



# BIENVENUE

## Réunion Infirmiers

11 MARS 2014



# Rapport charges et produits 2014

---

## Les soins infirmiers



Les soins infirmiers se sont élevés, pour l'année 2012, à 5,3 milliards d'euros de dépenses pour 520 millions d'actes, soit 2,8 % des dépenses d'assurance maladie.

En 2011, 13 millions de personnes, soit 24 % de la population, ont eu recours à un soin infirmier remboursé par l'Assurance Maladie, avec en moyenne 20 actes par personne traitée.

Au cours des dernières années, la croissance des dépenses de soins infirmiers a été très soutenue avec une moyenne de plus de 6 % par an, soit un doublement des dépenses en à peine 10 ans

Les patients ont en moyenne 54 ans, et 40 % d'entre eux ont moins de 50 ans.

Le taux de recours et les dépenses augmentent sensiblement avec l'âge : la part des patients ayant eu des soins infirmiers est de 13 % avant 60 ans, de 32 % après 60 ans, de plus de 60 % au-delà de 80 ans.

Ainsi les pathologies rencontrées sont celles liées à l'âge, avec 34 % de patients en ALD (14 % pour des maladies cardiovasculaires, 9 % pour le diabète, 9 % pour cancer).

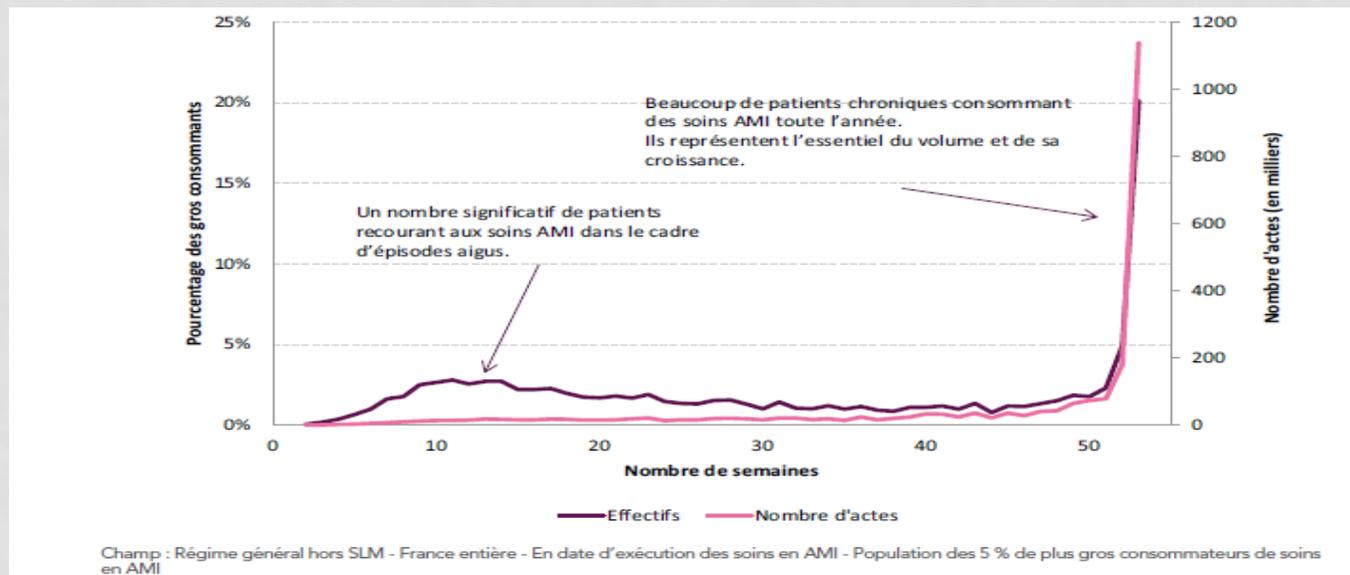
Par ailleurs, un patient sur cinq a été hospitalisé au cours de l'année en chirurgie ou en médecine



# Qui a recours aux soins infirmiers ?

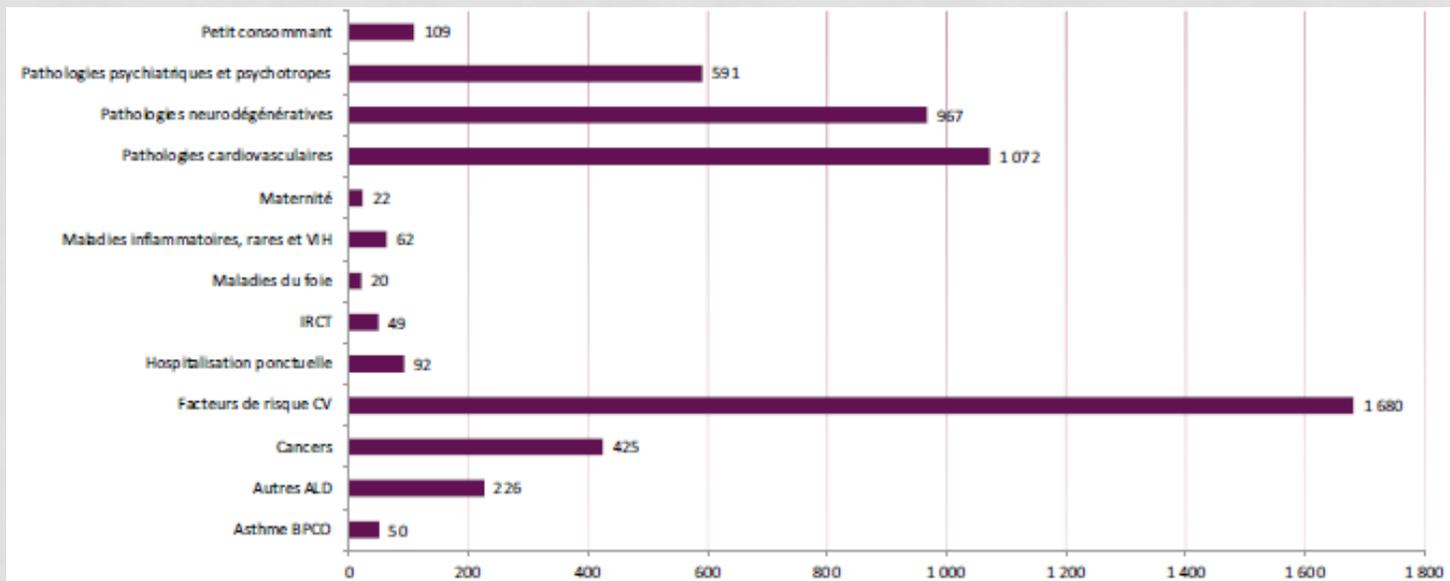
Une population très hétérogène :

- Celle ayant recours ponctuellement pour des épisodes aigus et qui représente une part peu importante des dépenses,
- Celle ayant besoin de soins quotidiens en suite d'hospitalisation de manière chronique toute l'année et qui génère la majeure partie des dépenses.



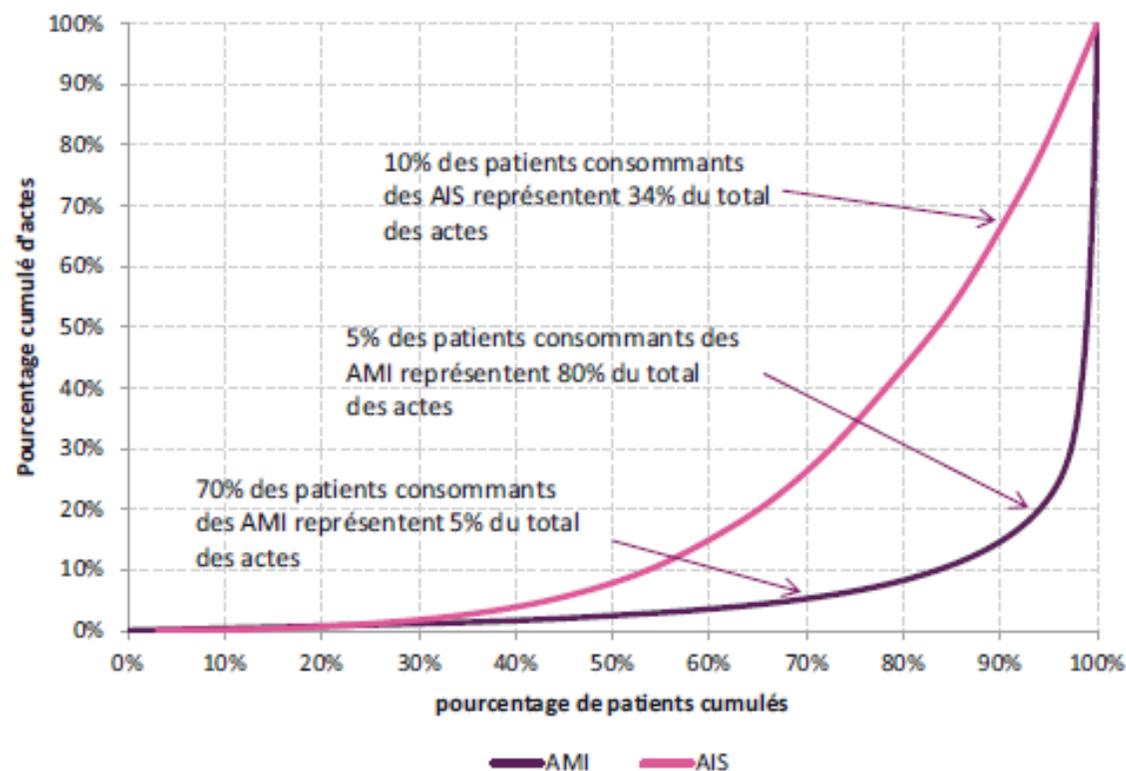


Les facteurs de risques cardiovasculaire (le diabète essentiellement) et les pathologies cardiovasculaires induisent la moitié des dépenses de soins infirmiers. Viennent ensuite les maladies neurodégénératives pour 18 % et les pathologies psychiatriques (11 %). Les cancers représentent 8 % du total des dépenses, et les hospitalisations ponctuelles 4 %.



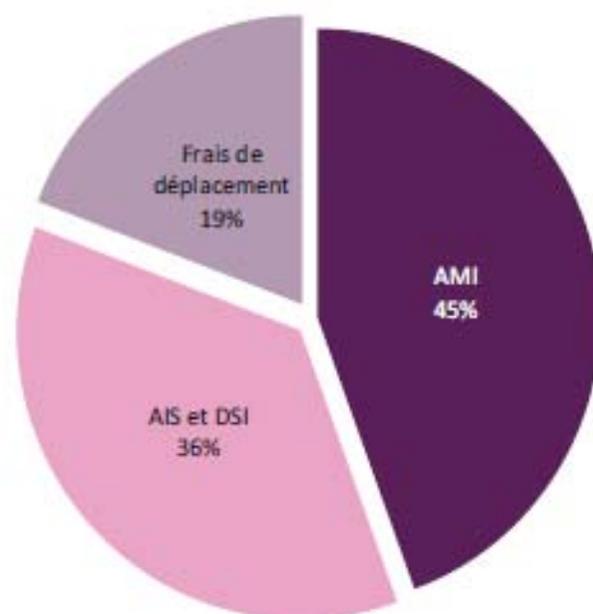
Champ : Dépenses remboursées tous régimes

# Répartition des actes infirmiers en fonction des consommateurs



Champ : Régime général hors SLM - France entière - En date d'exécution des soins - Population des consommateurs de soins AMI et/ou AIS

# Répartition des montants remboursables soins infirmiers en 2012



Champ : Régime général - France métropolitaine - En date de soins de 2002 à 2012 - Population d'infirmiers libéraux

# Les patients ayant des soins cotés en AMI



Les AMI représentent plus de 65 % de l'activité; 20 % de la population y recourt chaque année. L'âge moyen des consommateurs d'AMI est de 52 ans et le taux de recours augmente sensiblement avec l'âge.

