



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

**DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS**

Sous direction de l'organisation et
du système de soins

Bureau de l'organisation régionale
des soins et des populations spécifiques (O2)

Bureau des réseaux, complémentarités et
recomposition des activités de soins (O3)

Personnes chargées du dossier :
Dominique LELIEVRE
Jean MALIBERT



**UNION NATIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE**

Frédéric van Roekeghem
Directeur Général

Direction Déléguée à la Gestion et à
l'Organisation de l'Offre de soins
Direction des Assurés

Département Coordination et Efficience
des Soins

Personnes chargées du dossier :
Annie ARPIN-BARBIEUX
Pierre BERGMAN

**Le Ministre de la santé et des solidarités
Le Directeur Général de l'UNCAM**

A
Mesdames et Messieurs les directeurs
d'Agence Régionale d'Hospitalisation et

Mesdames et Messieurs les Directeurs
d'Unions Régionales des Caisses d'Assurance
Maladie
(pour mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les préfets de région,
Directions Régionales des Affaires Sanitaires et
Sociales (pour information)

Mesdames et Messieurs les Préfets de
département
Directions Départementales des Affaires
Sanitaires et Sociales
(pour information)

Mesdames et Messieurs les Directeurs de
Caisses Primaires d'Assurance Maladie
(pour information)

Mesdames et Messieurs les Directeurs
Régionaux du Service Médical
(pour information)

CIRCULAIRE N° DHOS/O2/O3/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel
d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ».

Date d'application : immédiate

Résumé : La présente circulaire a pour objet la diffusion du référentiel d'organisation national des réseaux de prise en charge de personnes âgées.

Mots clés : réseau, évaluation, médecin traitant, personne âgée, parcours coordonné de soins, coordination, CLIC, plan d'intervention personnalisé, plan d'aide, plan de soins, APA,

Textes de référence :

- Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé codifiée aux articles L.6321-1 et L.6321-2 du code de la santé publique, en particulier dans son article 84
- Loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- Décret n°2001-1086 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L.162-43 à L.162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code.
- Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux
- Circulaire n° DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques
- Circulaire DHOS/O3/DSS/CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé, en application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique et des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et des décrets n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 et n° 2002-1463 du 17 décembre 2002.
- Circulaire n°DHOS/O3/DGAS/AVIE/2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local
- Lettre circulaire n° DGAS/DHOS/2C/O3/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux CLICs et aux réseaux de santé gérontologiques
- Circulaire n°DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des SSIAD
- Circulaire n° DGS/SD5D/DHOS/O2/DGAS/SD2C/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du Plan Alzheimer et maladies apparentées
- Circulaire N°DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM
- Circulaire n° DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Textes abrogés ou modifiés : néant

Annexes :

- 1- Référentiel national d'organisation des réseaux de santé « personnes âgées »

Le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012, annoncé le 27 juin 2006 par le Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées par le développement de la coordination des différents acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux : établissements publics, privés, PSPH ou à but lucratif, professionnels libéraux. Les réseaux de santé « personnes âgées » répondent parfaitement à cet objectif. L'élaboration d'un référentiel national d'organisation des réseaux de santé « personnes âgées » concourt donc logiquement à la mise en œuvre de cette politique.

Un groupe de travail pluridisciplinaire, piloté par la DHOS et la CNAMTS, coordonné par le professeur Claude Jeandel, chargé de mission auprès du Ministre, a été mis en place à cet effet.

Ce référentiel d'organisation a vocation à accompagner le développement des réseaux de santé « personnes âgées », axe essentiel du Plan Solidarité Grand Age, complémentaire de la mise en place des filières de soins gériatriques.

Ce référentiel précise les missions et les objectifs des réseaux de santé « personnes âgées » ainsi que leur organisation générale, notamment pour ce qui concerne les acteurs du réseau, les modalités de pilotage et l'articulation avec l'environnement sanitaire et médico-social.

Une telle organisation doit permettre, de façon coordonnée avec le médecin traitant, d'assurer la mise en place d'un plan d'intervention personnalisé en faveur des personnes âgées afin de favoriser le maintien à domicile de qualité ou d'accompagner le retour à domicile après une hospitalisation.

