

Informations contenues dans l'application

L'application web qui sera développée proposera les informations suivantes

- des informations sur la situation de la personne âgée (coordonnées, situation familiale, habitat + synthèse).
- un annuaire de l'ensemble des aidants (+horaires d'intervention).
- un historique du dossier (avec possibilité de joindre les comptes rendus de réunion)
- des pièces jointes : dossier médical / dossier social
- Système d'alerte (grille de vulnérabilité élargie. Voir en annexe 3).
- Historique des consultations (quel utilisateur de l'application a consulté le dossier d'une PA).

Voici les rubriques du dossier usager tel qu'il est aujourd'hui envisagé, voir en annexe 1 le détail.

- coordonnées de la personnes âgée*
- coordonnées du demandeur (pour un dossier ADPA)*
- réfèrent département*
- situation familiale, description habitat*
- annuaire des aidants (coord + type d'aide)*
- annuaire des intervenants professionnels + fréquence + horaire d'intervention*
- Synthèse de la demande et la réponse.*
- Historique des rencontres avec des professionnels / historique des contacts avec les professionnels.*
- CR de visite à domicile / CR d'entretiens / CR réunion de synthèse*
- Journal des échanges sur le dossier.*

Le prestataire n'a pas à développer précisément sous forme électronique la fiche présentée en annexe 1, mais doit proposer un outil permettant de stocker et retrouver simplement ces informations.

Accès, profils et droits

Les utilisateurs de l'application s'authentifieront à l'aide d'un identifiant et d'un mot de passe (il possible en complément d'utiliser d'autres technologies : open ID, carte à puce etc, mais ce n'est pas une obligation).

L'application sera utilisée par le CLIC principalement : secrétariat, assistant social, médecin, infirmière du Département. Les informations générales sur la personne âgée, l'annuaire et l'historique seront visibles par tous.

Les dossiers joints sont limités par groupes : les informations médicales seront restreintes aux profils médicaux etc.

Il devra être possible de l'ouvrir à des tiers sous condition :

- professionnels de santé : médecins, infirmières, hôpitaux, service d'urgence

- service d'aide à domicile
- CCAS, mairie...

Les tiers ont un profil type (médical, social) limitant l'accès à certaines parties. (Par défaut pas d'accès aux dossiers joints).

Sécurité

Les échanges devront être cryptés (utilisation de https) pour protéger les données.

L'hébergement et les techniques utilisés devront respecter les contraintes de la loi informatique et liberté.

Lien avec le domicile / Carnet de suivi

Les professionnels qui interviennent à domicile sont les premiers au courant de changements à apporter dans le dossier de la personne : évolution d'une pathologie, nouvel intervenant, changement de médecin traitant, chute, événement familial, disparition d'un aidant.

Il faudra qu'ils puissent contribuer à tenir à jour le dossier de la PA, et donc prévoir une interface web simplifiée pour mettre à jour des informations depuis un mobile (smartphone, eeeepc, ou depuis un pc connecté à internet). Par exemple, pour remplir une grille de vulnérabilité (annexe3).

Lien avec l'Hôpital

Nous souhaitons tester l'accès à l'application depuis l'hôpital lorsque la personne âgée est hospitalisée. Une fiche de liaison (papier) existe, elle consultable en annexe 2 de ce document, elle devrait pouvoir être aisément remplacée par l'accès à un dossier en ligne, s'il présente les informations de manière assez synthétique et que l'hôpital puisse avoir un accès simple au dossier de la personne concernée.

Le prototype réalisé nous permettra de réfléchir à l'interopérabilité à prévoir avec le Dossier patient réparti de la région rhône-alpes (<https://www.sante-ra.fr/dppr.htm>).

Annexe 1 :

Cette annexe décrit l'ensemble des champs qui pourraient apparaître dans l'application.