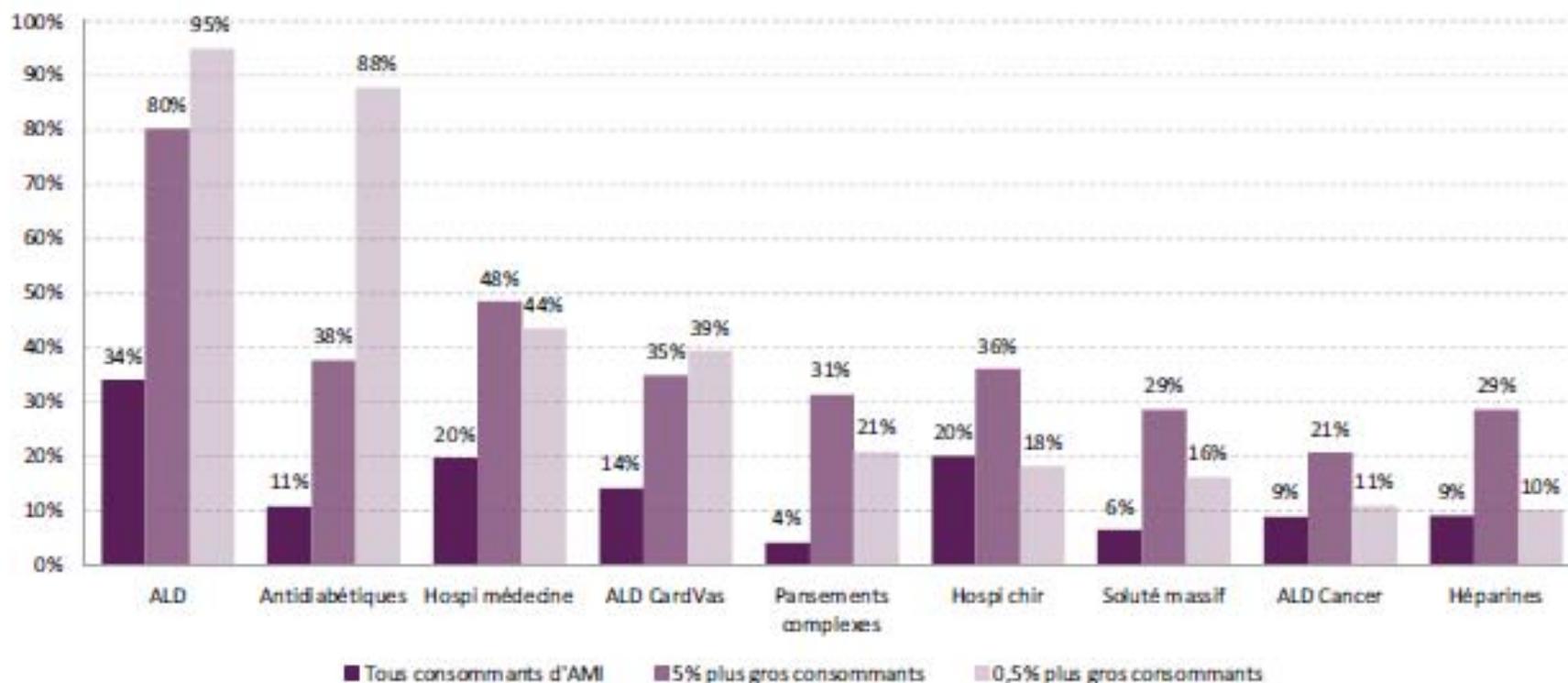
- Plus d'un tiers de ces patients n'ont pas séjourné à l'hôpital, ne présentent pas de pathologies chroniques, ni d'ALD, et n'ont pas une consommation de médicament injectable ou de dispositif médical nécessitant l'intervention d'une infirmière. Ces patients ont en moyenne 43 ans et recourent aux soins infirmiers de façon très ponctuelle : une à deux fois par an.

De manière générale, 70 % des patients des infirmiers recourent moins de cinq fois par an aux soins AMI. Mais cette activité de soins ponctuels représente à peine 5 % de l'activité totale des infirmiers dans l'ensemble des soins AMI,

- A contrario 5 % des patients représentent 80 % des actes en AMI. Ces « patients requérant des soins techniques lourds » (au moins 50 actes par an) sont âgés de 69 ans en moyenne et sont à 80 % en ALD (diabète, maladie cardiovasculaire et cancer). Ils ont été fréquemment hospitalisés dans l'année (48 % en médecine, 36 % en chirurgie), 1/3 souffre de plaies (escarres, ulcères) nécessitant la pose de pansements complexes, 1/3 encore requiert l'injection d'anticoagulants ou de soluté massif. 18 % de ces « patients lourds » recourent aussi aux AIS.

Aux extrêmes, on trouve les patients ayant quatre actes par jour en moyenne durant toute l'année (en ALD à 95 %) et qui représentent à eux seuls (ils sont environ 80 000 en France entière) près de 30 % du total des actes en AMI. Ce sont principalement des patients diabétiques insulino-requérants

# Profil des patients en fonction de l'intensité de leur recours aux AMI



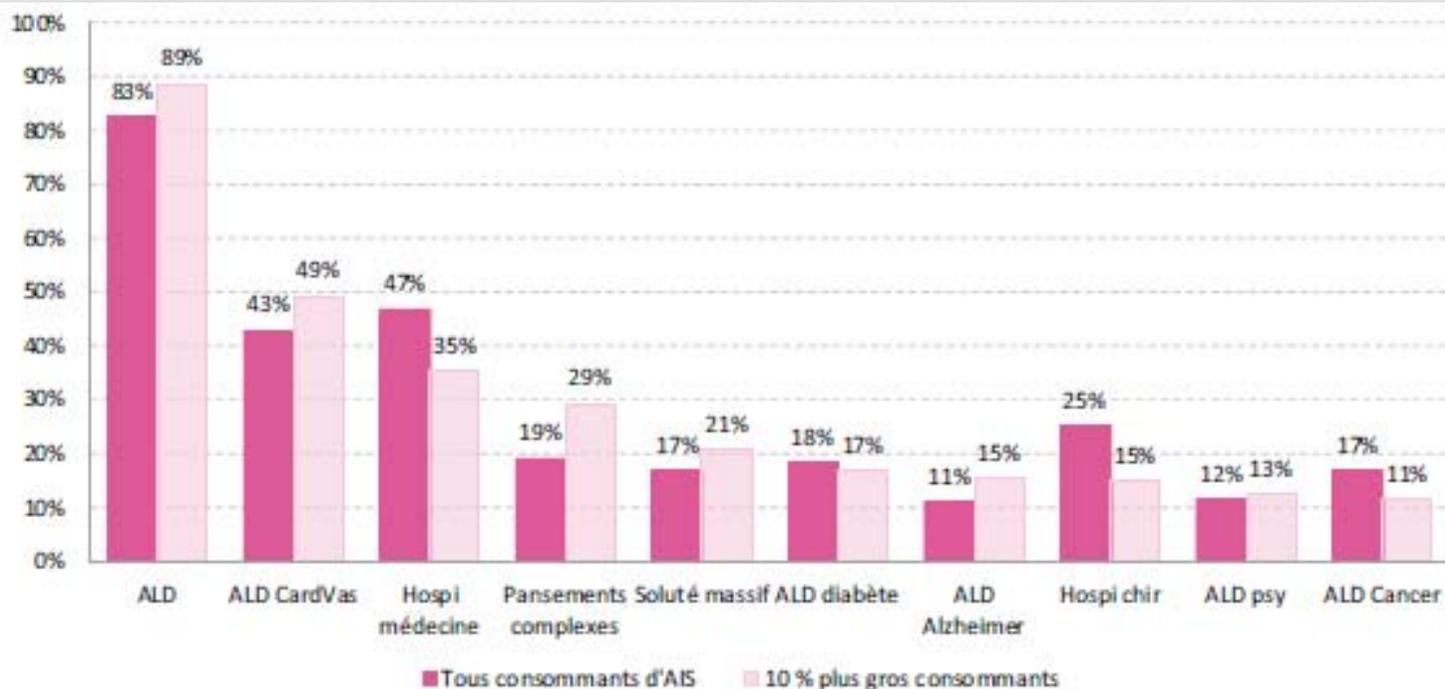
Champ : Régime général hors SLM - France entière - En date d'exécution des soins - Population des consommateurs de soins AMI

# Les patients ayant des soins cotés en AIS



- Les AIS , représentant 35 % de l'activité des infirmiers, concernent quant à eux une partie de la population beaucoup plus restreinte et plus spécifique.
- En effet, environ 1 % de la population générale a recours à ce type de soins : essentiellement des personnes âgées de 78 ans en moyenne et en ALD (82 % dont la moitié pour une maladie cardiovasculaire).
- Les soins AIS sont aussi répartis plus uniformément entre ces patients que pour les actes en AMI. En effet, les 10 % des patients qui consomment le plus d'actes ne représentent « que » 34 % de l'activité en AIS. Ces « patients fortement utilisateurs d'AIS » sont légèrement plus âgés (80 ans en moyenne) et plus souvent en ALD (88 %). Les patients ayant des AIS ont aussi pour  $\frac{3}{4}$  d'entre eux des soins médicaux infirmiers, avec en moyenne un acte AMI tous les deux jours.

# Profil des patients en fonction de l'intensité de leur recours aux AIS



Champ : Régime général hors SLM - France entière - En date d'exécution des soins - Population des consommateurs de soins AIS

# Le profil des patients fortement utilisateurs de soins infirmiers



De manière générale, les forts utilisateurs d'AIS sont des patients lourdement atteints par des pathologies liées à l'âge.

