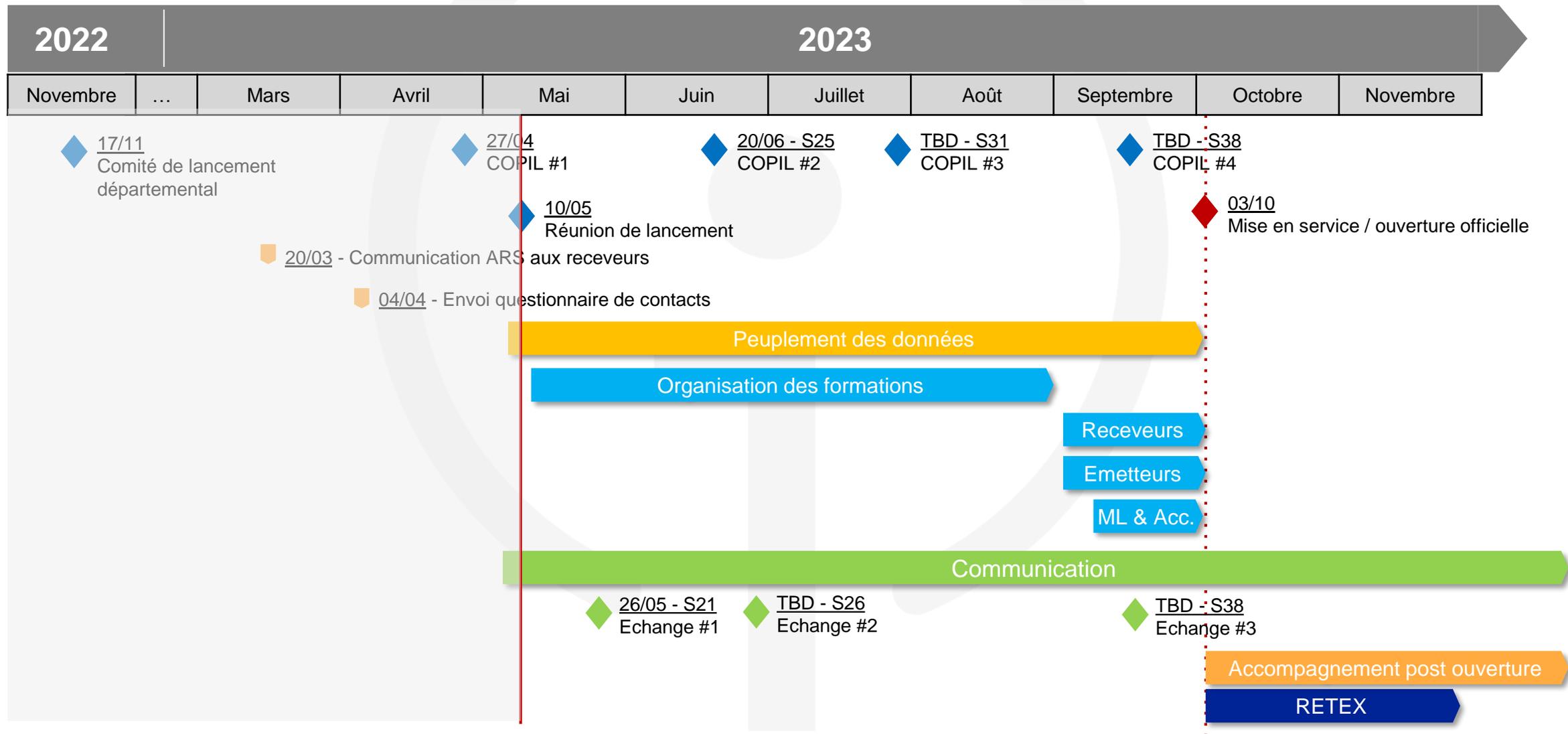
- Grille AGGIR avec le calcul automatique de la dépendance

*A renseigner par le médecin traitant ou le médecin du service demandeur en cas d'hospitalisation*





# Planning de déploiement - Hautes-Alpes



## Une plateforme sécurisée et confidentielle, proposée gratuitement par l'Agence Régionale de Santé et le Département des Hautes-Alpes

La plateforme vous permet d'effectuer vos démarches administratives d'inscription dans les établissements pour personnes âgées de façon dématérialisée.

### Une plateforme unique et intuitive

Parce qu'entrer en établissement pour personnes âgées peut être un moment compliqué et appréhendé, ViaTrajectoire a été conçue pour alléger les démarches administratives.

Fini les multitudes de dossiers papier, la plateforme est l'outil de référence qui regroupe les particuliers, les médecins et les professionnels de santé.

### De la recherche à l'entrée en établissement : toutes les démarches sont centralisées !

- Consulter et choisir son établissement pour personnes âgées grâce à un annuaire dédié qui permet de comparer et sélectionner les établissements selon les besoins (lieu, budget, soins, prestations, etc.).
- Créer son dossier d'admission unique, en ligne, qui pourra être envoyé à tous les établissements qui correspondent aux critères de recherche.
- Accéder à son dossier en quelques clics et le suivre en temps réel.
- Être averti par mail ou via une notification dès qu'un établissement répond à une demande.

## Comment utiliser ViaTrajectoire Grand Âge ?

Pour utiliser la plateforme, il est nécessaire d'avoir un ordinateur (un smartphone, ou bien une tablette), un accès à internet, ainsi qu'une adresse e-mail valide. La démarche se fait en ligne.

### Quelques clics suffisent !

#### ÉTAPE 1 /// Créer mon dossier

- Rendez-vous sur le site : <https://trajectoire.sante-ra.fr/GrandAge> et laissez-vous guider !
- Cliquez sur **Créer mon dossier**.
- Complétez vos informations personnelles.

#### ÉTAPE 2 /// Déclarer mon médecin traitant

- Renseignez son médecin traitant.
- Votre dossier est transmis automatiquement à votre médecin.
- Vous pouvez prendre rendez-vous avec lui pour qu'il complète la partie médicale.

#### ÉTAPE 3 /// Sélectionner les établissements

- Une fois votre dossier complété, vous pouvez rechercher les établissements d'accueil qui vous correspondent.
- Vous disposez de nombreux critères de recherche afin que les résultats proposés correspondent parfaitement à vos besoins et envies !

#### ÉTAPE 4 /// Envoyer une/des demande(s)

- Plusieurs établissements vous sont proposés : vous n'avez plus qu'à sélectionner ceux auxquels vous souhaitez envoyer votre dossier.
- Une fois vos demandes envoyées, vous pouvez consulter votre dossier et l'état de vos demandes en temps réel.

#### ÉTAPE 5 /// Consulter les réponses

- Vous avez reçu plusieurs réponses positives : il ne vous reste plus qu'à les accepter ou les refuser en un clic.
- Les établissements en seront automatiquement informés.

\* EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes  
EHPA : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées  
RA : Résidence Autonomie (ex-logements-foyers et ex-RPA)  
AJ : Accueil de Jour // USLD : Unité de Soins de Longue Durée



# PARCOURS ▶ « PERSONNE AGÉE »

LES RESSOURCES PRÉSENTÉES



# LES CENTRES DE RESSOURCES ▶ TERRITORIAUX

Présentés par **Marielle POLIZZI**, infirmière coordinatrice pour l'**EHPAD Jean Martin** et **Emeline HAQUETTE**, infirmière coordinatrice pour la **Résidence Guil'Ecrins**

# Objectifs *en*

Apparenté à une **plateforme de services inscrite au sein d'un territoire**, un centre de ressource territorial est porté soit par un **EHPAD** , soit par un **Service d'Aide à Domicile (SAAD)**.

Il a pour **objectif** « *de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile grâce à un accompagnement renforcé, lorsque l'accompagnement classique déjà assuré par un service proposant de l'aide ou des soins à domicile n'est plus suffisant* ». Il s'agit, notamment, **de développer une alternative à l'entrée en établissement**.

La structure porteuse du CRT est alors désignée comme un **facilitateur du parcours de santé des personnes âgées du territoire résidant à domicile ou dans un autre établissement ainsi qu'aux professionnels en charge de leur accompagnement**. L'enrichissement des missions des structures concernées est également conçu comme un levier pour renforcer l'attractivité des métiers et des parcours professionnels dans le champ du grand âge.



# Les 2 Missions

## 1- Mobiliser les ressources, compétences et actions favorisant le maintien à domicile des personnes âgées

= **VOLET 1** du cahier des charges

Le CRT devra réaliser au minimum 1 action dans chacun des 3 champs d'interventions suivants :

### 1/ Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention

( dont 2 actions recommandées par l'ARS PACA : prévenir les chutes ET développer des actions de formations au repérage de la fragilité des personnes âgées).

### 2/ Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants

3/ Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques.

## 2- Assurer un accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD

= **VOLET 2** du cahier des charges

4 domaines inscrits au cahier des charges national + 5<sup>ème</sup> ARS PACA

### 1/ Sécurisation de l'environnement de la personne

### 2/ Gestion des situations de crise

### 3/ Suivi renforcé autour de la personne

### 4/ Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement des personnes âgées

### 5/ L'aide aux aidants (obligation ARS PACA)

# A qui s'adresse un CRT?



- Les centres de ressources territoriaux s'adressent à **toutes les personnes âgées de leur territoire, quel que soit leur niveau de dépendance, ainsi qu'aux aidants.**
- Pour la mission plus spécifique d'accompagnement renforcé au domicile, le public cible des CRT sont les **personnes âgées en perte d'autonomie (GIR 1 à 4) qui souhaitent rester chez elles et qui ont besoin d'un niveau de soins et d'accompagnement correspondant à celui d'un EHPAD.**
- Les CRT visent aussi à apporter des réponses aux **professionnels qui interviennent dans l'orientation ou la prise en charge des personnes âgées et des aidants.**