DOSSIER CLIC USAGER

MDR de

DEMANDEUR :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Lien avec le bénéficiaire :

BÉNÉFICIAIRE POTENTIEL : si différent du demandeur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Adresse :

Téléphone :

ADRESSÉ PAR : Nom et qualité

RÉFERENT PROFESSIONNEL COORDONNANT LE SUIVI DE LA DEMANDE :

Nom et qualité

SITUATION FAMILIALE :

Célibataire

Marié (e)

Vie maritale

Séparé

Divorcé (e)

Veuf(ve)

Vit seul : Oui

Non

Enfants : Non

Oui

Nombre :

Famille : Non

Oui

Type d'habitat :

Domicile perso. « ordinaire »

Propriétaire Locataire

Etablissement médicalisé

- Foyer-logement
- Hébergement dans famille
- Famille d'accueil
- Logement Sonacotra ou Aralis
- Autres à préciser

AIDANTS

•AIDANT DE PROXIMITÉ

Aidant principal	Personne à prévenir <small>(si différent de l'aidant principal)</small>
Nom, prénom :	Nom, prénom :
Lien avec l'utilisateur :	Lien :
✉ :	✉ :
☎ :	☎ :
Type d'aide :	
Rémunéré par la PA : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Durée et nombre d'intervention par semaine :	
Autres aidants	
Nom, prénom	
✉ :	
☎ :	
Lien avec l'utilisateur :	
Type d'aide :	
Rémunéré par la PA : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Durée et nombre d'intervention par semaine :	

•INTERVENANTS PROFESSIONNELS

- Médecin traitant :

✉ :

☎ :

-Autres intervenants

Qualité	Nom et coordonnées	Fréquence par semaine	Horaire d'intervention
SSIAD ou infirmier libéral			
Kiné			
Service d'accompagnement et aide à domicile	Prestataire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mandataire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Emploi direct			

Demande classée le :

Motif (ne donne plus suite, hospitalisé, décès, changement de domicile, modification de la demande, autres) :

LA DEMANDE :

Numéro : N° de dossier/ n° de demande :

Date :

Intitulé de la demande :

Typologie de la demande :

Niv.1 (Information/orientation)

Niv.2 (Evaluation sans prise en charge)

Niv.3 (Plan d'aide avec prise en charge)

RÉPONSE :

- Pas de réponse donnée (à préciser)

- Réponse simple

- Remise de documents

- Prise de RDV ou VAD avec

 ▪Assistante sociale

 ▪Infirmière

 ▪Médecin référent PA-PH

- Accompagnement médico-social

- Orientation vers :

 ▪Etablissement

 ▪SAD

 ▪Autre (à préciser)

- Autres (à préciser)

COORDINATION

1 CONTACTS :

	Dates
Médecin traitant	<input type="checkbox"/>
Service de soins à domicile	<input type="checkbox"/>
Cabinet infirmiers	<input type="checkbox"/>
Autres prof de santé (précisez)	<input type="checkbox"/>
Hôpitaux (précisez)	<input type="checkbox"/>
Service de géronto-psychiatrie	<input type="checkbox"/>
<hr/>	
Aide à domicile	<input type="checkbox"/>
Portage de repas	<input type="checkbox"/>
<hr/>	
CCAS/Mairie	<input type="checkbox"/>
Service social de la CRAM (Gir 5 et 6)	<input type="checkbox"/>
Autres (à préciser)	<input type="checkbox"/>
<hr/>	
Bailleurs sociaux	<input type="checkbox"/>
Foyers d'hébergement migrants	<input type="checkbox"/>
PACT-ARIM (adaptation du logement)	<input type="checkbox"/>
<hr/>	
Etablissements d'accueil dont :	
EHPAD	<input type="checkbox"/>
Logement-foyer	<input type="checkbox"/>
Domicile collectif	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>
Accueil de jour	<input type="checkbox"/>

2 VISITE A DOMICILE :

Date :

Numéro de la demande :

Avec

- Travailleur social
- Infirmière
- Médecin référent PA-PH
- Autre (à préciser)

Durée de la visite :

En présence de :

Relevé de décisions

3 ENTRETIEN

Date :

Numéro de la demande :

Avec

- Travailleur social
- Infirmière
- Médecin référent PA-PH
- Autre préciser

En présence de :

Durée de l'entretien :

Relevé de décisions

4 REUNION DE SYNTHESE

Date :

Numéro de la demande :

Avec

- Travailleur social
- Infirmière
- Médecin référent PA-PH
- Autre préciser

Durée :

Relevé de décisions**SUIVI DE LA DEMANDE**

Date	Récapitulatif des actions	Relevé de décisions

Annexe 2 : Fiche de liaison hôpital

Cette annexe décrit les informations minimum auquel l'hôpital doit pouvoir accéder.

