



**PRÉFET
DE LA RÉGION
PAYS DE LA LOIRE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS

n° 82 du 13 novembre 2020

- Hebdo -

**Le contenu intégral des textes et/ou les documents et plans annexés peuvent être consultés
auprès du service sous le timbre duquel la publication est réalisée**

SECRETARIAT GÉNÉRAL POUR LES AFFAIRES RÉGIONALES

SOMMAIRE

n° 82 du 13 novembre 2020

- Hebdo -

Préfecture de Loire-Atlantique

Arrêté préfectoral n°2020/SGAR/687 du 12 novembre 2020 portant attribution d'une subvention au titre de la dotation de soutien à l'investissement public local pour Nantes Métropole

Arrêté préfectoral n°2020/SGAR/688 du 12 novembre 2020 portant attribution d'une subvention au titre de la dotation de soutien à l'investissement public local pour Nantes Métropole

ARS

Arrêté ARS-PDL/DG/2020-049 du 4 novembre 2020 relatif au projet d'expérimentation « Parcours de la personne âgée de plus de 60 ans »

Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de Sécurité sociale (MCN)

Arrêté modificatif n°6 du 5 novembre 2020 portant modification de la composition du conseil d'administration de l'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales des Pays de la Loire

Préfecture de la Loire-Atlantique



**PRÉFET
DE LA RÉGION
PAYS DE LA LOIRE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction de la coordination
des politiques publiques
et de l'appui territorial**

EJ N° : 2103099859

**Arrêté n° 2020/SGAR/ 688
portant attribution d'une subvention au titre de la dotation de
soutien à l'investissement public local**

Vu les articles L.1111-9, L.1111-10, L.2334-42, R.2334-24, R.2334-25, R.2334-28 du code général des collectivités territoriales (CGCT);

Vu la loi « Engagement et proximité » du 27 décembre 2019 ;

Vu la loi de finances initiale pour 2020 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 modifié relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret n° 2018-428 du 1^{er} juin 2018 relatif aux dotations de l'État aux collectivités territoriales ;

Vu le décret n° 2020-412 du 8 avril 2020 relatif au droit de dérogation reconnu au préfet ;

Vu l'article 1^{er} de l'arrêté du 23 décembre 2002 relatif aux pièces à produire à l'appui d'une demande de subvention ;

Vu la circulaire du Premier ministre du 3 janvier 2018 relative à la mise en œuvre du grand plan d'investissement ;

Vu l'instruction de la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales du 14 janvier 2020 relative à la composition et règles d'emploi des dotations et fonds de soutien à l'investissement en faveur des territoires en 2020 ;

Vu la mise à disposition dans Chorus, le 14 février 2020, des autorisations d'engagement (AE) sur l'action 1 du programme 119 « Concours financiers de l'État aux collectivités territoriales et à leurs groupements » de la mission « Relations avec les collectivités territoriales » ;

Vu le Pacte pour la transition écologique et industrielle de la centrale de Cordemais et de l'estuaire de la Loire signé entre Nantes Métropole et notamment avec l'État le 17 janvier 2020 ;

Vu la demande de subvention présentée par la présidente de Nantes Métropole le 23 octobre 2020 ;

Considérant que l'opération consiste à soutenir le développement du photovoltaïque en vue d'améliorer la performance énergétique des bâtiments publics et qu'elle s'inscrit dans le Pacte pour la transition écologique et industrielle de la centrale de Cordemais et de l'estuaire de la Loire ;

Considérant qu'en l'espèce l'intérêt du projet justifie la pertinence de l'attribution d'une subvention à Nantes Métropole et que soit dérogé aux dispositions du CGCT quant au commencement d'exécution de l'opération avant la date réception de la demande de subvention ;

Considérant que la participation financière de l'État au titre de la DSIL vise à permettre d'apporter une trésorerie minimale à Nantes Métropole pour lui permettre de poursuivre l'opération dans les meilleurs délais ;

Considérant que toutes les conditions de mise en œuvre droit de dérogation reconnu au préfet sont réunies ;

Sur la proposition du secrétaire général pour les affaires régionales ;

ARRÊTE :

Article 1 – Objet

Il est dérogé aux dispositions des articles R 2334-24 du code général des collectivités territoriales, en ce qu'il prévoit qu'aucune subvention ne peut être accordée si l'opération a connu un commencement d'exécution avant la date de réception de la demande de subvention à l'autorité compétente

Article 2 :

Une subvention est attribuée, au titre de l'exercice 2020, à la collectivité ci-après désignée, sur les crédits de la dotation de soutien à l'investissement des communes et de leurs groupements à fiscalité propre et est imputée sur le programme 119 Activité 0119010101A7

Arrondissement de Nantes

Collectivité	Désignation de l'opération	Montant de la dépense subventionnable HT	Taux	Montant de la subvention
Nantes Métropole	Production d'énergie renouvelable locale sur les bâtiments publics de la ville de Nantes (photovoltaïque)	1 094 102 €	27,42 %	300 000 €

Article 3 – Calendrier prévisionnel de l'opération

- date prévisionnelle du début de l'opération : **06 mai 2020**
- date prévisionnelle de fin de l'opération : **31 décembre 2021**

Article 4 – Délai de commencement

L'opération subventionnée doit faire l'objet d'un commencement d'exécution avant l'expiration d'un délai de deux ans à compter de la notification du présent arrêté, l'inobservation de ce délai entraînant la caducité de la décision attributive de subvention. Toutefois, au vu des justifications apportées par la collectivité avant l'échéance des deux ans, le préfet peut proroger la validité de l'arrêté attributif pour une période n'excédant pas un an.

Article 5 – Délai d'achèvement

L'opération doit être achevée dans un délai de quatre ans à compter de la date de déclaration du début d'exécution. Aucune demande de paiement ne peut intervenir après expiration de ce délai.

Si le retard pris pour l'achèvement de l'opération n'est pas imputable à la collectivité et que l'opération n'a pas été dénaturée par rapport au projet initial mentionné dans l'arrêté de notification de l'arrêté attributif, un délai supplémentaire peut être accordé exceptionnellement, sur justificatifs fournis par la collectivité pour une période ne pouvant excéder deux ans supplémentaires.

Article 6 – Modalités de versement de la subvention

- Une avance représentant 30% du montant prévisionnel de la subvention est versée sur présentation d'un certificat mentionnant la date exacte de commencement d'exécution de l'opération ou, dans le cas d'une autorisation de commencement anticipé, lors de la notification de l'arrêté attributif.

- Des acomptes, n'excédant pas au total 80% du montant prévisionnel de la subvention, peuvent être versés en fonction de l'avancement de l'opération au vu des pièces justificatives des paiements effectués. A l'appui des demandes d'acomptes, le bénéficiaire adresse au préfet de la Loire-Atlantique un état récapitulatif détaillé qu'il certifie exact, des dépenses réalisées conformément au programme retenu, accompagné des pièces justificatives de ces dépenses.

- Le solde de la subvention est versé après transmission :

- des états de mandatement effectués, signés par le maire ou le président de l'établissement public de coopération intercommunale et le trésorier
- d'un certificat signé par le maire ou le président de l'établissement public de coopération intercommunale attestant de l'achèvement et de la conformité de l'opération par rapport à l'arrêté attributif,
- transmission d'un état récapitulatif certifié exact par le maire ou le président l'établissement public de coopération intercommunal attestant des cofinancements obtenus.
- de la photo du panneau de chantier mentionnant la participation de l'État (Logo). La transmission de l'ensemble de ces documents devra intervenir dans les 12 mois suivant la fin effective des travaux.

Le solde de la subvention intervient après la communication au Préfet de la Région des Pays de la Loire des modalités de consommation de l'électricité (autoconsommation ou vente avec recettes). En cas de revente avec recettes, celles-ci sont déduites du montant total du coût définitif du projet.

Article 7 – Cas de reversement de la subvention

La subvention accordée devra faire l'objet d'un reversement :

- si l'objet de la subvention ou l'affectation de l'investissement subventionné ont été modifiés sans autorisation préfectorale,
- en cas de dépassement du plafond des aides publiques représentant 80% du montant de la dépense subventionnable engagée par le demandeur,
- si l'opération n'est pas réalisée dans le délai pré-cité de quatre ans éventuellement prorogé (cf. article 4 du présent arrêté).

Article 8 – Supports de communication

La participation financière de l'État et son logo devront être signalés de manière visible et explicite sur tout document de communication externe et, en particulier, sur le panneau de chantier

pendant la durée de l'opération conformément à la charte graphique fixée par le service d'information du Gouvernement.

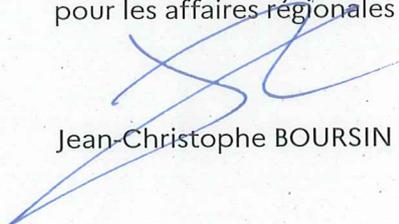
Le plan de financement sur l'opération en question devra être affiché de manière visible et pérenne pendant la durée de l'opération et à son issue.

Article 9 – Exécution

Le secrétaire général pour les affaires régionales, le secrétaire général de la préfecture de la Loire-Atlantique et la directrice régionale des finances publiques des Pays-de-la-Loire, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région des Pays de la Loire.

Fait à Nantes, le 12/11/2020

P/le préfet
et par délégation,
le secrétaire général
pour les affaires régionales


Jean-Christophe BOURSIN

Voies et délais de recours

Un recours administratif peut être formé à l'encontre du présent arrêté, dans un délai de deux mois suivant sa publication :

- soit un recours gracieux adressé au préfet de la région des Pays de la Loire ou un recours hiérarchique adressé au ministre de l'Intérieur. En l'absence de réponse dans le délai de deux mois à compter de la date de réception du recours, celui-ci doit être considéré comme rejeté.
- soit un recours contentieux devant le tribunal administratif de Nantes.



EJ N° : 2103099854

**Arrêté n° 2020/SGAR/ 687
portant attribution d'une subvention au titre de la dotation de
soutien à l'investissement public local**

Vu les articles L.1111-9, L.1111-10, L.2334-42, R.2334-24, R.2334-25, R.2334-28 du code général des collectivités territoriales ;

Vu la loi « Engagement et proximité » du 27 décembre 2019 ;

Vu la loi de finances initiale pour 2020 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 modifié relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret n° 2018-428 du 1^{er} juin 2018 relatif aux dotations de l'État aux collectivités territoriales ;

Vu le décret n° 2020-412 du 8 avril 2020 relatif au droit de dérogation reconnu au préfet ;

Vu l'article 1^{er} de l'arrêté du 23 décembre 2002 relatif aux pièces à produire à l'appui d'une demande de subvention ;

Vu la circulaire du Premier ministre du 3 janvier 2018 relative à la mise en œuvre du grand plan d'investissement ;

Vu l'instruction de la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales du 14 janvier 2020 relative à la composition et règles d'emploi des dotations et fonds de soutien à l'investissement en faveur des territoires en 2020 ;

Vu la mise à disposition dans Chorus, le 14 février 2020, des autorisations d'engagement (AE) sur l'action 1 du programme 119 « Concours financiers de l'État aux collectivités territoriales et à leurs groupements » de la mission « Relations avec les collectivités territoriales » ;

Vu le Pacte pour la transition écologique et industrielle de la centrale de Cordemais et de l'estuaire de la Loire signé entre Nantes Métropole et notamment avec l'État le 17 janvier 2020 ;

Vu la demande de subvention présentée par la présidente de Nantes Métropole le 22 octobre 2020 ;

Considérant que l'opération consiste à encourager et développer les déplacements doux dans l'agglomération afin de répondre à la forte demande des usagers d'avoir une alternative aux transports en communs ; que le projet contribue à maîtriser la propagation du virus COVID 19

Considérant que compte tenu de la crise et l'urgence sanitaire, la métropole a dû rapidement engager l'opération dès la fin du déconfinement ;

Considérant que la participation financière de l'État au titre de la DSIL vise à permettre d'apporter une trésorerie minimale à Nantes Métropole pour lui permettre de poursuivre l'opération dans les meilleurs délais ;

Considérant que toutes les conditions de mise en œuvre droit de dérogation reconnu au préfet sont réunies ;

Sur la proposition du secrétaire général pour les affaires régionales ;

ARRÊTE :

Article 1 – Objet

Il est dérogé aux dispositions des articles R 2334-24 du code général des collectivités territoriales, en ce qu'il prévoit qu'aucune subvention ne peut être accordée si l'opération a connu un commencement d'exécution avant la date de réception de la demande de subvention à l'autorité compétente

Article 2 :

Une subvention est attribuée, au titre de l'exercice 2020, à la collectivité ci-après désignée, sur les crédits de la dotation de soutien à l'investissement des communes et de leurs groupements à fiscalité propre et est imputée sur le programme 119 Activité 0119010101A7

Arrondissement de Nantes :

Collectivité	Désignation de l'opération	Montant de la dépense subventionnable HT	Taux	Montant de la subvention
Nantes Métropole	Urbanisme tactique / création voies cyclables _ Phase1	1 667 000 €	12 %	200 000 €

Article 3 – Calendrier prévisionnel de l'opération

- date prévisionnelle du début de l'opération : **4 mai 2020**
- date prévisionnelle de fin de l'opération : **31 décembre 2021**

Article 4 – Délai de commencement

L'opération subventionnée doit faire l'objet d'un commencement d'exécution avant l'expiration d'un délai de deux ans à compter de la notification du présent arrêté, l'inobservation de ce délai entraînant la caducité de la décision attributive de subvention. Toutefois, au vu des justifications apportées par la collectivité avant l'échéance des deux ans, le préfet peut proroger la validité de l'arrêté attributif pour une période n'excédant pas un an.

Article 5 – Délai d'achèvement

L'opération doit être achevée dans un délai de quatre ans à compter de la date de déclaration du début d'exécution. Aucune demande de paiement ne peut intervenir après expiration de ce délai.

Si le retard pris pour l'achèvement de l'opération n'est pas imputable à la collectivité et que l'opération n'a pas été dénaturée par rapport au projet initial mentionné dans l'arrêté de notification de l'arrêté attributif, un délai supplémentaire peut être accordé exceptionnellement, sur justificatifs fournis par la collectivité pour une période ne pouvant excéder deux ans supplémentaires.

Article 6 – Modalités de versement de la subvention

- Une avance représentant 30% du montant prévisionnel de la subvention est versée sur présentation d'un certificat mentionnant la date exacte de commencement d'exécution de l'opération ou, dans le cas d'une autorisation de commencement anticipé, lors de la notification de l'arrêté attributif.

- Des acomptes, n'excédant pas au total 80% du montant prévisionnel de la subvention, peuvent être versés en fonction de l'avancement de l'opération au vu des pièces justificatives des paiements effectués. A l'appui des demandes d'acomptes, le bénéficiaire adresse au préfet de la Loire-Atlantique un état récapitulatif détaillé qu'il certifie exact, des dépenses réalisées conformément au programme retenu, accompagné des pièces justificatives de ces dépenses.

- Le solde de la subvention est versé après transmission :

- des états de mandatements effectués, signés par le maire ou le président de l'établissement public de coopération intercommunale et le trésorier
- d'un certificat signé par le maire ou le président de l'établissement public de coopération intercommunale attestant de l'achèvement et de la conformité de l'opération par rapport à l'arrêté attributif,
- transmission d'un état récapitulatif certifié exact par le maire ou le président l'établissement public de coopération intercommunal attestant des cofinancements obtenus.
- de la photo du panneau de chantier mentionnant la participation de l'État (Logo). La transmission de l'ensemble de ces documents devra intervenir dans les 12 mois suivant la fin effective des travaux.

Article 7 – Cas de reversement de la subvention

La subvention accordée devra faire l'objet d'un reversement :

- si l'objet de la subvention ou l'affectation de l'investissement subventionné ont été modifiés sans autorisation préfectorale,
- en cas de dépassement du plafond des aides publiques représentant 80% du montant de la dépense subventionnable engagée par le demandeur,
- si l'opération n'est pas réalisée dans le délai pré-cité de quatre ans éventuellement prorogé (cf. article 4 du présent arrêté).

Article 8 – Supports de communication

La participation financière de l'État et son logo devront être signalés de manière visible et explicite sur tout document de communication externe et, en particulier, sur le panneau de chantier pendant la durée de l'opération conformément à la charte graphique fixée par le service d'information du Gouvernement.

Le plan de financement sur l'opération en question devra être affiché de manière visible et pérenne pendant la durée de l'opération et à son issue.

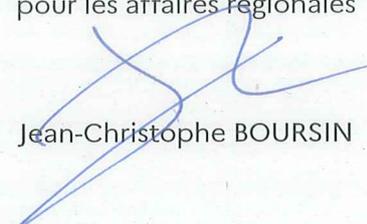
Article 9 – Exécution

Le secrétaire général pour les affaires régionales, le secrétaire général de la préfecture de la Loire-Atlantique et la directrice régionale des finances publiques des Pays-de-la-Loire, sont chargés,

chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région des Pays de la Loire.