Le développement de ces réseaux de santé « personnes âgées » doit s'appuyer sur les réseaux déjà existants, en veillant à ce qu'ils permettent d'atteindre de façon progressive l'ensemble des objectifs décrits dans le référentiel. De nouveaux réseaux de santé « personnes âgées » pourront également être identifiés selon les besoins dans chaque région, l'objectif à terme étant de couvrir l'ensemble du territoire.

Les décisions de financement de réseaux que vous serez amenés à prendre devront s'appuyer notamment sur la cohérence du projet de réseau proposé avec les éléments du référentiel national d'organisation. Elles devront également tenir compte des garanties apportées par les promoteurs sur la capacité du réseau à disposer des données nécessaires au suivi de ses activités et des résultats obtenus.

Nous vous demandons de bien vouloir assurer la diffusion de cette circulaire et de sa pièce jointe aux établissements de santé, aux réseaux existants ainsi qu'aux professionnels libéraux ou à leurs représentants, l'objectif étant que la majorité des professionnels concernés et impliqués par le développement de ces collaborations puisse en prendre connaissance.

Nous vous saurions gré de bien vouloir nous faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de cette circulaire.

La Directrice de l'Hospitalisation et de
l'Organisation des Soins



Annie PODEUR

Le Directeur Général de l'Union des
Caisses d'Assurance Maladie



Frédéric van ROEKEGHEM

| |
|--|
| <p style="text-align: center;">REFERENTIEL NATIONAL D'ORGANISATION DES RESEAUX DE SANTE « PERSONNES AGEES »</p> |
|--|

I. POPULATION CONCERNEE

Un réseau de santé « personnes âgées » s'adresse prioritairement à des personnes de 75 ans et plus, vivant et souhaitant rester ou retourner à leur domicile et répondant aux situations suivantes :

- des patients gériatriques « se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique » (*Un programme pour la gériatrie : C. JEANDEL, P. PFITZENMEYER, P. VIGOUROUX*), rendant critique le maintien à domicile ou le retour à domicile dans les suites d'une hospitalisation ;
- des personnes se trouvant dans une situation de rupture socio-sanitaire nécessitant le recours à des aides venant à la fois du champ sanitaire et social. Cette situation de rupture peut provenir d'une absence ou d'une insuffisance « d'aidants » ou d'intervenants professionnels ou de difficultés rencontrées par ces derniers, d'une rupture du lien social ou de tout autre facteur qui contribue à rendre le maintien à domicile difficile ;
- des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, les réseaux Alzheimer ayant vocation à évoluer vers des réseaux de santé « personnes âgées » ou à être intégrés dans un réseau de santé « personnes âgées ».

L'accès aux services d'un réseau « personnes âgées » peut être ouvert par dérogation à des personnes de moins de 75 ans dès lors que la situation le nécessite.

II. MISSIONS

Le réseau permet aux personnes concernées de bénéficier d'une prise en charge correspondant le mieux à leurs besoins de santé et médico-sociaux. Une prise en charge au domicile de la personne âgée est privilégiée dès lors que les conditions de qualité et de sécurité sont remplies.

Il favorise la coordination autour de la personne âgée de tous les acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux.

II.1 Missions générales

Le réseau coordonne les intervenants sanitaires et sociaux (professionnels libéraux, professionnels des établissements de santé, des établissements et services médico-sociaux) afin d'optimiser :

- le maintien à domicile,
- l'accès à une structure de soins si nécessaire,
- le retour à domicile.

A cet égard, il ne se substitue pas à l'offre de soins existante. Il vise à en améliorer l'efficacité et contribue à optimiser la réponse aux besoins sanitaires et sociaux des personnes concernées.

II.2 Objectifs opérationnels

Tout réseau prenant en charge des personnes âgées doit impérativement couvrir les objectifs suivants :

a) Assurer le repérage de la population répondant aux critères ci-dessus

Le réseau assure le repérage des personnes âgées en situation de rupture socio-sanitaire ou susceptibles de le devenir et particulièrement les personnes isolées.

Pour réaliser la mission de repérage des situations à risques, le réseau doit disposer :

- des informations recueillies par les équipes médico-sociales du Conseil Général (équipes APA),
- des signalements effectués par les médecins traitants, les professionnels libéraux (y compris les pharmaciens), les établissements de santé (équipes mobiles gériatriques lorsqu'elles existent, consultations gériatriques), les CLIC ou les assistantes sociales de secteur, les CCAS, les associations de service à domicile et les services d'aide à domicile et services de soins infirmiers à domicile,
- des signalements faits par la personne âgée elle-même, l'entourage, la famille, les voisins.