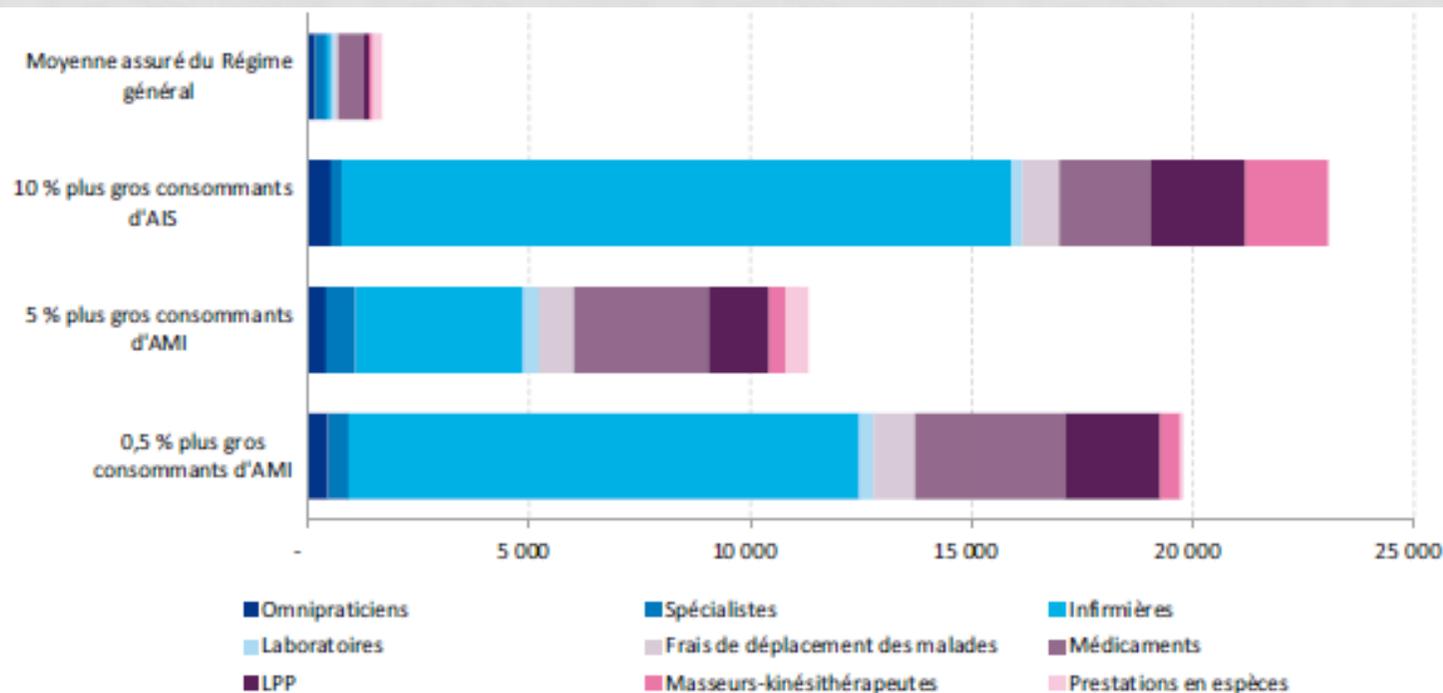
Outre le fait qu'ils sont aussi plus souvent en ALD, les forts utilisateurs d'AMI se distinguent surtout par le fait qu'ils sont insulinoquérants.

Les patients qui sont dans ces situations de soins infirmiers intensifs ont des dépenses de soins de ville élevées.

Ainsi les 80 000 patients ayant le plus recours aux soins en AMI (soit 30 % du total des dépenses d'AMI) ont des remboursements moyens de l'ordre de 20 000 euros par an, dont 58 % pour les seuls soins infirmiers et 28 % pour les médicaments et les dispositifs médicaux.

Les 10 % de patients recevant le plus de soins en AIS ont une dépense plus élevée encore en soins de ville (23 000 euros), dont 2/3 pour les seuls soins infirmiers et se caractérisent également par un recours important aux soins des masseurs-kinésithérapeutes (8 %)

# Part de chaque poste de dépenses



Champ : Régime général hors SLM - France entière - En date d'exécution des soins - Population des consommateurs de soins AMI et/ou AIS les plus extrêmes

# Une évolution soutenue depuis une dizaine d'années



Les dépenses de soins infirmiers se caractérisent par leur très forte évolution au cours des dix dernières années.

En effet, à partir de 2002 le taux de croissance des montants remboursés de soins infirmiers a été structurellement plus élevé que celui des soins de ville, avec des niveaux dépassant 5 % et frôlant les 10 % certaines années.

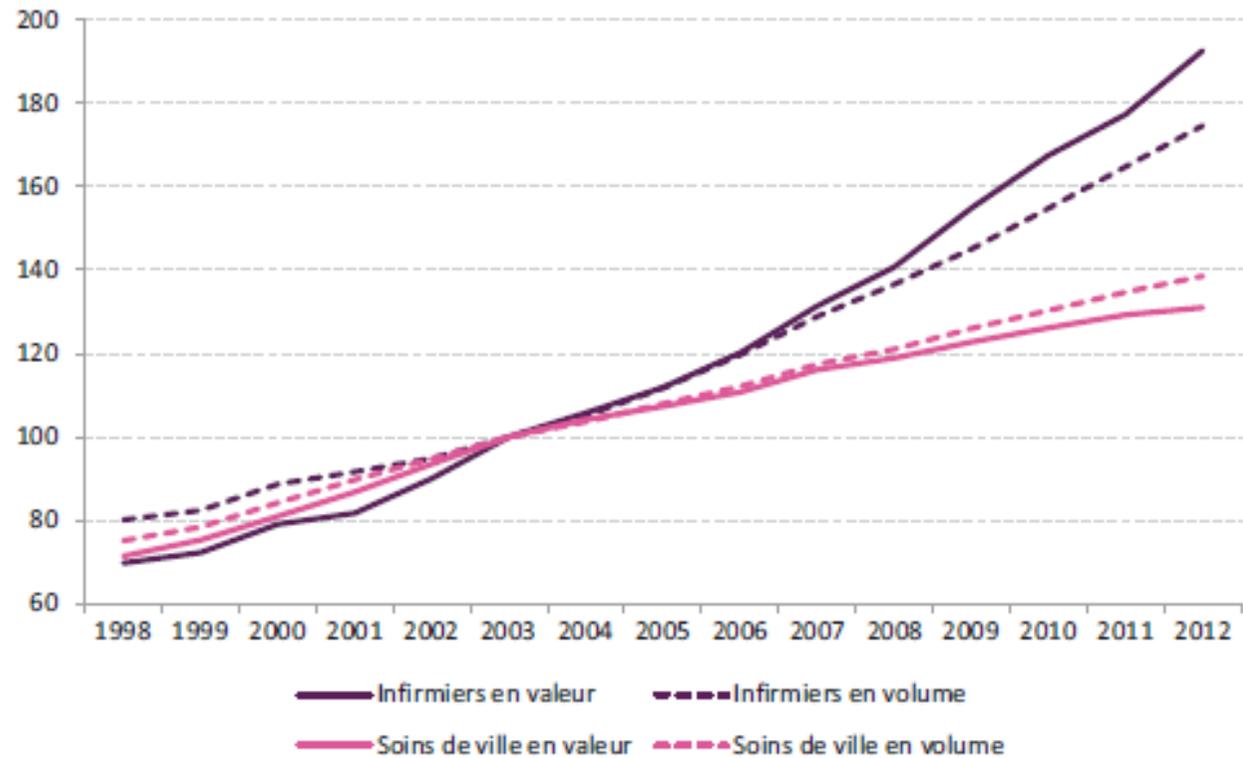
Sur la période 2002-2012, les dépenses de soins infirmiers ont plus que doublé, alors que la croissance a été de 40 % pour l'ensemble des soins de ville.

Cet écart est lié en grande partie à une croissance en volume beaucoup plus dynamique pour les soins infirmiers mais aussi à des effets prix positifs en faveur des infirmiers, alors que l'effet prix de l'ensemble des soins de ville est globalement négatif, notamment du fait des baisses de prix sur les produits de santé.

Si les soins infirmiers ont évolué très vite au cours des dix dernières années, mais ils contribuent largement au maintien à domicile et restent unitairement relativement peu coûteux pour l'Assurance Maladie par rapport à l'hospitalisation ou à l'hébergement dans les EHPAD.

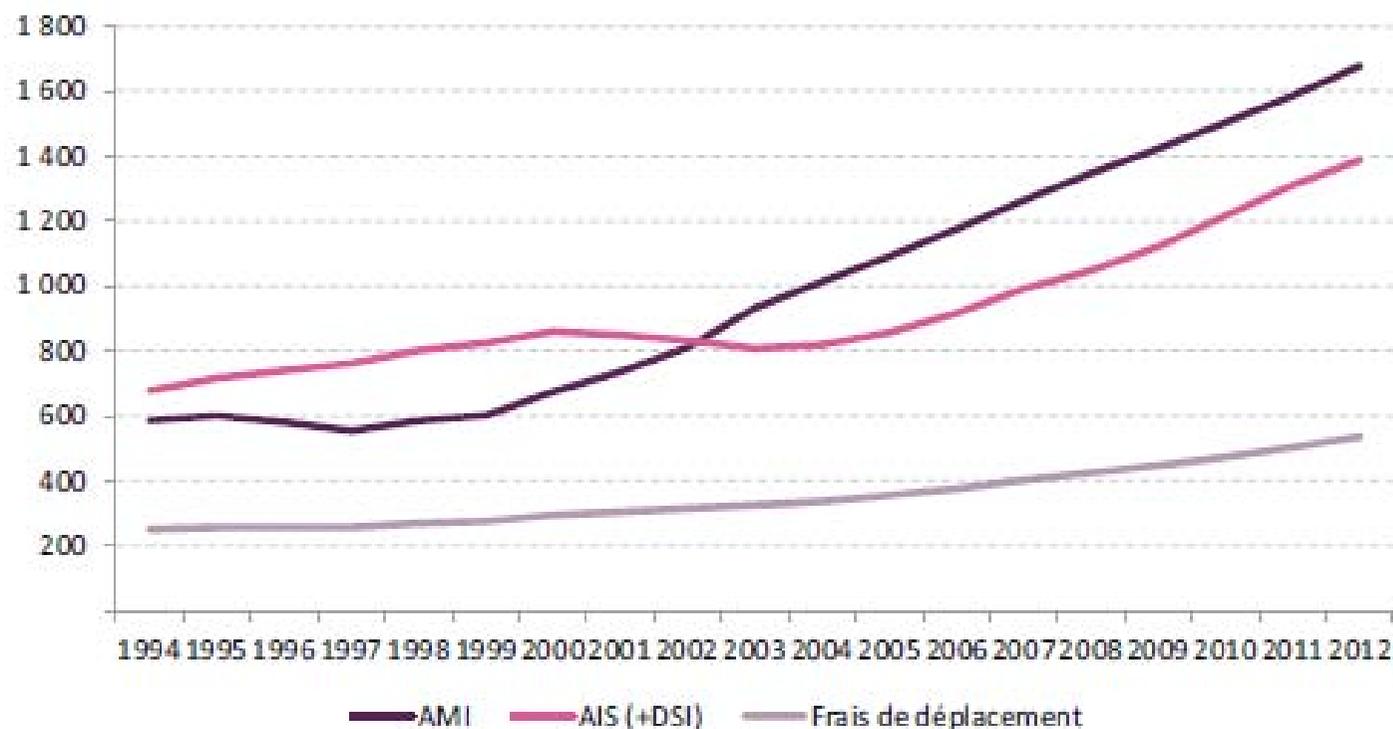


# Evolution des montants remboursés



: Régime général - France métropolitaine - En date de soins de 1998 à 2012 - Population d'infirmiers libéraux

# Croissance en volume des différents postes



: Régime général - France métropolitaine - En date de soins de 1994 à 2012 - Volume aux prix 1998 constants - Population d'infirmiers libéraux

