

CENTRE MÉMOIRE DE RESSOURCES ET DE RECHERCHES CM2R

Instruction SG/CNSA/2016/58 du 22 janvier 2016 relative à la déclinaison régionale du plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019.

Public

- Les personnes dont les troubles de mémoire nécessitent des examens approfondis.
- Les aidants des personnes souffrant de troubles de la mémoire.
- Les professionnels de santé accompagnant les malades.

Objectifs

Le CM2R a pour objectif d'améliorer la réalisation de diagnostic précoce et de faciliter le parcours de la personne et de son entourage ; grâce à une association renforcée entre les médecins traitants et le CM2R, permettant de réduire les délais d'accès, maintenir un diagnostic de qualité et un suivi personnalisé sans rupture de parcours.

Missions

Le CM2R, centre de consultations « expert » assure :

- une mission de recours pour les diagnostics et les prises en soins complexes ;
- l'expertise et l'appui ;
- la coordination territoriale et l'animation du réseau des consultations mémoire ;
- la formation ;
- la recherche.

Territoire couvert

Le CM2R est accessible depuis toute la région.

Composition de l'équipe

L'équipe du CM2R est composée à minima d'un temps de :

- médecin (gériatre et/ou neurologue et/ou psychiatre) ;
- neuropsychologue ;
- secrétaire ;
- compétences d'infirmier, d'orthophoniste, d'assistante sociale, de secrétaire, d'attaché de recherche clinique.

Lieux d'intervention

Le CM2R est présent sur deux sites : au CHU d'Amiens-Picardie et au CHU de Lille.

Le Centre National de Référence Malade Alzheimer Jeunes (moins de 60 ans) est situé à Bailleul.

Modalités de recours

Ce sont les médecins traitants ou les spécialistes qui jugent de l'opportunité d'y adresser les patients.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

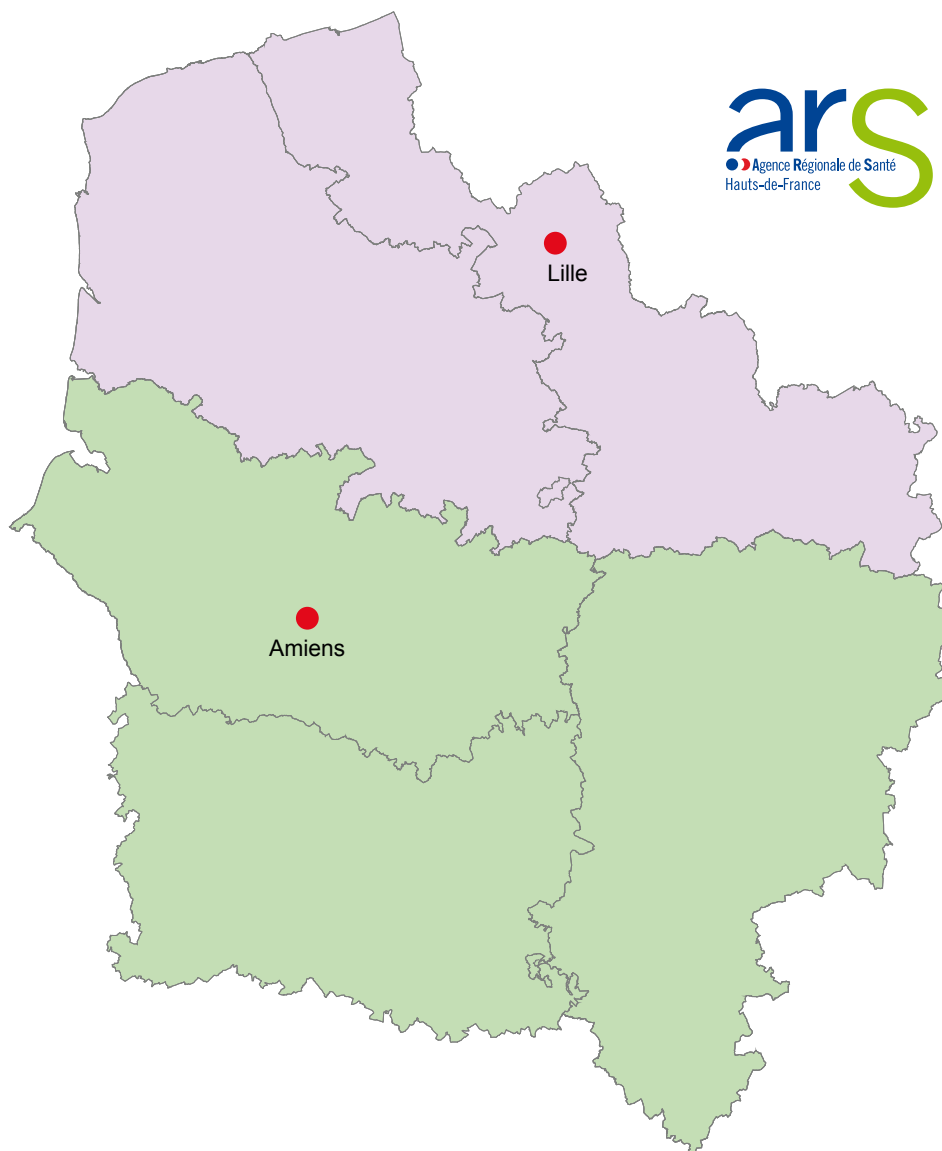
Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

Le CM2R est financé par l'ARS, via la MIG.