Dans le cas où le signalement n'est pas effectué par le médecin traitant, le réseau contacte systématiquement celui-ci et lui demande de confirmer la valeur du signalement.

b) Etablir un plan d'intervention personnalisé en équipe pluridisciplinaire

- **Assurer un diagnostic complet**

Il s'agit d'un diagnostic psycho-médico-social qui concerne :

- les pathologies,
- la dépendance,
- le contexte économique, relationnel et psychologique,
- l'habitat (agencement du logement, accessibilité).

- **Proposer le plan d'intervention le plus adapté**

L'équipe opérationnelle de coordination du réseau propose un choix de solutions, engage les démarches auprès des intervenants après s'être assuré de leur disponibilité.

Pour contribuer à l'efficacité des interventions du réseau, les solutions proposées tiennent compte du rôle propre et des compétences des différents intervenants en privilégiant, chaque fois que possible, les complémentarités susceptibles d'être mises en œuvre.

- **Apporter un soutien aux aidants et intervenants professionnels**

L'équipe peut proposer :

- des réponses adaptées aux situations difficiles (hospitalisations, accueil de jour, hébergement temporaire, soutien psychologique,...),
- des formations aux professionnels et aux aidants naturels,
- des groupes de parole pour les professionnels intervenant auprès des personnes âgées,
- des groupes de parole pour les proches et les aidants.

c) Mettre en œuvre des actions d'information et d'éducation de la santé, ainsi que des actions sur des thèmes spécifiques

Le réseau doit être un lieu de diffusion d'informations. Ces informations sont données à titre individuel ou collectif aux usagers, aux familles et à l'entourage.

Le réseau doit par ailleurs proposer des actions de prévention et de dépistage des troubles susceptibles d'entraîner une décompensation rapide de l'état fonctionnel de la personne (dénutrition, déshydratation, ...).

d) Définir une organisation et des procédures de gestion des relations avec les organismes et les financeurs de soins ou de services

Afin d'éviter toute situation de rupture dans les différentes prises en charge, l'équipe opérationnelle du réseau, interlocuteur direct de la personne et du médecin traitant, assure une fonction de correspondant auprès des organismes et des différents financeurs (organismes d'assurance maladie, caisses de retraite, services du conseil général, CCAS, ...).

La charte du réseau décrit l'organisation et les procédures permettant de répondre à cet objectif.

III ORGANISATION GENERALE DU RESEAU

III.1 Définition d'une aire géographique pertinente

L'aire géographique du réseau tient compte des ressources et compétences médico-sociales disponibles et de l'organisation territoriale de la filière gériatrique.

Il est préconisé que le Conseil Général soit associé à la définition de l'aire géographique du réseau.

Un minimum de 200 patients par an suivis par le réseau est recommandé.

III.2 Acteurs du réseau

a) Les intervenants

Le réseau coordonne des professionnels de compétences différentes mais complémentaires.

b) Leurs modalités de coordination

- Le réseau doit définir les modalités de coordination pluridisciplinaire entre les intervenants et les formaliser au sein de la charte du réseau. Il s'appuie sur une équipe opérationnelle de coordination.
- Le réseau doit disposer d'un annuaire des professionnels « ressources » et en assurer la mise à jour.
- Le réseau doit mettre en place un système d'astreinte téléphonique, si possible 7 jours sur 7, tout particulièrement utile pour gérer les situations de crise.
Un numéro d'appel unique apparaît pertinent.
- Des réunions périodiques des acteurs de terrain autour de dossiers évalués en commun (réunions de coordination des professionnels) doivent être organisées.

c) Leurs engagements

- **Les recommandations de bonnes pratiques, les référentiels et les protocoles**

Le réseau diffuse aux professionnels les recommandations de bonnes pratiques et référentiels existants.

Il élabore des protocoles de soins et des procédures organisationnelles si nécessaire. Il organise des actions de diffusion et d'appropriation afin de les appliquer.

- **Les modalités de communication et de transmission de l'information entre professionnels**

Le réseau établit un protocole qui identifie les catégories de professionnels pouvant accéder aux données de santé couvertes par le secret médical.