# Une démographie très dynamique

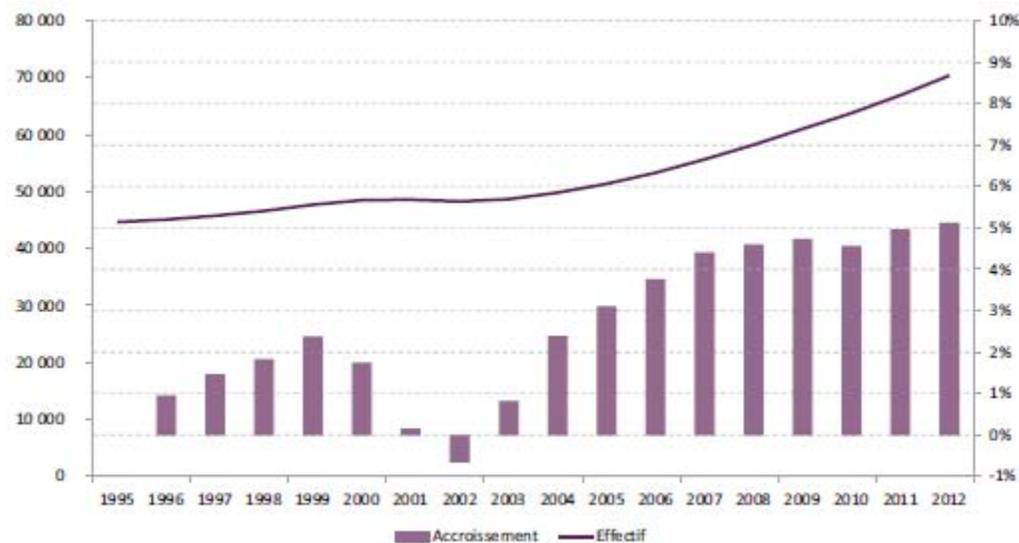


Les infirmiers libéraux sont plus de 70 000 en 2012 et représentent 12 % des effectifs totaux d'infirmiers (libéraux et salariés). Ils étaient 45 000 en 1995, soit une croissance de l'ordre de 2,7 % par an, comparable à l'évolution des effectifs totaux.

Une accélération sensible se produit à partir de 2005 (+ 4,6 % par an, + 2 700 infirmières par an) contrairement aux effectifs salariés qui poursuivent la tendance des années précédentes.

Cette croissance des effectifs est liée en partie à une augmentation du nombre de diplômés, qui est passé de 14 000 en 2000 à plus de 23 000 en 2011 (+ 400 infirmiers diplômés supplémentaires par an depuis 2005).

L'accroissement de la durée d'activité en libéral peut également être un facteur explicatif de la croissance des effectifs. En effet, l'âge de cessation d'activité des infirmiers libéraux est passé de 47 à 49 ans entre 2005 et 2012 alors que l'âge moyen d'installation (35 ans) est resté stable depuis 2005.



Population d'infirmiers libéraux APE et non APE

# Lien entre démographie et activité



En 2012, les actes en AMI représentent 65 % des actes, 46 % des coefficients et 54 % des honoraires des infirmiers (hors frais de déplacement).

Cette proportion est cependant très variable d'un infirmier à l'autre puisque 25 % des infirmiers réalisent plus de 67 % de leurs actes en AIS.

On observe que dans les départements où la densité d'infirmiers libéraux est faible, le nombre d'actes AMI par infirmier est important.

Inversement, dans les départements où la densité d'infirmiers est forte, le nombre d'actes AIS par infirmier est élevé.

Le même constat avait été porté au début des années 2000 et la situation n'a pas beaucoup évolué sur ce plan. Tout se passe comme si, dans le cas des actes en AMI, les infirmiers étaient face à une demande exogène, qui se répartit entre les professionnels présents sur le département.

En revanche, la demande de soins en AIS apparaît plus flexible et en tout cas plus fonction de l'offre disponible.



# QUESTIONS - RÉPONSES



# Démographie

---

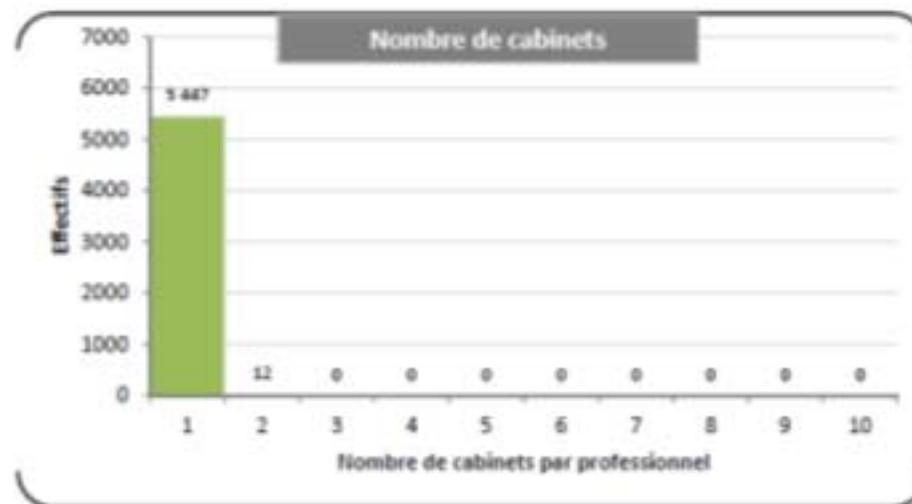
## régulation des installations

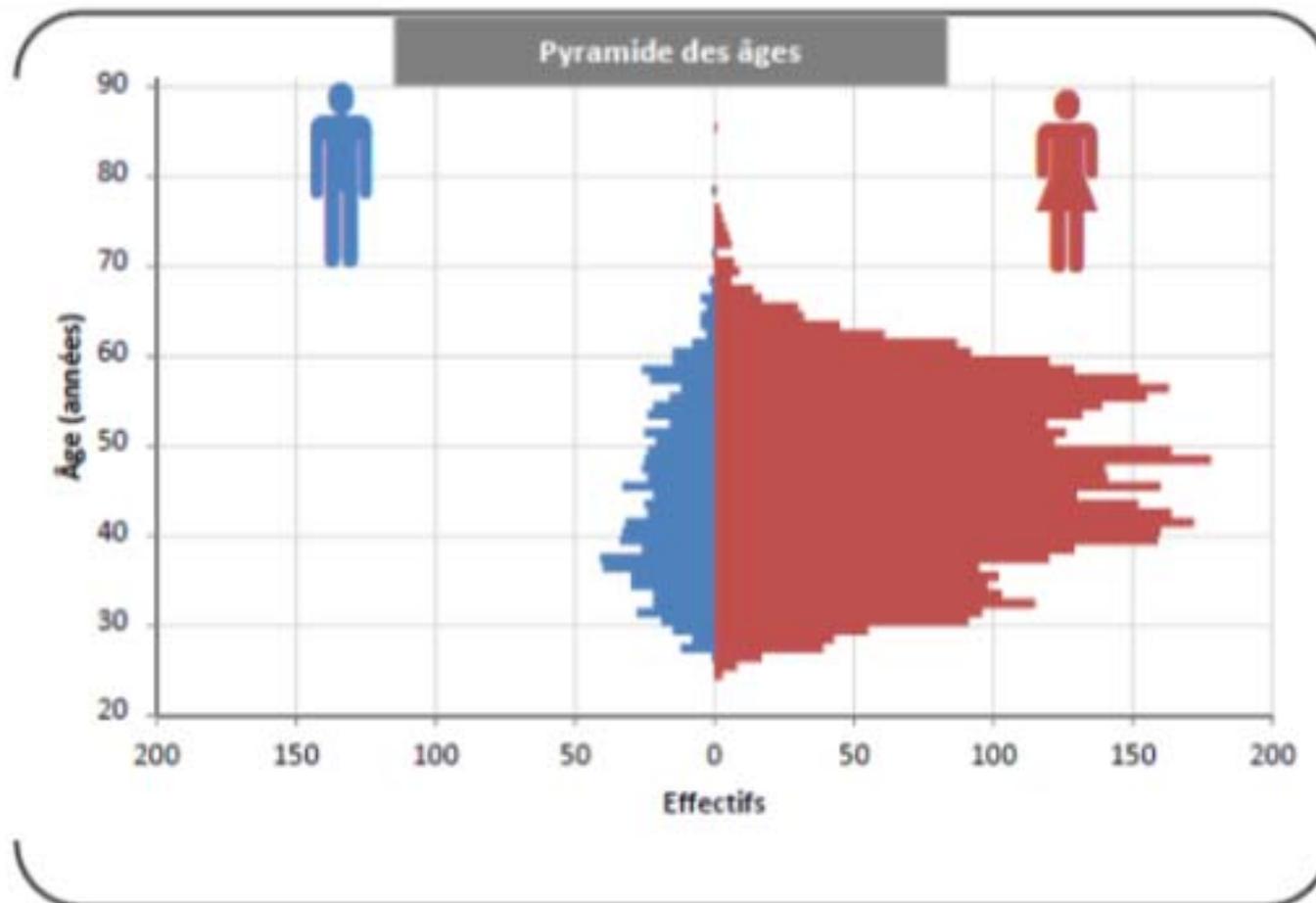


# Démographie (avril 2013)

## Aquitaine - 5 459 Infirmiers

Conventionnement	Effectif	%
Non conventionné	3	0,1
Conventionné sans dépassement permanent	5 456	99,9
Conventionné avec dépassement permanent	-	-
Conventionné avec honoraires libres	-	-
<b>Total</b>	<b>5 459</b>	<b>100,0</b>