# Quelles structures et quels professionnels sont mobilisés ?

**L'aide aux aidants** accompagne, oriente et soulage le quotidien des aidants

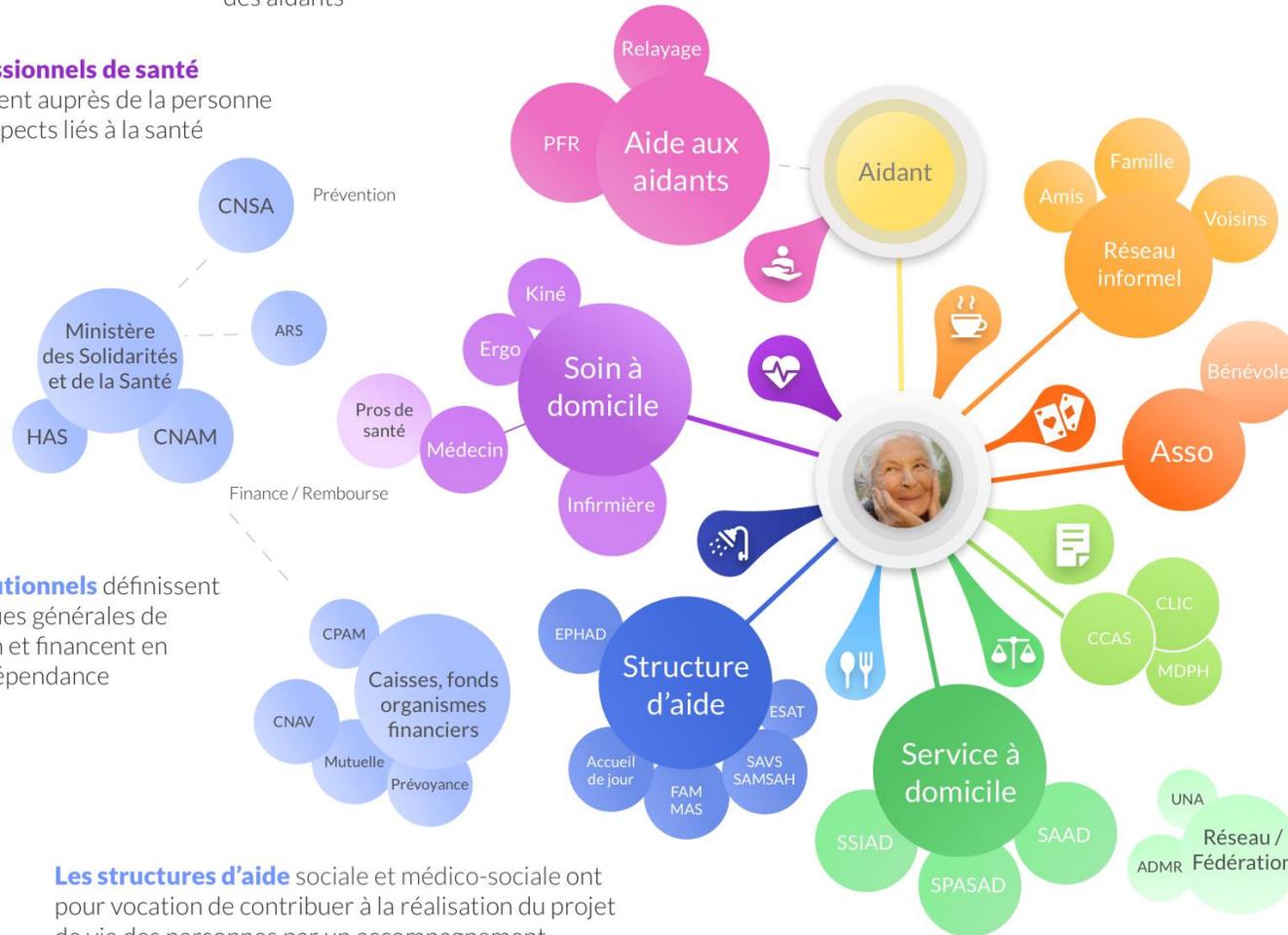
**Les aidants** sont les acteurs indispensables du maintien à domicile. Leur contribution est estimée à 164 milliards d'euros / an

**Les professionnels de santé** interviennent auprès de la personne pour les aspects liés à la santé

**Le réseau informel** est la raison d'être du bénéficiaire. Les petits moments de partage au quotidien sont nécessaires dans l'équilibre du maintien à domicile

**Les associations** sont des acteurs clés pour les personnes les plus isolées avec de faibles moyens financiers

**Les institutionnels** définissent les politiques générales de prévention et financent en partie la dépendance



**Les structures d'aide** sociale et médico-sociale ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes par un accompagnement personnalisé



**Les services à domicile** interviennent au domicile et accompagnent les personnes en perte d'autonomie dans les activités de la vie sociale et relationnelle

# Et sur le département ?

## 2 Centres Ressources Territoriaux



### CRT Guillestrois Queyras



### CRT Gap-Tallard



<b>Porteur</b>	EHPAD « Guil Ecrins »	EHPAD « Jean Martin » en partenariat avec l'EHPAD« Les Vergers de la Durance »
<b>Mise en place</b>	Depuis décembre 2022	Depuis septembre 2019 (EHPAD Hors les murs <=> CRT)
<b>Territoire d'intervention</b>	 Guillestrois- Queyras	 Bassins Gapençais et Tallardien soit dans un rayon de 20 kms des EHPAD de Gap et Tallard.
<b>Equipe</b>	1 Médecin coordonnateur / Infirmières de nuit ( en astreinte) / Ergothérapeute / IDEC (arrivée le 3/07/23) <u>Recrutement en cours</u> :psychologue (recherche conjointe avec VVCS et Ehpad)	1 Médecin coordonnateur (0,2 ETP) / 1 Infirmière coordinatrice (0,8 ETP) / 2 Infirmières de nuit (2 ETP) / 1 Ergothérapeute (1 ETP) / 1 Psychologue (0,1 ETP) / en collaboration avec une assistante de soins en gériatrie libérale (0,4 ETP environ)
<b>Intégration du dispositif</b>	Dossier d'admission > Analyse par l'équipe > Rencontre à domicile	Dossier d'admission > Analyse par l'équipe > Rencontre à domicile afin de définir le projet d'accompagnement => Signature du contrat et du projet d'accompagnement et de soin personnalisé
<b>Contact</b>	Contact IDEC prochainement Tél EHPAD: 04.92.45.47.60	Mme Marielle Polizzi (IDEC) : <a href="mailto:ehpad.horslesmurs05@gmail.com">ehpad.horslesmurs05@gmail.com</a> Tél: 06 66 27 30 28

### AXE 1 : Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention :

- **Mise à disposition de professionnels de l'EHPAD et du CH d'Aiguilles** (ergothérapeute, psychomotricienne, neuropsychologue...) Evaluation des besoins, aide aux démarches d'aménagement, informations/formations...
- **Télémedecine : consultations avancées** issues du projet médical partagé déployé au sein de GHT des Alpes du Sud
- **Mise en place d'actions de prévention en lien avec la plateforme de répit**

### Axe 2 : Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants

- **Activités communes en collaboration avec l'équipe d'animatrices** des autour d'un projet d'animation et d'un projet pédagogique. **Renforcer les liens intergénérationnels.**
- **Temps de repas intégré à l'EHPAD pour les bénéficiaires du SSIAD Renforcé** en collaboration avec les AS du domicile.

### Axe 3 : Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage des bonnes pratiques

- **Analyse et amélioration des pratiques professionnelles liées à l'hygiène** en coopération avec l'IDEC et en appui de l'INTERCLIN.
- **Collaboration avec l'EMSP du territoire** pour l'analyse et l'accompagnement des situations de fin de vie.
- **Analyse des satisfactions des bénéficiaires et des aidants, formaliser une démarche qualité** en associant les acteurs du domicile.
- **Mise en commun des plans de formation**, travail de mutualisation des deux gestionnaires de formations issues des remontées des acteurs du terrain (EHPAD Guil Ecrins - CH d'Aiguilles.)
- **Organisation de formations pour les professionnels du domicile** (Auxiliaires de vie, CESU, professionnels du SSIAD, aidants...)

### AXE 1 : Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention :

- **Temps d'ergothérapeute dédié** : évaluation de la personne et de son environnement (humain, matériel, architectural, social) et préconisation d'aménagement du logement et d'aides techniques - Prévention des chutes
- **Télémedecine** : partenariat avec la pharmacie Jouve (mise à disposition d'un box connecté avec un médecin généraliste)
- **Partenariats avec l'équipe Mobile de Gérontopsychiatrie du CHBD, le SSIAD Essor et la CPTS du Gapençais**
- **Partenariat avec la plateforme de répit** pour les actions de prévention

### Axe 2 : Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants

- **Activités équivalentes à un PASA** (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) hors les murs
- **Temps libéré ponctuel des aidants** (en partenariat avec la PFR). L'IDEC coordonne les interventions.
- **Participation aux activités proposés par l'EHPAD Jean Martin**

### Axe 3 : Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage des bonnes pratiques

- **Organisation de formations pour les professionnels du domicile** (Auxiliaires de vie, CESU, professionnels du SSIAD, aidants...)
- **Temps de psychologue** pour soutien des professionnels intervenants auprès du bénéficiaire
- **Mise en place d'outils par l'ergothérapeute pour les AVS**
- **Conventionnement avec l'EMSP, la HAD, l'EMG, l'ETP La capucine**

Actions en cours ou envisagées

### VOLET 1

FAVORISER LE MAINTIEN DES PERSONNES ÂGÉES

## AXE 1 : Sécurisation du domicile et adaptation au logement

### MISE EN PLACE D'UN SSIAD RENFORCÉ

- Possibilité d'intervenir de façon programmée au domicile des personnes âgées prises en charge durant la journée sur des plages horaires plus larges, en s'adaptant aux besoins des patients ;
- Prendre en charge les patients avant 7h, après 20h les weekend et jours fériés ;
- Permettre des passages au domicile plus fréquents, plus longs et pour des soins plus importants (avec renfort aide-soignant) ;
- Favoriser les interventions en binôme (avec renfort aide-soignant) ;
- Temps de psychologue dédié.

### MISE EN PLACE D'UNE ASTREINTE IDE DE NUIT

- Astreinte IDE pour **les bénéficiaires du SSIAD renforcé** ( avec possibilité de déplacement si besoins),
- Astreinte IDE de nuit mutualisée avec les EHPAD du territoire.

### ADAPTATION DU DOMICILE

- Evaluation des besoins et aide aux démarches nécessaires aux aménagements du domicile en liens avec les ergothérapeutes. Proposition de domotique en fonction des bénéficiaires.
- La mise en place d'un dispositif de téléassistance 24h/24 et 7j/7 reposant sur la levée de doute et faisant le lien avec l'astreinte IDE.

## AXE 1 : Sécurisation du domicile et adaptation au logement

### CONTINUITÉ EHPAD HORS LES MURS

- file active environ 35 personnes avec ou sans aidants
- Accompagnement des personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4) dans leur parcours de soin en leur proposant les services d'un EHPAD à leur domicile, en partenariat avec les intervenants déjà en place.
- Accompagnement aux rdv médicaux
- Temps de psychologue dédié : réalise un soutien auprès de l'aidé et de l'aidant (apaise les bénéficiaires, réduit les troubles du comportement et participe ainsi à la thérapie non médicamenteuse).

### MISE EN PLACE D'UNE ASTREINTE IDE DE NUIT

- Présence toutes les nuits de 20h30 à 6h30 sur l'EHPAD de Gap ou Tallard : répondent aux différents besoins des bénéficiaires (chutes, conseils, soutien psychologique des aidés et des aidants, appels mensuels ...).
- Peuvent communiquer par visio grâce à une tablette mise en place à domicile

### ADAPTATION DU DOMICILE

- Temps d'ergothérapeute dédié : évaluation de la personne et de son environnement et préconisations d'aménagement du logement et d'aides techniques (marche, transfert, aide aux repas, à la toilette, communication, positionnement au lit ou au fauteuil...)
- Solution de système de téléalarme, détection de chutes et géolocalisation à l'aide d'une montre connectée (appel de l'aidant, des IDE de nuit) => solution en cours de changement (avec capteurs dans la maison à la place de la montre)

Actions en cours ou envisagées

## VOLET 2

ACCOMPAGNEMENT RENFORCE A DOMICILE

## Axe 2 : Gestion des situations d'urgence ou de crise

- Mise à disposition du dispositif **d'hébergement temporaire d'Urgence** au sein de l'EHPAD Guil Ecrins
- **Astreinte téléphonique IDE de nuit pour les EHPADs** du territoire et pour les bénéficiaires du SSIAD renforcé, (possibilité de déplacement si nécessité.)

## Axe 3 : Coordination renforcée

- Réflexion sur la en place de la **messagerie sécurisée** à tous les professionnels de santé
- Présence IDEC qui coordonne le parcours du bénéficiaire ( interlocuteur unique)
- Déployer un **système d'information** permettant la **mise en commun des données utiles** : état des lieux des outils existants, définition concertée du cahier des charges, se basant sur les outils de télégestion déployés sur les deux SSIAD puis déploiement et formation à l'outil.
- **Mise en place d'interventions complémentaires** de professionnels (Diététicien, psychomotricien, neuropsychologue)

## Axe 4 : Continuité du projet de vie / lutte contre l'isolement

### Axe 5 : Soutien de l'aidant

- Partenariat avec le **Plateforme de répit** et l'**accueil de jour** du territoire.
- **Prévention et promotion de santé**: organiser des journées de sensibilisation (ostéoporose, dépistage des cancers, alimentation/dénutrition, vaccination)
- Mise à disposition d'un temps de **psychologue**

## Axe 2 : Gestion des situations d'urgence ou de crise

- Mise à disposition d'une **chambre d'accueil d'urgence** (15 jours renouvelable 1 fois), située à l'EHPAD Jean Martin à Gap = HTU
- **Présence IDE de nuit toutes les nuits** de 20h30 à 6h30 postées sur Gap ou Tallard. Peuvent se rendre au domicile du bénéficiaire si nécessaire ou prévenir les urgences si elles considèrent que la situation le nécessite.