Centres mémoire de ressources et de recherche (CM2R)



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

CENTRE DE RESSOURCES EN ANTIBIOLOGIE ET INFECTIOLOGIE EN HAUTS DE FRANCE CRAIHF

Instruction DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS/2015/212 du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des Agences régionales de santé.

Public

Ce centre répond aux besoins de tous les professionnels de santé.

Objectifs

L'objectif du CRAIHF est de lutter contre l'antibiorésistance.

Missions

Les missions du CRAIHF répondent aux objectifs du Projet Régional de Santé - en cohérence avec ceux définis dans l'instruction ministérielle - sur la lutte contre l'antibiorésistance.

Celles-ci sont notamment :

- un conseil personnalisé sur demande, via une ligne téléphonique dédiée au conseil diagnostique et thérapeutique ;
- des outils d'aide au diagnostic et à la prescription ;
- une synthèse des publications et des recommandations nationales et/ou régionales ;
- la veille scientifique sur le site GILAR (Groupement d'Infectiologie et de Lutte contre Antibio Résistance) ;
- des réunions d'information et de formation.

Territoire couvert

Le dispositif est régional.

Composition de l'équipe

Le pilotage du CRAIHF est confié aux universitaires infectiologues de la région : au CHU de Lille, au CH de Tourcoing et au CHU d'Amiens.

Le CRAIHF est constituée d'infectiologues.

Lieux d'intervention

Pas de déplacement.

Modalités de recours

Les professionnels de santé peuvent contacter le CRAIHF par téléphone :

- 06 22 18 03 52 : pour les départements du Nord et du Pas de Calais ;
- 06 28 98 16 70 : pour les départements de l'Oise, de l'Aisne et de la Somme.

C'est une ligne téléphonique, dédiée au conseil diagnostique et thérapeutique aux heures ouvrables (9h-18h) du lundi au vendredi.

Le site internet du GILAR est accessible librement, gratuitement : <https://www.gilar.org/>.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

Coût financier pour l'utilisateur

Les professionnels ont accès à ce centre gratuitement.

Financement

Le CRAIHF est financée par l'ARS, via le FIR.

Centre de ressources en antibiologie et infectiologie des Hauts-de-France (CRAIHF)



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

RÉSEAU RÉGIONAL DE VIGILANCE ET D'APPUI RREVA

Instruction DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS/2015/212 du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des Agences régionales de santé.

Loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé confie la mission aux ARS de coordonner l'action des structures régionales de vigilances et d'appui (SRVA). Le Réseau régional des vigilances et d'appui (RREVA), sous le pilotage de l'ARS, est constitué de l'ensemble des SRVA chargées de concourir à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins dans la région.

Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

Décret n° 2019-1306 du 6 décembre 2019 sur les vigilances relatives aux produits de santé et les événements indésirables associés aux soins.

Public

Le RREVA répond aux besoins de tous les professionnels de santé et des usagers.

Objectifs

Le RREVA est constitué des différentes structures de vigilance et sécurité sanitaires ainsi que des structures chargées d'améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en santé.

Missions

Les structures régionales d'appui ont notamment comme mission d'apporter une expertise et un appui à la gestion et la qualité des soins aux établissements, éventuellement à l'ARS, d'organiser des échanges réguliers et des partages d'expériences entre les professionnels.

Le RREVA est composé de représentants des structures mentionnées aux articles R.1221-32, R1341-26, R5121-158 et R5132-112 du code de santé publique (SRVA) et de structures régionales d'appui chargées d'améliorer la qualité et sécurité des prises en charge (SRA).

Les SRVA sont :

- le centre régional d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle (CHRST) ;
- le centre régional de pharmacovigilance (CRPV) ;
- le centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance et l'addictovigilance (CEIPA) ;
- un correspondant régional matériovigilance et réactovigilance ;

- le centre antipoison et de toxicovigilance (CAPTV) ;
- le centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS).

Les SRA sont :

- l'observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) ;
- le réseau santé qualité risques (RSQR) ;
- Santé publique France – CIRE.

Les structures associées sont :

- l'autorité de sûreté nucléaire (ASN) ;
- le service de régulation et d'appui de l'agence de biomédecine (SRA-ABM).

Territoire couvert

Le dispositif est accessible dans toute la région.

Composition de l'équipe

Le RREVA est composé des structures SRVA (Structures régionales de vigilance et d'appui) et SRA (structures régionales d'appui).

Lieux d'intervention

Pas de déplacement.

Modalités de recours

Le RREVA peut être interpellé librement par les usagers et les professionnels via le portail de signalement des événements sanitaires indésirables : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