**23,5 % des Infirmiers ont 55 ans ou plus**

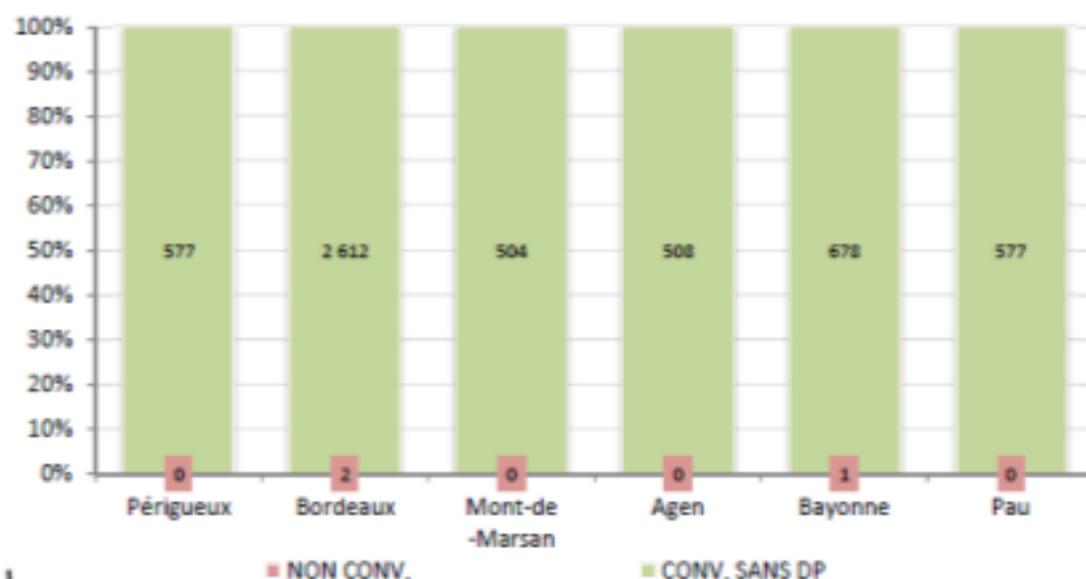
Données ERASME au 26/04/2013

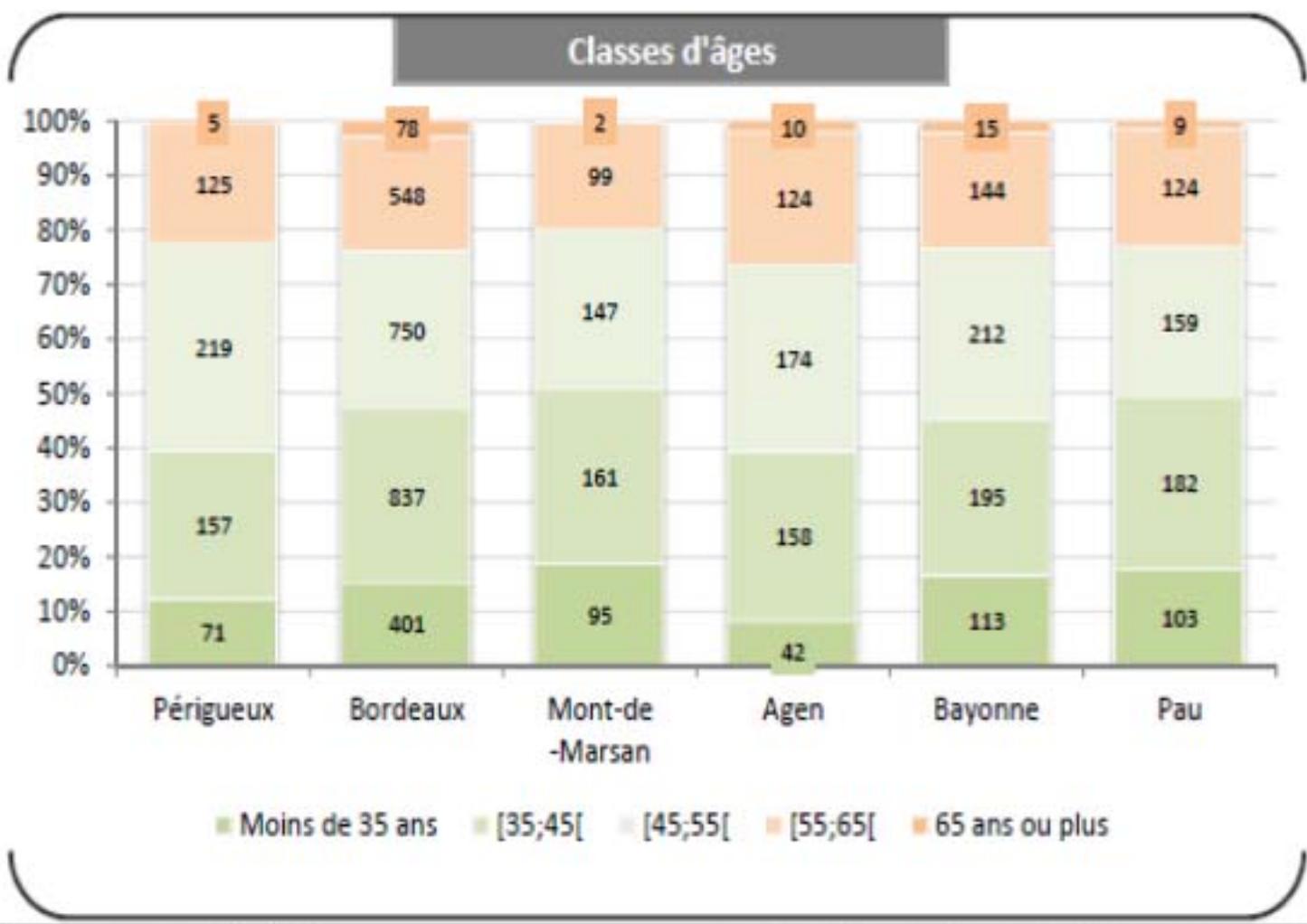
Coordination Régionale de la Gestion du Risque - Région Aquitaine

## Aquitaine - 5 459 Infirmiers

CPAM	Répartition selon les caisses		Nouveaux installés	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Part (%)
Périgueux	577	10,6%	56	9,7%
Bordeaux	2 614	47,9%	211	8,1%
Mont-de-Marsan	504	9,2%	73	14,5%
Agen	508	9,3%	20	3,9%
Bayonne	679	12,4%	68	10,0%
Pau	577	10,6%	66	11,4%

### Conventionnements

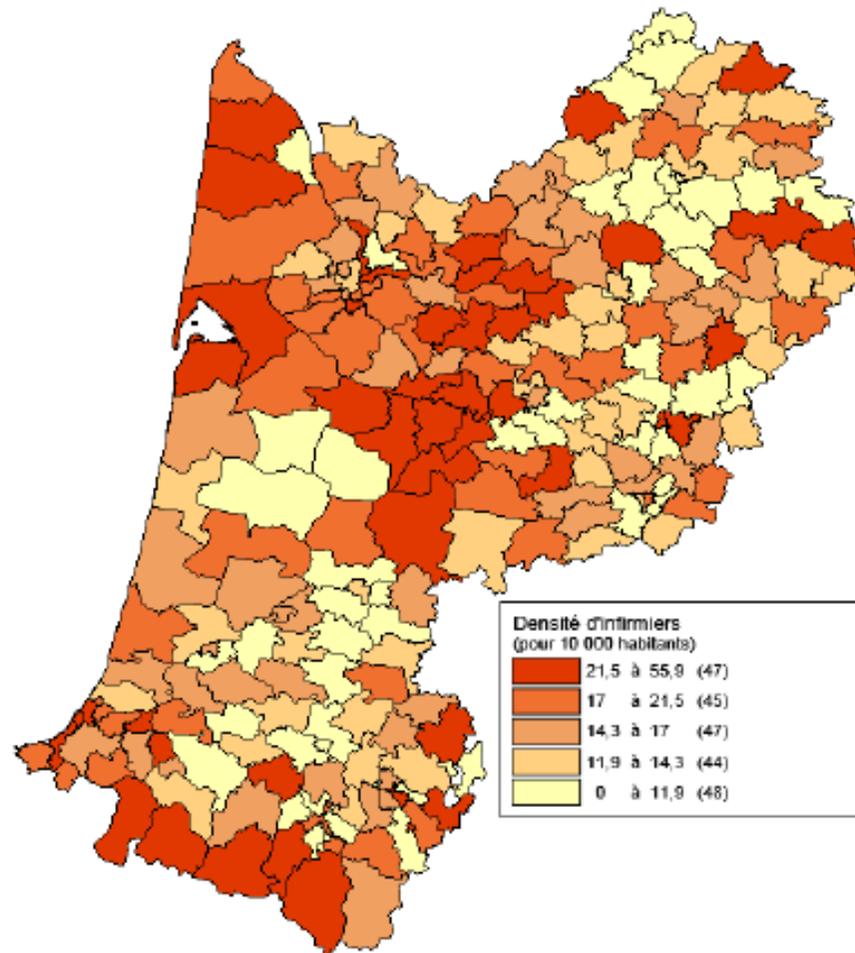




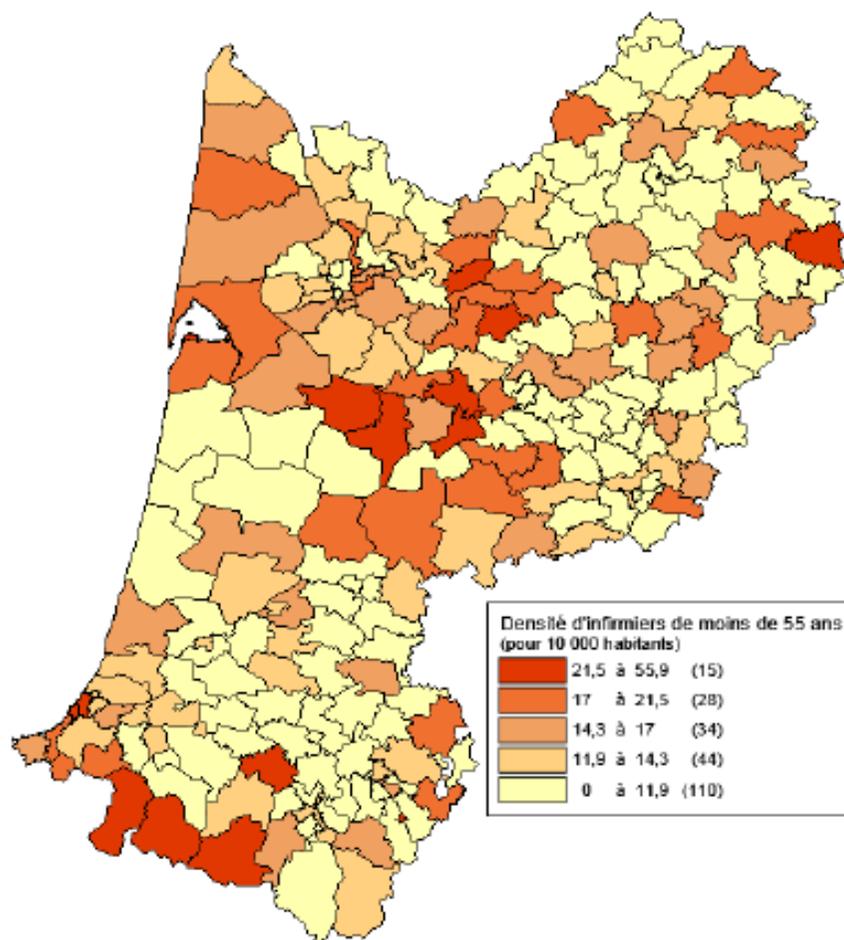
Données ERASME au 26/04/2013

Coordination Régionale de la Gestion du Risque - Région Aquitaine

Tous âges confondus



## Moins de 55 ans



Coordination Régionale de la Gestion du Risque - Région Aquitaine



# Régulation des installations

# Contexte



Les représentants de la profession et l'Assurance Maladie ont mis en place un accord qui prévoit une incitation financière à l'installation des infirmiers libéraux dans les zones sous-dotées et en parallèle une régulation des installations en zones sur-dotées.

L'application de ces mesures démographiques est conditionnée à la publication d'un arrêté de classification des zones par chaque Agence Régionale de Santé.

Ces dispositions figurent dans l'avenant n°1 à la convention nationale paru au Journal Officiel du 18 octobre 2008.

En raison des résultats encourageants enregistrés sur le territoire national et afin de maintenir l'offre de soins infirmiers sur le territoire tout en garantissant une réponse adaptée aux besoins de soins de la population, un nouvel accord conventionnel a été négocié et signé à l'automne 2011.

## Avenant n°3 à la convention nationale des infirmières signé le 28 septembre 2011 et paru au journal officiel du 26 novembre 2011



> Remplace et complète les dispositions de l'avenant n° 1 d'octobre 2008 qui a mis en place des mesures démographiques destinées à préserver et à améliorer l'accès aux soins via un dispositif de régulation de la démographie.