Fait à Nantes, le 12/11/2020

P/le préfet
et par délégation,
le secrétaire général
pour les affaires régionales



Jean-Christophe BOURSIN

Voies et délais de recours

Un recours administratif peut être formé à l'encontre du présent arrêté, dans un délai de deux mois suivant sa publication :

- soit un recours gracieux adressé au préfet de la région des Pays de la Loire ou un recours hiérarchique adressé au ministre de l'Intérieur. En l'absence de réponse dans le délai de deux mois à compter de la date de réception du recours, celui-ci doit être considéré comme rejeté.
- soit un recours contentieux devant le tribunal administratif de Nantes.

Agence Régionale de Santé
des Pays de la Loire

ARRETE N° ARS-PDL/DG/2020-049

relatif au projet d'expérimentation « Parcours de la personne âgée de plus de 60 ans dénutrie à domicile »

**Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire**

Vu la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 et plus particulièrement son article 51 ;

Vu le décret du 22 septembre 2017 portant nomination de Monsieur Jean-Jacques COIPLÉ, en qualité de directeur général de l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire, à compter du 1^{er} octobre 2017 ;

Vu le décret n°2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentation pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale ;

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

Vu l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé du 15 octobre 2020 concernant le projet d'expérimentation dénommé « Parcours de la personne âgée de plus de 60 ans dénutrie à domicile ».

Vu le cahier des charges annexé ;

ARRETE :

ARTICLE 1^{er} : L'expérimentation innovante en santé du « Parcours de la personne âgée de plus de 60 ans dénutrie à domicile » est autorisée à partir de la date de sa publication telle qu'elle est décrite dans le cahier des charges en annexe, pour une durée de 3 ans, dont 6 mois de préparation (recrutement, formation, communication), 2 ans d'inclusion et 6 mois de suivi des derniers patients inclus.

ARTICLE 2 : L'expérimentation est mise en œuvre sur l'ensemble de la région Pays de la Loire.

ARTICLE 3 : Le Directeur de la Santé Publique et Environnementale de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au recueil des actes administratifs de la préfecture de région des Pays de la Loire.

ARTICLE 4 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif de Nantes dans un délai de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via l'application Télérecours citoyen accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Fait à Nantes, le 4 novembre 2020

Le Directeur général de l'Agence régionale de santé
Pays de la Loire,



Jean-Jacques COIPLÉ

PROJET D'EXPERIMENTATION D'INNOVATION EN SANTE – CAHIER DES CHARGES

Parcours de la personne âgée de plus de 60 ans dénutrie à domicile

NOM DU PORTEUR° *Union Régionale des professions de santé (URPS) Infirmiers Libéraux Pays de la Loire*

PERSONNE CONTACT : *David GUILLET, 02 40 69 19 75, president@urps-idel-paysdelaloire.fr*

Résumé du projet

Il est estimé, d'après des chiffres datant de 2007, que 4 à 10% des personnes âgées vivant à domicile sont dénutries, cependant ces chiffres sont sous-estimés par manque de repérage systématique au domicile.

Cette défaillance dans le repérage à domicile est un facteur favorisant une perte d'autonomie rapide, ce que décrit Monique Ferry comme « spirale de la dénutrition » (1). A l'heure actuelle, lorsque le repérage est effectué, la personne bénéficie d'une prise en charge spécifique seulement si son état de santé est sévèrement dégradé et nécessite souvent une hospitalisation. Afin d'éviter cette perte d'autonomie et une hospitalisation, coûteuse et aggravant la dénutrition protéino-énergétique, nous proposons un parcours de prise en charge au domicile, quel que soit le niveau de sévérité du patient.

Nous ciblons la personne âgée de plus de 60 ans, correspondant aux critères de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Le parcours envisagé vise une prise en charge pluriprofessionnelle au forfait.

Fonctionnement : Après un repérage effectué par l'infirmier libéral (IDEL) au domicile via une application mobile développée et utilisée en Pays de la Loire, un bilan médical validera le diagnostic de l'IDEL. Par la suite, des bilans diététique, kiné et éventuellement pharmaceutique seront réalisés. Suite à une réunion de coordination pluriprofessionnelle, un parcours de prise en charge de la dénutrition de quatre à six mois coordonné par l'infirmier libéral débutera. Ce parcours comprendra des interventions actuellement non prises en charge par l'assurance maladie, adaptées en fonction du profil des patients : diététicienne, Éducateur en activité physique adaptée (EAPA) et/ou un Masseur Kinésithérapeute (MK) et/ou autres intervenants (ergothérapeute, psychologue ou autres) avec un suivi et une coordination de l'infirmier libéral (IDEL).

Un animateur régional structurera la communication autour du dispositif, identifiera et recrutera les professionnels de santé, organisera les formations et assurera le lien de facturation avec la CNAM.

Un financement collectif à la séquence est envisagé.

CHAMP TERRITORIAL :

CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

	Cocher la case
Local	
Régional	x

National	
	Cocher la case
Organisation innovante	x
<i>Financement innovant</i>	x
Pertinence des produits de santé	

Renseigner le tableau en annexe 2

DATE DES VERSIONS :

V1 :

V2 :

....

La première version dite lettre d'intention doit inclure les chapitres I à V. Les informations demandées en grisé peuvent être remplies progressivement à l'aide de l'accompagnement proposé par l'ARS ou par l'équipe nationale d'appui article 51 pour finaliser votre projet, dans une démarche de co-construction.

Description du porteur

L'Union Régionale des Infirmiers libéraux des Pays de la Loire est une association qui a pour vocation de représenter l'ensemble des infirmiers libéraux de la région. Les URPS ont été créées en 2010 par la loi Hôpital Santé Territoires. Chaque profession de santé libérale dispose aujourd'hui de son Union Régionale.

L'association est représentée par 12 élus en Pays de la Loire.

Les missions des URPS sont les suivantes :

- Représentation de la profession auprès des instances de politique régionale sanitaire
- Apport d'informations sur les évolutions de la politique régionale de santé
- Faciliter l'orientation vers des acteurs spécifiques
- Mise en place d'actions dans le domaine de l'organisation des soins, de la prévention

Après avoir réalisé une enquête auprès des IDELS de la région, mettant en valeur les besoins spécifiques de ces mandants et la volonté de ces derniers de voir se développer un projet sur le sujet de la dénutrition des personnes âgées, l'URPS des IDELS des Pays de la Loire porte le projet D-NUT® en partenariat étroit avec la SRAE et le GRADeS des Pays de la Loire.

Fort de cette expertise métier, et dans le cadre de ces missions de mise en place d'actions dans les domaines de l'organisation des soins et de la prévention, l'URPS et la SRAE nutrition ont élaboré un plan d'actions "dénutrition" à destination des IDELS. Ce plan d'action comprend les actions suivantes : outiller les IDELS au repérage de la dénutrition à domicile via l'application D-NUT®, sensibiliser les IDELS, former les acteurs du domicile à la dénutrition et identifier un parcours de soins pluriprofessionnel de la dénutrition.

En ce sens, l'URPS infirmier a mis à disposition des ressources humaines pour mobiliser les IDELS sur la thématique, identifier les infirmiers ambassadeurs et référents sur les territoires, participer aux ateliers de développement de l'outil numérique, participer à la communication projet sur différents supports.

Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation

1. SRAE Nutrition des pays de la Loire

La Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE) en Nutrition a été créée le 1er Janvier 2016 à l'initiative de l'ARS des Pays de la Loire comme centre de référence et d'expertise sur la Nutrition en Pays de la Loire.

Elle vise l'amélioration de l'offre de prévention et de soins en matière de dénutrition et d'obésité. Pour cela, elle tend à améliorer la coordination des acteurs de la nutrition, de la dénutrition et de l'obésité en Pays de la Loire. Par « actions » en faveur de la nutrition, sont comprises toutes les questions relatives à l'alimentation et à l'activité physique.

Elle a quatre missions principales :

1. Animer le réseau des acteurs de la nutrition
2. Contribuer à l'amélioration des pratiques
3. Développer et diffuser l'expertise
4. Informer et communiquer en direction des décideurs, des professionnels et des établissements.

Dans le cadre du projet partenarial sur la dénutrition, elle est à l'initiative du projet en 2016 avec l'URPS IDEL, elle a participé à la co-écriture du cahier des charges, mis à disposition une ressource humaine, participer aux ateliers de développement de l'outil numérique, participer à la communication du projet sur différents supports, coorganiser les évènements, mis à disposition le réseau professionnel.

Dans le cadre particulier du parcours de prise en charge présenté ici, elle appuiera l'URPS infirmier des pays de la Loire dans la coordination régionale des acteurs du parcours.

2. GRADeS e santé pays de la Loire : appui technique au déploiement et à la maintenance des outils numériques.

3. Gérontopôle pays de la Loire : participation d'un médecin gériatologue (Dr Delphine Piolet) aux comités scientifiques et au développement de l'outil numérique. Participation à l'écriture du parcours et aux ateliers "articles 51".

4. CHU de Nantes : participation d'un médecin nutritionniste (Dr Adam Jirka) aux comités scientifiques et au développement de l'outil numérique. Participation à l'écriture du parcours et aux ateliers "articles 51".

5. AFDN (Association Française des diététiciens nutritionnistes) : participation d'une diététicienne (Floriane Breton) au comité scientifique et à l'écriture du parcours.

6. RESPA Loire et Vie (équipe d'appui en adaptation et réadaptation): participation d'une diététicienne (Agnès Bossis) au comité scientifique et à l'écriture du parcours ainsi qu'aux ateliers "article 51"..

7. URPS des Masseurs Kinésithérapeute des Pays de la Loire : participation d'un élu (Mr Montaubric) au comité scientifique et à l'écriture du parcours ainsi qu'aux ateliers "article 51".

8. Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire : participation d'un médecin (Dr Geffroy) au comité scientifique.

9. URPS Pharmaciens des Pays de la Loire : participation d'un élu (Mr Macé) aux ateliers "article 51".

10. URPS Dentistes des Pays de la Loire : participation au comité scientifique

Coopérations déjà existantes :

Pour aider les infirmiers à détecter la dénutrition de leurs patients âgés, l'ARS Pays de la Loire, l'URPS Infirmiers Libéraux et la SRAE Nutrition ont développé, avec l'appui du GRADeS E-santé Pays de la Loire et du Gérontopôle, une application de repérage de la dénutrition pour les personnes de plus de 60 ans : D-NUT®.

Signataires de conventions de partenariat, ces acteurs ont l'habitude de coopérer ensemble, que ce soit au travers de communications ou d'actions communes. La gestion de projet est tripartite. La gouvernance commune du projet D-NUT® a permis d'asseoir les partenariats et d'identifier l'organisation optimale permettant le développement d'un parcours du patient dénutri sur le territoire ligérien.

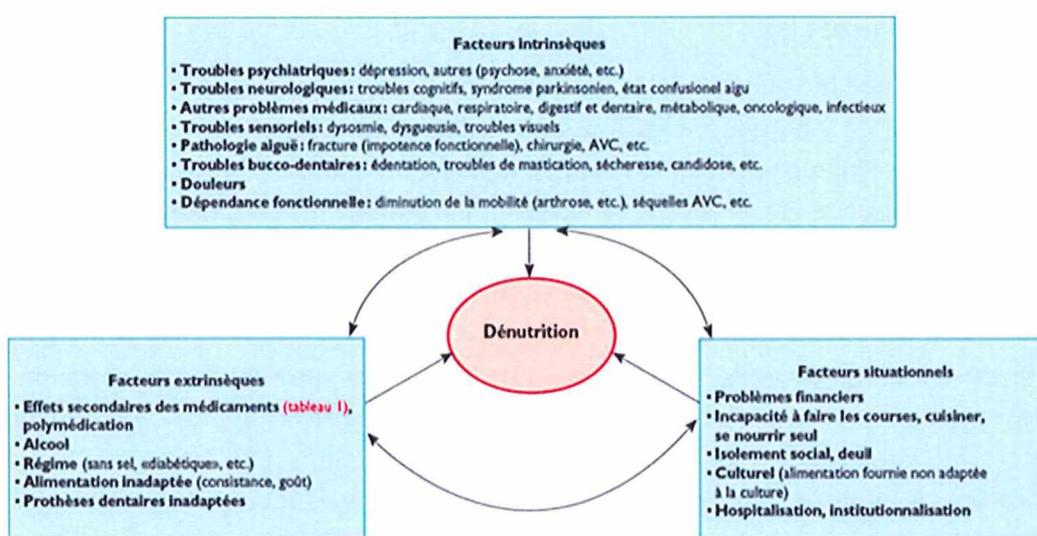
Les coordonnées du porteur et des partenaires, ainsi que leurs signatures numérisées sont renseignées en Annexe 1.

I. Contexte et Constats

Contexte : La dénutrition des personnes âgées

La prévalence de la dénutrition croît en fonction de l'âge et touche 4% à 10% des personnes âgées vivant à domicile, soit environ 2 millions de personnes en France, selon les données « vieillissantes » de la HAS 2007 (1). En France, 300 à 400 000 personnes âgées dénutries vivent à domicile (2) et ce nombre augmente continuellement avec le vieillissement de la population pour atteindre 30% chez les plus de 80 ans. Par ailleurs, 25% des personnes vivant à domicile ont des apports alimentaires insuffisants (3).

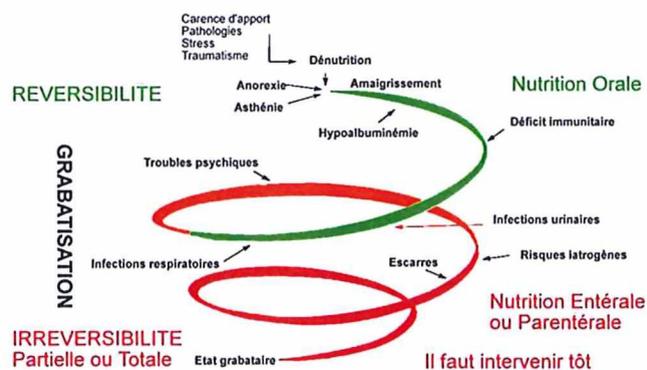
La dénutrition a de multiples causes (4) et conséquences, dont la principale réside dans la perte d'autonomie du patient. Les conséquences sont redoutables chez le sujet âgé tant sur le plan de la morbidité que de la mortalité (3).



Etiologie multifactorielle de la dénutrition chez les personnes âgées (4)

Sans prise en charge, le patient entre dans une « spirale » (5) qui conduit inévitablement à l'hospitalisation puis au décès du patient. Il paraît donc important d'agir de façon précoce.

La Spirale de la dénutrition (Dr Monique FERRY 1993)



Le processus de vieillissement naturel est associé à une perte de masse musculaire, de force musculaire et d'endurance, que l'on appelle sarcopénie (6). Selon les experts du groupe de travail

européen sur la sarcopénie (EWGSOP*), la sarcopénie se définit comme « *un syndrome gériatrique associant une diminution progressive et généralisée de la masse et de la force musculaires susceptible d'entraîner une incapacité physique, une altération de la qualité de vie, voire la mort.* » Sa prévalence peut atteindre 29% dans la population âgée vivant à domicile et plus en institution. (7) Ce déclin est aussi lié à la fragilité physique, aux risques de chutes, au déclin fonctionnel et à la mobilité réduite chez les personnes âgées. (8)

La sarcopénie est reconnue comme un élément clé de la fragilité en rapport avec la dénutrition et la diminution de l'activité physique (sédentarité) de ces patients. (9)

La dénutrition peut entraîner une faiblesse des membres inférieurs favorisant les chutes et la fracture. La fracture représente souvent chez les personnes âgées un événement grave, susceptible de s'accompagner d'une dégradation de l'état général. Une des conséquences les plus graves de la chute de la personne âgée est la fracture de l'extrémité du fémur, qui survient volontiers chez les personnes âgées dénutries. (8)

La dénutrition est le trouble nutritionnel le plus fréquent du sujet âgé. Elle se développe lorsque les apports alimentaires de l'individu ne correspondent plus à ses besoins nutritionnels. Lorsque la balance énergétique d'une personne est négative de façon importante, prolongée ou répétée, on voit s'installer ou s'aggraver des maladies infectieuses, inflammatoires ou tumorales. D'une manière générale, on peut dire que la dénutrition est un facteur de risque de mortalité, de morbidité et de perte d'autonomie du sujet âgé. La sarcopénie augmente la vulnérabilité des personnes âgées en contribuant d'une part, à une diminution des performances physiques et en renforçant d'autre part, la fragilité du statut nutritionnel. Parallèlement, la dénutrition provoque une perte de masse musculaire et aggrave la sarcopénie : elle est associée aux troubles de la marche, à une diminution de la mobilité et à l'augmentation du risque de chutes et de fractures. (10) De plus le faible poids corporel est associé au risque de récurrence de chute chez les personnes âgées vivant à domicile. (8)

Toutes ces données démontrent que **fragilité et sarcopénie sont intimement liées à la dénutrition**. A la fois cause et conséquence de ce trouble nutritionnel qui touche près de 2 millions de personnes en France, ces notions sont à prendre en compte dans la prise en charge du patient.