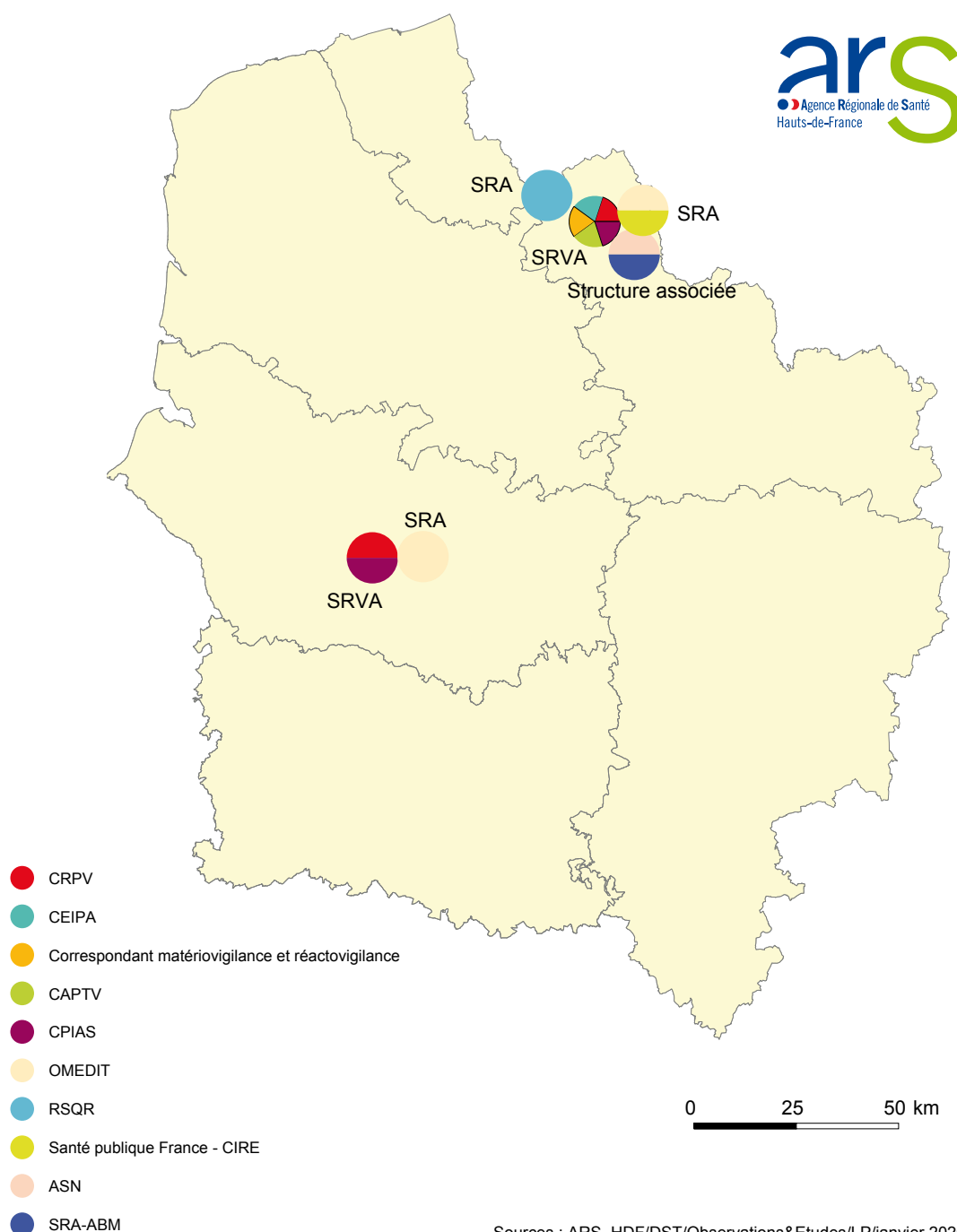
Financement

Le RREVA est financé par l'ARS, via la MIG.

Coût financier pour l'utilisateur

Les professionnels et les usagers ont accès à ce dispositif gratuitement.

Réseau régional de vigilances et d'appui (RREVA)



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

CENTRE DE RÉFÉRENCE MALADIES RARES CRMR

Instruction DGOS/PF4/2016/11 du 11 janvier 2016 relative aux missions et périmètres des centres de référence, centres de compétences et des filières de santé dans le domaine des maladies rares.

Note d'information interministérielle DGOS/DIR/DGRI/2018/218 du 19 septembre 2018 relative aux filières de santé, aux centres de référence et aux plateformes d'expertise et outre-mer dédiés aux maladies rares.

Public

- Personnes souffrant de maladies rares.
- Professionnels de santé accompagnant ces personnes.

Objectifs

Les centres de référence multi-sites (CRMR) couvrent l'ensemble du territoire national. Ils sont composés de centres de référence et de centres de compétence (ou de ressources et de compétences), qui assurent la prise en charge et organisent les parcours de santé des personnes concernées ou atteintes de maladies rares.

Missions

Le CRMR est une structure de recours reconnue pour son expertise dans la prise en charge des personnes malades et son engagement dans la recherche et dans l'enseignement-formation.

Le CRMR a des missions de :

- **Coordination.** Le CRMR :
 - intègre les associations de malades dans les activités du centre et les associe à la définition de ses objectifs ;
 - définit des actions d'information et de communication ;
 - définit des objectifs et rédige un plan d'action ainsi que l'organisation de ses activités.

Toutes les actions du CRMR sont organisées, déployées et conduites en étroite coordination avec les actions de sa filière de santé maladies rares (FSMR) de rattachement.