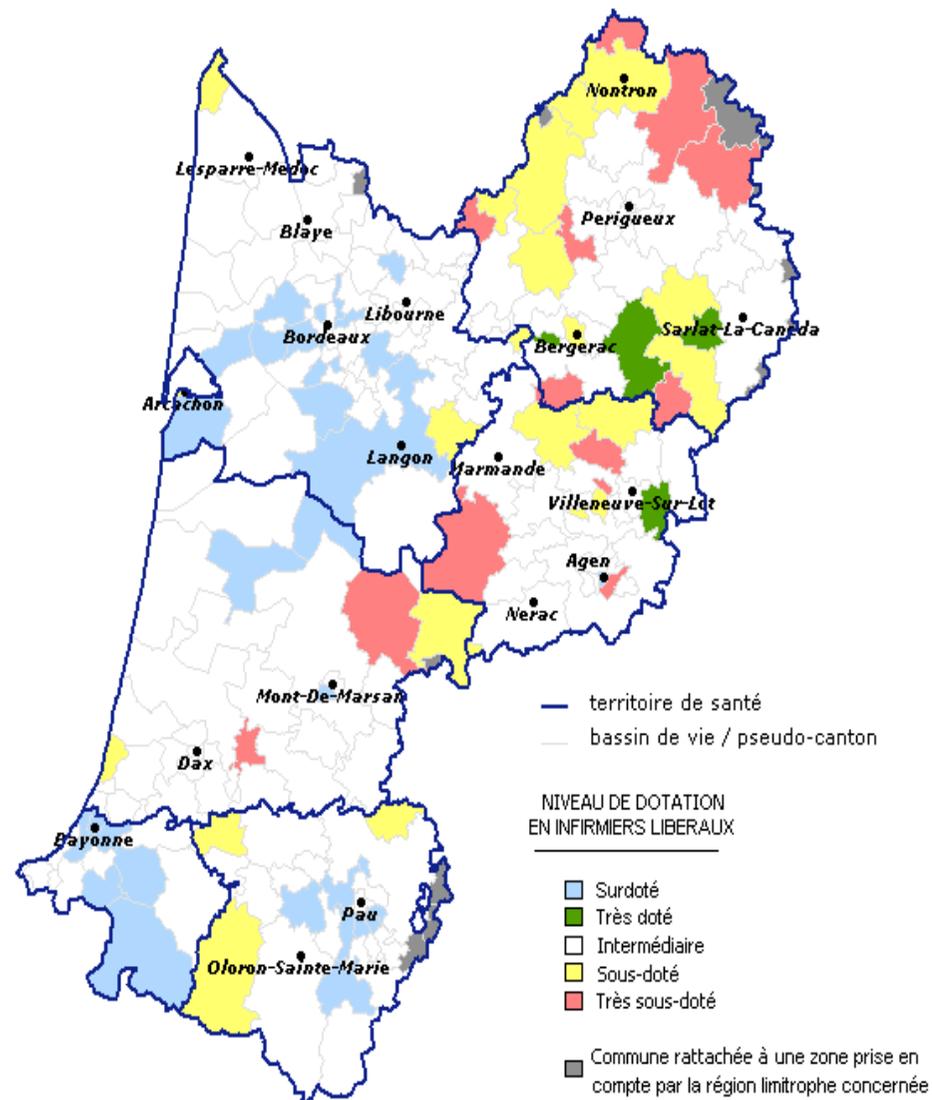
> Publication du nouveau zonage infirmier par arrêté du Directeur général de l'ARS du 14 juin 2012.

> Classe le territoire en cinq catégories :

- Très sous-dotée
- Sous dotée
- Intermédiaire
- Très dotée
- Sur-dotée

## Niveau de dotation des bassins de vie ou pseudo-cantons en infirmiers libéraux

Mise en application de l'arrêté du 21 décembre 2011



cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fond IGN  
source : Cnamts - Mise en application de l'arrêté du 21 décembre 2011

Le 9 février 2012

# Principe du conventionnement en zones sur-dotées



L'accès au conventionnement doit conduire à stabiliser l'offre de soins et ne peut intervenir que si :

- un professionnel libéral conventionné déjà installé dans la zone y cesse définitivement son activité (rappel: toute cessation d'activité libérale dans une zone d'exercice doit obligatoirement faire l'objet d'une déclaration à la CPAM au moins 90 jours avant la cessation effective d'activité)
- il désigne nommément son remplaçant et atteste d'une reprise effective de patientèle dans un but de continuité des soins

# Dérogations aux conditions d'installation en zones sur-dotées



- Infirmier remplaçant ayant effectué des remplacements en zones surdotées durant au moins 8 mois et à la condition d'un départ d'un infirmier déjà installé sur la zone
- Changement d'adresse du cabinet professionnel à la condition de justifier d'une activité libérale dans ce cabinet durant au moins 5 ans et avoir réalisé dans les 2 ans précédant la demande plus de 50 % de l'activité dans la zone sur-dotée considérée
- Situation médicale grave du conjoint, d'un enfant ou d'un ascendant
- Mutation du conjoint, dans les 3 mois suivant la notification de mutation
- Situation juridique personnelle entraînant un changement d'adresse professionnelle

# Bilan



Toutes les demandes d'installation en zones sur-dotées son soumises pour avis à la Commission paritaire locale des infirmières et adressées au Directeur de la Caisse Primaire qui notifie sa décision.

Année 2012 ( à partir du 15 juin 2012) : 21 demandes

- 10 accords
- 8 refus
- 3 désistements

Année 2013 : 57 demandes

- 31 accords
- 24 refus
- 2 désistements

Année 2014 : 16 demandes :

- 4 accords
- 12 refus

# Aide à l'installation en zones très sous-dotées

## contrat incitatif infirmier



### Engagements

- ◆ Exercer 2/3 de l'activité conventionnée dans cette zone
- ◆ Exercer en groupe ou recourir à des infirmières remplaçantes permettant d'assurer la continuité des soins
- ◆ Avoir un taux de télétransmission au minimum 80% de l'activité
- ◆ Réaliser la vaccination antigrippale des patients dans des conditions définies par l'Assurance maladie dans le cadre de ses campagnes organisées
- ◆ Assurer un suivi de la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, notamment des patients insulinodépendants

### En contre partie

- Versement d'une aide à l'installation et à l'équipement du cabinet, ainsi qu'au maintien du cabinet, dans la limite de 3000€/an, pendant 3 ans
- Prise en charge la totalité des cotisations sociales dues au titre des allocations familiales (5,4%)

**A ce jour en Gironde, il n'y pas de zone classée très sous-dotée par l'ARS**



# QUESTIONS - RÉPONSES



# SCANERISATION DES ORDONNANCES

---

## SCOR



## Avenant n°4 à la convention nationale des infirmières

Signé le 19 décembre 2013 par l'UNCAM et 3 syndicats représentatifs (CI, FNI, SNIL) (non encore publié au Journal Officiel) prévoit notamment la dématérialisation des pièces justificatives

## Protocole d'accord

Également signé le 19 décembre 2013, permet la mise en œuvre de l'expérimentation de télétransmission des ordonnances numérisées « solution SCOR »

# Modalités pratiques



SCOR est intégré au logiciel métier et permet, lors de la réalisation de la FSE (Feuille de Soins Électronique), de numériser les pièces justificatives et de les transmettre directement à la caisse de rattachement de l'assuré.

Les pièces justificatives numérisées sont automatiquement classées et archivées en lots, de manière sécurisée, par le logiciel, sans papier à gérer. Une fois scannées, les pièces justificatives peuvent être conservées dans le dossier informatique du patient,

Les documents scannés sont contrôlés par la CPAM afin de vérifier la qualité de la numérisation qui doit atteindre 99 %.

Pour cela une période de vérification initiale des PJ numériques est mise en place pendant 90 jours (renouvelable en cas de non atteinte des 99 %).

A l'issue des 90 jours, si le niveau de qualité des pièces est atteint, les pièces justificatives peuvent être détruites.

Seuls un archivage informatique et une sauvegarde sont demandés.

# Règles de principe concernant la pièce justificative numérique



- est la copie numérique fidèle et durable de l'ordonnance originale,
- ouvre droit au remboursement et à la prise en charge conformément à la réglementation en vigueur,
- a la même valeur juridique et comptable que la pièce justificative sur support papier.

NB : L'infirmière est responsable de l'établissement de la pièce justificative numérique et de sa fidélité à la pièce justificative papier.



SCOR est donc

- expérimenté depuis le début de l'année 2014 par 114 professionnels volontaires pour y participer (rémunérés à hauteur de 300 €), avant d'être généralisé à l'ensemble de la profession (rémunération annuelle de 90 €)

L'expérimentation est destinée à détecter toutes difficultés techniques liées à l'application.

- A ce jour 4 éditeurs de logiciels ont reçu l'agrément par le CNDA de leur logiciel intégrant la solution SCOR
  - Editeur : PRATILOG avec logiciel INFIPRATIK 21.50
  - Editeur : EPSILOG avec logiciel VEGA 5.50
  - Editeur : 9H37 avec le logiciel UBINECT 3.31
  - Editeur : CBA avec le logiciel AGATHE

La liste des logiciels agréés SCOR est consultable sur le site du GIE SESAM-Vitale ®

# Modalités de transmission des pièces justificatives papier dans l'attente de la généralisation de SCOR



Au 1er avril 2014, mise en place d'un circuit de transmission systématique harmonisé des ordonnances, triées par régime, accompagnées d'un bordereau récapitulatif en appui des factures télétransmises ,

Le date du 1<sup>er</sup> avril est destinée à permettre aux IDE de mettre à jour leur logiciel métier et de disposer de la fonctionnalité permettant l'édition du bordereau récapitulatif de transmission



# QUESTIONS - RÉPONSES



# PRADO

---

Programme d'accompagnement  
du retour à domicile  
des patients hospitalisés

# Sommaire



**1 - Contexte général du programme**

**2 - Présentation du programme Orthopédie**

**3 - Bilan du programme Insuffisance cardiaque**



# Contexte général du programme

Le PRADO s'inscrit dans l'offre de services de l'Assurance Maladie

*Information*

*Prévention*

*Accompagnement*

ameli-sante.fr

CARDIO VASCULAIRE

santé active

ETP dans les CES

sophia  
L'ÉQUILIBRE SE CONSTRUIT CHAQUE JOUR



# Contexte du programme : enjeux



Répondre à une volonté croissante des patients

Permettre au patient de retourner au domicile dès que l'hospitalisation n'est plus nécessaire et répondre à sa demande

*Enquête sur les accouchements  
Sortie de maternité et bien-être des femmes*

*Source : CIANE [novembre 2012]*

Adapter et renforcer le suivi post hospitalisation

Accompagner l'évolution des techniques médicales qui favorisent le développement des pratiques en ambulatoire et des hospitalisations plus courtes

*Accompagner la baisse de la DMS en soins aigus :*

*Pays OCDE en 9 ans de près de 8.2 jours à 7.2 jours*

*France : de 6.2 à 5.6 jours*

*Source OCDE [2011]*

Optimiser le retour à domicile en suscitant les complémentarités et en évitant les hospitalisations inutiles