Par ailleurs, la lutte contre la dénutrition a été mise à l'agenda politique. Elle figure, en effet, comme étant un des axes majeurs du dernier programme national nutrition santé (PNNS 2019-2023).

Extrait : « *favoriser le dépistage précoce de la dénutrition chez les seniors :*

- *Mobiliser les ressources telles que les PTA pour sécuriser le retour au domicile du patient et prévenir les situations à risque de dénutrition*
- *Développer des outils numériques de prévention et dépistage avec les mutuelles, la caisse nationale d'assurance vieillesse, les dentistes et les pharmaciens.* »

Il est donc important de prendre en considération cette pathologie, très mal connue et sous-estimée.

Place de l'Infirmier libéral dans le repérage et la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées

La région des Pays de la Loire est particulièrement touchée par le vieillissement de la population. En 2015, dans les Pays de la Loire, les personnes de plus de 60 ans représentaient 25% de la population. D'ici 2028 elles représenteront 30 % avec une augmentation de 20 600 personnes par an (11).

Les infirmiers libéraux en Pays de la Loire interviennent majoritairement auprès des personnes âgées dépendantes¹, comme le montre l'étude panel, menée en 2013, par l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire (12). Effectivement, au cours de la semaine précédant l'enquête, 86 % des infirmiers ont pris en charge plus de cinq personnes âgées dépendantes, et 62 % plus de cinq patients diabétiques insulino-traités.

Les personnes âgées dépendantes de plus de 75 ans suivies par les IDELS à domicile en Pays de la Loire présentent les caractéristiques suivantes :

- 84 % d'entre elles bénéficient d'aides régulières pour les soins d'hygiène (toilette)
- 58 % vivent seules à leur domicile,
- 52 % sont âgées de 75 à 85 ans, 48 % ont 86 ans et plus,
- 19 % sont prises en charge par un SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile), 3 % par un service d'HAD (Hospitalisation A Domicile)

- Rôle de prévention et de repérage des IDELS

L'infirmier est un professionnel de santé paramédical, dont l'exercice est régi par le Code de la santé publique (article R.4311-1) : « L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé ».

La prévention, le repérage et le suivi de la prise en charge de la dénutrition entrent donc pleinement dans le champ de ses actes professionnels. L'infirmier a un rôle important à jouer dans le suivi de la prise en charge pluriprofessionnelle, sur l'éducation pour la santé de manière globale et notamment sur la nutrition.

Les infirmiers qui exercent au domicile des personnes âgées (cf. figure 2) sont en première ligne pour identifier le risque de dénutrition, prendre très en amont les mesures de prévention et assurer la compliance des mesures nutritionnelles en collaboration avec les professionnels spécialisés de proximité (13). Par ailleurs, leurs patients sont le plus souvent dépendants, polyopathologiques, souffrant de pathologies chroniques et constituent par conséquent un groupe à risque accru de dénutrition. Les infirmiers à domicile disposent en outre d'une connaissance approfondie des conditions de vie du patient et de son environnement social et familial. Or, ces éléments sont particulièrement importants à prendre en compte, tant dans le dépistage de la dénutrition que dans la réflexion des possibilités d'intervention adaptées à chaque cas.

Pour autant, à ce jour, leur rôle essentiel dans le repérage et le suivi de la dénutrition est peu reconnu par les autres professionnels et n'ouvrent droit à aucune rémunération conventionnelle.

Au niveau régional en 2016, face à l'absence de données épidémiologiques sur le sujet et du manque de connaissance de sa prise en charge au domicile, l'Union Régionale des Professionnels de Santé Infirmiers Libéraux (URPS IDEL) et la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE) en Nutrition des Pays de la Loire, ont mené une enquête sur les pratiques professionnelles des infirmiers libéraux

¹ Dans l'enquête de l'ORS, est désignée comme dépendante "une personne qui est aidée ou a besoin d'être aidée une ou plusieurs fois par semaine par un proche, l'entourage ou un professionnel pour effectuer certaines activités courantes de la vie quotidienne (habillage, alimentation, déplacements, transferts, toilette, hygiène de l'élimination...)"

des Pays de la Loire en matière de prévention de la dénutrition des personnes âgées vivant à domicile. Pour répondre au besoin d'outils des IDEL de la région, une expérimentation a été menée dans les départements du 53 et 72 dans le cadre de la directive nationale "e-parcours". Un outil de repérage rapide de la dénutrition (D-NUT®) a été développé et testé pendant 9 mois dans ces territoires (cf description en annexe 3). Il correspond aux besoins et attentes des IDEL en termes de praticité, d'ergonomie et de pertinence.

Une nouvelle enquête a été réalisée en 2019 pour évaluer l'évolution des pratiques.

- Besoins identifiés des IDEL de la région en 2019

Les principaux éléments identifiés au cours de l'enquête sont les suivants :

- Les infirmiers libéraux se sentent concernés par la dénutrition des personnes âgées et intègrent cette thématique dans leurs pratiques courantes. Comparativement aux résultats obtenus en 2016, ce constat est en augmentation dans l'ensemble des Pays de la Loire, à l'exception de la Sarthe. Aussi, les régimes restrictifs restent encore un thème auquel les infirmiers attachent le moins d'importance. En revanche, le facteur de solitude apparaît comme un critère de sélection pour les infirmiers libéraux (63%).
- Sans rémunération du temps pris pour la réalisation de l'évaluation de la dénutrition l'utilisation par les IDEL des outils existants reste faible dans les départements pilotes de l'expérimentation de l'outil D-NUT (Sarthe (12%) et en Mayenne (21%)), mais meilleure que dans les autres départements de la région.
- L'ensemble des départements des Pays de la Loire suit une augmentation en termes de collaboration avec d'autres professionnels de santé au sujet de l'alimentation (partage de compte-rendu, échange téléphonique). L'augmentation la plus significative concerne la Vendée, passant de 74% à 94%. La collaboration se fait principalement avec le médecin traitant (92%) et les aides à domicile (86%), mais la collaboration avec les diététiciens est plutôt rare (9%). Deux éléments peuvent expliquer le fait que la collaboration avec les diététiciens reste rare, d'une part, les consultations n'étant pas remboursées, il est délicat de référer un patient vers ce professionnel et d'autre part les infirmiers et médecins sont peu informés des compétences et rôles des diététiciens.
- Comme en 2016, les infirmiers libéraux des Pays de la Loire estiment avoir un **rôle à jouer dans la prévention de la dénutrition des personnes âgées.**

Limites de la situation actuelle

Cependant, une fois le repérage effectué et l'information faite au médecin généraliste, le patient ne bénéficie pas de prise en charge spécifique.

La prise en charge financière de la dénutrition n'est possible que sur certains territoires de la région organisés :

- Elle peut parfois être effectuée par une Équipe d'Appui en Adaptation et Réadaptation (EAAR). Les diététiciens en vacations ou salariés des EAAR vont au domicile et travaillent en équipe pluriprofessionnelle avec un ergothérapeute et un psychologue. Ces équipes sont portées soit par les réseaux gérontologiques, les CLIC (Centres locaux d'information et de coordination), les hôpitaux ou les EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) selon la localité. Cette prise en charge reste "territoire-dépendant".

- Les gestionnaires de cas MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) peuvent, soit avec l'infirmier du domicile, le médecin ou le réseau gérontologique, être amenés à mettre en relation une diététicienne avec l'utilisateur, mais elles ne le prennent pas en soin. Lorsqu'un besoin est identifié, les consultations diététiques et d'activité physique adaptée sont à la charge du patient, conduisant dans la majorité des cas à un renoncement au soin.

Le médecin généraliste (MG) se voit alors confié cette prise en charge chronophage pour laquelle il est peu accompagné. Pour dépister la dénutrition, les MG semblent se baser surtout sur l'examen clinique et l'entretien, plutôt que sur la perte de poids et l'IMC. Ils s'en tiennent dans près de 30 % des cas à une surveillance du poids, préconisent très rarement des compléments nutritionnels et dans un cas sur six ne proposent aucune mesure correctrice (14).

Cela crée de la frustration de la part des patients, de leur famille et de l'infirmier qui a alerté. La dénutrition, dans ce contexte, ne peut que s'aggraver et enclencher les conséquences citées plus haut, dont la principale réside dans la perte d'autonomie du patient.

De plus, comme le montre le schéma (15) ci-après, une multitude d'acteurs intervient auprès des personnes âgées nécessitant une certaine coordination afin d'assurer l'efficacité de ces interventions.

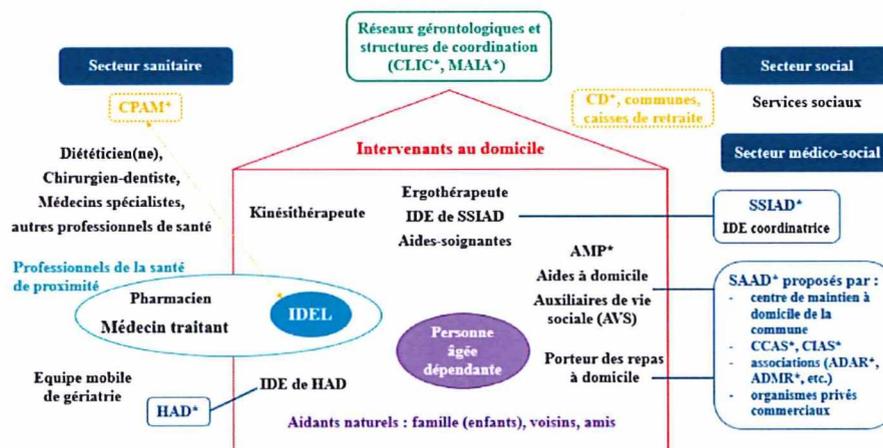


Figure 2 Schéma du système d'acteurs autour de la personne âgée dépendante à domicile

Outils numériques existant en région PDL

- D-Nut®

L'outil D-Nut® a été développé pour répondre aux besoins de repérage de la dénutrition des personnes âgées à domicile par les IDEL de la région :

- un outil numérique mobile
- un outil rapide
- un outil permettant la consultation et la conservation des données des patients (de façon sécurisée)
- un outil ergonomique.

Cette application mobile a été pensée par un comité scientifique composé de médecins, diététiciens et infirmiers libéraux. Ces professionnels se sont basés sur des outils de repérage existants, validés

scientifiquement : les sept questions du mini MNA® (6) avec une adaptation propre au domicile et à la population : la mesure de la circonférence brachiale remplaçant la mesure de l'IMC (Poids/taille²) lorsqu'elle est impossible.

L'infirmier libéral rentre donc l'identité du patient ainsi que son âge, puis répond à ces questions :

7 questions mini MNA

<ul style="list-style-type: none"> ○ Motricité actuelle dans les 3 derniers mois <ul style="list-style-type: none"> ○ Du lit ou fauteuil ○ Autonome à l'intérieur ○ Sort du domicile ○ Maladie aigue ou stress psychologique <ul style="list-style-type: none"> ○ Oui ○ Non ○ Problème neuropsychologiques <ul style="list-style-type: none"> ○ Démence ou dépression sévère ○ Démence légère ○ Aucun 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Le patient présente-t-il une perte d'appétit? <ul style="list-style-type: none"> ○ Sévère perte d'appétit ○ Perte d'appétit modérée ○ Pas de perte d'appétit ○ Perte récente de poids <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 à 3 kg ○ > 3 kg ○ Aucune ○ Ne sais pas ○ Poids ○ Taille
--	---

1 question Echelle des apports alimentaires



L'infirmier renseigne également l'échelle des apports alimentaires pour affiner l'évaluation.

A la fin de l'évaluation, l'infirmier est informé du statut nutritionnel du patient et l'application génère un compte-rendu en pdf, envoyé sur la messagerie sécurisée de l'infirmier, qu'il peut alors transmettre au médecin traitant.

- La plateforme régionale

Le Grades e-santé des Pays de la Loire déploie une plateforme régionale dans le cadre du programme "e-parcours", en partenariat avec l'éditeur Maincare. Ce logiciel comprend un volet de parcours pour la coordination des acteurs et la gestion des dossiers usagers en situation complexe. Il permet de définir, planifier et suivre de manière cohérente et continue l'ensemble des interventions autour d'un usager.

La plateforme régionale comporte de nombreux outils :

- Dossier de pré-inclusion - inclusion dans un parcours de repérage
- Renseignement de l'équipe de prise en charge
- Correspondances et partage de documents
- Mise à disposition des questionnaires de repérage et de suivi
- Outil de planification (agenda)

Cette solution technique permet d'assurer le suivi des patients complexes, en répondant aux enjeux suivants :

- Coordonner les intervenants médicaux et médico-sociaux
- Assurer un suivi intensif, personnalisé et évolutif du parcours de soins
- Informer et collaborer avec l'entourage de l'utilisateur
- Définir et suivre le Plan Personnalisé de Coordination en Santé

→ Elle correspond aux attentes de mise en œuvre du parcours de la personne âgée dénutrie à son domicile. Elle paraît donc adaptée aux besoins spécifiques des professionnels intervenant dans le cadre de ce parcours ainsi qu'aux exigences de suivi propres à l'expérimentation 51.

Adhésion de la personne âgées à un parcours

Selon l'OMS (17), l'adhésion d'un patient à une prise en charge peut être mise à mal selon plusieurs facteurs :

- Un temps long avant la mise en place des interventions ou rendez-vous ;
- L'absence pour les professionnels de valorisation financière des interventions qu'ils réalisent afin de favoriser l'adhésion de leurs patients ;
- L'existence de lacunes dans la continuité des soins ;
- Le manque de partage d'information entre professionnels notamment sur des aspects comportementaux des patients ;
- L'absence de contact continu avec le patient (potentiellement par téléphone).

De plus, un certain nombre d'études montre que la disponibilité des services et des ressources matérielles, sociales et financières pour suivre les recommandations proposées au sein d'un parcours de santé est un facteur influençant l'adhésion. Par exemple, une étude (18) rapporte que l'accès à une exemption des frais de la médication est positivement associé à l'adhésion au traitement, alors que le manque de transport est l'obstacle le plus souvent cité pour ne pas être allé consulter son médecin de famille ou le spécialiste recommandé. Par conséquent, le parcours de soin envisagé propose des **interventions à domicile sans aucun frais pour le patient. (18)**

La prise en charge de la dénutrition - une prise en charge nécessairement pluriprofessionnelle

Le rapport de l'OMS "Vieillesse et Santé", publié en 2015, reconnaît les preuves croissantes de l'importance des comportements liés à la santé, tels que l'activité physique et le maintien d'une alimentation adéquate. Ces comportements diminuent le risque de développer des maladies non transmissibles et d'autant plus à un âge avancé. En effet, la variation des taux de déclin de la masse musculaire et de la force pointe l'influence des comportements modifiables tels que l'alimentation et le mode de vie dans l'étiologie de la sarcopénie, suggérant que ces facteurs peuvent être efficaces à la fois pour sa prévention et le traitement. (19)

Aussi, il est important d'inclure la prise en compte de la fragilité dans la stratégie d'intervention. En effet, la caractéristique principale de la fragilité est sa nature réversible. Il est possible de diminuer le risque d'entrée dans la dépendance en prenant en charge les patients fragiles avant qu'ils ne soient dépendants. Les données de la littérature mettent en évidence que la diminution du risque d'entrée dans la dépendance repose sur deux piliers : d'une part, le repérage des patients fragiles, d'autre part, la mise en place d'une intervention multi-domaine comprenant de l'activité physique. (9)

Comme le conseille la SFNCM (Société francophone de nutrition clinique et métabolique), la stratégie de prévention et de prise en charge de la dénutrition doit être multiple, aborder l'ensemble des aspects nutritionnels, de l'alimentation à l'activité physique en passant par l'environnement social du patient. (20)

Pour favoriser l'implication du patient, la démarche doit s'appuyer sur les fondamentaux de l'éducation pour la santé. Elle est définie comme " tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à **vouloir** être en bonne santé, à **savoir** comment y parvenir, à **faire** ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à **recourir** à une aide en cas de besoin". Chaque professionnel intervenant auprès du patient adopte une démarche d'éducation pour la santé afin de l'aider à acquérir ou maintenir des compétences pour adopter des comportements favorables à sa santé.