En cas d'hospitalisation à adresser avec votre courrier médical

Structure d'origine

Tampon du service

Identification du patient

Nom Prénom

Date de naissance

Adresse

Étage Digicode

Téléphone/...../...../...../.....

N° Sécurité sociale/...../...../...../...../...../...../.....

Mutuelle

Situation familiale

Personne à prévenir

Aide attribuée ADPA AUTRE

Intervenants (nom, coordonnées et passage)

Médecin traitant

Médecin spécialiste

Infirmière
Kiné
Aide à domicile
Télé Assistance
Portage de repas
Réfèrent médico-social Maison du Rhône
.....
Bénévole

Accessibilité du logement

Maison individuelle Plain-pied Étage sans ascenseur
Appartement Rez-de-chaussée Étage
 Marche d'escalier Ascenseur

Aides techniques

Salle de bains

Baignoire Douche
 Barre Plancher de bains

Toilettes

Rehausseur Barre

Matériel

Lit médicalisé Potence
 Fauteuil roulant Cadre de marche
 Canne Chaise-pot
 Urinal Protections

Animaux

Annexe 3 Grille de vulnérabilité

Cette annexe décrit la grille de vulnérabilité que les intervenants à domicile devront pouvoir remplir en ligne.

GRILLE DE DÉPISTAGE DES RISQUES DE LA VULNÉRABILITÉ DE LA PERSONNE ÂGÉE VIVANT À DOMICILE

Objectif : Repérer les personnes âgées de plus de 75 ans vulnérables pour diminuer les hospitalisations ou les ré-hospitalisations en urgence

Identification de la structure ayant renseigné la grille :

- Service d'aide à domicile
- SSIAD
- Équipe médico-sociale MDR
- Travailleur social (CCAS, Antenne solidarité)
- Médecin traitant
- Infirmier(re) libéral(e)
- Kiné
- Autre, préciser

TAMPON

Date :

NOM et Prénom de la personne âgée :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone de la personne référente :

Items	Définition exacte	
1.Présence familiale et/ou amicale	Il s'agit d'une présence <u>active</u> du référent familial directement mobilisable dont l'attitude bienveillante devra être vérifiée. Notion d'aidant familial actif et disponible 2h par semaine au minimum.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2.Intervenant(s) professionnel(s)	Il s'agit d'un professionnel de l'aide à la personne intervenant au domicile de la personne âgée 3h par semaine au minimum.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3.Logement adapté	Le logement doit être accessible, isolé par rapport à la chaleur ou au grand froid. Équipement sanitaire indispensable (eau chaude).	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Capacité à s'alimenter seul (e)	Être en capacité de s'alimenter seul même lorsque le repas est préparé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5.Capacité à utiliser le téléphone et/ou alerter	Il s'agit de mesurer l'aptitude à communiquer, à faire appel à un tiers.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6.Capacité à se déplacer seul à l'extérieur	La capacité de maintien d'une vie sociale, de réaliser des courses, achat de médicaments, se rendre à la banque chercher son courrier ou autres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

	démarches simples est ici mesurée.	
7. Capacité à (gérer) seul(e) son traitement médical	Gestion autonome ou au moins à l'aide d'un pilulier journalier (ou hebdomadaire).	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8. Capacité à gérer seul(e) son budget	Doivent être prises en compte les notions de mises en situations de danger, de risques d'abus, de nécessité de protection adultes vulnérables.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

5 ITEMS cochés «NON» déclenchent l'alerte

Feuille à adresser par fax ou par courrier au responsable PA-PH de la MDR (secteur du domicile de la PA)