## Axe 3 : Coordination renforcée

- **Actions de l'IDEC** : coordination des intervenants du domicile (IDEL, SSIAD, AVS, paramédicaux, ESA...), aide à la demande/révision d'APA et à la mise en place des diverses aides, soutien aux aidants, demande de SSR pour séjour de répit, mise en place de la téléalarme, mise en relation avec les partenaires, etc...
- **Appui des médecins généralistes ou spécialistes par le méd co** qui veille à la prévention des risques iatrogéniques et promeut les thérapies non médicamenteuses

## Axe 4 : Continuité du projet de vie / lutte contre l'isolement

### Axe 5 : Soutien de l'aidant

- Lien avec la **Plateforme de Répit**
- Mise à disposition d'un temps de **psychologue**

Actions en cours ou envisagées

## VOLET 2

ACCOMPAGNEMENT RENFORCE A DOMICILE

## ▶ **LE DISPOSITIF « FAMILLES GOUVERNANTES »**

Présenté par **Jean Didier GIRARD**, chef des services de Protection des majeurs, prestations familiales et familles gouvernantes, **UDAF 05**



# L'ACCUEIL FAMILIAL SOCIAL POUR PERSONNES ÂGÉES OU EN SITUATION ▶ DE HANDICAP

Présenté par **Edith HERVÉ**, assistance sociale et  
**Françoise TORRES**, chargée de mission  
"Protection des majeurs vulnérables" pour le  
**Conseil Départemental 05**





## Objectifs

- Proposer un autre choix de vie lorsque le maintien à domicile n'est plus possible,
- Offrir du répit aux aidants,
- Apporter une aide individualisée
- Limiter la perte d'autonomie, offrir un cadre de vie familial et sécurisé



## Missions

Il s'agit d'un accueil rémunéré au domicile d'un accueillant familial agréé par le Conseil Départemental pour personnes en perte d'autonomie à titre permanent, temporaire, séquentiel ou de jour

**Pour toutes questions :**

HERVE Edith - Tél : 04 86 15 31 72, [edith.herve@hautes-alpes.fr](mailto:edith.herve@hautes-alpes.fr)

TORRES Françoise - Tél : 04 86 15 31 69, [francoise.torres@hautes-alpes.fr](mailto:francoise.torres@hautes-alpes.fr)



## Pour qui?

Pour toutes personnes majeures en **situation de handicap** ou **personnes âgées**



## Modalités

- Dossier de demande d'entrée en accueil familial à solliciter auprès de la MDA (mission de protection des majeurs vulnérables au 04 86 15 31 72)
- Contrat de gré à gré entre la personne accueillie et l'accueillant familial ouvrant droit à différentes aides en fonction de la situation (aide au logement, forfait APA, aide sociale...).
- Les accueillants sont domiciliés plutôt dans le centre et sud du département



# EXPÉRIMENTATION "LES ANIMAUX PARTENAIRES : LA MÉDIATION PAR L'ANIMAL AU SERVICE DES PERSONNES ▶ SENIORS"

Présentée par **Julie CROQUET**, Dirigeante  
« **La Petite Ferme des Regains - Ferme  
pédagogique & Traditions alpines** »

## *L'équipe Petite Ferme*





## Objectifs

- Stimuler les sens, la mémoire, la coordination, le contact social, rompre l'isolement...et tout simplement passer un moment agréable et dans l'instant en compagnie des animaux de ferme
- Permettre aux publics empêchés/éloignés de s'affranchir des contraintes d'un transport pour bénéficier des animations



## Missions

Expérimentation débutée en octobre 2022 dans différents services d'accueil des personnes seniors (Accueil de jour Alzheimer, EHPAD...)



## Pour qui?

Principalement publics seniors empêchés (en EHPAD, structures spécialisées, maisons de rééducation, hospitalisés).  
*En cours de réflexion : comment en faire bénéficier les publics éloignés n'étant pas en institutions, type seniors à domicile, suivis par l'ADMR, le CCAS...)*



## Modalités

La Petite Ferme s'installe dans les espaces extérieurs des structures accueillant du public senior avec certains de ses animaux de la ferme de races alpines et traditionnelles, une exposition, des jeux sensoriels, des objets anciens autour des traditions alpines.

### 2 formules au choix :

- **"L'Expo'Mobile Petite Ferme"** : idéale pour journées portes ouvertes avec venue des familles et grand public, partage intergénérationnel...
- **"La Veillée Petite Ferme"** : plus légère et participative, atelier autour d'un thème; ex : les moutons et le travail de la laine autrefois + envoi d'un carnet de veillée avec extraits de l'atelier

Intervention sur tout le département des Hautes-Alpes.

### Pour toutes questions :

Julie CROQUET : [fermedesregains@gmail.com](mailto:fermedesregains@gmail.com) / Tél : 06 61 80 97 78  
[www.facebook.com/fermedesregains](http://www.facebook.com/fermedesregains)



# PAUSE DISCUSSIONS





# L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE ▶ D'URGENCE (HTU)

Présenté par **Séverine DAVIN**, cadre de santé  
pour les **EHPAD Les Chanterelles et François  
PAVIE** et **Emilie MARCELLIN**, cadre de santé pour  
l'**EHPAD Korian le Montsoleil**



# Objectifs

- Faciliter les sorties d'hospitalisation pour une personne âgée en perte d'autonomie,
- Améliorer et sécuriser le retour à domicile d'une personne âgée après un séjour hospitalier,
- Limiter les durées moyennes de séjours à l'hôpital et les ré-hospitalisations évitables,
- Améliorer le recours à l'hébergement temporaire en supprimant le reste à charge de la personne âgée.

# Missions

Le recours à l'HTU-SH en EHPAD peut être proposé pour les personnes âgées dont le **retour/maintien à domicile est impossible sans préparation** = nécessite une adaptation des aides (humaines, matérielles et financières) et de la prise en charge.

L'orientation de la personne âgée doit donc découler d'une évaluation de ses besoins.

# Pour qui?

## Les personnes âgées fragilisées par leur hospitalisation :

- qui sont seules ou isolées et/ou présentent une limitation ou une perte de leur capacité d'accomplir les gestes de la vie quotidienne,
- qui présentent une restriction ou une perte de leur capacité d'accomplir les gestes de la vie quotidienne et que l'aidant ne peut accompagner.

## Les personnes âgées hospitalisées :

- dont le retour à domicile nécessite l'aménagement du logement et/ou des aides financières dont la mobilisation implique des délais plus longs que le temps d'hospitalisation,
- qui ne bénéficient pas de l'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) ou du programme d'accompagnement du retour à domicile, PRADO.

## L'orientation vers un hébergement temporaire en EHPAD concerne également les personnes âgées :

- en sortie de SSR,
- du domicile, et pour lesquelles il est constaté une carence de l'aidant (hospitalisation, urgence médico-sociale, rupture brutale, décès), sur prescription du médecin traitant.

# Modalités



- **Durée maximale de 30 jours** (période de 15 jours renouvelable une fois), pour préparer leur retour à domicile dans un cadre sécurisé et sans reste et pour éviter les ré-hospitalisations.
- **0 euro de reste à charge** sur le tarif hébergement durant la période de 30 jours maximum (à l'exception de 5 EHPAD, hors 05, pour lesquels le reste à charge journalier est de 20 euros/jour).
- Dans l'attente des travaux en cours, les transports domicile/EHPAD/domicile restent à la charge de l'utilisateur.
- **Disponibilités des places** : il faut prendre attache avec chaque EHPAD pour connaître les disponibilités ou contacter le DAC 05. Sur le département des Hautes-Alpes, **8 EHPAD proposent cette solution d'hébergement** :

Liste des EHPAD proposant de l'HTU sur le 05 :	COMMUNE
EHPAD LES ROCHES D'OR PLEIN SUD	ORPIERRE / RIBIERS
EHPAD LES CHANTERELLES	EMBRUN
EHPAD AUGUSTIN GUILLAUME	GUILLESTRE
EHPAD FRANCOIS PAVIE	SAVINES-LE-LAC
EHPAD LE CHABRE	LARAGNE-MONTEGLIN
EHPAD LE DRAC	LA FARE-EN-CHAMPSAUR
EHPAD JEAN MARTIN	GAP
EHPAD KORIAN LE MONT SOLEIL	ESPINASSES



Hébergement Temporaire d'Urgence

## LES ESPACES ▶ « FRANCE SERVICES »

Présenté par Estelle Barou pour **Laurence HEYRAUD**, Agent **France Services** de Tallard et **JOUVE Nathalie** pour la **Communauté de Communes du Sisteronais-Buech**



# Objectifs

- **Limiter l'exclusion numérique** : donner l'accès au numérique à tous,
- **Améliorer l'estime de soi** : éviter les échecs lors des démarches en ligne),
- **Générer du lien social** : l'occasion simple d'échanger, sortir de l'isolement.

# Missions

- **Accompagner les usagers** dans leurs démarches administratives, au quotidien (courriers, actualisation pôle emploi, remboursements santé, demande d'allocations pour les personnes âgées, complétude de dossier retraite, demande de RDV médicaux par Doctolib, etc...) ou ponctuellement (aide à la déclaration d'impôt, carte grise, permis, inscription au CESU ...).
- **Explication des applications ou de sites officiels**
- L'espace est également équipé d'ordinateurs mis à disposition en libre accès pour les personnes qui sont plus à l'aise avec les outils informatiques mais qui n'ont pas de connexion internet à leur domicile.
- **Rassurer les usagers** sur la compréhension de leur démarche en minimisant la vision, parfois négative, qu'ils peuvent porter sur les services en ligne.

# Pour qui?

Tout public, de tout âge de 18 à 99 ans! Peu importe la commune d'habitation.

# Modalités

Accueil des usagés sur les heures d'ouverture des espaces France Services (*pour Tallard par exemple: du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h30 à 17h30*).

Des rendez-vous en dehors de ses horaires peuvent être fixés et la prise de RDV est conseillé afin d'être accueilli au mieux (*pour Tallard : prise de rdv sur [france-services@ville-tallard.fr](mailto:france-services@ville-tallard.fr) ou par tél : 04 92 54 10 14* )

la CCSB gère 6 France Services : 4 sur le Dpt 05 (Valdoule, Rosans, Serres, Laragne pour le 05) et 2 sur le Dpt 04.

**Pour toutes questions :**  
[RDV auprès de la France Service la plus proche du domicile](#)



Communauté de Communes Buëch Dévoluy

## ▶ LE SERVICE « SÉNIORS ET LEURS FAMILLES » SUR LE TERRITOIRE BUËCH-DÉVOLUY

Présenté par Estelle Barou pour **Véronique EYRAUD**,  
Coordinatrice CTG, Services aux familles,  
**Communauté de communes Buëch-Dévoluy**



# Objectifs

Une analyse de territoire réalisée dans le cadre de la charte territoriale des solidarités des aînés initiée par la MSA Alpes Vaucluse a permis d'identifier plusieurs enjeux forts autour du maintien à domicile.

La création de ce service par l'embauche de **3 agents de proximité** est le maillon manquant entre les personnes âgées en perte d'autonomie et les structures d'aide à domicile et les acteurs locaux.

