

EVALUATION INTERNE 2011

du Réseau Gérard Cuny



Partie 1 : Présentation du réseau – page 3

- 1. Identité du réseau – page 3
- 2. Objectifs du réseau – page 3
- 3. Equipe salariée du réseau et professionnels adhérents – page 6
- 4. Structures impliquées dans le réseau – page 7
- 5. Analyse des procédures – page 9
- 6. Activités autres que la coordination – page 10

Partie 2 : Critères spécifiques d'évaluation des réseaux gérontologiques lorrains – page 12

- 1. Critères communs au niveau lorrain – page 12
- 2. Critères spécifiques à chaque réseau – page 19
 - La fonction de proximité et d'appui auprès de la personne âgée – page 20
 - La fonction de pilotage – page 26

Partie 3 : Evaluation financière – page 44

- 1. Nature et montant des dérogations – page 44
- 2. Dépenses par chapitre budgétaire et budget prévisionnel – page 45

Liste des abréviations – page 47

Annexes – page 48

**PARTIE 1 :
PRESENTATION DU RESEAU**

1. IDENTITE DU RESEAU

Nom du réseau : Réseau gérontologique Gérard Cuny

Numéro du réseau : 960410124

Promoteur : Association du Réseau gérontologique de la Communauté Urbaine du Grand Nancy
Madame le Docteur Marie-Yvonne GEORGE, Présidente

Contact / adresse : Réseau gérontologique Gérard Cuny
Immeuble Joffre Saint-Thiébaud
13 / 15 Boulevard Joffre « J »
54 000 Nancy
Tel. 03 83 45 84 90 / Fax. 03 83 45 84 89
Email : secretariat@reseaugcuny.fr / Site Internet : www.reseaugcuny.fr

2. LES OBJECTIFS DU RESEAU

▪ **Objectif général poursuivi par le réseau :**

L'objectif général du Réseau Gérard Cuny (RGC) est d'améliorer la prise en charge coordonnée et globale des personnes âgées en situation de fragilité ou de dépendance sur le territoire de l'agglomération de Nancy : préserver chaque fois que possible le désir de ces personnes de rester à domicile et veiller à la bonne qualité des décisions et des conditions d'hospitalisation et d'admission en établissement médico-social.

▪ **Objectifs opérationnels 2011 poursuivis par le réseau :**

1. Equipe opérationnelle de proximité

1.1 Autour des situations individuelles des usagers :

- 1500 patients suivis en 2011 ;
- Améliorer la réactivité du réseau compte tenu de la demande ;
- Améliorer le suivi et l'accompagnement du programme personnalisé de santé des personnes âgées fragiles (PPS) ;
- Renforcer l'aide aux proches aidants par la qualité de l'information et du suivi ;
- Continuer le partenariat, déjà engagé, de soutien aux professionnels sur le terrain et au quotidien (participation à la réflexion des intervenants de terrain pour donner du sens et éviter le burn out des intervenants) en suscitant l'intérêt de poser un temps de réflexion indispensable à la bientraitance ;

1.2 Partenariats de proximité :

- Améliorer le partenariat, le suivi et les modalités de communication entre professionnels autour des situations individuelles ;
- Suivre les évolutions de l'offre de soins gériatrique de proximité, en rencontrant et visitant les différentes structures existantes, de façon à pouvoir personnaliser l'orientation des personnes âgées incluses dans le réseau, dédramatiser ces orientations par une description précise des lieux et des intervenants.

2. Pilotage de proximité

- 2.1. Valoriser le paysage gériatrique de proximité auprès des partenaires institutionnels : travail avec les EHPAD, le CHU (Urgences, post urgences gériatrique, filière gériatrique) et le secteur libéral : facilitation des échanges au profit des usagers.

- 2.2. Développer le décloisonnement et les relations de partenariat et de lien entre le secteur sanitaire et médico social : FPA, CCAS, CLIC, hôpitaux.
- 2.3. Former les Professionnels intervenant dans le milieu gériatrique interdisciplinaire, en particulier les jeunes professionnels : médecins remplaçants, jeunes généralistes installés (contacts avec REAJIR et Raoul-IMG).
- 2.4. Développer et diffuser les liens autour de la Plate Forme d'Orientation SSIAD Grand-Nancy, travail ensemble autour des situations complexes et/ou chronophages, définition de secteurs, partage d'informations avec les médecins traitants, les services sociaux hospitaliers, etc.
- 2.5. Développer et diffuser les liens autour de la Fiche Urgences Lorraine, en lien avec les services d'urgence hospitaliers et les réseaux gérontologiques.
- 2.6. Développer les partenariats avec les services gériatriques et géronto-psychiatriques : hôpitaux de jour, Equipe Mobile de Liaison Gériatrique.
- 2.7. Poursuivre les réflexions interdisciplinaires en éthique de la santé.
- 2.8. Enseignement : capacité de gériatrie, capacité de gérontologie, étudiants en chirurgie dentaire et internes aux urgences.
- 2.9. Réseau : terrain de stage ouvert : interne, IDE, assistant de soins en gérontologie.
- 2.10. Participation aux travaux de réflexion organisationnels de partenariats : GCS Télésanté (plateforme régionale de services « réseaux-filière-domicile »), CRSA (participation aux travaux de la conférence régionale de santé et de l'autonomie), groupe de réflexion sur les référentiels en oncogériatrie.