Dans le cas d'un traitement informatique des données, le réseau soumet le protocole à la Commission Nationale Informatique et Libertés, dans le cadre de la déclaration des traitements concernés.

Le réseau doit au minimum disposer d'un dossier patient partagé sanitaire et social, prenant en compte le rôle des aidants. Une version papier synthétique de ce dossier est mise en place au lieu de vie de la personne. Ce dossier est tenu à jour par les différents intervenants.

Le réseau doit également disposer d'un système de communication entre les acteurs et les structures (vie du réseau, protocoles,...).

- **La formation**

Le réseau propose aux intervenants une formation commune et pluridisciplinaire. Le programme de formation est choisi de façon consensuelle, tout en répondant aux priorités identifiées de santé publique. Les spécificités gériatriques des soins sont intégrées à la formation, tout comme les soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie.

Le réseau assure également les échanges de compétences et de pratiques entre les intervenants.

III.3 Usagers

La demande d'inclusion dans le réseau est réalisée par l'utilisateur ou par ses proches s'il n'est pas en capacité de décider lui-même et par son médecin traitant. L'inclusion est ensuite décidée par le réseau lui-même après concertation de l'ensemble des acteurs et notamment du médecin traitant de la personne âgée.

Les droits fondamentaux de la personne âgée sont respectés. Le réseau assure son information claire et loyale, la prise en compte de son choix, l'assurance de son consentement éclairé, sa participation et/ou celle de sa famille, de la personne de confiance qui doit être identifiée, à la réflexion quant aux décisions la concernant.

III.4 Pilotage du réseau

Au sein du réseau, les modalités de concertation entre tous les partenaires concernés sont prévues par le règlement intérieur.

Celui-ci définit la composition des instances représentant le réseau à partir de la liste des acteurs figurant en pièce jointe.

III.5 Articulation entre le réseau et son environnement

a) L'articulation avec les autres réseaux de santé

Les réseaux de santé « personnes âgées » doivent rechercher une articulation avec les autres réseaux de santé du territoire, en particulier avec les réseaux de soins palliatifs, les réseaux douleur, les réseaux de cancérologie ainsi que d'autres réseaux thématiques. Sur un territoire donné, la mutualisation de fonctions support des différents réseaux doit être recherchée.

b) L'articulation avec les CLIC

Quel que soit son niveau d'agrément, le(s) CLIC de l'aire géographique du réseau doit(vent) être partenaire(s) du réseau.

Le conseil d'administration du(es) CLIC doit(vent) comporter un représentant du réseau et réciproquement le conseil d'administration du réseau doit comporter au moins un représentant du (des) CLIC.

Les missions et la complémentarité entre ces deux types de structures sont définies dans la lettre DGAS/DHOS/2C/03/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques.

Les missions des CLIC doivent s'articuler avec celles du réseau en veillant à ce qu'il n'y ait pas de superposition des missions de chacun. Cette articulation, formalisée obligatoirement par une convention, comporte au minimum :

- pour les CLIC de niveau II et III :
 - l'utilisation d'un dossier minimum commun médico-social,
 - l'organisation de rencontres régulières entre CLIC et réseau sur la base de cas concrets (tous les mois au minimum).
- pour les CLIC de niveau III :
 - la mise en place d'équipes mixtes réseau/CLIC pour l'évaluation, le bilan, le suivi des plans d'intervention.

IV MODALITES DE PRISE EN CHARGE AU SEIN DU RESEAU

- La décision d'inclusion dans le réseau est prise à partir d'un outil d'évaluation validé au sein du réseau.
- Au moment de l'inclusion dans le réseau, un bilan d'entrée est systématiquement réalisé par l'équipe opérationnelle de coordination (infirmière coordinatrice, médecin gériatre, assistant social, éventuellement psychologue, professionnels paramédicaux, ergothérapeute). Ce bilan s'appuie sur un outil d'évaluation validé au sein du réseau. Pour effectuer ce bilan, l'équipe utilise des données déjà existantes concernant notamment l'évaluation gériatrique et tout particulièrement les données recueillies par l'équipe médico-sociale du Conseil Général lors d'une demande d'APA. Elle peut aussi utiliser les grilles remplies par le médecin traitant ou le médecin de l'établissement dans lequel le patient est hospitalisé. Elle peut s'assurer pour ce bilan l'aide des établissements de santé.
- Pour chaque personne âgée incluse dans le réseau, un plan d'intervention personnalisé doit être établi en lien avec le médecin traitant qui le prescrit.