Une bonne alimentation, en particulier un apport adéquat en protéines, aide à limiter et à traiter les déclin, liés à l'âge, de la masse musculaire, de la force et des capacités fonctionnelles. **L'alimentation en combinaison avec l'activité physique est considérée comme optimale pour maintenir la fonction musculaire (6).**

De nombreuses études citées dans cet article décrivent la baisse des apports alimentaires et énergétiques chez les personnes âgées. Les facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux peuvent influencer l'appétit et la consommation alimentaire. L'apport énergétique et notamment l'apport protéique est important pour maintenir un bon état nutritionnel et surtout éviter la perte de masse musculaire (19). Il faut savoir que les protéines alimentaires fournissent les acides aminés nécessaires à la synthèse des protéines musculaires. Aussi, pour les personnes âgées, des études ont prouvé que les besoins en protéines sont plus élevés pour maintenir l'équilibre azoté et prévenir la perte de force et de masse musculaire. (19)

Les conseils diététiques ont donc pour but d'améliorer les apports nutritionnels (1). A cet effet, la **HAS recommande :**

- De se baser sur les repères du PNNS
- D'augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée, en fractionnant les repas, tout en s'assurant que la personne consomme trois repas quotidiens et en proposant des collations entre les repas,
- D'éviter une période de jeûne nocturne trop longue (supérieur à 12 heures) en retardant l'horaire du dîner, en avançant l'horaire du petit déjeuner et/ou en proposant une collation,
- De privilégier des produits riches en énergie et/ou en protéines ; en s'appuyant sur les méthodes d'enrichissement de l'alimentation et des compléments nutritionnels oraux,
- D'adapter les menus aux goûts de la personne et d'adapter la texture des aliments à ses capacités de mastication et de déglutition,
- D'organiser une aide technique et/ou humaine au repas en fonction d'un éventuel handicap,
- De prendre les repas dans un environnement agréable (et en laissant aux patients le temps de manger).

Des études prouvent également qu'il y a un plus grand intérêt à combiner l'augmentation des apports en protéine avec l'activité physique. L'activité physique permet une meilleure utilisation des acides aminés ingérés pour la synthèse des protéines et donc éviter une perte de masse musculaire. (19)

L'activité physique adaptée permet de maintenir la force musculaire, de préserver l'autonomie et de stimuler l'appétit ; elle est susceptible de contribuer à la qualité de vie des personnes âgées et est associée à la survie du sujet (21). De plus, l'exercice physique potentialise l'effet d'une prise en charge nutritionnelle sur la prise de poids. Ainsi, l'activité physique doit être systématiquement envisagée en association avec la prise en charge nutritionnelle (22).

Les entraînements progressifs à la résistance (la capacité physique qui nous permet de soutenir un effort le plus longtemps possible) chez les personnes âgées ont montré des améliorations de la fonction physique, qui permet d'inverser la perte musculaire et la faible synthèse des protéines musculaires. (6) La pratique d'une activité physique permet notamment d'augmenter la masse musculaire et de réduire la faiblesse musculaire et donc d'améliorer la mobilité des sujets âgés. (23)

La pratique d'activité physique permet d'améliorer de manière globale l'état de santé des patients. **Par la prise en compte de la sarcopénie et plus largement la fragilité du patient, c'est aussi agir**

pour réduire la dénutrition et ses effets néfastes sur l'état du patient.

Il n'existe à ce jour pas de recommandation quant au type et à l'intensité de l'activité physique pour les patients fragiles car ils sont propres à chaque patient. Cependant, certaines interventions semblent avoir un effet positif sur le pronostic des patients fragiles (exercice contre résistance, travail de l'équilibre, intensité modérée, activité physique 3 fois par semaine et exercice physique 2 fois par semaine). (9)

On peut donc conclure qu'un apport adéquat en protéines alimentaires et un exercice continu sont donc importants pour un vieillissement sain. (6) La société Européenne de Nutrition et Métabolisme (ESPEN) a d'ailleurs développé des conseils pratiques pour un apport optimal en protéines alimentaires et de l'exercice pour les personnes âgées de plus de 65 ans : (6)

Recommandations de l'ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism)

Pour les personnes âgées en bonne santé, nous recommandons une alimentation comprenant au moins 1 à 1,2 g protéines/kg de poids corporel/jour.

Pour certaines personnes âgées souffrant de maladies aiguës ou chroniques, 1,2 à 1,5 g de protéines/kg le poids corporel/jour peut être indiqué, avec une consommation encore plus élevée pour les individus avec une maladie ou une blessure grave.

Nous recommandons une activité physique quotidienne pour toutes les personnes âgées, tant que l'activité est possible. Nous suggérons également, si possible, l'entraînement en résistance dans le cadre d'un régime de fitness global.

Afin d'aider à prévenir ou à retarder les conséquences néfastes, nous encourageons une consommation accrue de protéines alimentaires chez les personnes âgées (65 ans) par rapport aux adultes plus jeunes, et une participation continue aux exercices de routine ou activités physiques. (2)

II. Objet de l'expérimentation

Il est donc envisagé au sein du parcours des interventions multiples de professionnels : médecins, infirmiers, diététiciens et professionnels de l'activité physique (kinés et EAPA) ou, en fonction du besoin, des ergothérapeutes, psychologues ou autres. Ces interventions permettent à la fois de mettre en application les recommandations citées plus haut mais aussi d'accompagner le patient pour qu'il acquière de nouvelles compétences lui permettant de maintenir un bon état nutritionnel. Ces séances d'éducation seront à la fois à destination du patient mais aussi de son aidant s'il est présent.

L'environnement social doit par ailleurs être évalué et organisé en cas de besoin. Différentes structures sont à la disposition des personnes âgées, de leur entourage et des professionnels, telles que les réseaux gérontologiques, les Centres communaux d'action sociale (CCAS), les Centre locaux d'information et de coordination (CLIC), et les services sociaux. Pour la prise en charge financière de ces aides, interviennent l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'aide sociale départementale, et éventuellement les caisses de retraite complémentaires et certaines mutuelles (22).

Pour que le parcours proposé montre son efficacité, il est important que les patients adhèrent aux recommandations formulées par les professionnels afin d'ancrer un changement de comportement dans la durée (18). L'adhésion aux recommandations de santé est définie comme « *the extent to which a person's behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider* » (17).

Ceci passe en premier lieu par la **création d'une relation de confiance entre le professionnel intervenant et son patient.**

Concernant la patientèle âgée, il faudra par ailleurs tisser un lien avec les personnes gravitant autour de la personne : aidants, aides-soignants, aides à domicile, famille etc. En effet, Borgardus et coll. (2004) (24) ont trouvé une corrélation positive entre le degré d'accord des proches aidants avec les recommandations de l'équipe d'évaluation gériatrique et le taux subséquent d'adhésion à ces recommandations. L'infirmière libérale, pivot de la prise en charge à domicile, paraît légitime pour assurer ce lien entre l'environnement proche du patient et les professionnels diffusant les recommandations spécialisées.

Ainsi, plus l'adhésion de la personne et de son entourage sera forte, plus un changement de comportement durable sera observé.

Il est donc important de cibler les facteurs qui peuvent influencer l'adhésion afin d'élaborer un plan de soin pertinent. *Il est ainsi recommandé d'explorer explicitement les attentes et les buts de la personne âgée et de son proche aidant, de cibler et de définir de façon collaborative les problèmes, de les prioriser selon leur importance clinique et le degré de disposition de la personne âgée, puis de promouvoir l'accord de toutes les parties sur les recommandations proposées.* (39), (24) Ce sera l'objet des **bilans initiaux réalisés par l'IDEL, le médecin, la diététicienne et le kiné, discutés collégialement** lors de la première réunion de coordination réunissant l'ensemble des professionnels de santé gravitant autour du patient.

Par ailleurs, il est important de maintenir un contact régulier entre le patient et un professionnel de l'équipe. Dans une étude (39), il a été montré que le nombre de visites chez le médecin de famille est positivement corrélé à l'adhésion aux recommandations. De même, dans une seconde étude (25), le nombre de contacts (par téléphone ou en personne) entre l'ergothérapeute et le proche aidant de la personne âgée est positivement corrélé à l'utilisation, par les proches aidants, des stratégies d'intervention enseignées.

C'est pourquoi nous envisageons des **contacts réguliers avec l'infirmier référent** du parcours du patient entre les visites à domicile et les contacts téléphoniques.

L'objectif de ce suivi rapproché par l'idel est, comme recommandé par l'OMS (17), de maintenir un contact régulier pour suivre les progrès, de soutenir les efforts de la personne âgée, d'identifier les complications potentielles et les difficultés d'adhésion ainsi que d'aider la personne âgée à intégrer le plan d'intervention à ses routines quotidiennes.

C'est pourquoi, suite au repérage effectué à domicile par l'IDEL, nous proposons un parcours de **prise en charge du patient pluriprofessionnel incluant des prises en charge diététiques et physiques, coordonné et suivi par l'IDEL en appui du médecin généraliste du patient dénutri et sans frais pour le patient.** La coordination infirmière aura aussi pour objet la mise en lien et l'information des professionnels de santé intervenants auprès du patient (pharmaciens, dentistes, acteurs sociaux, etc.).

A ce jour, il n'existe pas de recommandations sur la durée de prise en charge d'un patient dénutri. Par ailleurs, nous n'avons connaissance que d'une expérimentation similaire, menée par une entreprise de portage de repas « *saveurs et vie* », en collaboration avec le gérontopôle d'île de France. Cette société offre un « dépistage » de la personne âgée à son domicile (sur la base du MNA), sur sollicitation d'un professionnel de santé. Ledit « dépistage » est poursuivi par une prise en charge différentielle selon le grade de sévérité du patient. Un protocole « prévention » avec des interventions diététiques mensuelles, pouvant aller jusqu'à 6 mois. Un protocole « à risque » avec intervention diététique tous les 15 jours jusqu'à amélioration vers le statut nutritionnel « normal ». Et enfin, un protocole « dénutrition » avec des contacts hebdomadaires jusqu'à amélioration vers le statut « à risque ». D'après les premiers résultats de cette étude, la moitié des personnes prises en charge a repris du poids, ou a stabilisé son poids. (26). Par ailleurs, P.Lally en 2010 préconise une durée d'intervention de deux à huit mois pour observer un changement de comportement dans la durée (27). **C'est pourquoi, il est ici proposé un parcours de 6 mois (4 mois pour tous avec une possibilité pour certains de bénéficier de 2 mois supplémentaires).**

Le parcours envisagé complète et pallie les manques identifiés : prise en charge financière de l'accompagnement diététique, physique et social lorsqu'il n'est pas identifié dans les droits du patient.

Il permet par ailleurs une meilleure coordination des acteurs « de droits communs » qui à ce jour n'existe pas et n'est pas prise en charge.

III. Objectifs

L'enjeu de santé publique est de réduire la prévalence de la dénutrition et les complications liées à celle-ci pour les personnes âgées vivant à domicile en Pays de la Loire entre 2021 et 2023.

1. Objectifs stratégiques

L'objectif stratégique est d'améliorer le repérage précoce de la dénutrition et favoriser la mise en place d'un parcours coordonné pour les personnes âgées et sur la durée pour :

- Corriger une dénutrition
- Réduire les conséquences et complications d'états de dénutrition
- Prévenir l'aggravation et les récurrences de la dénutrition

Afin d'apporter une solution efficiente à domicile.

2. Objectifs opérationnels

Objectif opérationnel n° 1	Action(s)
Renforcer les compétences des professionnels de santé concernant le repérage et la prise en charge des personnes âgées dénutries à domicile	Formation interprofessionnelle (Infirmiers libéraux, Médecin, diététicienne, EAPA, kinésithérapeutes, etc.).
Objectif opérationnel n° 2	Action(s)

Faciliter le repérage de la dénutrition des personnes âgées dénutries à domicile par les IDELS	Diffusion auprès des IDELS d'outils de repérage et d'évaluation de la dénutrition via l'application D-NUT® (volet repérage). Rémunération des IDELS pour le repérage de la dénutrition.
Objectif opérationnel n° 3	Action(s)
Développer des parcours de soins coordonnés	Mise en place de parcours de prise en charge pluriprofessionnel.
Objectif opérationnel n° 4	Action(s)
Favoriser les échanges interprofessionnels entre professionnels intervenant autour du patient	Présenter aux PS la plateforme régionale de e-santé des Pays de la Loire, dont les informations recueillies. Rendre automatique les envois de Comptes-Rendus entre Professionnels du domicile.
Objectif opérationnel n°5	Action(s)
Favoriser l'orientation des patients vers le droit commun de la prise en charge gériatrique	Informier et impliquer les acteurs du territoire de l'expérimentation. Mettre en lien les professionnels avec les DAC, MAIA et/ou CLIC. Assurer un lien lors de formation avec les acteurs du terrain.

IV. Description du projet

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

Ce parcours a été conçu par un comité scientifique composé d'un médecin nutritionniste du CHU de Nantes, d'un gériatologue du Gériatopôle des Pays de la Loire, de diététiciennes salariées et libérales, d'infirmiers libéraux, de représentantes de la SRAE nutrition et de l'URPS IDEL des pays de la Loire. Le comité s'est appuyé sur les recommandations formulées par la HAS en 2007 pour les personnes âgées (1), ainsi que celles des sociétés savantes, mais aussi sur son expérience professionnelle avec une sensibilité pour la démarche de promotion de la santé.

Par ailleurs, deux experts ont été sollicités pour nous guider et nous conseiller, nous les remercions pour le temps qu'ils nous ont accordé :

Le **Pr Eric Fontaine**, nutritionniste au CHU de Grenoble, ancien président de la SFNCM et actuel président du collectif de lutte contre la dénutrition.

Le **Pr Martine Duclos**, endocrinologue et médecin du sport, présidente du comité scientifique de l'observatoire national de l'activité physique et sportive (ONAPS) et conseillère scientifique pour le ministère chargé du Sport au sein du pôle ressources national sport santé bien être (PRN2SBE).

L'intervention se déroule en 5 grandes étapes :

- Pré-repérage par un professionnel de ville
- Repérage par l'infirmier libéral avec l'outil D-NUT®
- Réalisation d'un bilan par le médecin généraliste pour poser le diagnostic
- Réalisation de bilans par une diététicienne, un masseur-kinésithérapeute et si nécessaire un pharmacien pour une revue de médication.
- Suite à une réunion de coordination, lancement d'un parcours de prise en charge pluriprofessionnel de 4 mois avec une possibilité d'extension à 2 mois supplémentaires.
- Clôture du parcours au cours d'un temps de coordination pluriprofessionnelle pour décider de la suite à donner à la prise en charge.

Description de la mise en œuvre :

ETAPE 0. En amont de l'expérimentation :

- Recrutement co-porté par l'URPS-IDEL et la SRAE de l'animateur régional qui aura pour mission de :
 - Réaliser le pilotage, la gestion et le suivi du projet,
 - Organiser le déploiement sur le territoire : temps de communication et d'informations des acteurs du domicile (diététiciens, EAPA/kinés, IDELs, et autres acteurs médico-sociaux), Formation pluriprofessionnelle (comprenant un volet sur la dénutrition, un volet sur le parcours et son process de paiement, une sensibilisation aux outils numériques),
 - Communiquer auprès des différentes instances et acteurs sur le projet afin de n'oublier personne et favoriser la synergie autour de la thématique de la prise en charge de la dénutrition à domicile des personnes âgées : création et diffusion d'outils de communication, participation à des réunions clefs (DAC par exemple), etc...
 - Participer au recueil des données et à l'évaluation du parcours,
 - Être un appui technique aux professionnels pour les usages des outils numériques (D-NUT et plateforme régionale),
 - Être support à l'IDEL pour la coordination,
 - Être support aux intervenants du domicile (répondre aux demandes, aux problématiques logistiques, relayer vers les pros compétents, etc.),
 - Venir en appui aux DACs (Dispositif d'Appui à la Coordination) lorsqu'ils sont opérationnels sur les territoires, si ce n'est pas le cas, il est envisagé que l'animateur pallie les manques identifiés,
 - Suivre la facturation des professionnels vis-à-vis de la CNAM en lien avec l'assistant administratif.
- Recrutement co-porté d'un assistant administratif à mi-temps pour :
 - La gestion des conventionnements avec les professionnels intervenant (Idel, diététiciens, enseignants APA, kinés, médecins libéraux),
 - La gestion de la liste des professionnels souhaitant participer à l'expérimentation qu'il faudra transmettre à la CNAM en amont du lancement, (liste blanche),
 - L'accompagnement des professionnels "non identifiés" par la CPAM comme les Enseignants APA dans les démarches administratives à réaliser (demande d'un numéro adeli provisoire pour l'article 51 par exemple).