- **Expertise.** Cela implique l'organisation de réunions de synthèse ou de concertation pluridisciplinaires (RCP), l'élaboration et la diffusion de recommandations et de protocoles nationaux de diagnostic et de soins (PNDS), le recueil épidémiologique régulier ;

- **Recours.** En effet, du fait de la rareté de certaines maladies, du faible nombre des experts et de l'expertise avérée du CRMR, le CRMR rayonne au-delà de son bassin de santé et assure, en pluridisciplinarité, une prise en charge diagnostique, thérapeutique et de suivi. Selon les cas, le CRMR assure lui-même cette prise en charge globale ou l'organise au sein de sa filière de soins ;

- **Recherche ;**
- **Enseignement et formation.**

Territoire couvert

Le CRMR se décompose en :

- CCMR : Un centre de compétence assure la prise en charge et le suivi des personnes atteintes de maladies rares au plus proche de leur domicile, sur la base d'un maillage territorial adapté et en lien avec le CRMR dont il dépend fonctionnellement ;
- FSMR : Rattachée à un établissement de santé et placée sous la responsabilité d'un coordonnateur médical, une filière de santé maladies rares (FSMR) est une organisation qui coordonne un ensemble associant des centres de référence maladies rares, des centres de compétence, des centres de ressources, des professionnels de santé, des laboratoires de diagnostic et de recherche, des structures éducatives, sociales et médico-sociales, des universités, des associations de personnes malades et tout autre partenaire – y compris privé – apportant une valeur ajoutée à l'action collective.

Il existe 24 filières comprenant chacune entre 1 et 12 centres de référence maladies rares. Les 24 filières sont les suivantes :

- AnDDI-Rares (anomalies du développement déficiences intellectuelles de causes rares) ;
- Brain-Team (maladies rares à expression motrice ou cognitive du système nerveux central) ;
- Cardiogen (Maladies cardiaques héréditaires) ;

- DefiScience (Maladies rares du développement cérébral et déficience intellectuelle) ;
- FAIR (Maladies auto-immunes et auto-inflammatoires systémiques rares) ;
- FAVA-Multi (Maladies vasculaires rares avec atteinte multisystémique) ;
- FILFOIE (Maladies hépatiques rares de l'enfant et de l'adulte) ;
- FILNEMUS (Maladies neuromusculaires) ;
- FILSLAN (sclérose latérale amyotrophique et autres maladies rares du neurone moteur) ;
- FIMARAD (Maladies rares en dermatologie) ;
- FIMATHO (Maladies abdomino-thoraciques) ;
- FIREENDO (Maladies rares endocriniennes) ;
- G2M (Maladies héréditaires du métabolisme) ;
- MARIH (Maladies rares immuno-hématologiques) ;
- MCGRE (Maladies constitutionnelles rares du globule rouge et de l'érythropoïèse) ;
- MHEMO (maladies hémorragiques constitutionnelles) ;
- Centres de ressources et de compétences maladies hémorragiques constitutionnelles (hémophilie et autres déficits constitutionnels en protéines de la coagulation, maladie de Willebrand, pathologies plaquettaires constitutionnelles) ;
- MUCO-CFTR (mucoviscidose et affections liées à une anomalie de CFTR) ;
- NEUROSPHINX (Complications neurologiques et sphinctériennes des malformations pelviennes et médullaires rares) ;

- ORKID (Maladies rénales rares) ;
- OSCAR (Maladies rares de l'os et du cartilage) ;
- RESPIFIL (Maladies respiratoires rares) ;
- SENSGENE (Maladies rares sensorielles) ;
- TETE COU (Malformations rares de la tête, du cou et des dents).

Composition de l'équipe

Le pilotage de chaque CRMR est assuré par un « coordinateur » désigné pour 5 ans.

Un « responsable » est identifié pour chaque site constitutif : il est garant du fonctionnement du site constitutif concerné.

Lieux d'intervention - Modalités de recours

Toutes les informations sont disponibles sur le site : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/maladies-rares/article/l-offre-de-soins#>

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

Le CRMR est financé par l'ARS, via la MIG.

CANCER



ESPACE RESSOURCES CANCER ERC

Plan cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France.

Décret n°2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins et traitement du cancer.

Instruction DGOS/R3/INCa/2017/62 du 23 février 2017 relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer.

Rapport INCa « Axes opportuns d'évolution du panier de soins oncologiques de support – Proposition d'un « Panier référentiel » du contenu de l'offre et de l'organisation des soins de support à garantir aux patients atteints de cancer et à leurs proches », juin 2016.

Public

- Les malades atteints de cancer en phase post aigüe de leur traitement, quel que soit le stade de leur maladie. L'ERC n'a pas vocation à prendre en charge les mineurs atteints de cancer.
- Les proches, les aidants des malades atteints de cancer, essentiellement pour le suivi psychologique et l'accompagnement social.

Objectifs

L'ERC est une structure de proximité, dont les missions sont centrées sur la coordination des soins de support orientés vers la ville, pour les malades atteints du cancer.

Missions

L'ERC a pour mission de :

- participer à l'information et l'orientation des malades et des proches aidants ;
- évaluer les besoins en soins de support des malades en lien avec l'équipe médicale et soignante de chaque patient ;
- organiser l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer et de leur proches pris en charge au regard de leurs besoins ;
- proposer des consultations et des prestations soins

de support ;

- garantir l'orientation adéquate des patients et de leurs proches vers des professionnels compétents ;
- assurer la continuité des soins oncologiques de support entre la ville et l'hôpital.

Territoire couvert

L'ERC est une structure de proximité dont les aires d'intervention s'organisent à l'échelle d'une zone d'activités de soins.

L'ERC fonctionne au minimum 5 jours sur 7 aux heures ouvrables.

Composition de l'équipe

L'équipe, formée à l'accueil et à l'écoute, est composée à minima d'un temps de :

- coordinateur ;
- secrétariat ;
- vacataires et d'intervenants pour la réalisation des soins oncologiques de support.