IV.1 Elaboration du plan d'intervention personnalisé

Le plan d'intervention personnalisé repose sur le bilan fait à l'inclusion. Il comprend un **plan d'aide** et un **plan de soins**.

Le **plan d'aide** se définit par la nature et le volume des interventions, leurs fréquences, leur répartition dans la journée et la semaine.

Le réseau intègre le plan d'aide proposé par l'équipe médico-sociale (EMS) de l'APA. Il participe si nécessaire à la constitution des dossiers de prise en charge APA.

Le **plan de soins** vise à organiser les soins dans un objectif de continuité, de qualité, de permanence et de cohérence.

Il est établi après évaluation de l'état clinique de la personne en assurant une répartition des missions de chaque acteur, le suivi et l'adaptation du traitement par le médecin traitant. Le plan de soins doit permettre une meilleure efficacité dans les interventions des acteurs et dans la mise à disposition de matériel contribuant au maintien à domicile (ex : lits médicalisés).

IV.2 Mise en œuvre du plan d'intervention personnalisé

L'équipe opérationnelle de coordination du réseau est chargée de la mise en œuvre du plan d'intervention, en collaboration étroite avec le médecin traitant. Elle fait appel aux services requis par l'état de la personne âgée. Elle prend, si nécessaire, tous les rendez-vous médicaux dont a besoin la personne âgée.

Les interventions prévues sont mises en œuvre le plus rapidement possible, dans un délai qui ne peut dépasser un mois après l'évaluation des besoins.

IV.3 Suivi du plan d'intervention personnalisé

L'équipe opérationnelle du réseau assure, en collaboration avec le médecin traitant et avec le CLIC de niveau III s'il existe, un suivi régulier de la personne âgée.

L'objectif de ce suivi est :

- d'évaluer la réalisation du plan d'aide et du plan de soins,
- d'étudier l'évolution de l'autonomie de la personne âgée,
- d'analyser l'adéquation entre les prestations apportées et les besoins de la personne âgée,
- de s'assurer de la qualité du service rendu et de la satisfaction de la personne âgée et de son entourage.

Ce suivi repose sur :

- une visite à domicile dans le mois suivant la réunion d'élaboration du plan d'intervention personnalisé,
- un contact téléphonique avec la personne âgée (ou son représentant) et les différents intervenants au minimum toutes les six semaines,
- une réévaluation complète du plan d'intervention personnalisé, au minimum tous les 6 mois, incluant des revues d'ordonnance éventuelles,
- des visites régulières de l'infirmière coordinatrice à domicile ou en cours d'hospitalisation afin de préparer la sortie. Ces visites peuvent aussi avoir lieu ponctuellement à la demande du bénéficiaire ou des professionnels.

V LES MOYENS PROPRES DU RESEAU

Les objectifs visés et les moyens doivent être en adéquation. Comme indiqué en supra, la mutualisation de certains moyens avec d'autres réseaux ou avec le(s) CLIC doit systématiquement être recherchée.

V.1 Les moyens humains

Il est recommandé que l'équipe opérationnelle de coordination dispose au minimum des compétences médico-administratives suivantes :

- un temps d'infirmière coordinatrice,
- un temps de médecin gériatre,
- un temps d'assistante socio-éducative (s'il n'existe pas de CLIC),
- un temps de secrétaire.

Une compétence d'ergothérapeute doit également être recherchée lorsque l'aménagement de l'habitat est nécessaire.

Des réunions des membres du réseau élargies à l'ensemble des intervenants et aux aidants sont organisées selon une fréquence prédéfinie.

V.2 Les moyens financiers

Le budget du réseau doit permettre :

- le financement des effectifs salariés,
- le financement des moyens de fonctionnement courant,
- le financement d'éventuels actes dérogatoires.

Dans les réseaux personnes âgées, seuls des actes de coordination pluridisciplinaire ont vocation à être financés au titre des dérogations tarifaires mentionnées à l'article L.162-45 du code de la sécurité sociale.

Il est rappelé que le renseignement du dossier patient, les éventuelles transmissions de données ainsi que les fonctions de coordination prévues par les dispositifs conventionnels ne peuvent relever du champ de ce dispositif dérogatoire.