## Les objectifs sont :

- **Lutter contre l'isolement** (visites à domicile, rencontres intergénérationnelles, maintien des liens avec la famille, avec l'extérieur....)
- **Maintenir un lien social** en organisant et/ou en mobilisant des actions artistiques, ludiques, festives, sportives, culturelles et/ou ateliers de prévention de la perte d'autonomie,
- **Soutenir les familles** (aidantes ou pas)
- **Contribuer au repérage des personnes isolées**, fragilisées pour éviter les situations de précarité et d'urgence et faire le lien avec les services les plus adaptés,
- **Contribuer à la prévention de la perte d'autonomie** (Aménagement du logement, accidents domestiques, maltraitance...)



# Missions

## Les des agents de proximité se rendent au domicile pour:

- Accompagner au maintien à domicile par de l'écoute, de l'information et de l'orientation
- Favoriser les accès aux droits des personnes,
- Organiser des actions collectives et ou intergénérationnelles,
- Organiser des actions individuelles,
- Soutenir les familles
- Travailler en réseau avec les autres acteurs et services locaux intervenants dans le maintien à domicile afin d'éviter des situations d'urgence,
- Participer à la promotion de la bientraitance et à la prévention
- Repérer et organiser une veille sociale (facteur de prévention et réduction des situations d'urgence)



## Pour qui?

- Pour les séniors de plus de 60 ans en perte d'autonomie, résidant sur le territoire Buëch-Dévoluy.
- Pour leurs familles



## Modalités

Le service "Séniors et leurs familles" intervient **sur l'ensemble des 20 communes du territoire Buëch-Dévoluy**. C'est un **service gratuit**, sans engagement dans le temps, avec une libre adhésion des personnes.

Chaque agent de proximité possède un secteur géographique défini.

Les personnes âgées en perte d'autonomie sont principalement orientées par les partenaires et acteurs du territoire (maires et secrétaires des communes, les professionnels de santé, les référentes autonomie, les structures d'aide à domicile...) puis par l'entourage proche (famille, voisins, la personne elle-même...).

**Pour toutes questions :**

Les agents de proximité sont joignables à la CCBD au 04 92 58 02 42.



# PAUSE DÉJEUNER



# LA FILIÈRE ▶ GÉRONTO-HOSPITALIÈRE

Dr Hélène LEYDET-QUILICI

Dr François JEANBLANC

Dr Johanna LACKS



# LE CONTEXTE LOCAL

- Le bassin de population : environ 90 000 personnes.
- Le CHICAS est l'établissement support du GHT
  
- Le centre hospitalier dispose d'une filière gériatrique complète au sein de son pôle de gériatrie qui comprend :
  - 1 service de court séjour doté de 30 lits,
  - 1 service SSR (20 lits),
  - 1 SSR UCC (10 lits) ,
  - 1 USLD et UHPAD, 1 UHR,
  - 1 UTOG (unité d'onco-gériatrie),
  - 1 EMG,
  - consultations mémoire,
  - 1 HDJ en construction
  - 1 Equipe de Cardiologie Gériatrique

Les structures médicales ou médico-sociales du territoire sont nombreuses :  
23 EHPADs ou Foyer-logement,  
4 SSR,  
4 MAS,  
4 FAM,  
... 6 CPTS qui sont labellisés ou en cours de formation.



# L'OFFRE DE SOINS DE LA FILIÈRE GÉRONTO HOSPITALIÈRE, EN LIEN AVEC LA VILLE



- Les Infirmières Gériatriques d'Urgence, IGU
- La Hotline Gériatrique
- L'Equipe Mobile Gériatrique : Intra et Extra hospitalière
- HDJ gériatrique : automne 2023 , projet et réflexion en cours



# PLAN



- Présentation des 3 structures : IGU/ Hotline Gériatrique et EMG
- Comment s'articulent ces structures au sein de l'Hôpital ?
- Comment se fait le lien et la coordination entre l'Hôpital et la ville ?



## Les IGU



- 1 à 3 IGU par jour, tous les jours de l'année.

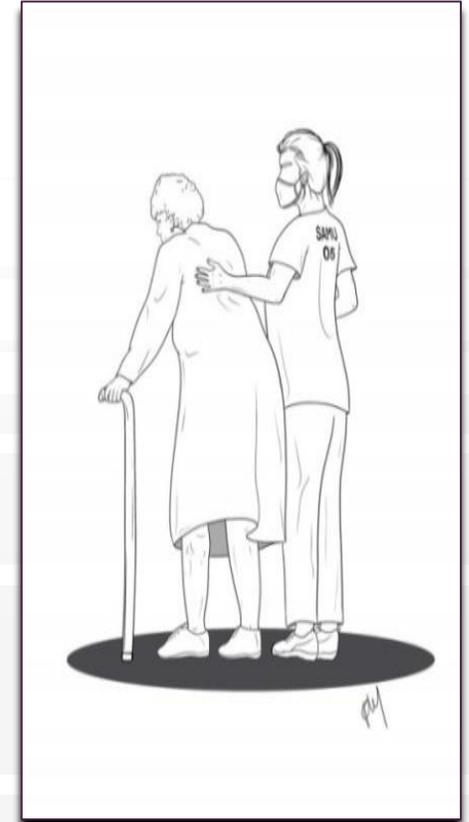
Intervention aux Urgences et UHCD

- Horaires :

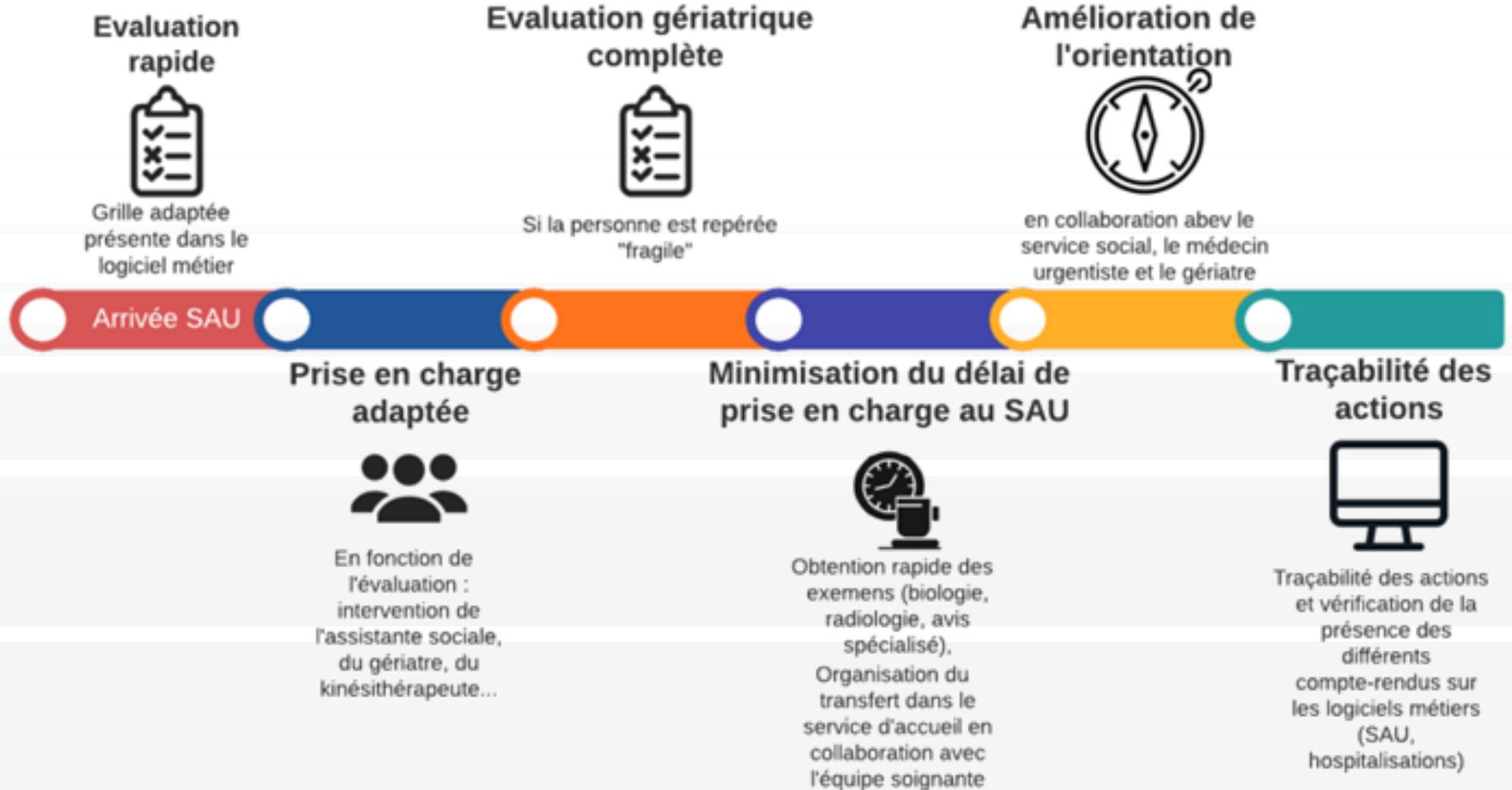
Lundi au vendredi : 8h30 - 18h30

Jour férié + Week-end : 9h30 - 17h

- Collaboration étroite avec EMG intra + extra hospitalière et les Bed-manager



# Parcours patient au SAU



# LA HOTLINE GÉRIATRIQUE APPUI TERRITORIAL GÉRIATRIQUE, LIEN AVEC EMG

## CONTACT

Du Lundi au Vendredi  
de 8h30 à 17h30



04 92 40 77 25



emgeriatrie@chicas-gap.fr



Télé-expertise : [omnidoc.fr/ght-gap](https://omnidoc.fr/ght-gap)  
Téléconsultation : sur la plateforme  
e-santé PACA



**EMG**

### Equipe actuelle :

- 2,1 ETP médecin
- 1 ETP kinésithérapeute
- 1 ETP IDE
- ½ ETP ergothérapeute
- ½ ETP secrétaire
- ½ ETP A Sociale