Adapter les circuits de prise en charge aux besoins du patient

*Fort e hétérogénéité du t aux de recours en SSR*

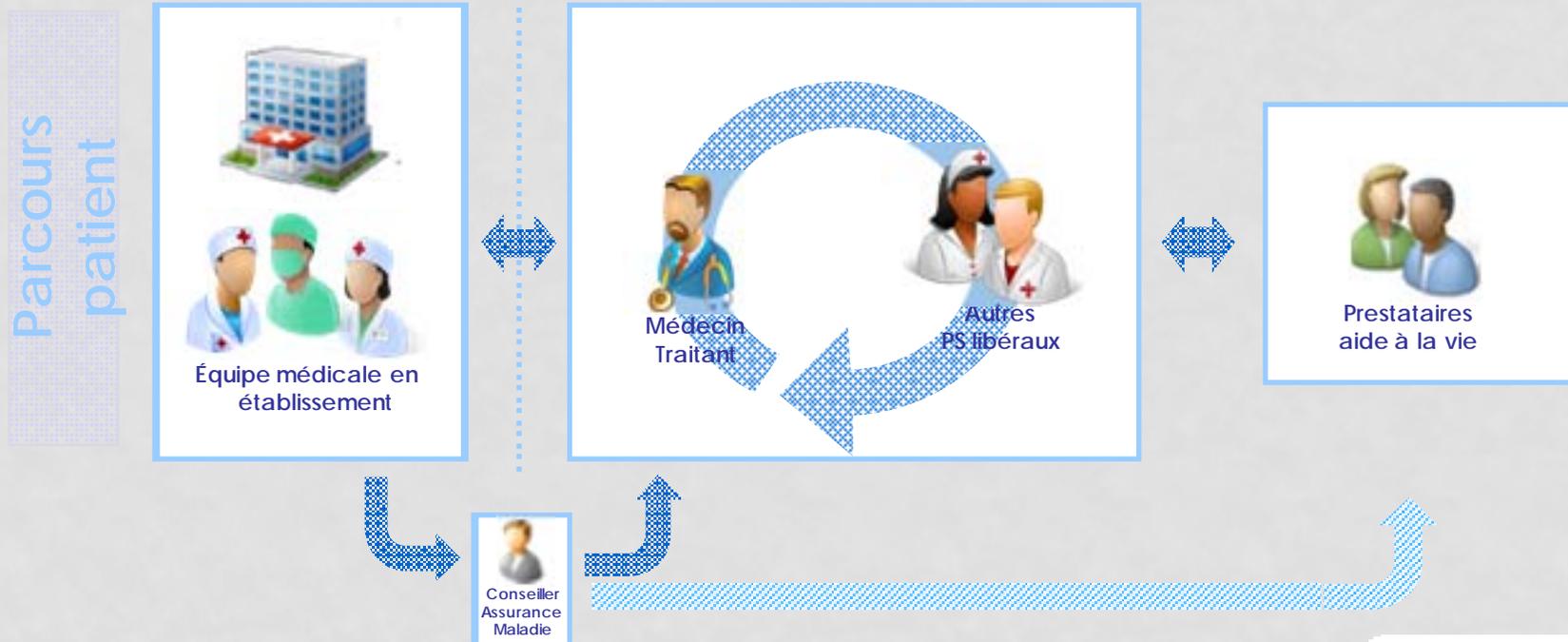
*(de 16 à 81% pour la prothèse de hanche selon les régions)*

*Source PM SI [2011]*



# Contexte du programme : objectifs

Objectifs du programme : anticiper les besoins du patient lié à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital - ville



Le conseiller de l'Assurance Maladie est un facilitateur entre les professionnels de santé de ville et le patient pour son retour à domicile et n'intervient pas dans les décisions médicales.



# PRADO orthopédie :

## Définition de la cible

**Cible du programme :** Patient majeur du RG ayant subi une des 23 interventions de chirurgie orthopédique de la liste HAS

Rachis	Membre supérieur	Membre inférieur
<ul style="list-style-type: none"><li>Chirurgie discale rachidienne, à l'exclusion de la prothèse discale</li><li>Chirurgie rachidienne avec arthrodèse</li><li>Chirurgie rachidienne de libération canalaire sans arthrodèse</li><li>Fracture du rachis stable non opérée (hors traction continue)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Acromioplastie</li><li>Chirurgie de la coiffe des rotateurs (réparation tendineuse)</li><li>Réparation chirurgicale des luxations récidivantes de l'épaule</li><li>Libération chirurgicale des syndromes canaux du membre supérieur</li><li>Réparation chirurgicale de plaie tendineuse sur l'avant-bras (à l'exclusion des traumatismes complexes)</li><li>Libération chirurgicale dans le cadre de la maladie de Dupuytren</li><li>Réparation chirurgicale de plaie tendineuse sur la main (à l'exclusion des traumatismes complexes)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Arthroplastie totale coxofémorale (hors reprise compliquée)</li><li>Arthroplastie totale du genou (hors reprise compliquée)</li><li>Arthroplastie partielle du genou</li><li>Arthroscopie du genou (ménisectomie...), à l'exclusion de la ligamentoplastie</li><li>Ligamentoplastie du genou (dont LCA)</li><li>Ostéotomie et/ou transposition de la tubérosité tibiale (AN : tubérosité tibiale antérieure)</li><li>Ligamentoplastie de la cheville</li><li>Réparation chirurgicale du tendon calcanéen (AN : tendon d'Achille)</li><li>Réparation chirurgicale de l'avant-pied</li></ul>
<b>Membres (site anatomique non précisé)</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>Fracture isolée ou multiple d'un segment de membre, ou extra-articulaire du bassin traitée orthopédiquement (hors traction continue)</li><li>Ostéosynthèse d'une fracture isolée ou multiple d'un segment de membre</li><li>Transposition chirurgicale tendineuse (en dehors de la pathologie neurologique centrale)</li></ul>		

# PRADO Orthopédie : Etapes



Avant l'intervention

1

Information et pré-inscription du patient en consultation pré-opératoire  
Le Conseiller Assurance Maladie contacte le patient, son médecin traitant et les professionnels de santé libéraux qu'il a choisis, éventuellement prestataire d'aide à domicile, pour anticiper les besoins à sa sortie d'hospitalisation.

2

Éligibilité médicale du patient au programme par équipe médicale hospitalière

3

Visite du Conseiller de l'Assurance Maladie dans la chambre et adhésion du patient

4

Initiation de la démarche aide à la vie

5

De retour à domicile

Prise en charge par le masseur-kinésithérapeute libéral et/ou l'infirmier libéral et le médecin traitant et mise en place de l'aide à la vie éventuelle  
Bilan de satisfaction auprès des patients fait par le Conseiller Assurance Maladie à J+15

# PRADO Orthopédie : Critères basés sur les recommandations HAS



## Critères médicaux

Douleur au repos < 5 (EVA) avec ou sans traitement

Secteur d'amplitude active du genou > à 70°

Pas de syndrome fébrile, infection aigüe précoce ou problème cutané nécessitant surveillance et soins continus

Pas d'anémie sévère

Pas de problème trombo-embolique avec risque évolutif

Pas de comorbidité préexistante nécessitant une surveillance hospitalière (ex : ASA ≥ 3)

Pas de besoin spécifique de rééducation

## Critères d'autonomie

Capacité à se lever, se coucher, s'asseoir seul

Capacité à comprendre les consignes (trouble du comportement) et à prendre en compte les situations à risque (mouvements interdits)

Capacité à marcher seul dans son logement sans tierce personne (avec ou sans aide de marche)

Capacité à monter et descendre des marches si la configuration au domicile le demande

## Critères sociaux

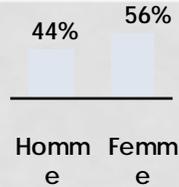
Présence d'entourage humain proche et accessible (famille, prestataire d'aide à domicile) pouvant prendre en charge les actes de la vie quotidienne du patient si son état post-opératoire ne lui permet pas



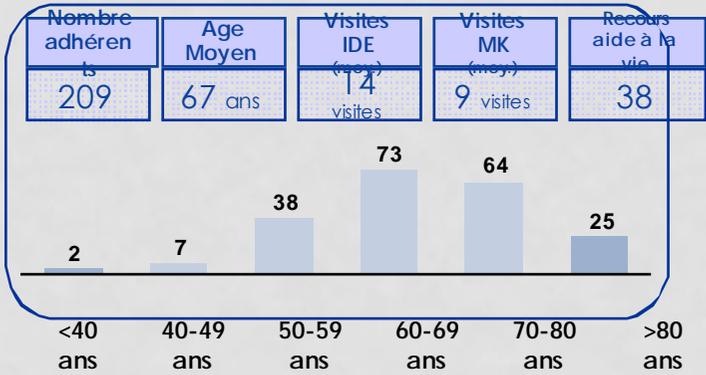
# PRADO orthopédie : profil du patient adhérent (au 09/10)

## statistiques issues de la saisie des cam (bilan à j+15)

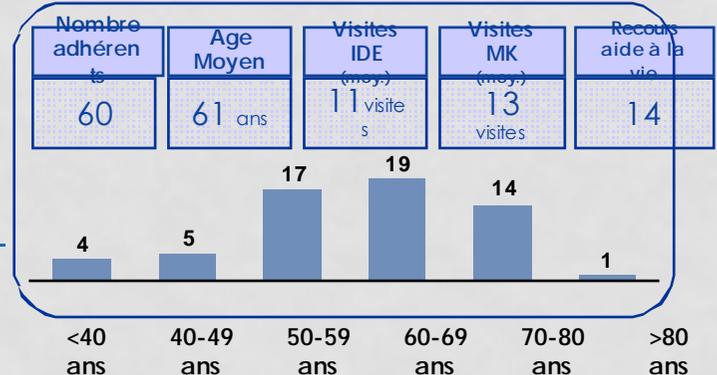
Taux global de recours aide à la vie : 17%



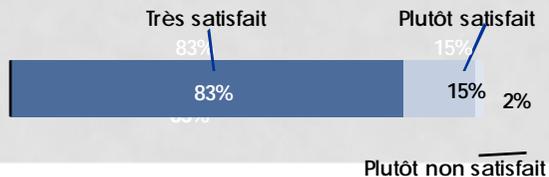
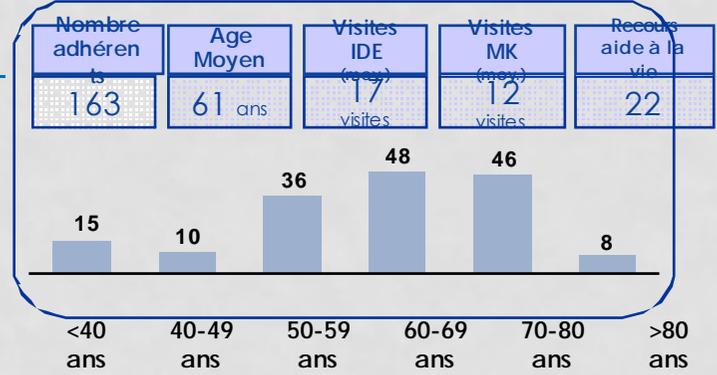
### INTERVENTION DE LA HANCHE 48% des adhésions PRADO



### INTERVENTION DE L'ÉPAULE 14% des adhésions PRADO



### INTERVENTION DU GENOU 38% des adhésions PRADO



Patiente, 50 ans, opérée du genou : « Très bien c'est un souci en moins car tout est organisé par le CAM »

Patiente, 75 ans, opérée du genou : « Je dois me faire opérer de l'autre genou et j'adhérerai de nouveau à PRADO car c'est très pratique pour la gestion du retour à domicile »