Les intervenants sollicités devront être inscrits dans l'annuaire régional des ressources en cancérologie et répondre aux exigences de formation ad hoc ou être identifiés par l'ARS et la région comme une ressource à mobiliser afin de répondre aux exigences de qualité des

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée, l'accompagnement dépend du relais sanitaire.

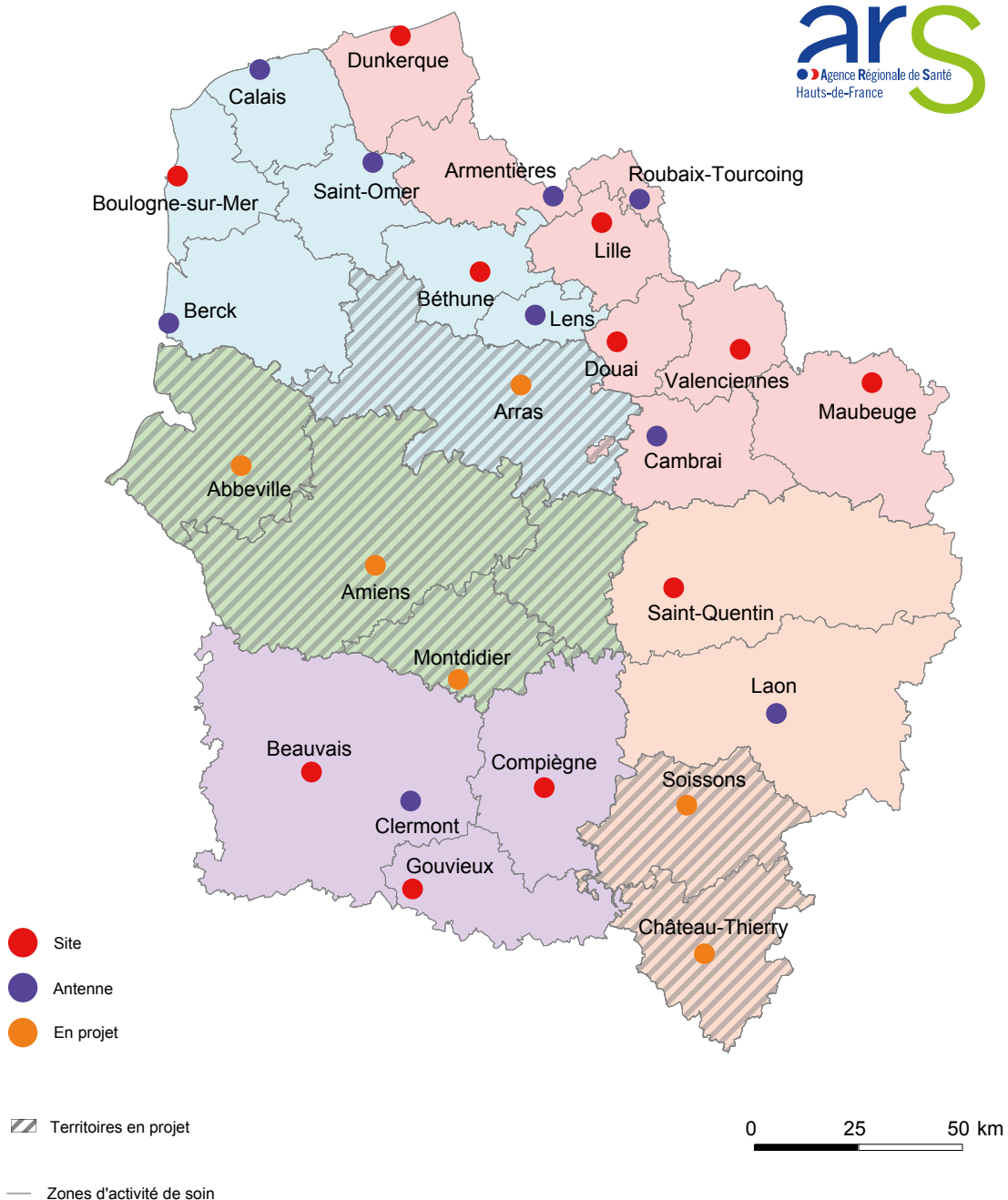
Financement

Les ERC sont cofinancés par l'ARS et la Région Hauts-de-France.

Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Espace ressources cancer (ERC)



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

RÉSEAU RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE ONCOHDF RRC ONCOHDF

Plan cancer 2014-2019.

Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA/2007/357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie.

Évolution des missions des RRC – Appui à la décision – INCa (11/2016).

La fusion des régions a nécessité une réorganisation des Réseaux Régionaux de Cancérologie. Sous l'impulsion de l'ARS, un rapprochement des RRC ONCOPIC et ONCONPDC a débuté dès 2016, aboutissant à la dissolution des RRC ONCONPDC et ONCOPIC au profit de la création du RRC ONCOHDF.

Public

- Professionnel de santé.
- Patient ou proche concerné par le cancer.

Objectifs

Le RRC a pour objectif de :

- harmoniser les pratiques et améliorer la qualité des soins tout au long de la prise en charge du patient, de la prévention à l'après cancer ;
- favoriser l'accès à l'information ;
- développer des outils d'aide à la pratique et à la prise en charge.