Conclusion : le réseau Gérard Cuny est reconnu par les partenaires comme une structure au service des usagers du système de santé au sens global, et centré sur l'amélioration de la qualité de la prise en soins dans le cadre du maintien à domicile. Il s'agit ici de travailler ensemble et en proximité sur la cohérence et l'égalité d'accès aux parcours de soins différenciés et adaptés pour les patients âgés fragiles.

3. Pilotage régional

- 3.1. Portail internet
 - Augmenter les liens, favoriser les liens existants avec les réseaux du nord-lorraine, faire évoluer progressivement le site vers un site unique régional en créant des liens internet adaptés ;
 - Continuer à alimenter le site internet.
- 3.2. Evaluation de l'activité des réseaux :
 - Soutien pour la réalisation de l'auto-évaluation sur site 2 fois dans l'année pour chacun des réseaux du sud-lorraine ; chaque réseau rédigeant ses commentaires propres ;
 - A venir : détermination des profils gériatriques des patients inclus par les réseaux / détermination des typologies de réseaux (urbains, ruraux...) ;
 - Extension régionale possible avec aide sur sites à tous les réseaux.
- 3.3. Etude sur les déficiences visuelles :
 - Repérage et évaluation des personnes âgées fragiles souffrant de troubles visuels ;
 - Elaboration d'une mallette expérimentale et formation par le service d'ophtalmologie au repérage optimisé des patients nécessitant une consultation spécialisée ;
 - Extension régionale voire nationale si modélisation de l'expérimentation (sollicitation sur des crédits nationaux Mobical).
- 3.4. Personnes âgées et mésusage d'alcool
 - Rédaction d'un visuel de repérage et de conduite à tenir face à une personne présentant un mésusage ;
 - Diffusion de ce visuel (rencontres locales interdisciplinaires) : médecins, aidants, éducation thérapeutique, valorisation de l'outil ;
 - Santé publique : direction d'une thèse de médecine sur le sujet, avec recherche des conséquences d'un mésusage sur la quotidien des personnes âgées fragiles concernées (cohorte 1200 personnes), en relation avec le service du Pr Paille.

3.5. Education thérapeutique :

- Accompagnement de la réflexion d'un réseau mosellan, avec objectif de régionalisation si expérimentation réussie.

3.6. Formation des professionnels

- Diffusion, valorisation des référentiels existants et des approches par impact clinique : référentiels « PMSA » (prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) de la HAS – soirée de formation MT ;
- Auprès des jeunes installés et remplaçants en médecine générale : réflexion autour de thèmes de formation adaptés à leurs pratiques : relations avec le secteur médico-social, utilisation des outils d'évaluation en gériatrie, orientation dans le paysage gériatrique de proximité.

3.7. Groupe de travail avec les réseaux thématiques, élaboration du PPS

- Recherche de création de dynamique partenariale, de mutualisation de moyens, de partage de compétences ;
- Elaboration d'un cadre commun de diffusion d'un plan personnalisé de soins extractible du logiciel patients, à tous les réseaux lorrains.

3.8. Partage d'informations dans l'intérêt des personnes suivies en commun

- Cartographie des réseaux : participation à la réflexion territoriale des soins, au maillage géographique des réseaux ;
- Répartition infrarégionale, choix des territoires de références pertinents ;
- Fiche urgence : évaluation : mesure de la pertinence des réseaux par la connaissance du passage aux urgences des personnes âgées fragiles et l'apport du réseau pour optimiser le service rendu aux urgences (contribue à la qualité de la prise en soins aux urgences de la PA fragile).

Conclusion : Grâce à la création et la régionalisation des programmes santé, développement d'un partenariat de réflexion autour de l'aspect organisationnel des réseaux gérontologiques au niveau régional, à consolider.

4. Pilotage national : développement d'une dynamique de groupe partenariale à l'échelle nationale

- Pilotage de 2 groupes de travail : définition des typologies de réseaux gérontologiques sur le territoire national, recherche de consensus autour du repérage de la fragilité et des critères d'inclusion dans les réseaux gérontologiques ;
- Rencontres nationales régulières (deux fois par an) afin d'échanger sur les pratiques ;
- Rassembler les réseaux gérontologiques, les fédérations et les groupements de réseaux gérontologiques autour de thématiques de travail communes, qui intéressent le fonctionnement des réseaux et de leurs équipes opérationnelles ;
- Harmoniser les pratiques, échanges ou création d'outils communs ;
- Développer des réflexions scientifiques et de santé publique autour des réseaux gérontologiques et des équipes gérontologiques des réseaux multi thématiques ;
- Créer un espace de dialogue indépendant entre les réseaux gérontologiques au niveau national ;
- Organiser des rencontres régulières entre les équipes des réseaux ;
- Etre une interface de communication entre les réseaux et les instances nationales (UNR, SFGG, CPGF) ;
- Etre un lieu de réflexion et de recherche et d'amélioration des relations partenariales (hôpital, libéraux, usagers, EHPAD, ordres professionnels, tutelles, collectivités territoriales ...)