# PRADO orthopédie : calendrier prévisionnel/établissements partenaires



Rencontre des Directions des établissements de soins ciblés :  
CHU/Polyclinique Bordeaux Nord

Février 2014

Rencontre des services Orthopédie des établissements

Mars 2014

Rencontre et Information des professionnels de santé libéraux

Mars 2014

Démarrage des inclusions

Mai 2014



# PRADO Insuffisance cardiaque

La population des insuffisants cardiaques (400 000 personnes du régime général identifiées) se caractérise par des taux élevés de réhospitalisation et de mortalité à moyen terme

91 028 personnes ont été hospitalisées pour décompensation cardiaque en 2010 (régime général hors SLM)

60 796 personnes hospitalisées sont retournées à domicile

34 % de réhospitalisation pour décompensation cardiaque et 112% pour une autre cause dans les 6 mois

16 % de décès dans les 6 mois suivant l'hospitalisation

L'enjeu pour la CNA MTS est de diminuer ces taux de réhospitalisation et de mortalité en proposant une offre de suivi à domicile sur une **période de 6 mois suivant l'hospitalisation**, période à plus fort risque pour ces patients, composée des éléments suivants

Initialisation du suivi médical

Accompagnement attentionné

Aide à la vie

# PRADO insuffisance cardiaque : le parcours cible décrit par la HAS



Le parcours décrit dans le guide HAS propose des fréquences annuelles types de consultations en cas d'ICS stable

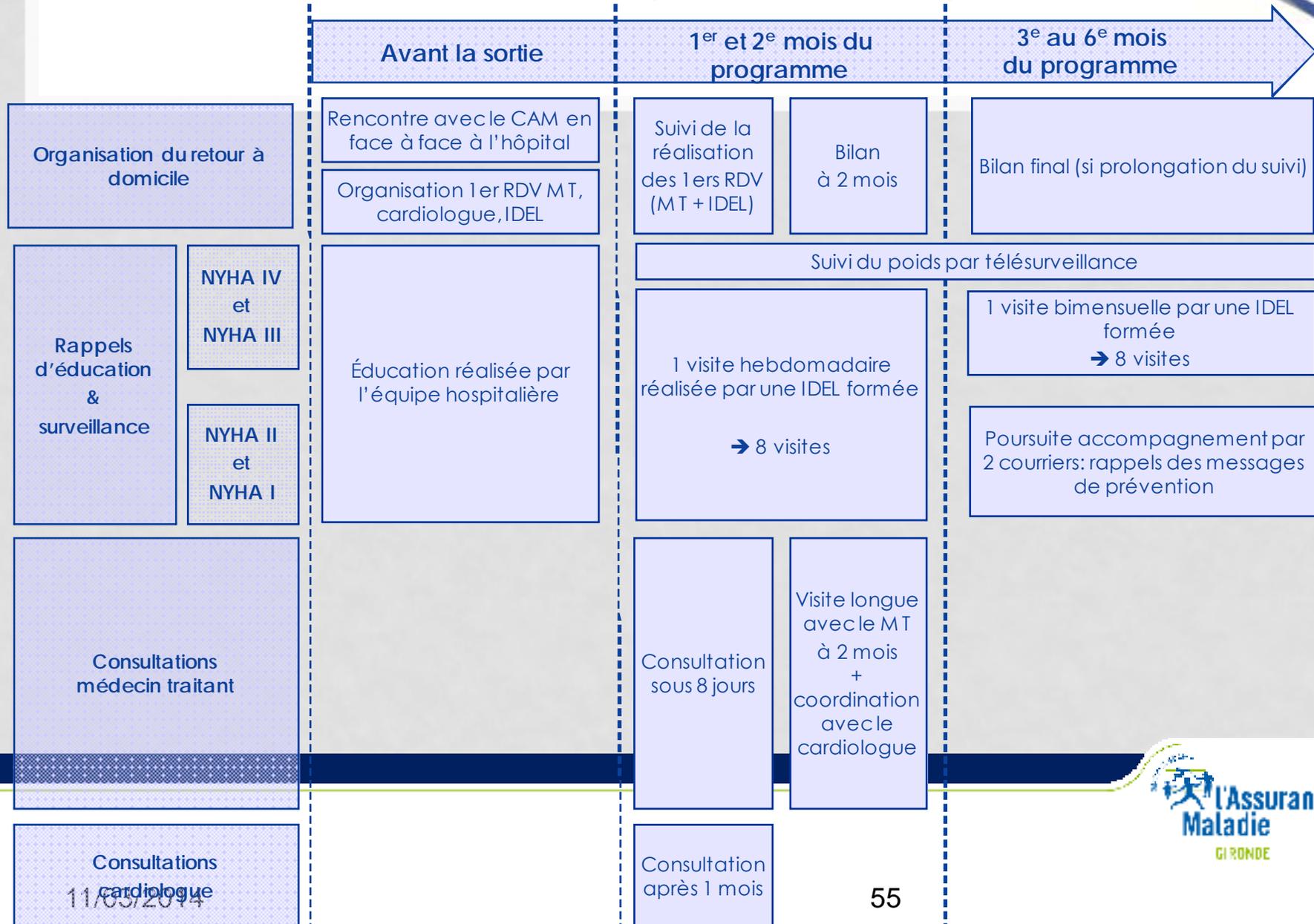
	NYHA I	NYHA II	NYHA III & IV
Médecin traitant	2 consultations/an	4 consultations/an	4 – 12 consultations/an
Cardiologue	1 consultation/an	2 consultations/an	4 – 12 consultations/an
Consultations supplémentaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Événement intercurrent : décompensation, complication, épisode infectieux</li> <li>▪ Détérioration de l'état clinique</li> <li>▪ Consultation de pneumologie, gériatrie, néphrologie, endocrinologie si besoin</li> </ul>		
En cas de décompensation cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultation par le médecin traitant dans la semaine après la sortie d'hospitalisation.</li> <li>▪ Consultation de contrôle par le cardiologue : 1 semaine à 2 mois après la sortie</li> <li>▪ Si état de base non atteint : consultations supplémentaires selon l'évolution</li> </ul>		

Par rapport à ce parcours, on constate une **consommation de soins insuffisante** parmi les patients dans les 2 mois suivant la décompensation

14% ne consultent pas de médecin traitant (13% en comptabilisant les consultations externes)

66% ne consultent pas de cardiologue libéral (63% en comptabilisant les consultations externes)

# PRADO insuffisance cardiaque : détail du parcours



11/05/2014

# PRADO Insuffisance cardiaque : résultats enregistrés du 15/05/2013 au 31/12/2013



## Établissements concernés

Hôpital Saint André

Hôpital Xavier Arnoz

Hôpital Haut Léveque

Centre hospitalier de  
Libourne

• Nombre de patients rencontrés :

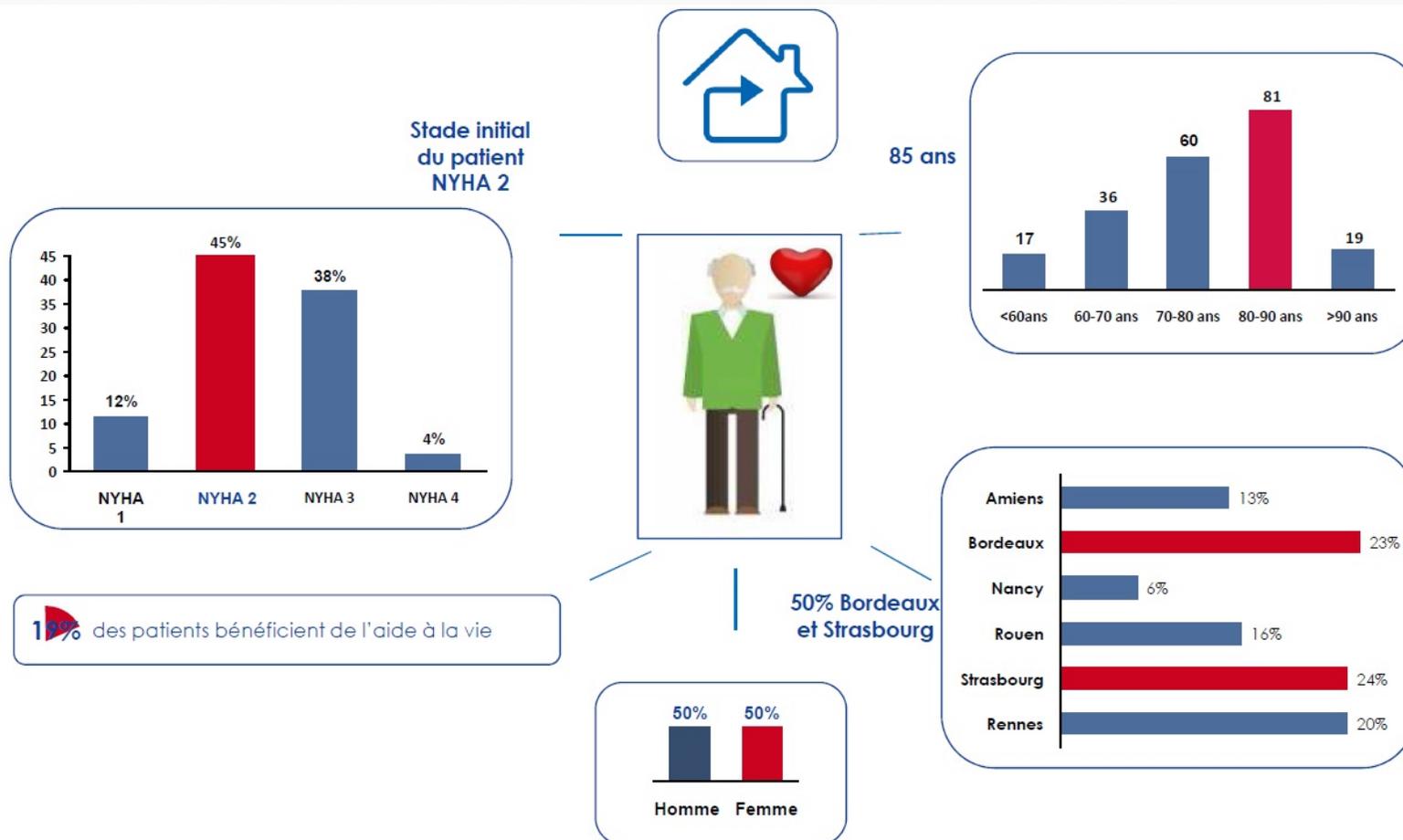
**58**

• Nombre de patients adhérents :

**51**

• Taux d'adhésion : **88**  
%

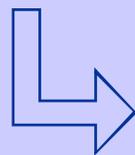
# PRADO Insuffisance cardiaque : profil national



# PRADO ET PAERPA



Construire un accompagnement et un parcours de santé  
pour les personnes âgées à risque de perte d'autonomie



Expérimentation d'une coopération  
hospitalière/ambulatoire/sociale et médicosociale



# QUESTIONS - RÉPONSES



# MERCI DE VOTRE PARTICIPATION À CETTE RÉUNION

Retrouvez ce diaporama en ligne sur :  
[www.cpam-bordeaux.fr/reunions/2014/diaporama11mars.html](http://www.cpam-bordeaux.fr/reunions/2014/diaporama11mars.html)