+ Cardio Gériatrie et  
Insuffisance Cardiaque

- 2 ETP IDE
- 0,3 ETP Médecin



*ou*



# ACTIVITÉS DE L'EMG

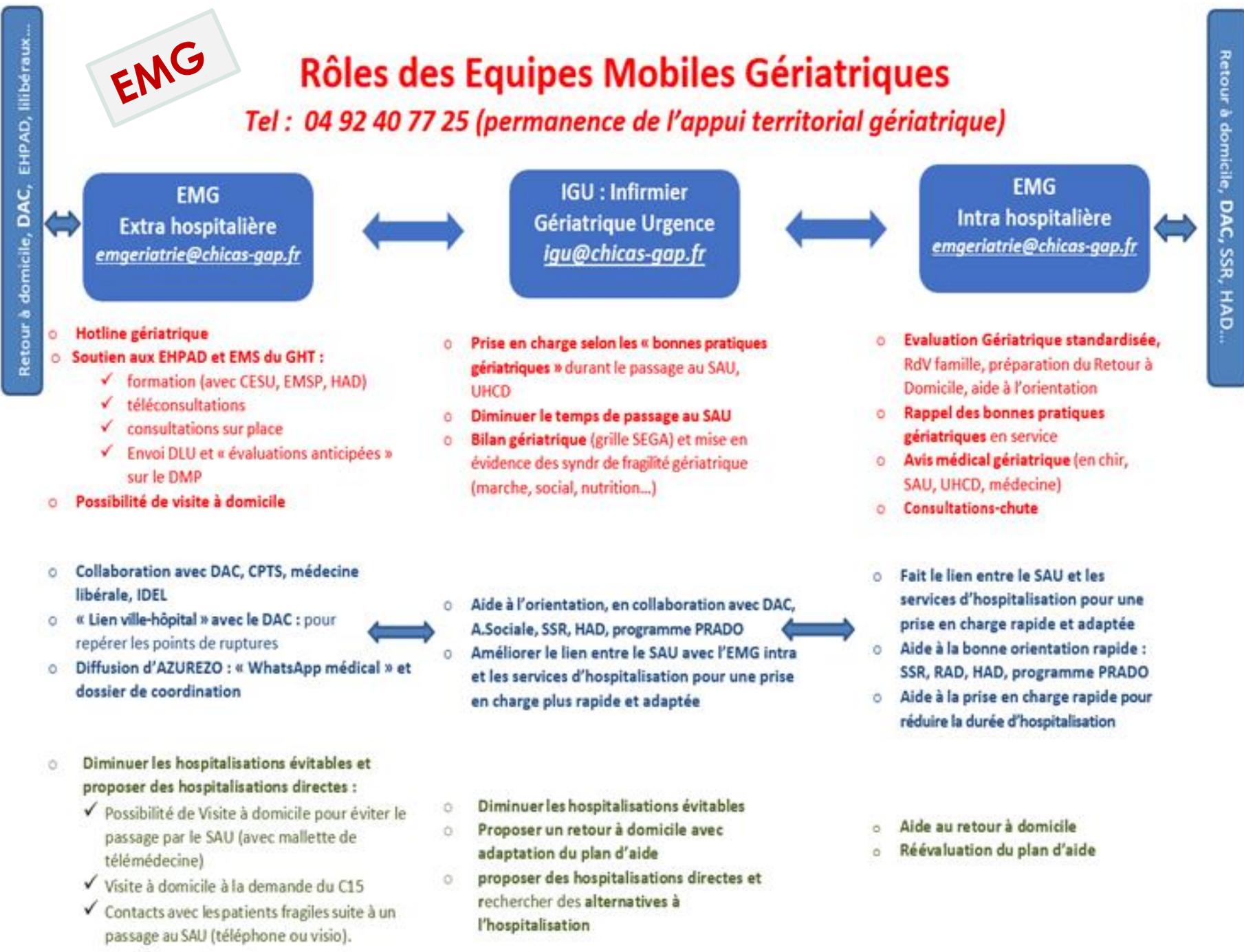


✓ **Activité Intra Hospitalière > 50 %**

✓ **Extra Hospitalière :**

- **Permanence téléphonique (Hotline) de l'Appui Territorial gériatrique : du lundi au Vendredi de 8h à 17h30**
- **Appui aux EHPAD : avec visite sur place ou téléconsultations en collaboration lorsque cela est nécessaire avec les équipes de l'HAD**
- **Visite à domicile, à la demande du Centre 15, afin d'éviter des passages inappropriés au SAU**
- **Réponse aux sollicitations des médecins traitants : visite initiale à domicile, suivi par téléconsultation si besoin.**
- **Possibilité de contacter les patients après leur passage au SAU, ou après une hospitalisation**







# ÉVÉNEMENT GÉRONTOLOGIE

*Présentation de l'offre de soins  
du CHJCAS à destination  
des ESMS du territoire*

**MARDI 20 JUIN 2023 – 19H**

*Pôle de gériatrie - CHJCAS Site de Gap*

## PROGRAMME

### 19H - CONFÉRENCES

#### 19h00 : Pôle de gériatrie

Présentation de l'offre de soins du pôle de gériatrie

#### 19h10 : Service d'accueil des urgences

Point de vue d'un urgentiste

#### 19h20 : Infirmiers gériatriques aux urgences

Présentation des missions des infirmiers gériatriques aux urgences

#### 19h30 : Équipe mobile de gériatrie

Dans quels cas appeler l'EMG ?

Quelle aide apporte l'EMG ?

Comment joindre l'EMG ?

Quelles sont les complémentarités avec le pôle de gériatrie, l'HAD et l'équipe mobile de soins palliatifs ?

#### 19h40 : Équipe mobile de soins palliatifs

Présentation des missions de l'équipe mobile de soins palliatifs

#### 19h50 : Hospitalisation à domicile

La place de l'évaluation anticipée HAD en ESMS

Présentation des traitements proposés en ESMS mais aussi réalisés en hospitalisation ambulatoire et complète

La place de la transfusion en ESMS des patients polytransfusés

### 20H : VILLAGE DE STANDS

Équipe mobile de soins palliatifs

Équipe mobile de gériatrie

Hospitalisation à domicile

Infirmiers gériatriques aux urgences

+ Visite accompagnée du pôle de gériatrie

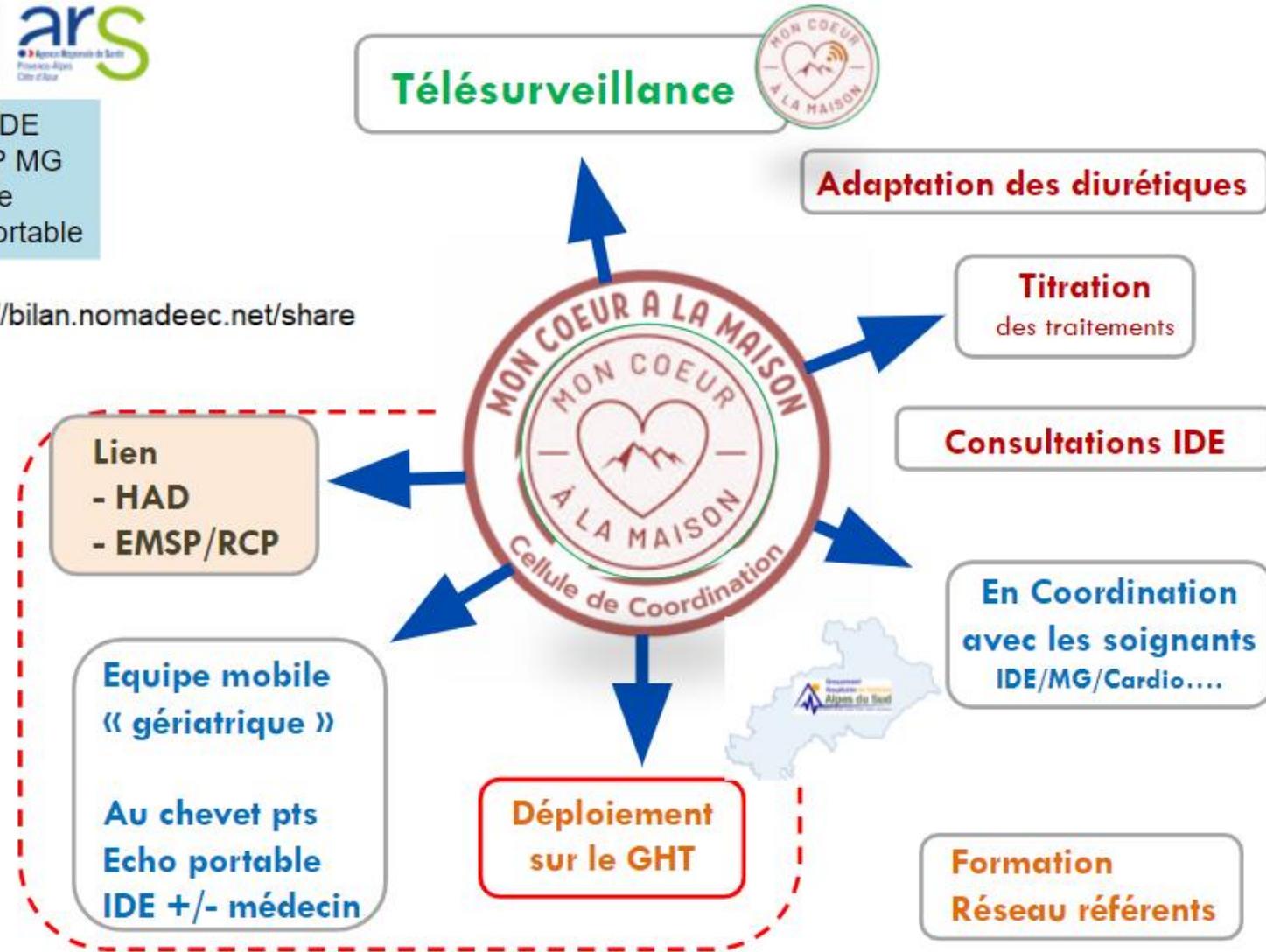
**LA SOIRÉE SERA SUIVIE D'UN MOMENT CONVIVAL AUTOUR D'UN BUFFET**



# Equipe mobile

2 ETP IDE  
0,6 ETP MG  
1 voiture  
Echo portable

<https://bilan.nomadeec.net/share>



# Merci pour votre attention.





la sécurité  
sociale

Hautes-Alpes



l'Assurance  
Maladie

HAUTES-ALPES



# LES ACTUALITÉS DE L'ASSURANCE MALADIE :

- ▶ Le PRADO Personne âgée  
La Mission Accompagnement Santé

Présentée par **Béatrice CLARY**, Manager  
Opérationnel, **Sécurité Sociale Hautes-Alpes**



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

# LE SERVICE PRADO PERSONNES ÂGÉES



2023

# PRÉSENTATION/ENJEUX/OBJECTIFS



Le service **PRADO** a été initié en 2012 pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile après l'hospitalisation et fluidifier le parcours hôpital-ville. Les principaux enjeux de Prado, qui s'inscrivent dans les objectifs fixés par la stratégie nationale de santé, sont :

de préserver la qualité de vie et l'autonomie des patients

d'accompagner la diminution des durées de séjour à l'hôpital

de renforcer la qualité de la prise en charge en ville autour du médecin traitant ;

d'améliorer l'efficacité du recours à l'hospitalisation en réservant les structures les plus lourdes aux patients qui en ont le plus besoin.

D'éviter les ré hospitalisations

## AUJOURD'HUI



**Cet accompagnement médical peut être proposé pour tout patient ayant au moins 75 ans, quel que soit son motif d'hospitalisation.**

1

EN QUOI CONSISTE LE SERVICE PROPOSÉ ?

# LES MISSIONS DU CONSEILLER DE L'ASSURANCE MALADIE



**Durant l'hospitalisation,** le conseiller de l'Assurance **Maladie** présente l'offre au patient éligible, programme les différents rendez-vous avec les professionnels de santé, fait les liens nécessaires pour la mise en place de **l'aide à domicile** .



**Au retour à domicile du patient,** le conseiller de l'Assurance Maladie s'assure de la bonne mise en place du parcours de soins.



**Tout au long du service,** le conseiller de l'Assurance Maladie répond à toutes les questions en lien avec le service Prado et est un relais vers d'autres acteurs si besoin.

# LES ÉTAPES CLEFS DE L'ACCOMPAGNEMENT



## ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL



## ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

### AVANT LA SORTIE

- Évaluation de l'éligibilité du patient à Prado et identification des besoins par l'équipe médicale hospitalière
- Adhésion du patient
- Planification par le conseiller de l'Assurance Maladie du 1<sup>er</sup> RDV avec le médecin traitant avec l'infirmière et, si besoin, avec et les autres professionnels de santé (gériatre, neurologue, masseur kinésithérapeute, etc.)