VI EVALUATION DU RESEAU

L'évaluation des réseaux de santé « personnes âgées » doit répondre aux recommandations nationales en matière d'évaluation des réseaux de santé et notamment aux dispositions de la circulaire n°DHOS/CNAM/03/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.

Il existe déjà des indicateurs généraux d'évaluation des réseaux de santé couvrant les domaines suivants :

- l'organisation et le fonctionnement du réseau évalué, en particulier son impact sur son environnement,
- la participation et l'intégration des acteurs (professionnels),
- la prise en charge des patients dans le cadre du réseau et l'impact de ce dernier sur les pratiques professionnelles,
- l'évaluation médico-économique au travers d'une comparaison coûts/résultats.

En sus de ces indicateurs généraux, les indicateurs ci-dessous, spécifiques aux réseaux de santé « personnes âgées », constituent un socle minimum :

- **Indicateurs d'activité :**

- Ratio : nombre de bilans d'entrée / nombre total d'inclusions, avec ventilation selon la provenance (domicile ou hôpital),
- Ratio : nombre de plans d'intervention personnalisés / nombre de dossiers,
- Taux d'établissement du plan de soins : nombre de plans de soins établis sur un an / nombre de bilans réalisés sur un an exprimé en pourcentage,
- Taux d'établissement du plan d'aide : nombre de plans d'aide établis sur un an / nombre de bilans réalisés sur un an exprimé en pourcentage,
- Taux de revue d'ordonnance annuel : nombre d'ordonnances revues / nombre total d'ordonnances exprimé en pourcentage.

- **Indicateurs de performance :**

- Délai moyen de réalisation du bilan après signalement,
- Délai moyen de réalisation du plan d'intervention personnalisé après inclusion,
- Proportion de dossiers partagés avec le(s) CLIC.

- **Indicateurs de résultats :**

- Nombre moyen de passages aux urgences par personne âgée prise en charge sur une année,
- Ratio : nombre d'hospitalisations programmées par an / nombre d'hospitalisations totales par an pour les personnes âgées prises en charge par le réseau,
- Nombre moyen de jours d'hospitalisation après indication médicale de sortie par personne âgée prise en charge sur une année,
- Taux de placement en institution : nombre de personnes âgées prises en charge par le réseau placées en institution sur un an / nombre de personnes âgées prises en charge par le réseau exprimé en pourcentage,
- Taux de décès à domicile : nombre de personnes âgées prises en charge par le réseau décédées à domicile / nombre de personnes âgées prises en charge par le réseau.

D'autres indicateurs peuvent en outre être utilisés tels que ceux figurant dans le guide d'évaluation des réseaux de santé de la Haute Autorité en Santé du 8 septembre 2004.

PIECE JOINTE

PARTENAIRES INSTITUTIONNELS DU RESEAU DE SANTE « PERSONNES AGEES » SUSCEPTIBLES DE PARTICIPER AUX INSTANCES REPRESENTATIVES

Représentants :

- du Conseil Général,
- des CLIC,
- de chaque établissement de la filière gériatrique de l'aire géographique concernée (à raison d'un médecin, un administratif, un soignant par structure),
- de l'équipe mobile gériatrique,
- de l'URML,
- des infirmiers libéraux,
- des professionnels libéraux de rééducation,
- des SSIAD,
- des structures d'accueil de jour,
- de l'HAD,
- des usagers,
- des EHPAD,
- des CCAS,
- des structures psychiatriques concernées,
- des services sociaux, municipaux et départementaux,
- des services d'amélioration de l'habitat et d'adaptation du logement (PACTARIM),
- de l'association France Alzheimer,
- des CODERPA,
- de l'association ALMA,
-

PARTENAIRES INSTITUTIONNELS SUSCEPTIBLES DE PARTICIPER AU COMITE DE PILOTAGE DU RESEAU

Le comité de pilotage est organisé par collège comme suit :

- collège des professionnels libéraux (URML,...),
- collège des professionnels hospitaliers (centre hospitalier support de la filière *gériatrique dont un médecin gériatre, équipe mobile gériatrique, hôpital local,...*)
- collège des professions médico-sociales (CLIC, EHPAD appartenant à la filière gériatrique,...),
- collège des autres professionnels (services d'aide et d'accompagnement à la personne,...),
- collège des usagers.

L'un au moins de ces représentants appartient au personnel soignant et l'un au moins au personnel administratif.