- La saisie des codes forfaits pour déclencher le paiement sur la plateforme “article 51”,
- Le suivi du bon déroulement du processus de paiement.
- Organiser des temps de formation pour les professionnels concernés de la région (médecins généralistes, IDEL, diététiciens, kinésithérapeutes, EAPA, pharmaciens, ergothérapeutes, etc.), à distance et en présentiel dans la mesure du possible, pour :
 - Former à la prévention, au repérage et à la prise en charge de la dénutrition légère à modérée.
 - Informer en quoi consiste le parcours et quelles sont les modalités d’organisation et de paiements,
 - Former à l’utilisation des outils numériques : D-NUT pour les IDEL et la plateforme régionale pour tous.

Ces temps de formation permettront de sensibiliser un large réseau d’acteurs de ville mais aussi de recruter les professionnels intéressés pour participer à l’expérimentation (IDEL, diététiciens, EAPA, kinés) et disposition par conséquent d’un panel d’intervenants susceptibles d’intervenir au domicile des patients.

● **ETAPE 1. REPERAGE :**

Le repérage sera majoritairement réalisé par l’IDEL au cours d’une visite à domicile. A la marge dans le cadre de cette expérimentation, des orientations pourront être faites par le biais d’autres professionnels de ville (pharmaciens, aides à domicile, aides-soignants, etc.) qui alerteront le médecin ou l’IDEL.

1. L’IDEL vient au domicile du patient et identifie un des facteurs de risque de la dénutrition (1).
 - *Revenus financiers insuffisants (difficulté d’approvisionnements)*
 - *Perte d’autonomie physique ou psychique*
 - *Veuvage, solitude, état dépressif*
 - *Problèmes bucco-dentaires*
 - *Régimes restrictifs*
 - *Troubles de la déglutition*
 - *Consommation de 2 repas par jour seulement*
 - *Constipation*
 - *Prise de plus de 3 médicaments par jour*
 - *Perte de 2 kg dans le dernier mois ou de 4 kg dans les six derniers mois*
 - *Albuminémie < 35g/l ou cholestérolémie < 1,60 g/l*
 - *Toute maladie aiguë sévère.*
2. L’IDEL explique le projet de façon claire et transparente au patient puis lui demande son **consentement libre et éclairé**
3. **L’IDEL réalise le test de repérage** du risque de la dénutrition à l’aide de l’**application mobile D-NUT®**.

Un compte-rendu en format pdf est systématiquement généré via l’application dans lequel une prise en charge est proposée en lien avec les recommandations de la HAS. L’IDEL est invitée à le transmettre au médecin traitant via sa messagerie sécurisée de santé. Le test de repérage, **en accord avec les recommandations de l’HAS de 2007 (tableau ci-dessous et 5),**

combine le statut nutritionnel via le score du “mini MNA®” et l’échelle visuelle des apports alimentaires (échelle SEFI) (28). Le croisement de ces deux données aboutit à un score plurifactoriel pouvant être : normal, à risque, dénutri ou sévèrement dénutri.

Tableau extrait des recommandations HAS « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée » validées en avril 2007 (1).

		STATUT Nutritionnel (<i>score mini MNA</i>)		
		Normal (12-14)	Risque de dénutrition (8-11)	Dénutrition avérée (0-7)
Echelle des apports alimentaires (<i>score SEFI</i>)	Mange bien (6-10)	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation à 15 jours
	Mange moins bien (3-6)	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation à 15 jours et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation à 1 semaine et si échec : NE
	Ne mange plus (0-3)	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation à 1 semaine, et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation à 1 semaine et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation à 1 semaine

Patient sévèrement dénutri ; patient dénutri ; patient à risque de dénutrition ; patient normal

Si le patient obtient un résultat « normal », l'IDEL fourni les fiches conseils du kit D-NUT® et est invitée à réitérer le test à 6 mois ou en cas de changement inopiné de situation. Elle est invitée à partager les résultats du test avec le médecin traitant du patient.

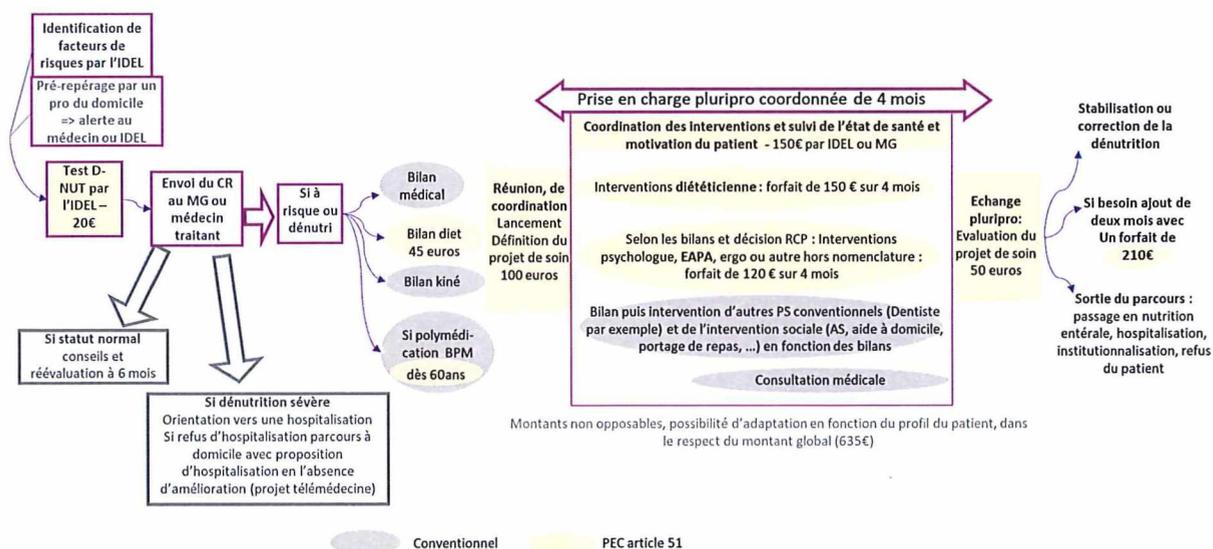
Si le patient est identifié **sevèrement dénutri**, l'IDEL fait le relai avec le médecin généraliste, qui réévalue le degré de nutrition par un bilan biologique et envisage une hospitalisation pour la mise en place de la nutrition entérale, comme le stipule les recommandations de la HAS : *“Il est recommandé que la nutrition entérale soit débutée au cours d'une hospitalisation d'au moins quelques jours pour la mise en place de la sonde, l'évaluation de la tolérance, si possible l'éducation du patient et de façon systématique l'éducation de son entourage.”*

Si le patient est identifié **“à risque de dénutrition” ou “dénutri”**, l'IDEL transfère le rapport d'évaluation au médecin traitant afin qu'il réalise un bilan global de la personne pour poser le diagnostic et identifier les causes et potentielles pathologies associées. Avec l'accord du patient, le médecin l'inclue dans le parcours. Alors, l'IDEL identifie les professionnels (avec l'appui des aidants) compétents (diététiciens, EAPA, kinés). Si ces professionnels ne sont pas identifiés sur le secteur, l'IDEL pourra s'appuyer sur la DAC ou CPTS compétente ou sur l'animateur régional pour identifier les professionnels du secteur.

Il est également proposé un bilan de kinésithérapie afin d'évaluer le risque de chute (en lien avec la sarcopénie) et les limitations fonctionnelles ainsi qu'un bilan nutritionnel par un diététicien pour affiner l'évaluation du niveau de dénutrition et formuler des préconisations de prise en charge.

Suite à une réunion de coordination, les professionnels définissent le **parcours de prise en charge pluriprofessionnel à son domicile**.

● **ETAPE 2. PARCOURS pluriprofessionnel**



Parcours de 4 mois				Sévèrement dénutri
Professionnel	Nature de l'intervention	Patient à risque ou dénutri		Droit commun
		forfait "article 51"	Droit commun	
IDEL	Repérage	20€		Proposition d'hospitalisation en accord avec le patient et son médecin traitant.
	Identification et coordination des intervenants avec l'appui de l'animateur régional et suivi du patient	Dès le repérage, et tout au long du parcours, 5h : 150€		
Diététicien	Bilan et élaboration de la stratégie diététique	1 dans le mois suivant le repérage : 45€		
	Consultation de suivi (si besoin et possible par téléphone)	Forfait basé sur 5 interventions : 150€		
Kinésithérapeute	Bilan, si ce bilan n'était pas réalisable le parcours de prise en charge serait tout de même réalisé		1 dans le mois suivant le repérage	
Autre professionnel : EAPA/psy/ergo...	Le choix de l'intervention APA (par un EAPA ou kiné) ou autres (psy, ergo, ou autres) seront identifiées en fonction des besoins du patient et du territoire. L'intervention en APA est à privilégier. Elles pourront être individuelles à domicile ou en collectif sur un lieu dédié avec des entretiens motivationnels téléphoniques si possible.	Forfait de 3h : 120€		
Médecin généraliste	Un bilan médical (diagnostic et prise en compte des comorbidités) et le suivi du patient		1 consultation suite au repérage et une consultation à mi-parcours.	

Pharmacien	Un bilan de médication partagé si facteur de polymédication		1 en début de parcours
Tous	Réunion de coordination pluri professionnelle de la poursuite des interventions (en présentiel ou à distance)	1 au début, puis 1 en fin de parcours : 150€	
2 mois complémentaires			
Le contenu des interventions sera adapté en fonction des besoins du patient et du contexte (suivis IDEL, interventions diététiques, interventions EAPA ou autres) : 210€			

Si le facteur de risque “polymédication” a été identifié, l’IDEL propose au patient de réaliser un BPM (Bilan Partagé de Médication) auprès de son pharmacien. Dans la mesure du possible, le BPM sera réalisé en amont de la réunion de coordination. A ce jour, le BPM est destiné aux personnes de plus de 65 ans, dans ce cadre précis il sera réalisé dès 60 ans afin d’assurer la même prise en charge à l’ensemble des patients dénutris et ce en fonction des facteurs de risques identifiés. La prise en charge financière se ferait dans le cadre du financement conventionnel actuel qui reste sous utilisé par les Pharmaciens.

De même, si un trouble buccodentaire est identifié, le dentiste du patient est averti et décide des soins à réaliser en accord avec le patient.

Enfin, si des facteurs sociaux ont été identifiés, l’idel se met en lien avec les personnes compétentes (DAC, CLIC, assistante sociale, etc.) pour prendre en charge le patient.

En cas de recours aux CNOs (Compléments Nutritionnels Oraux), la diététicienne apporte au pharmacien des éléments permettant d’avoir recours au complément le plus adapté à la personne via messagerie sécurisée.

En début et en fin de prise en charge se tient une réunion de coordination pluriprofessionnelle. Ces deux temps regroupent le médecin généraliste, l’IDEL, le diététicien, l’EAPA et/ou le kiné ou autres professionnels impliqués. Ces réunions se déroulent en présentiel, en audio ou en visioconférence de façon simultanée. Le patient peut également être consulté pendant ou après la réunion.

La première réunion de coordination permettra de définir le plan de soin avec les types et fréquences d’interventions envisagées ainsi que les objectifs de la prise en charge.

Le temps de coordination en fin de parcours permet d’évaluer les atteintes des objectifs du plan de soin (éléments d’évolution du suivi nutritionnel et adhésion du patient) et acter le mode de sortie du patient. Ce temps de coordination permettra également d’identifier de façon collégiale le besoin de réitérer ou non une **phase de deux mois**. **La décision de renouveler la phase de deux mois** s’appuiera sur le score d’évaluation de l’outil D-NUT® réalisée à 4 mois (s’il s’est dégradé ou stabilisé) **et** sur les avis documentés de tous les professionnels, dans la limite du seuil fixé p.22. (*par exemple, un patient avec un score stable mais avec une prise alimentaire encore éloignée des recommandations selon l’avis de la diététicienne pourra poursuivre la prise en charge sur les deux mois complémentaires*).

Si l'état du patient se dégrade avant la fin du parcours, une réunion peut être organisée plus tôt. Cette seconde réunion n'implique pas nécessairement tous les acteurs du domicile, elle se veut plus opérationnelle.

La sortie du dispositif peut se faire selon plusieurs modes :

- Fin du parcours de 4 mois dans un état satisfaisant (score D-NUT® « normal » ou stabilité du score initial) ;
- Fin du parcours de 6 mois dans un état satisfaisant (score D-NUT® « normal » ou stabilité du score initial) ;
- Hospitalisation si absence d'amélioration, dans le cas d'une dénutrition sévère, ou altération rapide de l'état général ;
- Passage à une nutrition entérale ou parentérale ;
- Sortie en cours de prise en charge : refus de la part du patient de poursuivre la prise en charge, déménagement hors de la région ou entrée en institution ;
- Décès.

2. Population Cible

→ La **population cible** est l'ensemble des personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile, hors institution, en Pays de la Loire, présentant au moins un facteur de risque de dénutrition (1).

a. Critères d'inclusion dans le parcours

- Personnes pour qui le test D-NUT® identifie un état de dénutrition "à risque" (MNA entre 8-11 avec une échelle des apports alimentaires entre 6 et 10 ou un MNA entre 12 et 14 et une échelle des apports alimentaires entre 3 et 6) ou "dénutri" (MNA entre 0-7 ou un MNA 8-11 avec une échelle des apports alimentaires entre 0 et 6 ; ou un MNA entre 12 et 14 avec une échelle des apports alimentaires entre 0 et 3).
- Personne "retenue" pour intégrer le parcours suite à la réunion de coordination pluriprofessionnelle

b. Critères d'exclusion du parcours (ou critères de non-inclusion)

- Personnes pour qui le test D-NUT® identifie un état de dénutrition sévère (mini MNA < 7 points couplé à une échelle des apports alimentaires comprise entre 0 et 3) ⇒ relai hospitalier.
- Personnes pour qui le test D-NUT identifie un état de dénutrition normal
- Personnes prises en charge dans le cadre d'une nutrition entérale ou parentérale

3. Effectifs concernés par l'expérimentation

Nous envisageons de recruter un maximum de 250 IDEL pour la région soit 7,4 % des IDELs de la région. Le nombre d'infirmier recruté par département sera pondéré en fonction du nombre d'infirmier enregistré sur chaque département.

En envisageant une montée en charge progressive et réaliste, chaque IDEL avec le médecin pourra inclure 2 patients la première année, puis 4 la seconde année. Au total, **un maximum de 1500 patients seront inclus** sur la durée de l'expérimentation. Ces 1500 patients suivront la phase de 4 mois de prise en charge.

Selon l'étude du Gérondif citée plus haut (p.14), après un suivi diététique de 4 mois, la moitié des patients avaient repris du poids ou stabilisé. Notre expérimentation étant pluriprofessionnelle avec des interventions plus régulières, nous estimons que moins de 50% des patients nécessiteront une prolongation de prise en charge. Par ailleurs, afin de minimiser les coûts de prise en charge, nous fixons un maximum de 30% de patients pouvant bénéficier de ces 2 mois supplémentaires, soit 450 patients.

Par ailleurs, chaque IDEL pourra réaliser jusqu'à 12 repérages par an, soit 6 000 sur 24 mois pour l'ensemble des 250 IDEL recrutées dans la région.

Parmi les 12 repérages annuels par IDEL, 2 patients seront inclus dans le parcours la première année, soit un taux d'inclusion de 16,7%. L'année suivante, le nombre d'inclusion annuel est estimé à 4, soit un taux d'inclusion dans le parcours de 33,3%.

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

Animateur régional du parcours dénutrition à domicile :

Dans le cadre de la "montée en charge", il :

- Réalise le pilotage, la gestion et le suivi du projet,

- Organise le déploiement sur le territoire : temps de communication et d'informations des acteurs du domicile (diététiciens, EAPA/kinés, IDELs, et autres acteurs médico-sociaux), Formation pluriprofessionnelle (comprenant un volet sur la dénutrition, un volet sur le parcours et son process de paiement, une sensibilisation aux outils numériques),
- Communique auprès des différentes instances et acteurs sur le projet afin de n'oublier personne et favoriser la synergie autour de la thématique de la prise en charge de la dénutrition à domicile des personnes âgées : création et diffusion d'outils de communication, organisation d'une journée de lancement, participation à des réunions clefs (DAC par exemple), etc...
- Suit la facturation des professionnels vis-à-vis de la CNAM en lien avec l'assistant administratif.
- Participe au recueil des données et à l'évaluation du parcours,

Dans le cadre de ses missions "au long-cours", il :

- Est un appui technique aux professionnels pour les usages des outils numériques (D-NUT et plateforme régionale),
- Est support à l'IDEL pour la coordination,
- Est support aux intervenants du domicile (répondre aux demandes, aux problématiques logistiques, relaie vers les pros compétents, etc.),
- Vient en appui aux DACs (Dispositif d'Appui à la Coordination) lorsqu'ils sont opérationnels sur les territoires, si ce n'est pas le cas, il est envisagé que l'animateur pallie les manques identifiés,

Assistant administratif (mi-temps) :

- Gère administrativement des demandes de conventions entre le porteur, la CNAM et les professionnels,
- Gère la "liste blanche" de professionnels souhaitant participer à transmettre à la CNAM,
- Gère les paiements : saisie dans la plateforme CNAM article 51 des codes forfaits pour paiement aux professionnels,
- Accompagne les professionnels "non identifiés" par la CPAM comme les Enseignants APA dans les démarches administratives à réaliser (demande d'un numéro adeli provisoire pour l'article 51 par exemple),
- Suit et reporte les demandes.