- Identification des besoins d'aides à domicile par l'équipe médicale hospitalière
- Présentation par le Conseiller de l'Assurance Maladie du dispositif préconisé
- Préparation du dossier par le service social de l'établissement

### DANS LES 7 JOURS SUIVANT LA SORTIE

- Consultation avec le médecin traitant
- Bilan de soins infirmiers
- Intervention des autres professionnels de santé
- Suivi par le conseiller de l'Assurance Maladie de la réalisation des RDV avec les différents professionnels de santé

### UN MOIS APRÈS LA SORTIE

- Bilan final par le conseiller de l'Assurance Maladie
- Consultation avec le médecin traitant
- Visite hebdomadaire de l'infirmière si besoin
- Intervention des autres professionnels de santé



# **l'Assurance Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

## **LA MISSION ACCOMPAGNEMENT SANTÉ**



# LA MISSION ACCOMPAGNEMENT SANTÉ : SON RÔLE

Présente dans chacune des Cnam de métropole, elle a pour mission :

- **De coordonner / organiser ou réaliser l'accompagnement d'assurés dans le cadre :**

- > De difficultés d'accès aux droits
- > De renoncements ou de difficultés d'accès à des soins (financière, géographique, temporelle, handicap...)
- > De fragilité face au numérique
- > ...



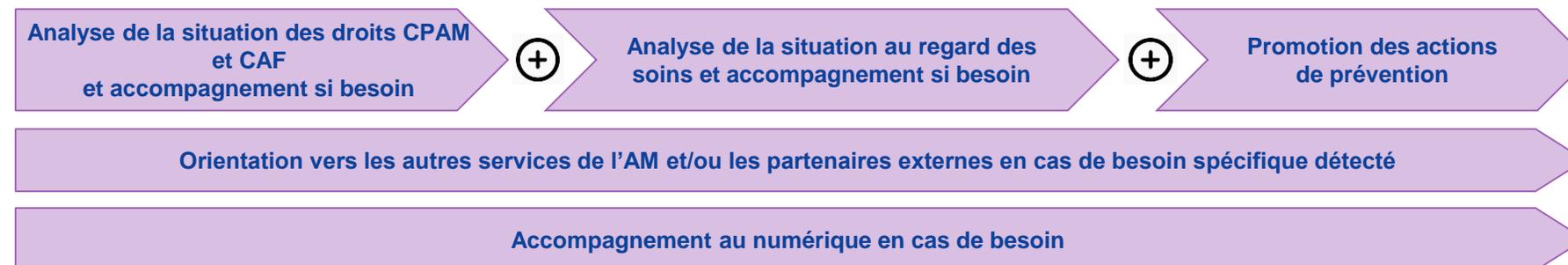
Ces accompagnements seront toujours réalisés en lien avec les services compétents, et réalisés selon l'organisation locale mise en place

- **D'orienter vers le service social de l'Assurance Maladie les situations de fragilité sociale complexe**



# LA MISSION ACCOMPAGNEMENT SANTÉ : L'OFFRE

## Une offre de service intégrée et complète



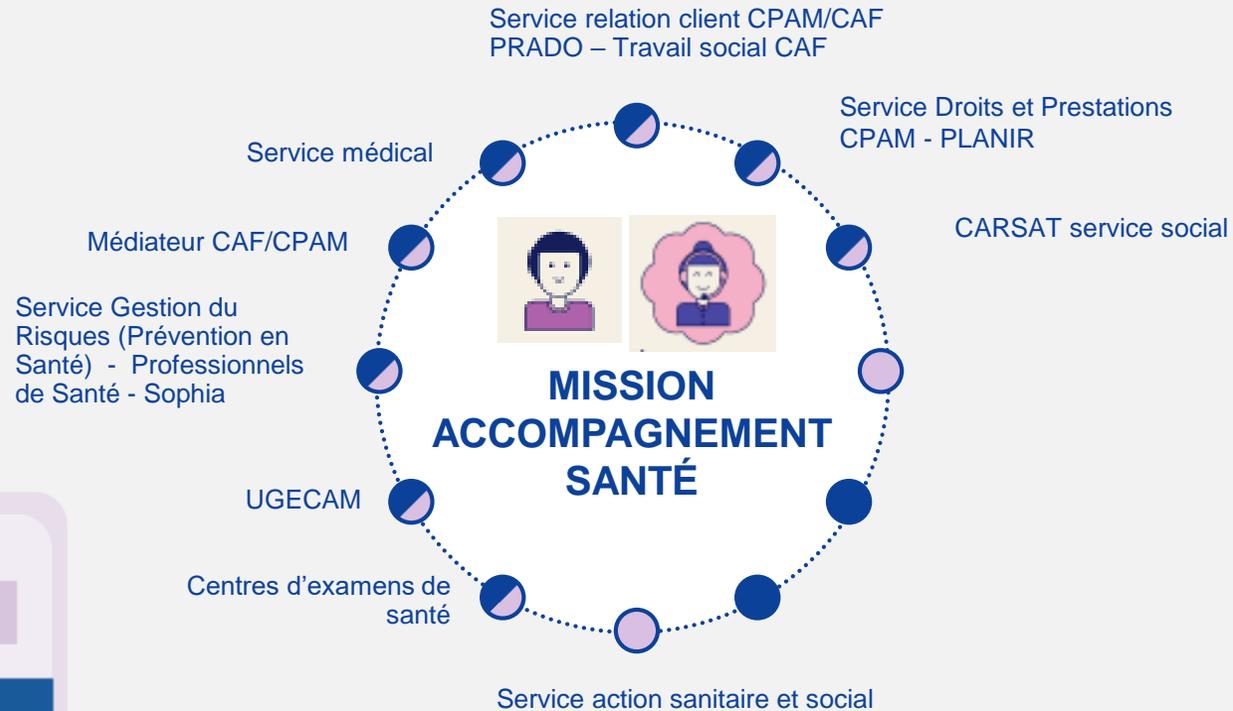
pour permettre à chacun :

- De disposer des droits auxquels il peut prétendre
- De connaître et de mieux comprendre le système de santé
- De trouver des solutions concrètes face aux difficultés rencontrées
- De renforcer son autonomie dans la prise en charge de sa santé

# LA MISSION ACCOMPAGNEMENT SANTÉ : SES PARTENAIRES INTERNES

Une offre de service en lien avec tous les services de l'Assurance Maladie selon les besoins identifiés de l'assuré au niveau :

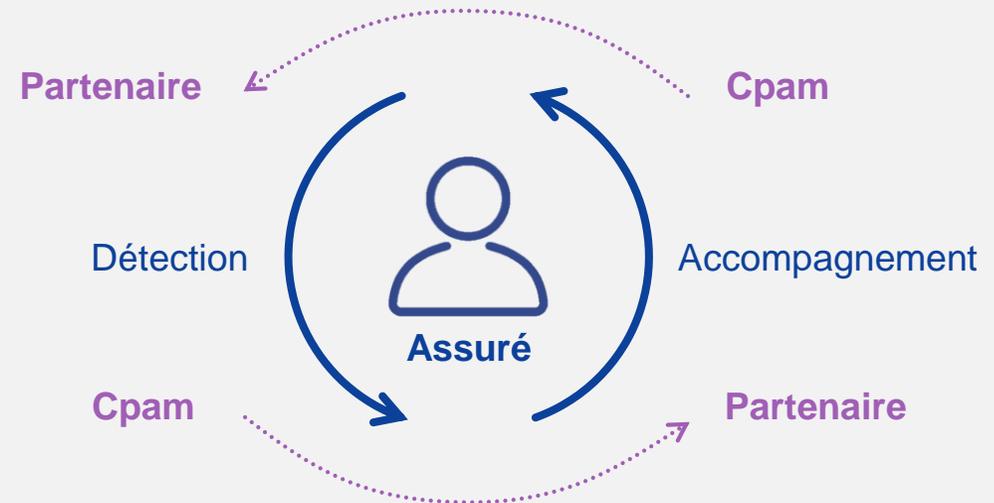
- de la détection
- et de l'accompagnement



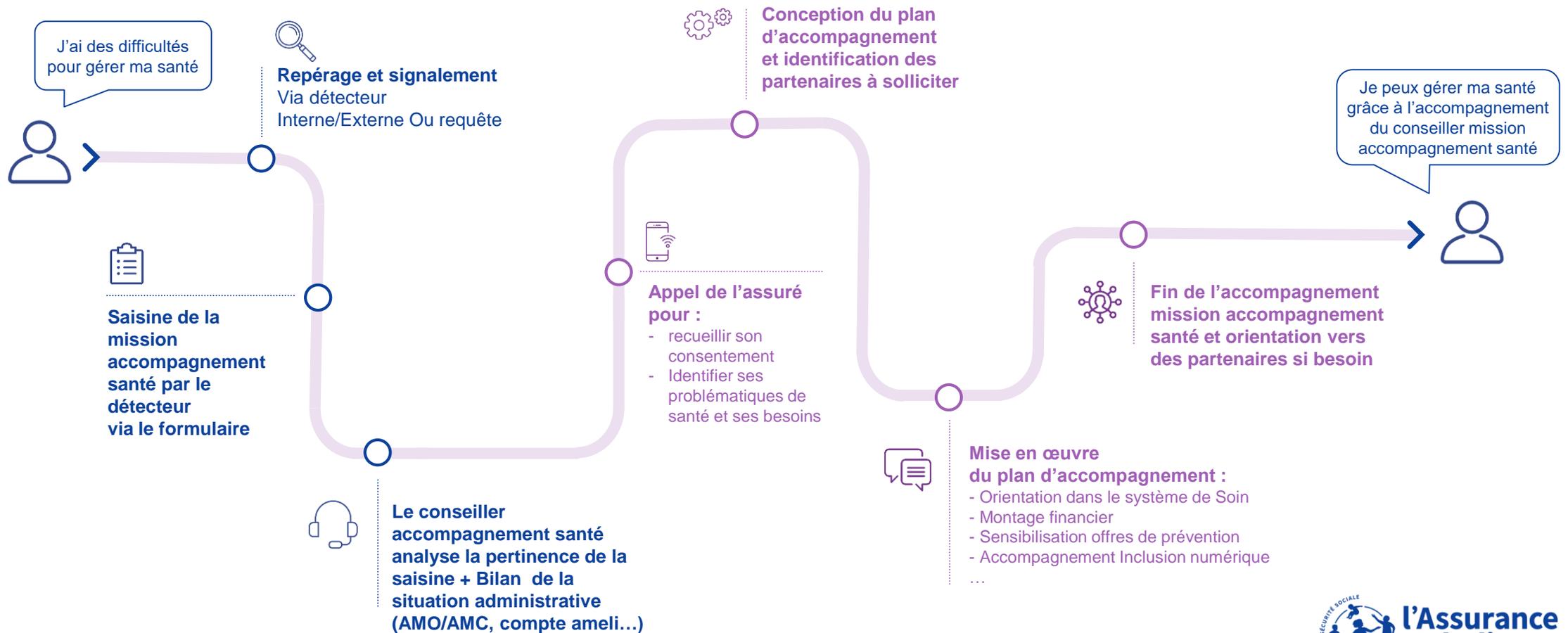
# LA MISSION ACCOMPAGNEMENT SANTÉ : SES PARTENAIRES EXTERNES

Une offre de service en lien avec de nombreux partenaires externes pour optimiser la détection et l'accompagnement des personnes fragiles:

- Des conventions au niveau national (UNCASS, Restaurants du Cœur, FNMF, Adoma, Secours populaire, Emmaüs, Pôle emploi...)
- Des conventions signées au niveau local (Mutualité Française et sections locales mutualistes, UGECAM, Conseil départemental, DAC, CCAS de Gap)



# DE LA DÉTECTION À L'ACCOMPAGNEMENT...LE PARCOURS TYPE





# **l'Assurance Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

**MERCI**





# Territoires AIDANTS

## LA DEMARCHE COLLABORATIVE ► « TERRITOIRES AIDANTS »

Présentée par **Solenn QUÉMÉRÉ**, référente de  
la démarche, **Fondation Edith Seltzer**





# Contexte

## ➤ Quelques chiffres :

- 11 millions de proches aidants en France
- 17 000 dans les Hautes-Alpes (COMPAS)
- 1 aidant sur 2 ne se reconnaît pas en tant que tel (Baromètre des aidants 2022)