Missions

Le RRC assure en particulier :

- la promotion et l'amélioration de la qualité des soins en cancérologie comprenant la diffusion auprès des professionnels de santé des recommandations pour la bonne pratique clinique en cancérologie ;
- la facilitation des échanges entre professionnels de santé notamment via la promotion des outils communs de communication au sein de la région dont le dossier communicant de cancérologie (DCC). Le RRC met également en avant les outils de visioconférence pour faciliter la réalisation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et

faciliter la participation des professionnels de santé en limitant leur déplacement ;

- l'information des professionnels de santé, des patients et de leurs proches ;
- l'aide à la formation continue des professionnels de santé ;
- le recueil des données relatives à l'activité de soins cancérologiques et l'évaluation de la qualité des pratiques en cancérologie ;
- la mesure et l'analyse de l'impact des actions menées notamment dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins en cancérologie, de la coordination des acteurs, des pratiques professionnelles collectives.

Territoire couvert

Le RRC couvre la région des Hauts-de-France.

Composition de l'équipe

L'équipe du RRC se compose à minima d'un temps de :

- coordinateur ;
- secrétariat ;
- chef de projet ;
- assistant chef de projet.

Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

Le RRC est financé par l'ARS.

Réseau régional de cancérologie ONCOHDF



0 25 50 km

Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

PERSONNES ÂGÉES



ÉQUIPE MOBILE GÉRIATRIQUE À DOMICILE EMGD

Rapport Libault sur la concertation grand âge autonomie – mars 2019.

Circulaire n° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique.

Rapport Laforcade sur la santé mentale – octobre 2016.

Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique.

Fiche point clé – organisation des parcours, HAS, sur la réduction des hospitalisations des résidents d'EHPAD, juillet 2015.

Public

- Les personnes âgées de 75 ans et plus ayant besoin à domicile, d'un avis gériatrique, dont risques de iatrogénie médicamenteuse, chutes ou dénutrition.
- Les personnes âgées de 65 ans et plus à domicile dans le cadre des demandes en psychogériatrie.

Objectifs

L'EMGD participe au maintien des personnes âgées dans leur lieu de vie avec les professionnels du premier recours et pour cela elle peut :

- apporter une expertise gériatrique au médecin traitant ou aux professionnels de ville avec son accord, dans le cadre des risques liés aux troubles cognitifs, à la poly médication/iatrogénie, à la dénutrition aux troubles psycho-gériatriques dont la dépression, à la chute ;
- participer à la formation et à l'acculturation du territoire pour favoriser le repérage des risques et créer des liens dans l'accompagnement ;
- participer à l'acculturation conjointe et favoriser les liens avec les secteurs de psychiatrie ;
- anticiper les situations de crise en orientant vers une offre de soins adaptée, en ville ou en établissement, afin de diminuer le recours aux urgences et éviter l'hospitalisation complète autant que faire se peut ;
- participer à l'orientation vers des hospitalisations directes, sans recours aux urgences ;
- sécuriser le retour à domicile post-hospitalisation par une visite à domicile en faisant les liens avec les partenaires.

L'EMGD est l'interface de la ville et de l'hôpital pour optimiser la prise en charge de la personne âgée dans son parcours de soins.

Missions

L'EMGD a pour mission de :

- dispenser une évaluation médico-psycho-sociale de la personne âgée ;
- contribuer à l'élaboration du projet de soins des patients gériatriques ;
- prévenir des risques gériatriques ;
- aider au retour à domicile ;
- aider au maintien à domicile ;
- aider à la prise de décision éthique ;
- orienter dans la filière de soins gériatrique ;
- conseiller, d'informer et de former les équipes.

Territoire couvert

L'EMGD a vocation à couvrir la zone d'activité de soins et/ou de proximité.

Composition de l'équipe

L'EMGD est composée à minima d'un temps de :

- gériatre ;
- psychiatre ;
- infirmier formé à la gériatrie et à la psychogériatrie ;
- psychologue ;
- diététicien.

Lieux d'intervention

Il s'agit d'une prestation réalisée au domicile de la personne.

Modalités de recours

Ce dispositif est accessible avec l'accord du médecin traitant.

Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

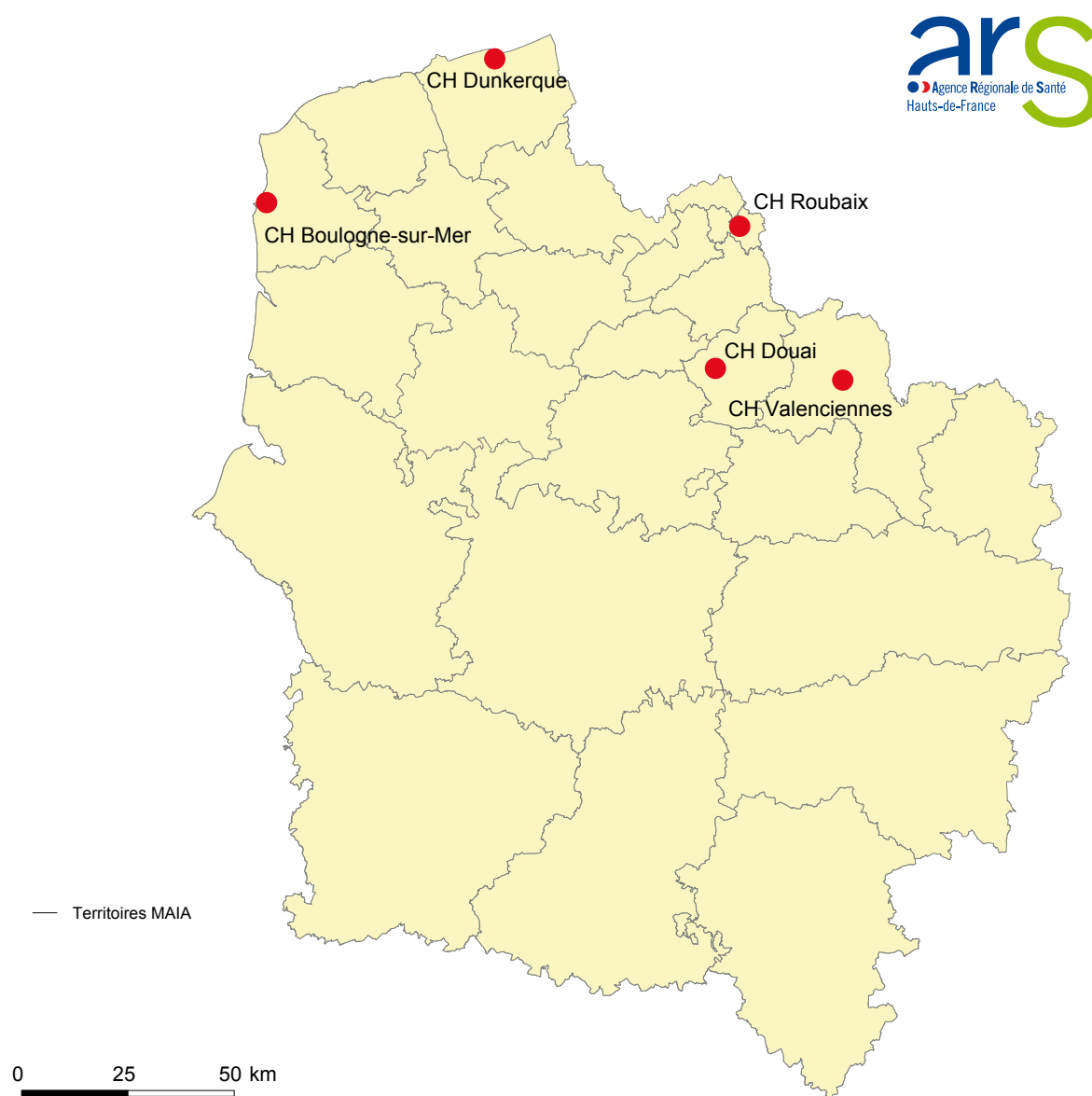
Durée de la prise en charge

Pas de limite de durée de la prise en charge.

Financement

L'EMGD est financée par l'ARS.

Équipes mobiles gériatriques à domicile (EMGD)



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

ÉQUIPE MOBILE PSYCHO-GÉRIATRIQUE EN EHPAD EMPGE

Rapport de la mission Libault « concertation grand âge autonomie ».

Circulaire n° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique.

Instruction n° DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées.

Circulaire DHOS/02/2007/176 du 30 avril 2007 relative à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées.

Circulaire N° SG/2013/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013.

Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique.

Recommandations HAS « Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées », avril 2009.

Fiche point clé – organisation des parcours, HAS, orthogériatrie et fracture de la hanche, juin 2017.

Fiche point clé – organisation des parcours, HAS, sur la réduction des hospitalisations des résidents d'EHPAD, juillet 2015.

Rapport Laforcade sur la santé mentale – octobre 2016.

Public

Les résidents d'EHPAD.

Objectifs

L'EMPGE a pour mission l'évaluation psycho-gériatrique et l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) des personnes âgées résidant en EHPAD pour :

- dresser un bilan et en réponse, orienter vers la prise en charge existante la plus adaptée aux besoins en évitant tout déplacement superflu ;
- concourir, voire permettre le maintien ou une meilleure intégration en institution ;
- participer à prévenir, entendre et soulager l'épuisement des aidants professionnels et des proches ;
- donner des avis sur les thérapeutiques mises en place ;
- éviter l'hospitalisation autant que faire se peut.

Missions

L'EMPGE réalise :

- bilans et avis ;

- soutien à l'intervention ou à l'évaluation pour les médecins traitants et médecins coordonnateurs ;
- soutien à l'intervention pour les professionnels des EHPAD ;
- formation du personnel de l'EHPAD à partir des évaluations individuelles.

Territoire couvert

L'EMPGE a vocation à couvrir la zone d'activité de soins et/ou de proximité. L'intervention de l'EMPGE correspond à l'ensemble des EHPAD de cette zone et donc en inter-secteurs de psychiatrie.

Composition de l'équipe

L'EMPGE est composée à minima d'un temps de :

- gériatre et/ou psychiatre ;
- infirmier ;
- psychologue.

Lieux d'intervention

L'EMPGE intervient en EHPAD.

Modalités de recours

L'EMPGE intervient dans un cadre programmé aux demandes d'avis des médecins traitants ou des médecins coordonnateurs d'EHPAD en accord avec le médecin traitant.

Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

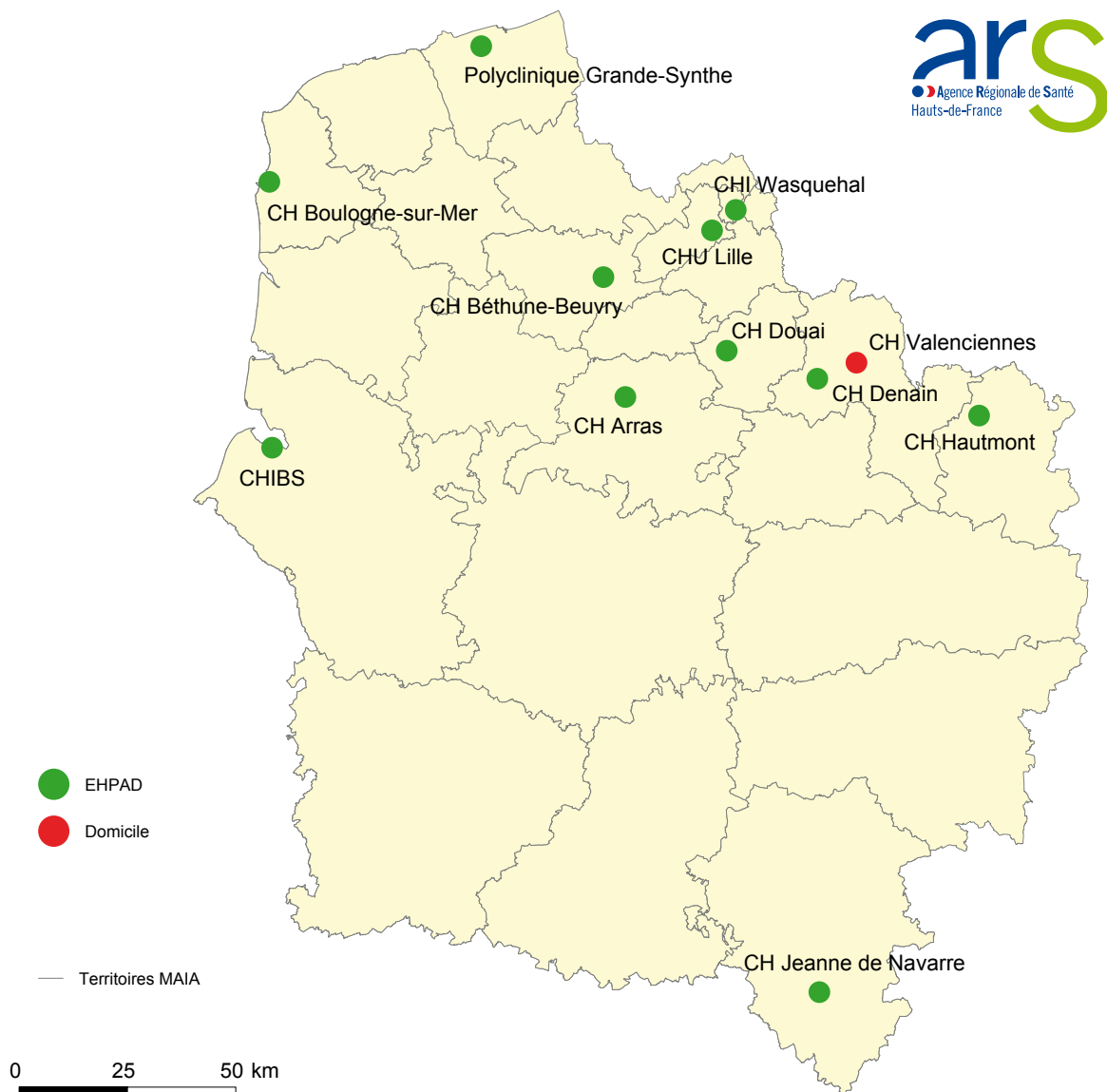
Durée de la prise en charge

Pas de limite de durée de la prise en charge.

Financement

L'EMPGE est financée par l'ARS.

Équipes mobiles psycho-gériatriques en EHPAD ou à domicile



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

ÉQUIPE SPÉCIALISÉE ALZHEIMER À DOMICILE ESA

Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

Public

- Les personnes de 60 ans et plus, atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée à un stade léger à modéré de développement de la maladie.
- L'aidant familial.

Objectifs

L'ESA est une équipe de professionnels formés aux soins d'accompagnement et de réhabilitation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (ergothérapeute, psychomotricien, assistants de soins en gérontologie ...), assurant une prise en charge non médicamenteuse et adaptée à leurs besoins, dans le but de leur permettre de rester plus longtemps possible dans leur domicile.

Missions

Les missions de l'ESA sont :

- l'accompagnement du malade ;
- l'éducation à la santé ;
- l'information et l'organisation d'actions de sensibilisation ;
- l'implication dans la recherche de protocoles.

Territoire couvert

Une ESA a vocation à couvrir une zone géographique plus étendue que celle du SSIAD porteur. 42 ESA pour la région/ territoires infra territoires de proximité.

Composition de l'équipe

L'équipe est composée à minima d'un temps de :

- infirmier coordonnateur ;
- ergothérapeute et/ou psychomotricien ;
- assistant de soins en gérontologie (ASG).

Lieux d'intervention

Il s'agit d'une prestation individuelle réalisée au domicile de la personne.

Modalités de recours

Ce dispositif est accessible via une prescription médicale « 12 à 15 séances de réhabilitation pour maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée ».

Durée de la prise en charge

Les soins de réhabilitation et d'accompagnement sont limités dans le temps (une prescription par an d'une durée de 3 mois maximum, renouvelable tous les ans).

Coût financier pour l'utilisateur

L'ensemble des missions assurées par l'ESA est pris en charge par l'assurance maladie.

Financement

L'ESA est financée par l'ARS sur l'ONDAM médico-social.

Équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESA)