Infirmière libérale :

- Inclut les patients
- Effectue une évaluation de l'environnement de vie de la personne, sa santé buccale pour identifier la nécessité d'une consultation avec un dentiste et un état des lieux de l'environnement social (en lien avec la DAC compétente et/ou CLIC),
- Effectue des évaluations de suivi
- Suit le patient dans son parcours (motivation, planning etc.),
- Suit le planning des rendez-vous via l'outil de coordination parcours
- Fait le lien entre les autres professionnels et le patient (notamment avec le médecin généraliste sur les comorbidités)
- Fait le lien avec l'animateur régional
- Recueil des données
- Sensibilise le patient et son aidant/entourage sur l'intérêt de la prise en charge de la dénutrition

- en adoptant une démarche d'éducation pour la santé
- Oriente la personne vers des structures d'aide si la personne nécessite des supports ou aides sociales (aide à domicile, portage de repas, etc.).
- Participe aux réunions de coordination

Médecin généraliste :

- Pose le diagnostic
- Prescrit les bilans diététiques, kinés
- Suit le patient dans sa prise en charge globale
- Effectue les prescriptions de bilan biologique si nécessaire
- Participe aux réunions de coordination
- Effectue la prescription de CNO si nécessaire, en lien avec le diététicien.
- Assure la prise en charge des comorbidités associées

Diététicien :

- Élabore un diagnostic diététique via le recueil de données (transmis à l'IDE, au MT et autres professionnels du parcours),
- Évalue plus finement les consommations alimentaires
- Construit une stratégie diététique personnalisée (objectifs diététiques à visée nutritionnelle réalisables et propositions d'actions de soins négociés) >> En collaboration avec les professionnels intervenant (IDEL, APA ou kiné, MT, Aide à domicile...)
- Réalise des consultations de prévention et d'éducation pour la santé sur les risques de la dénutrition, sur la composition des aliments, la place de l'alimentation dans la prise en charge et la vie quotidienne.
- Sensibilise le patient et son aidant/entourage sur l'intérêt de l'alimentation dans la prise en charge de la dénutrition
- A chaque passage ; suit l'état nutritionnel, réévalue les objectifs fixés et adapte si nécessaire,
- Identifie des actions collectives sur lesquelles le patient peut s'impliquer de façon pérenne et "l'accompagner vers"...
- Participe aux réunions de coordination

Masseur kinésithérapeute :

- Réalise un bilan kinésithérapeute
- Prend en charge le patient présentant une ou des limitations fonctionnelles
- Élabore un programme individualisé et enseigne les activités physiques adaptées
- Sensibilise le patient et son aidant/entourage sur l'intérêt de l'activité physique dans la prise en charge de la dénutrition >> En collaboration avec les professionnels intervenant (IDEL, Diététicien, MT, Aide à domicile...)
- Participe aux réunions de coordination

EAPA, Psychologue, ergothérapeute, orthophoniste et autres intervenants paramédicaux

Les interventions en APA sont à prioriser dans le cadre d'une prise en charge nutritionnelle (cf bibliographie plus haut). L'EAPA :

- Évalue les besoins, les attentes, et les capacités du patient

- Élabore un programme individualisé en adaptant les activités physiques, sportives aux besoins du patient et selon les moyens disponibles >> En collaboration avec les professionnels intervenant (IDEL, Diététicien, MT, Aide à domicile...)
- Enseigne les activités physiques adaptées en accord avec le programme personnalisé
- Sensibilise le patient et l'aidant/son entourage sur l'intérêt de la pratique de l'activité physique dans la prise en charge de la dénutrition
- A chaque passage ; suit les capacités physiques du patient, réévalue les objectifs fixés et adapte si nécessaire, dans une optique de prévention et d'éducation à la santé.
- Identifie des actions collectives sur lesquelles le patient peut s'impliquer de façon pérenne et l'accompagne "vers"...
- Participe aux réunions de coordination

Les autres intervenants (psychologue, orthophoniste, ergothérapeute, etc.) seront identifiés si besoin en début de parcours suite aux bilans pour :

- Évaluer les besoins du patient
- Élaborer un plan de prise en charge adapté
- Participer à la prise en charge pluriprofessionnelle

Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) :

Le travail d'appui à la coordination du parcours assuré dans le cadre de l'expérimentation par l'animateur régional, pourrait être réalisé in fine par le DAC. En fonction de l'avancée de la mise en place des DAC sur les territoires, le transfert de compétence sera réalisé.

- Gère la coordination avec les professionnels du territoire
- Ouvre les droits d'accès
- Fait le lien avec l'animateur régional.

Acteurs du sanitaire et social (Assistant social, aide à domicile, portage de repas) : informés, formés, inclus dans le parcours. Ils :

- Alertent d'une situation potentielle de dénutrition
- Sont informés et inclus en fonction des besoins du patient dans le parcours de prise en charge.

Aidant : informé, formé sur la dénutrition. Rôle actif et central des proches aidants : le proche aidant fait le plus souvent partie de l'environnement familial du patient, mais peut aussi appartenir à un périmètre plus large de l'entourage. Le lien qui les unit est fondé sur l'affection, le sentiment d'utilité et/ou de devoir.

5 principales catégories d'aide :

- Aide aux soins (nursing, soins, accompagnement aux rendez-vous médicaux...)
- Activités quotidiennes (tâches ménagères, repas, courses, aide à la pratique de l'APA...)
- Aides matérielles et financières
- Soutien moral et psychologique
- Appui administratif et à la décision.

Plus précisément dans le parcours, le rôle de l'aidant pourrait être de :

- S'impliquer avec la personne aidée dans la préparation de repas simples et rapides, respectueux de ses besoins, ses goûts et ses envies
- Participer à un repérage précoce de la dénutrition à domicile
- S'approprier les recommandations en matière d'activité physique chez la personne âgée pour la sensibiliser à une pratique quotidienne.

5. Terrain d'expérimentation

Depuis l'expérimentation de l'outil D-NUT® dans deux départements de la région, les attentes des IDEL et des professionnels de la région sont fortes et font l'objet de demandes répétées quant à la prise en charge consécutive au repérage. Pour ne pas engendrer plus de frustration, et donc risquer une mauvaise adhésion au projet, nous envisageons **un déploiement du projet de façon simultanée sur l'ensemble de la région des Pays de la Loire.**

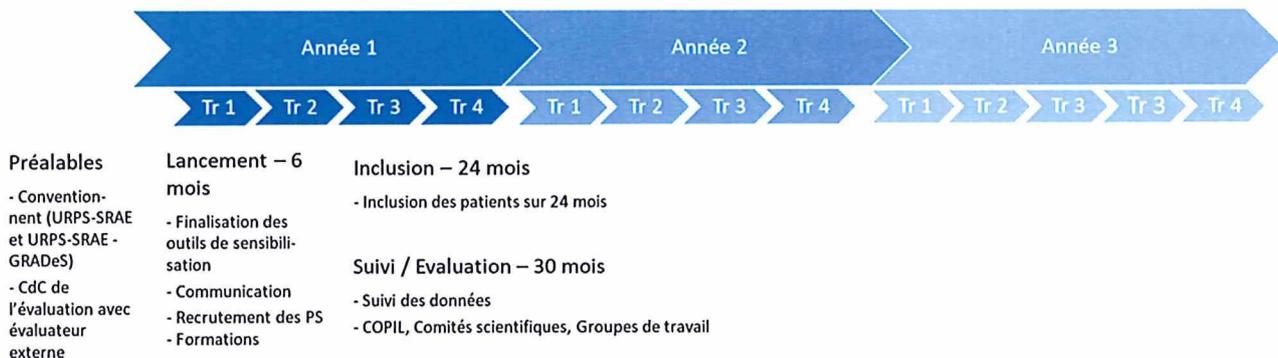
6. Durée de l'expérimentation

Nous envisageons le projet sur 3 ans :

- 6 mois de recrutement/formation/communication des professionnels
- 2 ans d'inclusion, avec une montée en charge progressive
- 6 mois pour le suivi des derniers patients inclus.

La durée de suivi minimale est de 4 mois pour tous les patients. La différence de prise en charge se situera dans le type (APA, psy, ergo, etc.) et la fréquence des interventions et la possibilité de renouveler une période de 2 mois.

a. Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet d'expérimentation



7. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre

Cf. tableau en annexe 1 (porteur et partenaires) et 5 (RASCI).

L'URPS-IDEL des Pays de la Loire est le porteur du projet en collaboration étroite avec la SRAE Nutrition Pays de la Loire.

Les salariés dédiés au projet (animateur régional et assistant administratif) seront portés par les deux structures URPS IDEL et SRAE nutrition.

Le comité de pilotage regroupera : les personnes en charge du projet au sein de l'URPS-IDEL et de la SRAE Nutrition, un infirmier, un diététicien, un kiné, un EAPA et le GRADeS.

Le comité scientifique sera composé de l'URPS-IDEL, la SRAE Nutrition, le Gérontopôle, un médecin

nutritionniste du CHU, l'Union Régionale des Médecins Libéraux, l'URPS Masseur Kinésithérapeute et l'URPS Pharmaciens, des diététiciens, des enseignants en APA.

Par ailleurs, des groupes de travail sur les formations, la communication, l'outil numérique et l'évaluation seront mis en place afin d'assurer une mise en œuvre la plus pertinente possible. Les associations de patients (France Assos Santé et Old'Up) seront associées à ces groupes de travail.

V. Financement de l'expérimentation

1. Modèle de financement

Le mode de financement prévu dans cette expérimentation est un financement au forfait collectif à la séquence sur 4 mois fixé à 635€. Ce forfait comporte :

- Une phase de diagnostic et bilans initiaux de 165€ comprenant le repérage et la préparation du diagnostic (à hauteur de 20€), le bilan diététique (à hauteur de 45 euros) et une réunion de coordination avec en complément des consultations (à hauteur de 100 euros)
- Une Phase de soin/suivi de 320€ € comprenant le financement des séances de suivi par la diététicienne à hauteur de 150€ (sur la base des tarifs pour les consultations diététiques à domicile d'une demi-heure = 30 euros), une enveloppe forfaitaire de 120€ pour les autres professionnels (EAPA, ergothérapeute, psychologue ou autres) ainsi qu'une réunion de coordination finale fixé à 50€.
- Une phase de coordination et suivi de 150€ (estimé sur la base de 5 interventions de 30 minutes à 30 euros d'une IDEL),

Les consultations médicales consultations ainsi que les bilans réalisés par un kiné, pharmaciens et/ou dentiste restent financés dans le droit commun.

Le forfait sera déclenché à la confirmation du diagnostic de dénutrition établie par le médecin.

La phase de renouvellement de forfait de 2 mois sera valorisée à hauteur de **210€**. Le contenu des interventions sera adapté en fonction des besoins du patient et du contexte (suivis IDEL, interventions diététiques, interventions EAPA ou autres).

=> Ce forfait à la séquence de soins (repérage, bilans, réunions et parcours) peut être adapté par les professionnels en fonction des besoins des patients dans la limite des montants de 635€ et de 845€ en cas de renouvellement.

2. Crédits d'amorçage et d'ingénierie

Pour le déploiement de cette expérimentation un financement nécessaire à la mise en œuvre est prévu au titre du FIR. Ce financement couvre les postes de dépenses suivants :

- Recrutement d'un poste d'animateur régional du parcours dénutrition à domicile le temps que la coordination territoriale s'organise,
- Recrutement d'un poste administratif pour gérer l'aspect administratif du parcours,
- Communication auprès des acteurs du domicile : diététicien, médecin généraliste, EAPA/kinés, structures d'aides à domicile et auprès des aux autres professions pour être relais (pharmaciens, dentistes, etc.) : formalisation de plaquettes, supports, évènements régionaux...
- Formation des intervenants du domicile : sensibilisation à la dénutrition, au parcours, à l'hygiène bucco-dentaire, aux outils numériques.

3. Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités /économies potentielles

Il n'existe pas à l'heure actuelle de prise en charge pluriprofessionnelle de la dénutrition du sujet âgé à domicile.

Les coûts de la dénutrition sont difficiles à évaluer car le dépistage de la dénutrition est mal connu et pas systématique. L'alimentation et l'état nutritionnel sont associés aux pathologies les plus répandues en France (maladies CV, cancers, ostéoporose, diabète...), rendant difficile l'évaluation fine de l'impact médico-économique de la malnutrition seule. Certaines études permettent cependant d'estimer les coûts approximatifs et les potentielles économies envisagées.

Une étude en Angleterre (30) a estimé le coût de la malnutrition à 19,593 milliards de Livres sterling en 2011/12. Ce coût a été estimé à partir de la prévalence de la malnutrition par âge, de l'utilisation des ressources associées et, dans le cas des admissions à l'hôpital, de l'effet de la malnutrition sur la prolongation de la durée de séjour à l'hôpital. Lorsqu'il y avait un manque d'informations sur les coûts unitaires pour des ressources spécifiques en fonction de l'état nutritionnel, il a été prudemment supposé que les coûts unitaires pour les sujets souffrant de malnutrition étaient les mêmes que pour les sujets non malnutris.

Cette étude fait aussi ressortir que les dépenses publiques globales de santé pour la malnutrition l'emportent sur celles des soins sociaux. De plus, le coût de gestion des patients hospitalisés souffrant de malnutrition est plus élevé que celui des patients externes (à domicile) qui est en grande partie dû aux sujets âgés. En effet, 52,3 % des dépenses de santé et de protection sociale étaient dues à des sujets âgés.

Si on calcule le coût de la malnutrition par habitant, on s'aperçoit que le coût par sujet mal nourri est 3 à 4 fois supérieur à celui d'un sujet normal et le coût différentiel est 2 à 3 fois plus élevé que pour un sujet non mal nourri. Aussi, comme évoqué plus haut, la plus grande proportion des malnutris concerne les personnes âgées, or, ce sont elles qui utilisent plus de ressources en soins. Il est donc possible que les coûts associés à la malnutrition surviennent parce que cela concerne les personnes plus âgées. (30)

- **Diminution des coûts générés par la prise en charge de pathologies associées à la dénutrition**

Les pathologies liées à la dénutrition, comme les affections de la bouche et des dents, les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies ostéoarticulaires, les tumeurs, les maladies de l'appareil digestif, les maladies endocriniennes, métaboliques et immunitaires ou les maladies infectieuses et parasitaires, représentaient respectivement 6,3%, 6,2%, 6,2%, 5,3%, 4,2%, 2,8%, 2% des dépenses de santé (3).

De plus, plusieurs études rapportées dans le rapport de l'HAS de 2007 (1) démontrent que la dénutrition est associée à l'apparition des escarres. En 2011, l'assurance maladie indiquait un coût de la prise en charge des escarres à domicile s'élevant à 693 millions d'euros avec un coût total par jour par patient de 44,20 € et un coût total par patient de 9 954 € (31).

- **Diminution des coûts d'hospitalisation liées à la dénutrition**

Comme cité plus haut, la dénutrition, si elle n'est pas prise en charge, conduit inévitablement à l'hospitalisation du patient, engendrant des coûts associés. Ainsi, le rapport Libault (32) relève que 1 personne âgée hospitalisée sur 2 souffre de dénutrition (collectif de lutte contre la dénutrition - CLN). Ce même collectif indique que 40% des personnes âgées sont hospitalisées pour des conséquences de dénutrition.

De plus, du fait de la morbidité, les patients âgés dénutris restent hospitalisés, à pathologie égale, significativement plus longtemps que les sujets de même âge non dénutris (3) et demandent des soins plus complexes et plus coûteux. Ainsi une dénutrition sévère augmente par quatre et de manière indépendante, le risque de contracter une infection à l'hôpital (Schneider et al., 2004).

- **Diminution des coûts liés à la dépendance**

Parmi les personnes de plus de 65 ans emménageant en maison de retraite, 33 à 37 % seraient dénutries (33).

Le rapport de l'HAS en 2007 (1) reprend plusieurs études mettant en valeur la corrélation entre la dépendance et un IMC bas, une sarcopénie ou des déficits en micronutriments. En effet, la perte de poids s'effectuant au détriment de la masse musculaire, ceci particulièrement pour les sujets âgés, la dénutrition représente un facteur aggravant la sarcopénie. Concernant les micronutriments, les études montrent des apports et des concentrations plasmatiques insuffisantes chez les sujets âgés notamment en calcium, fer, rétinol, bêta-carotène, thiamine, pyridoxine et vitamine C.