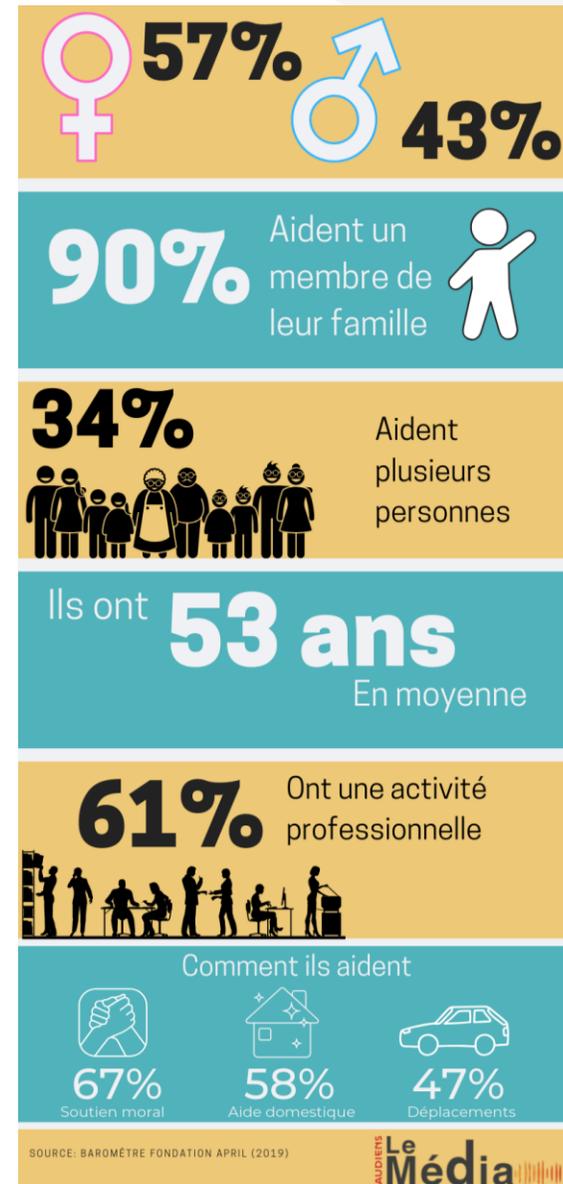
## ➤ De nombreux acteurs mobilisés autour de l'aide aux aidants

- **MAIS** peu de vision globale, offre éparpillée, peu de coordination et de communication commune...



# Objectifs

- Structurer l'offre de l'aide aux aidants en facilitant les coopérations et la coordination
- Favoriser la complémentarité des acteurs, rendre lisibles et accessibles les offres de soutien et les valoriser
- Mettre en réseau les acteurs, porter des projets collaboratifs...





# Nos réalisations

- Un « Guide de l'Aidant », publié en octobre 2022
- De nombreuses actions de communication et de sensibilisation (Journée Nationale des Aidants)
- Des outils pour valoriser ce qui existe : exemple avec l'agenda mensuel des actions



AGENDA "TERRITOIRES AIDANTS" - JUN 2023

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENREDI	SAMEDI
Journée Aidants L'Quart de Bénevent ST BONNET EN CHAMPSAUR	Atelier d'échanges APF France handicap EN VOISO	Café des Aidants Plateforme Seltzer Aidants GAS	Suppléance Plateforme Seltzer Aidants EMERUN Gym aînés autonomie SARCELLES Randonnée ACSSQ SALETTES Atelier Relais France Alzheimer Plateforme Seltzer Aidants EMERUN	Formation des Aidants Plateforme Seltzer des Aidants L'ARGENTÈVE LA BESSE Formation des Aidants France Alzheimer	
	Café des Aidants Médiation Seltzer Aidants SARCELLES Atelier d'échanges APF France handicap EN VOISO Groupe de parole « diner » UNAFAM SCL	Atelier des Familles L'ARGENTÈVE LA BESSE Gym douce ACSSQ EVGÈRES ET AIGUILLES Généraliste France Alzheimer Gym douce ACSSQ FIGUÈRES-ROQUELLES Café des Aidants Plateforme Seltzer Aidants ST BONNET EN CHAMPSAUR	Gym aînés autonomie SARCELLES Gym aînés autonomie SARCELLES Gym aînés autonomie SARCELLES Café des Aidants Plateforme Seltzer Aidants MOÛT-D'ÉVAL Gym aînés autonomie SARCELLES Suppléance Plateforme Seltzer Aidants SARCELLES Atelier Relais France Alzheimer Plateforme Seltzer Aidants SARCELLES Atelier Relais France Alzheimer Plateforme Seltzer Aidants SARCELLES Tél. Divers Dans GEM Atelier Relais France Alzheimer Plateforme Seltzer Aidants SARCELLES Gym aînés Autonomie SARCELLES Suppléance Plateforme Seltzer Aidants EMERUN	Formation des Aidants France Alzheimer L'ARGENTÈVE LA BESSE Formation des Aidants France Alzheimer SARCELLES Gym aînés autonomie SARCELLES Formation des Aidants France Alzheimer SARCELLES Syndicats France Alzheimer SARCELLES Formation des Aidants Plateforme Seltzer des Aidants L'ARGENTÈVE LA BESSE Formation des Aidants France Alzheimer SARCELLES	Parentalité et Handicap APF France handicap GAS Sortie Jeunes Aidants (Galamran) Plateforme Seltzer Aidants EMERUN
Bulles d'Air Comin Comin Saatch Dévoluy VEVRES	Atelier d'échanges APF France handicap EN VOISO Syndicats France Alzheimer GAS BIVARD	Atelier Relais France Alzheimer GAS Atelier d'échanges APF France handicap EN VOISO	Atelier Relais France Alzheimer Plateforme Seltzer Aidants SARCELLES Atelier Relais France Alzheimer Plateforme Seltzer Aidants SARCELLES Gym aînés Autonomie SARCELLES Suppléance Plateforme Seltzer Aidants EMERUN		



# Nos projets

- Une plateforme numérique (Ma Boussole Aidants)
- Des dynamiques de secteurs avec les partenaires locaux
- Poursuivre les actions de communication et de sensibilisation
- Faire vivre le Collectif avec vous !

## Le Collectif "Territoires Aidants"

- Plateforme Seltzer des Aidants
- APF France handicap
- ACSSQ
- Ouort de Bénevent
- Nouvel Envol
- Association Tiss'âges
- Caisse Commune de Sécurité Sociale 05
- Communauté Communes Buëch Dévoluy
- CIDFF 05
- La Luba
- Ergologic
- ADMR 05
- France Alzheimer 05
- France Parkinson 05
- Les Handiablé.e.s
- Département des Hautes-Alpes
- Grimper Santé 05
- Malakoff Humanis
- La Ligue contre le Cancer 05
- Unis Cité 05
- Mutualité Française
- La Mut'
- Siel Bleu
- UNAFAM 05
- VVCS
- ...et des proches aidants.

Plus d'informations :

Solenn Quéméré : [s.quemere@fondationseltzer.fr](mailto:s.quemere@fondationseltzer.fr) - Facebook « Territoires Aidants »



**FRANCE  
ALZHEIMER**  
& MALADIES APPARENTÉES

05 HAUTES ALPES

# LES NOUVEAUTÉS DE L'ASSOCIATION

## ► FRANCE ALZHEIMER 05

Présenté par **Aurélie ANTONIENKO**,  
Chargée de missions pour l'Association  
**France Alzheimer 05**





## Missions

- **Un Livret des ressources** : il va reprendre les missions de l'association, mais présentera également les acteurs et interlocuteurs principaux qui peuvent être présents dans le parcours de vie du malade et de sa famille (neurologues, services d'aides et de soins, structures médico sociales, associations d'accompagnement,...).
- **Halte relais France Alzheimer** : projet d'ouverture, en attente de financements. Un accueil du malade et de son aidant, des propositions d'ateliers séparés et regroupés, animés par une neuropsychologue, pour les aidés et par une socio esthéticienne pour les aidants.  
Des bénévoles encadreront le groupe des aidés.

**Pour toutes questions :**

Aurélien ANTONIENKO, [francealzheimer05@gmail.com](mailto:francealzheimer05@gmail.com)

Tél : 04 92 51 02 74



## Pour qui?

- Le livret sera diffusé à tous les partenaires, les structures administratives, médico sociales, médecins, pharmaciens,...
- La halte relais sera proposée aux adhérents de l'association.  
Elle complète les actions déjà proposées (relaxation, sylvothérapie, café mémoire, actions conviviales, entretiens individuels avec une psychologue, formation des aidants, groupe de parole).



## Modalités

**Halte relais** : 3h par mois, les 3èmes jeudis, de 14h à 17h

A partir de septembre

Dans les salles du Diocèse de Gap

Plateforme Seltzer des Aidants

*Fondation Edith Seltzer*



# ▶ **PLATEFORME D'ACCOMPAGNEMENT ET DE RÉPIT DES AIDANTS**

Présenté par **Ingrid PAPIN BERKHOU**,  
Coordinatrice de la plateforme des Aidants,  
**Fondation Edith Seltzer.**



# Objectifs

- Prendre soin de soi pour mieux prendre soin de l'autre.
- Favoriser la qualité de vie perçue de l'aidant.
- Favoriser le maintien à domicile de la personne aidée.

# Missions

La Plateforme Seltzer des Aidants accompagne les personnes (non professionnelles) qui aident au quotidien un proche, quelles que soient les difficultés de la personne aidée (handicap, maladie, perte d'autonomie...).

Elle est aux côtés des Aidants :

- **pour les informer** (formations, café des aidants®),
- **être à leur écoute** (écoute téléphonique, rendez-vous, suivi psychologique)
- **prendre soin d'eux** (ateliers santé, activités de bien-être...),
- **leur accorder des temps de répit** durant lesquels des professionnels se relaient au domicile de l'aidé, de quelques heures à quelques jours, pendant leur absence.

# Pourquoi?

**Pour tous les aidants non professionnels dans les Hautes Alpes** (pas d'intervention en dehors du département), **quelque soit leur âge** (accompagnement des jeunes aidants à partir de 7 ans) **et la situation de la personne aidée** (handicap, maladie, perte d'autonomie, etc.).

# Modalités

**Numéro unique de la Plateforme Seltzer des Aidants :**

**06 75 75 76 68** (pour les aidants), du lundi au vendredi (9h à 12h30)

Les professionnels peuvent continuer à joindre directement les coordinateurs de secteur :

- **Ingrid PAPIN BERKHOUT** pour le secteur Nord jusqu'à Embrun :  
06 88 07 49 65
- **François OLLIVIER** pour le secteur Sud à partir d'Embrun :  
06 38 21 46 79

**Il y a 3 antennes sur le département : Briançon, Embrun et Gap.**

Toutes les actions à destination des aidants sont gratuites, hormis les prestations de relayage à domicile pour lesquelles le reste à charge pour les familles est de 20€ par tranche de 24h d'absence de l'aidant.



# ▶ L'EXPÉRIMENTATION DU PARCOURS DE LA PERSONNE ÂGÉE EN SITUATION DE FRAGILITÉ SUR LE TERRITOIRE DE LA CPTS DU CHAMPSAUR-VALGAUDEMAR



Présentée par **Anne-Sophie ELLEOUE**T, Chargée de prévention pour la **CPTS CV** et **Marie-Pierre ROUSSEL**, Chargée de projets pour l'**ADMR CV**

# Objectifs

Tendre à une meilleure coordination des professionnels, autour du **repérage de la fragilité chez la personnes âgée**, afin de permettre un vieillissement en meilleure santé à domicile.