- **Diminution des coûts liés aux chutes et aux fractures**

Les chutes au domicile des personnes âgées, sont une des conséquences avérées de la dénutrition. Environ 28 à 35% des personnes âgées de 65 ans et plus chutent chaque année, et cette proportion s'élève à 32-42% chez les 70 ans et plus. Chez les 60 ans et plus, les taux de recours aux urgences pour chute varient, selon les pays, de 5 à 9 pour 10 000 personnes, et les taux d'hospitalisation de 1,6 à 3 pour 10 000. Chez les 65 ans et plus, plus de la moitié des hospitalisations pour traumatisme est due à une chute. Les lésions qui en résultent sont principalement des fractures de l'extrémité supérieure du fémur (FESF), des traumatismes crâniens et des lésions du membre supérieur (32).

L'HAS rapporte que la fréquence des fractures consécutive à une chute est significativement plus élevée chez les personnes âgées présentant une perte de poids de 10% (1).

Le coût des soins aigus liés aux FESF a été estimé à au moins 475 millions d'euros en 2009 pour l'Assurance maladie. Sachant que ce coût ne comprend pas le matériel implanté (prothèses et matériel d'ostéosynthèse) qui est variable selon les marchés, ainsi que celui des soins de suite et de réadaptation et les charges médico-sociales induites (34).

Enfin, les chutes non mortelles entraînent au niveau mondial la perte de millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY, disability-adjusted life year), l'apparition d'une incapacité chez les personnes âgées induisant des besoins coûteux de soins et de prises en charge en institution (32).

Dans les Pays de la Loire, selon le rapport de l'ORS de 2017 (35) la traumatologie constitue le diagnostic principal de 20 000 passages aux urgences de personnes âgées de 75 ans et plus en 2015, soit 23 % du nombre total des passages concernant cette classe d'âge.

- **Diminution des coûts grâce à une prise en charge précoce de la dénutrition**

Dans l'étude Anglaise citée plus haut (30), l'économie globale a été jugée dominée par l'effet des CNO sur la réduction de la durée de séjour à l'hôpital. Des économies de coûts moindres étaient dues aux effets des CNO sur la réduction des visites de médecins généralistes, des consultations externes et des admissions à l'hôpital.

Le dépistage nutritionnel s'est avéré être le coût supplémentaire le plus important (19 746 150 £), représentant près du double de celui associé individuellement aux CNOs.

La complémentation nutritionnelle orale, lorsqu'elle est prescrite à bon escient et accompagnée, permet de réduire les coûts en services hospitaliers, infirmiers et médicaux (3). Par ailleurs, une bonne sensibilisation des professionnels permettant un bon repérage et un accompagnement de la personne permettra de réduire les gaspillages de compléments nutritionnels oraux très souvent observés (3).

Un repérage précoce de la dénutrition permet d'éviter le recours à une nutrition entérale, technique coûteuse et source de complications. Cette nutrition artificielle a un coût non négligeable (36). Ce coût est composé d'une part des produits destinés à assurer cette nutrition (dans un rapport de 1 à 5 quand on compare la voie entérale et la voie parentérale), d'autre part des charges de personnel, des examens complémentaires induits (biologie et imagerie) et de la prise en charge des éventuelles complications de ces traitements et de l'allongement des durées de séjour qui en résultent (38). Par ailleurs, l'avantage d'une telle prise en charge à domicile est vérifié (38).

4. Besoin de financement

a. Synthèse du besoin de financement (détails des tableaux FIR et FISS en annexe 6)

Année du projet	CAI (FIR)	Nombre de patients inclus (File active)	Forfait « Dénutrition » 635 euros / patient	Forfait « Renouvellement dénutrition » 210 euros / patient (concernant au maximum 30% de la file active)	TOTAL FISS	TOTAL FISS + FIR
2020						
2021	136480	250	158 750 €	15 750 €	174 500 €	310 980 €
2022	63480	750	476 250 €	47 250 €	523 500 €	586 980 €
2023	63480	500	317 500 €	31 500 €	349 000 €	412 480 €
2020-2023	263440	1500	952 500 €	94 500 €	1 047 000 €	1 310 440 €
Coût moyen par patient					698 €	874 €

VI. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation

Cf. Annexe 2

Aux règles de financements de droit commun

Les dérogations aux règles de financement de droit commun concernent :

- La rémunération de consultations pluri professionnelles de coordination d'intervenants libéraux médicaux et paramédicaux : médecin, IDE, diététicien, kinésithérapeute qui n'exercent pas selon un mode regroupé
- La rémunération de l'IDEL
- La prise en charge de l'intervention d'un diététicien et d'autres interventions de professionnels dans le cadre du parcours : éducateur d'APA, psychologue, ergothérapeute...

VII. Impacts attendus

a. Impact en termes de service rendu aux patients

Le projet envisagé permet un repérage précoce et documenté du risque de dénutrition ou d'une dénutrition avérée pour arrêter ou freiner les conséquences de la dénutrition. Cela permet ainsi de limiter la perte d'autonomie du sujet âgé repéré et de favoriser son maintien à domicile en :

- Améliorant la quantité et la qualité de ses prises alimentaires,
- Favorisant sa mobilité,
- Augmentant ses capacités physiques,
- Renforçant ses connaissances ainsi que celles de sa famille et de son entourage
- Accompagnant la mise en place d'aides à domicile en fonction de ses besoins
- Réduisant le renoncement aux soins dentaires
- Améliorant sa qualité de vie.

b. Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services

L'expérimentation permettra de :

- Renforcer les compétences et les connaissances des professionnels sur la dénutrition des personnes âgées ;
- Favoriser un repérage et une prise en charge de qualité avec une organisation pluri professionnelle autour d'un parcours.

L'outil numérique aura un double impact :

- Favoriser la coordination entre les acteurs en facilitant la transmission et les échanges d'informations sur l'état du patient et sur les interventions effectuées et prévues ;
- Accoutumer les professionnels à la e-santé. L'outil numérique sera développé de façon à être en lien avec les outils numériques mis en place par la région dont la messagerie sécurisée.

c. Impact en termes d'efficacité pour les dépenses de santé

- Permettre une expérimentation de la mise en place d'un outil de repérage et d'un parcours de prise en charge de qualité à domicile sur toute une région.
- Valider un modèle pour lutter contre l'hétérogénéité des prises en charge.

- Renforcer les compétences des professionnels et favoriser une coordination pluriprofessionnelle permettant d'aboutir à une prise en charge plus rationnelle et efficiente de la dénutrition.
- Préserver l'autonomie de la personne le plus longtemps possible à son domicile et les autres conséquences de la dénutrition coûteuses pour l'assurance maladie (cf. p.21).

VIII. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées

- o Indicateurs de résultat et d'impact (ceux correspondants aux impacts attendus par l'expérimentation dans la rubrique 4) ;
 - Nombre de patients inclus
 - Nombre de patients par classe d'âge (60 à 65 ans ; 65 à 70 ans ; plus de 70 ans)
 - Nombre de patients ayant une prescription de CNOs
 - Nombre de patients dépistés / nombre de patients inclus (données de l'outil D-Nut)
 - Nb de patients dépistés « à risque » / nombre de patients inclus
 - Nb de patients dépistés « dénutris » / nb de patients inclus
 - Nb de patients dépistés « sévèrement dénutris » / nb de patients inclus
 - Nombre de patients inclus étant « à risque, dénutris » / nombre total patients inclus
 - Nombre de patients sortis avant la fin du parcours / nombre total
 - Nombre de patients ayant bénéficié de la phase de 2 mois supplémentaire / nombre total
 - Nombre de patients décédés pendant l'expérimentation par classe d'âge (si possible, comparer avec des données similaires)
 - Nombre de patients hospitalisés de plus de 60 ans (si possible, comparer avec des données similaires) + cause d'hospitalisation (chute, fracture du col du fémur, etc.)
 - Nombre de patients entrant en institution en cours et au terme du parcours par classe d'âge (si possible, comparer avec des données similaires)
 - Nombre de PPS mis en place parmi les patients inclus vs % dans la région chez les plus de 60 ans
 - Nombre de patients pour lesquels le statut nutritionnel s'est amélioré depuis l'inclusion (de « à risque » à « normaux), de « dénutris » à « à risque » (basés sur les données de l'outil D-NUT) - % en fonction de la situation de précarité ou non
 - Nombre de patients pour lesquels le score MNA (forme longue) s'est amélioré depuis l'inclusion
 - Nombre de patients ayant eu une amélioration de leur taux d'albumine sérique et/ou de pré-albumine / nombre total de patients inclus
 - Nombre de patients ayant eu un gain de poids / nombre total de patients inclus
 - Nombre de patients ayant eu une perte de poids / nombre total de patients inclus
 - Nombre de patients ayant une amélioration du score de Tinetti / nombre total
 - Nombre de patients ayant une amélioration du score de Force musculaire / nombre total

- Scores de qualité de vie type OPQOL-BRIEF ou WHOQOL-OLD
- Résultats de questionnaires diffusés auprès des professionnels sur la coopération interpro,
- Résultats des évaluations des prises alimentaires
- Nombre de CR générés et adressés au MT via MSS sur déclaration de l'idel (centralisés sur les comptes pros ameli idel)
- Evaluation des usages numériques : Nombre de connexions, nombre d'éléments échangés, etc ...

⇒ Il est envisagé de réaliser un relevé de ces indicateurs en début, milieu, fin de parcours ainsi qu'à 6 mois post prise en charge afin d'évaluer l'impact de la prise en charge à moyen terme. Nous souhaitons évaluer la faisabilité de cette modalité avec l'évaluateur externe.

- Indicateurs de satisfaction et « expérience » des patients (et/ou de leurs aidants) ;
 - Satisfaction des professionnels intervenants
 - Satisfaction des IDEL sur le repérage
 - Satisfaction des patients
 - Satisfaction des aidants

- Indicateurs de processus : ils permettront de suivre le déploiement du projet d'expérimentation ;
 - Nombre de professionnels formés
 - Nombre d'utilisateurs D-NUT®
 - Nombre de repérage (première évaluation)
 - Nombre d'évaluations
 - Nombre d'interventions par professionnel à domicile pour chaque patient

- Indicateurs de moyens (financiers, humains...).
 - Temps de coordination parcours
 - Nombre d'IDEL impliquées sur le territoire
 - Nombre de professionnels impliqués (global et par type de profession)
 - Temps intervenants par/ aux forfaits prévus

IX. Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation

- ❖ Données nécessaires à l'élaboration du statut nutritionnel :
 - Score D-NUT
 - Nom et prénom
 - Code postal,
 - Age,
 - Sexe,
 - Poids ou circonférence brachiale
 - Taille ou distance talon-genou
 - IMC
 - Albumine sérique

- Appétit,
- Degré d'autonomie,
- Statut émotionnel,
- Evaluation des apports alimentaires
- Médication
- Score MNA total
- Scores de qualité de vie
- Scores de Tinetti et force musculaire
- Données médico-sociales (dont GIR, niveau de précarité, etc.),
- Nom Médecin traitant,
- Nom IDEL suivant le patient

Ces données seront recueillies via l'application D-NUT® et/ou sur l'outil de coordination du parcours. Elles seront stockées sur un hébergeur de données de santé agréé.

Ces informations seront partagées avec le médecin généraliste via MSS et l'idel pourra communiquer tout ou partie de ces informations aux autres professionnels via l'outil de coordination de parcours (Modalités à définir en lien avec le GRADES e-santé pays de la Loire).

A l'enregistrement des données dans l'application D-NUT®, l'IDEL doit explicitement recueillir le consentement libre et éclairé du patient et le notifier dans le dossier du patient.

X. Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel

Les outils numériques utilisés sont élaborés par le GRADES Pays de la Loire qui en assure la conformité aux recommandations en vigueur dans le cadre du Règlement européen sur la protection des données (RGPD).

XI. Eléments bibliographiques / expériences étrangères

- (1) Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez le sujet âgé – Argumentaire (2007).[En ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denutrition_personne_agee_2007_-_argumentaire.pdf. Consulté le 10 Décembre 2019
- (2) Patry, C. & Raynaud-Simon, A. La dénutrition : quelles stratégies de prévention ? . Gérontologie et société, 2010 ;3 : 157-170.
- (3) Patrice BROCKER. Impact médico-économique de la dénutrition chez les sujets âgés. Revue de gériatrie. SEPT 2008.
- (4) Nathalie Yerly, Sylvain Nguyen, Kristof Major, Wanda Bosshard Taroni, Christophe Büla. Etiologie multifactorielle de la dénutrition chez les personnes âgées. Rev Med Suisse 2015; volume 11. 2124-2128

- (5) Ferry, M. Les besoins nutritionnels lors du vieillissement. Innovations Agronomiques 33. 2013: 1-13.
- (6) E.P. Deutz N., M. Bauer J., Barazzoni R. et al. Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: Recommendations from the ESPEN Expert Group Clinical Nutrition 33 (2014) 929-936
- (7) CERIN : Sarcopénie : mieux la connaître pour mieux la dépister et la prévenir [En Ligne] <https://www.cerin.org/etudes/sarcopenie-mieux-la-connaître-pour-mieux-la-depister-et-la-prevenir/>. Consulté le 19 mars 2020
- (8) E.Alonso, S. Krypciak, E. Paillaud. Rôle de la nutrition dans les chutes et les fractures des sujets âgés. Gérontologie et société 2010/3 (vol. 33 / n° 134), pages 171 à 187
- (9) T.Krams. G6- Fragilité et activité physique. Kinésithérapie, la Revue 2016/02 (volume 16, Issue 170) p.41
- (10) Célia Crema, « Que peut le corps face au processus de vieillissement ? Les limites du corps « vieux » et ses conséquences dans le domaine de l'alimentation », Revue TRANSVERSALES du Centre Georges Chevrier - 2 - mis en ligne le 12 mars 2014. URL : <http://tristan.u-bourgogne.fr/CGC/publications/transversales/Que peut le corps/C Crema.html>
- (11) INSEE Analyses Pays de la Loire. La hausse du nombre de seniors dépendants accélérerait à partir de 2023. Juin 2019
- (12) ORS Pays de la Loire, URPS infirmiers libéraux Pays de la Loire. (2014). Conditions d'exercice et activité des infirmiers libéraux des Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des infirmiers libéraux des Pays de la Loire. 66 p.
- (13) LESCUT D., Épidémiologie de la nutrition entérale à domicile chez l'adulte en France, Nutrition Clinique et Métabolisme, November 2019;33(4):283-289.
- (14) Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? . Septembre 2014, [En ligne] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf. Consulté le 10 Décembre 2019
- (15) Samson Karine. LA PRÉVENTION DE LA DÉNUTRITION CHEZ LES PERSONNES AGÉES VIVANT À DOMICILE. Diagnostic des pratiques des infirmiers libéraux en Pays de la Loire [mémoire] : Université Lumière Lyon 2 – ISPEF ; 2016.
- (16) Mini MNA : https://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_french.pdf [En ligne] consulté le 3 août 2020
- (17) Sabate E. Adherence to long-term therapies : Evidence for action. Geneva : World Health Organisation ; 2003. Report No. : 92 4 154599 2.
- (18) Isabelle Dumont. Promouvoir l'adhésion aux recommandations chez la personne âgée : élaboration d'un guide pour les professionnels des services de soutien à domicile. UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE Faculté de médecine et des sciences de la santé École de réadaptation Maîtrise en pratiques de la réadaptation. Essai de Synthèse. Synthèse 2012

https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Essai_synthese_REA/L_adhesion_aux_recommandations_chez_la_PA.pdf

- (19) Robinson S.M. Reginster J.Y., Rizzoli. R et al. Does nutrition play a role in the prevention and management of sarcopenia? *Clinical Nutrition* 37 (2018) 1121e1132
- (20) D.Quilliot, F.Rossi, Commission nutrition et parcours de soins de la SFNEP Organisation, niveaux de prise en charge de la dénutrition et place des acteurs de santé dans les parcours de soins en nutrition à l'hôpital et en ville. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, Volume 30, Issue 4, December 2016, Pages 316-325.
- (21) Desport J. Perception par les personnes âgées à domicile de l'évaluation et de la prise en charge de la dénutrition par les médecins généralistes, *Nutrition Clinique et Métabolisme*.2007;21, (2), November: 40
- (22) ZAZZO J.-F., ANTOUN S., BASDEVANT A. et al. Dénutrition : Une pathologie méconnue en société d'abondance. Paris : Ministère de la santé et des sports, Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme. 92 p. [En ligne] http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_denutrition.pdf. Consulté le 10 Décembre 2019
- (23) Maria A. Fiatarone, Evelyn F. O'Neill, Nancy Doyle Ryan et al. Exercise Training and Nutritional Supplementation for Physical Frailty in Very Elderly People. *N Engl J Med* 1994; 330:1769-1775
- (24) BOGARDUS ST JR, BRADLEY EH, WILLIAMS CS, MACIEJEWSKI PK, GALLO WT, INOUYE SK. Achieving goals in geriatric assessment: role of caregiver agreement and adherence to recommendations. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52:99-105
- (25) Chee, Gitlin, Dennis, et Hauck *The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences* 62(6):673-8 · July 2007
- (26) Etude Saveurs et Vie. Coordination de la prise en charge nutritionnelle de la personne âgée https://www.saveursetvie.fr/sites/default/files/svc_pns_plaquette_2017.pdf
- (27) Lally P., Cornelia H. Van Jaarsveld M. et al. How are habits formed: Modelling habit formation in the real world *European Journal of Social Psychology Eur. J. Soc. Psychol.* 40, 998–1009 (2010)
- (28) G. Bouëtté, M. Esvan, K. Apel, R. Thibault L'outil d'évaluation de la prise alimentaire EPA® (ou SEFI®) comme test de dépistage de la dénutrition en médecine générale : étude prospective non interventionnelle multicentrique *Nutrition clinique et métabolisme*. Volume 33, n° 1. page 30 (mars 2019)
- (29) Haute Autorité de Santé, Association des diététiciens de langue française. Recommandation pour la pratique clinique. La consultation diététique réalisée par un diététicien. Janvier 2006 [En ligne] http://www.afdn.org/fileadmin/pdf/recommandations/consultation_dietetique_recos.pdf. Consulté le 10 Décembre 2019

- (30) Marinos Elia on behalf of the Malnutrition Action Group of BAPEN and the National Institute for Health Research Southampton Biomedical Research Centre The cost of malnutrition in England and potential cost savings from nutritional interventions (full report) Print Edition 2015
- (31) L'Assurance Maladie, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2014, Rapport au Ministre chargé de la Sécurité Sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2014.
- (32) Libault D, Rapport concertation grand âge et autonomie, mars 2019.
- (33) Torres M, Statut nutritionnel de la personne âgée vivant à domicile : prévalence, facteurs associés et conséquences. 2016
- (34) Dress, Les modalités de prise en charge des fractures du col du fémur en France de 1998 à 2009. septembre 2011.
- (35) ORS, Santé des habitants des Pays de la Loire. 2017.
- (36) Desport JC., Zazzo JF. Aspects économiques de la nutrition artificielle en milieu hospitalier. Traité de nutrition artificielle de l'adulte. 2007. [En ligne] https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-2-287-33475-7_88. Consulté le 10 Décembre 2019
- (37) R.Cabrit. Nutrition entérale à domicile : 3 millions de journées d'expérience. Nutrition Clinique et Métabolisme. 2013 ; 27(4) : 178–184
- (38) P. Crenn. Reconnaître et traiter la dénutrition en ambulatoire. Post Up . 2011 : 1-8
- (39) Aminzadeh. F, Byszewski, A., Dalziel, W.B., & Amos, S. (2002). Patient adherence of an interdisciplinary geriatric day hospital program. Clinical Gerontologist, 26(1/2), 85-99.

Annexe1. Coordonnées du porteur et des partenaires

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteur	URPS Infirmiers Libéraux des Pays de la Loire 5 Boulevard Vincent Gâche Immeuble sigma 2000 44200 Nantes Association loi 1901	Claire Dubois projets@urps-idel-paysdelaloire.fr 07 63 34 05 14 David Guillet president@urps-idel-paysdelaloire.fr Stéphanie Vilain svilain1@orange.fr	
Partenaires	SRAE Nutrition association loi 1901 10 rue Gaëtan Rondeau 44200 Nantes	Marine Reinteu marine.reinteu@sraenutrition.fr , 0240097452 Aurélie Turpaud, aurelie.turpaud@sraenutrition.fr 0240097452	
	GRADEs e santé Pays de la Loire	Anne-Alexandra BABU anne-alexandra.babu@esante-paysdelaloire.fr	
	Gérontopôle Pays de la Loire	Valérie Bernat valerie.bernat@gerontopole-paysdelaloire.fr	
	AFDN	florianediet@hotmail.fr agnesbossis@hotmail.fr	
	CHU NANTES	Dr Jirka adam.jirka@chu-nantes.fr	
	Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire	Dr Pascale Geffroy dr.pascale.geffroy@wanadoo.fr Thomas HERAULT thomas.herault@urml-paysdelaloire.org	
	URPS Masseur Kinésithérapeute des Pays de la Loire	urpskinepdl@gmail.com tresorier.gal.urpsmkpdl@gmail.com	
	URPS Pharmaciens des Pays de la Loire	Anne-Claire Oger ac.oger@urpspharmacien.fr Denis Macé denismace@orange.fr	

Annexe 2. Catégories d'expérimentations

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

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité		
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	X	
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projets d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X	
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social		
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X	

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°) ² :	Cocher	Si oui, préciser
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de		

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

mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

Annexe 3 : outil D-NUT®

D-NUT® est un outil de dépistage numérique composé d'un test inspiré du mini MNA® adapté aux problématiques du domicile de la personne âgée et d'une échelle visuelle analogique des apports alimentaires (fortement corrélée au recueil alimentaire sur 3 jours*). Le score final reprend les critères diagnostic de la HAS**.

Cet outil a été conçu et validé par un comité scientifique piloté par la SRAE Nutrition, composé de médecins (Dr Adam Jirka, Dr Delphine Piolet), infirmiers (Annie Groseil, Gwenaël Babin), diététiciennes.

D-NUT® est livrée avec un kit comprenant : une échelle d'évaluation des apports alimentaires, un mètre ruban (pour mesurer la circonférence brachiale et la distance talon-genou), des fiches mémos à laisser au domicile et un aimant.

En moins de 15 minutes, l'infirmier libéral peut évaluer la situation nutritionnelle du patient âgé. Une fois l'évaluation initiale réalisée, l'infirmier libéral a la possibilité de :

- Envoyer un compte-rendu au médecin généraliste ou tout autre professionnel de santé via une messagerie sécurisée de santé.
- Suivre les patients dénutris ou ayant un risque de dénutrition via les notifications.
- Réaliser une courbe de poids accessible sur la fiche du patient et accéder aux résultats des évaluations précédentes.
- Avoir des conseils nutritionnels et des actualités sur la dénutrition, proposés par la SRAE Nutrition.

Le suivi du patient s'effectue par seulement deux questions : le poids et la prise alimentaire.

** Thibault R, et al. Use of 10-point analogue scales to estimate dietary intake: A prospective study in patients nutritionally at-risk. Clin Nutr 2009;28:134-40*

*** « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, HAS 2007 »*

Maquettes de l'application :

Ouverture de l'application : inscription / connexion

- Cas d'usages : pour vous aider dans l'identification de vos patients potentiellement concernés ...



16

Ajouter un patient



18

Commencer une évaluation : test nutritionnel

7 questions mini MNA

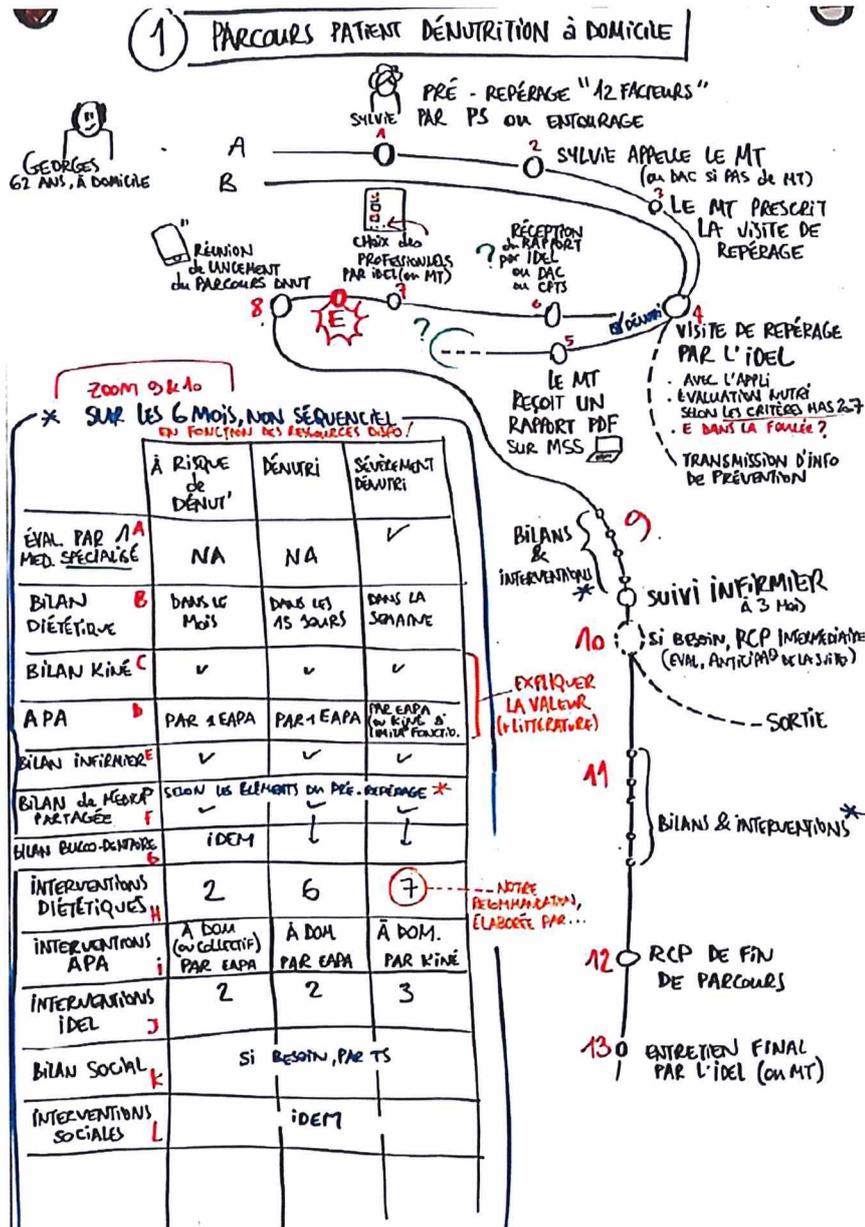
- **Motricité actuelle dans les 3 derniers mois**
 - Du lit ou fauteuil
 - Autonome à l'intérieur
 - Sort du domicile
- **Maladie aiguë ou stress psychologique**
 - Oui
 - Non
- **Problème neuropsychologiques**
 - Démence ou dépression sévère
 - Démence légère
 - Aucun
- **Le patient présente-t-il une perte d'appétit?**
 - sévère perte d'appétit
 - Perte d'appétit modérée
 - Pas de perte d'appétit
- **Perte récente de poids**
 - 1 à 3 kg
 - > 3 kg
 - Aucune
 - Ne sais pas
- **Poids**
- **Taille**

1 question Echelle des apports alimentaires



49

Annexe 4. Production de l'accélérateur ART 51 du 12 mars



Annexe 5 : RASCI des parties prenantes au projet DNUT

RASCI Parcours D-Nut

R : Responsable / A : supervise / S : Support / C : Conseille / I : Informé

	URPS IDEL/SRAE Nut		URPS IDEL	SRAE nut	GRADES	ARS		CPAM
	Animateur	Admin				PPS	DATA	
Formation des professionnels : 1. Construction de la formation : - Généralités sur la dénutrition, - Outil D-NUT - Parcours D-NUT : Programme de prise en charge, Financements, Outil de coordination GRADES 2. Organiser les dates et lieux 3. Gérer les invitations, inscriptions, confirmations, et attestations de présence	R	S	A	A	C	I	I	I
Communication : 1. Participer la communication sur des évènements clefs 2. Piloter la création des supports de communication 3. Diffuser largement les modalités de déploiement du parcours auprès de tous les professionnels	R	S	A	A	C	I	I	I
Recrutement des pros du domicile :	R	S	A	A	I	I	I	I

- Lancement d'un appel à candidature pour participer à l'expérimentation - Conventonnement								
Adaptation de l'outil de coordination parcours : Adaptation de l'outil régional (plateforme régionale) au parcours DNUT	S	S	A	A	R	I	C	I
Suivi des inclusions	R	S	A	A	C	I	I	I
Suivi facturation	A	R	I	I	I	I	I	C
Evaluation : - Suivi en région des indicateurs - Mise à disposition des données pour l'évaluateur externe - Echanges avec la CNAM et la DGOS	R	S	R	R	C	I	I	I
Reporting	R	S	A	A	I	I	I	I
Gestion des comptes des SI (DNUT+outil parcours)	I	I	I	I	R	I	C	I
Pilotage projet Instances, comités, etc.	S	I	R	R	C	C	C	C

Annexe 6. BUDGET CREDIT d'AMORÇAGE FIR

BUDGET - Crédit d'amorçage FIR		
		TOTAL
Formation au repérage et parcours de prise en charge de la dénutrition : 2 sessions de 2 jours par département	Abonnement webinaire	1 000 €
	Frais pédagogiques (2 formateurs sur 20 jours)	30 000
	location de salles	12 000 €
Adaptation et réédition des supports de comm' (kits DNUT)		20 000 €
Animation territoriale (1ETP 36 mois) et gestion administrative (0,5		160 440 €
Pilotage URPS-IDEL et SRAE		30 000 €
Rencontres IDEL sur les territoires pour mobiliser et accompagner (par l'animateur régional)		10 000 €
TOTAL FIR		263 440
BUDGET - FISS		
1500 patients sur 24 mois d'inclusion	1500 patient bénéficiant d'un forfait 4 mois (635€)	952 500 €
	450 patients bénéficiant d'un forfait de 2 mois supplémentaires (210€)	94 500 €
TOTAL FISS		1 047 000 €
BUDGET TOTAL		1 310 440 €
Coût par patient (1500 patients)		873,63 €

BUDGET - Crédit d'amorçage FIR					
		TOTAL	Année 1	Année 2	Année 3
Formation au repérage et parcours de prise en charge de la dénutrition : 2 sessions de 2 jours par département	Abonnement webinaire	1 000 €	1 000 €		
	Frais pédagogiques (2 formateurs sur 20 jours)	30 000	30 000 €		
	location de salles	12 000 €	12 000 €		
Adaptation et réédition des supports de comm' (kits DNUT)		20 000 €	20 000 €		
Animation territoriale (1ETP 36 mois) et gestion administrative (0,5 ETP 24 mois)		160 440 €	53 480 €	53 480 €	53 480 €
Pilotage URPS-IDEL et SRAE		30 000 €	10 000 €	10 000 €	10 000 €
Rencontres IDEL sur les territoires pour mobiliser et accompagner (par l'animateur régional)		10 000 €	10 000 €		
TOTAL FIR		263 440	136 480	63 480	63 480

Intervention	Année 1	Année 2		Année 3
	6 mois d'inclusion	1er semestre	2ème semestre	6 mois d'inclusion
Nbr de patient bénéficiant d'un forfait 4 mois	250	250	500	500
Nbr de patient bénéficiant d'un forfait 2 mois	75	75	150	150
Coûts prise en charge	174 500 €	174 500 €	349 000 €	349 000 €
Grand total		1 047 000 €		

Ministère des Solidarités et de la Santé

Antenne interrégionale de Rennes

mission nationale de contrôle et d'audit
des organismes de Sécurité Sociale



**REPUBLIQUE FRANCAISE
MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**

**Arrêté modificatif n°6 du 5 novembre 2020
portant modification de la composition du conseil d'administration
de l'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale
et d'allocations familiales des Pays de la Loire**

Le ministre des solidarités et de la santé

Vu le code de la sécurité sociale et notamment les articles L. 213-2, D. 231-1 à D. 231-4,

Vu l'arrêté ministériel du 5 janvier 2018 portant nomination des membres du conseil d'administration de l'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales des Pays de la Loire,

Vu les arrêtés modificatifs des 8 mars, 20 avril 2018, 12 avril, 5 novembre et 9 décembre 2019,

Vu la désignation formulée par l'Union des entreprises de proximité (U2P) le 30 octobre 2020,

ARRETE

Article 1

L'arrêté ministériel du 5 janvier 2018 susvisé portant nomination des membres du conseil d'administration de l'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales des Pays de la Loire est modifié comme suit :

Dans la liste des représentants des employeurs désignés au titre de l'Union des entreprises de proximité (U2P), remplace Monsieur Jean-Guillaume PETTON en tant que membre titulaire :

Madame Marion LAPOY

Article 2

Le chef de l'antenne interrégionale de Rennes de la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la préfecture de la région Pays de la Loire.

Fait à Rennes, le 5 novembre 2020

Le ministre des solidarités et de la santé,

Pour le ministre et par délégation,
Le chef de l'antenne interrégionale de Rennes
de la mission nationale de contrôle et d'audit
des organismes de sécurité sociale

Lionel CADET