# Missions

## Les missions :

- Repérer et analyser les besoins de la personne âgée fragile
- Orienter, inclure, proposer un bilan,
- Coordonner sur la base d'une communication entre professionnels du cercle de soins sur **Azurezo**,
- Communiquer largement sur le parcours,
- Améliorer le lien ville-Hôpital



## Pour qui?

- Personnes âgées de **plus de 65 ans avec une fragilité repérée**
- Séniors et prévention de la fragilité
- Professionnels pour une meilleure coordination et une prise en charge plus efficace



## Modalités

Expérimentation sur le **territoire de la CPTS**

- **Repérage** à l'aide d'une **grille unique**, simple;
- **Analyse** des besoins et lien MT: la CPTS et l'ADMR se sont dotées chacune de nouvelles intervenantes que sont la **médiatrice en santé** et la **référente domicile**.
- **Prise en charge** financière soit dans le cadre d'un parcours de soins classique, soit par les fonds CPTS;
- **Orientation** sur des ateliers de prévention, ou des bilans
- RCP, MT, **sortie** de l'expérimentation ou suite **accompagnement**

**Pour toutes questions :**

CPTS : [prevention@pscv.fr](mailto:prevention@pscv.fr)

ADMR : [mroussel@admr05.org](mailto:mroussel@admr05.org) ; [pseverin@admr05.org](mailto:pseverin@admr05.org) ; [mediationsante@pscv.fr](mailto:mediationsante@pscv.fr)

# DISPOSITIF SENIORS/AIDANTS

## Bénéficiaires ADMR ou NON

### GUICHET UNIQUE

- Accueil SENIOR pour faciliter la vie de la personne et de son entourage

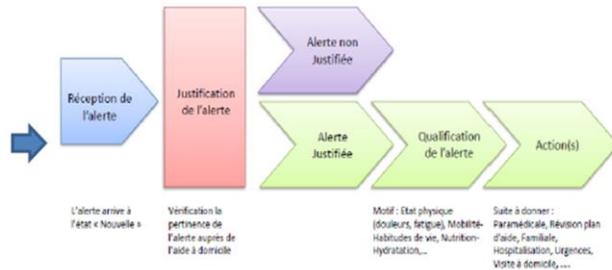
### RÉFÉRENT DOMICILE

- Faciliter le suivi pour éviter les ruptures

### OUTILS

- VIGILANCE
- AZZUREZO

- Difficultés de déplacement
- Etat physique en baisse
- Déséquilibre alimentaire
- Changement de comportement / Perte de mémoire
- Modification environnement social
- Traitement approximatif
- Risques infectieux



### APPLICATION VIGILANCE POUR LES CLIENTS ADMR

### PRESTATIONS AIDE & SOINS À DOMICILE

- Aide à domicile
- Soins infirmiers
- Entretien du logement
- Livraison de repas
- Adaptation du logement
- Transport accompagné
- Téléassistance Filien ADMR - Centre d'écoute 7j/7 - 24h/24

### SUIVI SANTÉ RENFORCÉE

- Infirmiers SSIAD ou infirmiers libéraux
- Hospitalisation à domicile
- Ergothérapeute
- Psychologue
- Equipe mobile de gériatre\*
- Médecin / Téléconsultation

### SOUTIEN ET RÉPIT AUPRÈS DES AIDANTS

- Séjours vacances
- Plateforme de repit / Accueil jour
- Relayage
- Café des aidants\*

### SÉCURISATION RENFORCÉE DU DOMICILE

- Garde itinérante de nuit
- Infirmière de nuit\*
- Domotique / Dispositif anti-chute Filien ADMR
- Aménagement du domicile

### GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE

- Gestion des sorties d'hospitalisation
- Places d'hébergement d'urgence\*
- SSIAD d'urgence / SPASAD d'urgence

### ACTIONS DE PRÉVENTION ET LIEN SOCIAL

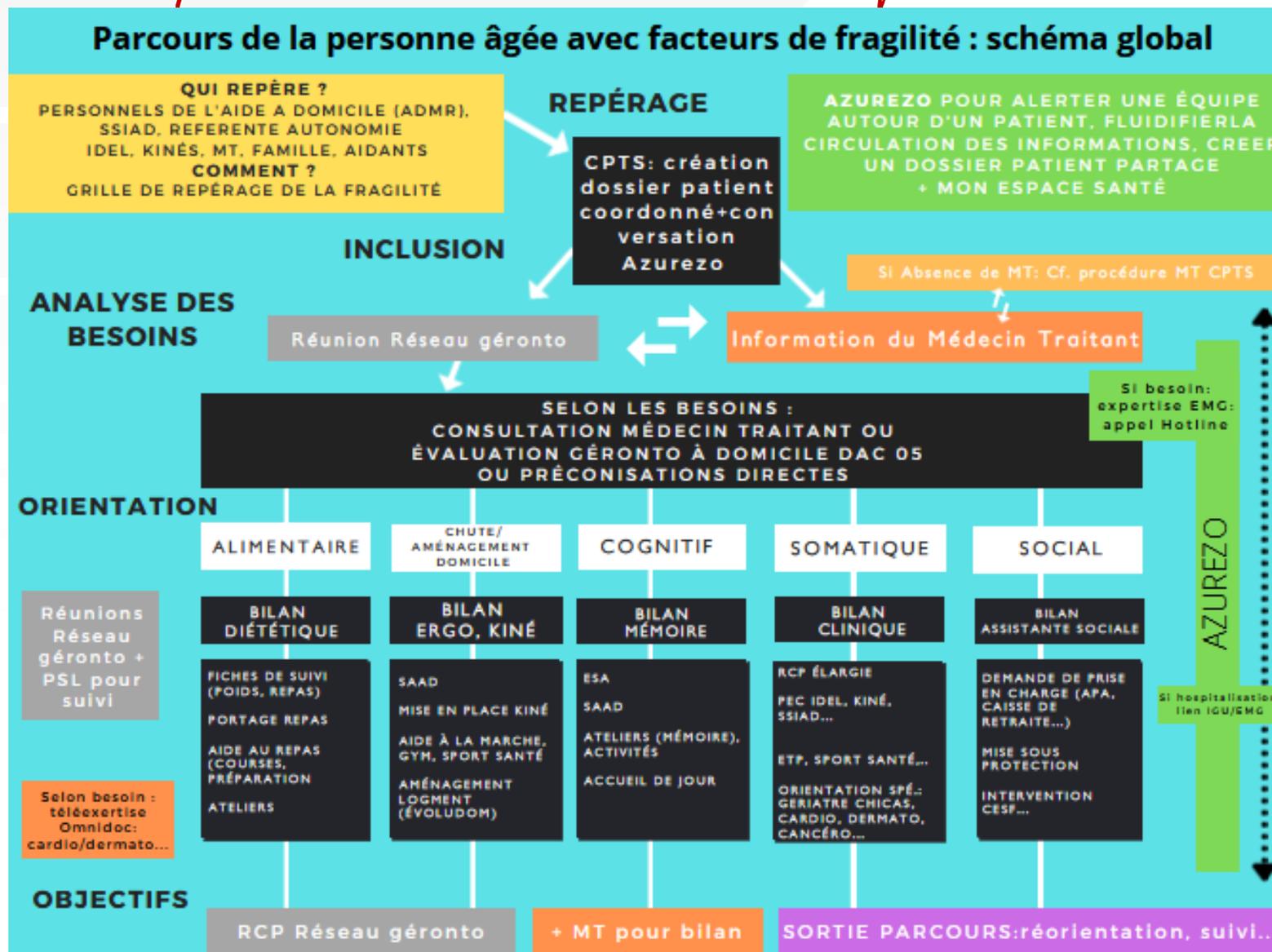


\* En partenariat avec les acteurs locaux (EHPAD, hôpital, médecine de ville, etc).





# Schéma d'organisation du parcours: un schéma qui se construit au cours de l'expérimentation





**PROTOCOLE DE REPÉRAGE DE  
LA FRAGILITÉ CHEZ LES  
PERSONNES ÂGÉES DE 70 ANS  
ET PLUS SUR LE TERRITOIRE DE LA**  
▶ **CPTS DU GAPENÇAIS  
(EN COURS DE CONSTRUCTION)**

Présenté par Estelle Barou, pour **Julie Boutelet**,  
coordonnatrice de la **CPTS Gapençaise**



# Objectifs

**Mieux repérer** la fragilité de la personne âgée autonome, résidant à domicile, pour prévenir ou retarder l'entrée dans la dépendance

**Mieux coordonner** le parcours de la personne âgée pour éviter les ruptures, en associant les structures, les professionnels de santé, les paramédicaux et autres professionnels hors du droit commun

# Missions

- Déployer un protocole sur le repérage de la fragilité des personnes âgées de 70 ans et plus, par les IDEL et les pharmaciens du territoire
- Connaître l'existant sur le territoire pour pouvoir mieux orienter les patients (pour les professionnels de santé)
- Connaître l'existant sur le territoire pour pouvoir mieux s'orienter (pour le tout public)
- Connaître les compétences des professionnels œuvrant autour du maintien de l'autonomie des personnes âgées

# Pour qui?

- Personnes âgées de 70 ans et plus
- Résidant à domicile, sur le territoire de la CPTS du Gapençais
- GIR 5, 6 ou non Giré

# Modalités

Ce repérage est une partie du parcours de la personne âgée, qui comprend également un volet prévention et un volet lien ville hôpital sur les entrées et sorties d'hospitalisation

Le protocole est en cours de rédaction.  
Une cartographie de l'existant est en ligne sur le site de la CPTS du Gapençais

**Pour toutes questions :**

Julie Boutelet, coordonnatrice de la CPTS  
[coordo.cptsgapençais@gmail.com](mailto:coordo.cptsgapençais@gmail.com)



# ACCUEIL DE JOUR ▶ SIMONE WEISS-PERREAU

Présenté par **Ingrid PAPIN BERKHOU**,  
Coordinatrice de la plateforme des Aidants,  
**Fondation Edith Seltzer.**

## Accueil de jour Simone Weiss-Perreau

*Accueil thérapeutique pour personnes présentant  
une maladie d'Alzheimer ou un trouble apparenté*





## Objectifs

- Maintenir de l'autonomie corporelle et psychique.
- Maintenir du lien social.
- Offrir du répit à l'aidant.



## Missions

L'Accueil de Jour Simone Weiss-Perreau propose un **accueil thérapeutique** pour les personnes présentant une **maladie neuro-dégénérative**.



## Pour qui?

Toutes les personnes **de plus de 60 ans**, atteintes de maladies **type Alzheimer ou neuro-cognitives diagnostiquées**.  
Sur dérogation pour les personnes plus jeunes.



## Modalités

- L'Accueil de Jour Simone Weiss-Perreau est ouvert toute l'année du lundi au vendredi.
- Les personnes sont accueillies de 9h30 à 16h30.
- L'orientation **doit être faite par un médecin**, et l'admission est validée par le médecin coordinateur et l'équipe.
- Une visite est organisée avant l'admission.
- Le coût de l'Accueil de jour peut être en partie pris en charge dans le plan d'aide au dispositif d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Le tarif actuel est de 55,05€.
- Le transport des personnes accueillies peut être assuré par les chauffeurs de la Fondation selon certaines modalités.

### Pour toutes questions :

Vous pouvez joindre la coordinatrice, Mme Thania LEONE :  
04 92 25 32 86 ou au 07 85 89 79 95

*The end*

«

FIN DE LA  
JOURNÉE

»

# LE DAC 05 VOUS REMERCIE DE VOTRE PRÉSENCE !

Pour toute demande d'informations complémentaires :



BAROU Estelle



06 48 97 94 74



e.barou@dac05.fr



[www.dac05.](http://www.dac05.)