Conclusion : Le développement d'outils et de méthodes au niveau national doit permettre au niveau régional et de proximité, de bénéficier de la déclinaison locale d'outils fiables au niveau, socio-économique et gériatriques. Au niveau santé publique, il s'agit de pouvoir disposer d'un potentiel de personnes âgées fragiles à domicile, n'ayant pas toujours recours au système de santé type filière gériatrique, et de l'étudier à différents niveaux.

3. EQUIPE SALARIEE DU RESEAU ET PROFESSIONNELS ADHERENTS

- **Equipe salariée du réseau :**

Au 31 décembre 2011, l'équipe était composée de :

- Un médecin coordonnateur à 0,5 ETP : Mme le Dr Eliane ABRAHAM ;
- Deux médecins adjoints à 0,5 ETP chacune : Mme le Dr Françoise ORSINI, Mme le Dr Christine BEAUDART ;
- Une infirmière coordinatrice à temps plein : Mme Manuela DANTE ;
- Une secrétaire médico-sociale à temps plein : Mme Sandrine ROUF ;
- Une coordinatrice administrative à temps plein : Mme Joséphine LO RE ;
- Un chef de projets mutualisé entre les réseaux sud Lorrains, à 0,4 ETP pour le réseau CUNY : M. Jérôme DECRION.

- **Professionnels adhérents :**

L'intervention du réseau Gérard Cuny n'est pas fonction de l'adhésion ou non des différentes structures ou professionnels concernés.

Les professionnels médicaux, paramédicaux ou médico-sociaux adhérents au réseau à titre individuel sont regroupés au sein du **Collège n° 2 intitulé « Libéraux »** ; sont adhérents au réseau pour le collège n°2 :

- 24 médecins traitants ;
- un pharmacien ;
- une infirmière libérale ;
- Et un masseur kinésithérapeute.

La collaboration avec les professionnels dans le cadre du RGC n'est pas subordonnée à leur adhésion au RGC, mais à leur volonté de partager l'élaboration d'un projet de vie et de soins concerté avec tous les partenaires.

Le nombre de professionnels adhérant au réseau Gérard Cuny ne traduit pas la réalité des partenariats de travail effectif créés par le réseau depuis sa création. **Ainsi, le réseau travaille avec l'ensemble des 315 médecins traitants installés sur l'agglomération de Nancy.**

Certains de ces professionnels avaient cotisé pour leur adhésion au réseau au cours des 2 premières années de fonctionnement afin de manifester leur intérêt au moment de sa création. Plutôt qu'une formalisation de leur adhésion par le paiement d'une cotisation, l'adhésion aujourd'hui de ces professionnels se traduit d'avantage par une orientation de leurs patients vers le réseau, pratique maintenant bien installée et prioritaire pour eux.

4. STRUCTURES IMPLIQUEES DANS LE RESEAU EN 2011

Liste des structures adhérentes au réseau au 31 décembre 2011 :

Etablissements de santé :	CHU	CHS	PSPSH (ESPIC)	Clinique
CHU de Nancy	X			
OHS			X	
CPN		X		
Maison Hospitalière Saint Charles			X	
Clinique Louis Pasteur - Essey les Nancy				X
« Médipôle » de Gentilly				X

Autres structures de prises en charge (ex : SSIAD, HAD) :

ALSAD
 SSIAD de l'association GARDE
 Centre de soins Sainte-Marie

Etablissements médico-sociaux : maisons de retraite :

Maison de retraite « L'Oseraie » - Laxou
 Maison de retraite Sainte Thérèse - Ludres
 Maison de retraite « Notre Dame du Bon repos » – Maxéville
 Maison de retraite « Simon Bénichou » - Nancy
 Maison de retraite «Notre Maison » - Nancy
 Maison de retraite « Mutuelle les Sablons » - Pulnoy
 Maison de retraite Saint Sauveur - Nancy
 Maison de retraite Saint Rémy – Nancy
 Maison de retraite « La Sainte Famille » - Vandoeuvre les Nancy
 Maison de retraite « Le Haut du Bois » - Jarville la Malgrange
 Maison de retraite « La Verrière » - Villers les Nancy
 Maison de retraite Saint Joseph - Nancy
 Maison de retraite « Korian Plaisance » (anciennement Les Ophéliades) - Nancy
 Maison de retraite « Résidence d'Automne » - Laxou
 Maison de retraite « Korian le Gentile » (anciennement Résidence Hôtélia) - Laxou
 Maison de retraite « La Compassion » - Nancy
 Maison de retraite « Sœurs de la Doctrine Chrétienne » - Nancy
 Maison de retraite « Hôtel Club de Nancy » - Saint Max
 Maison de retraite « Résidence les cygnes – ORPEA » - Nancy
 Maison de retraite « Les Jardins du Charmois » - Vandoeuvre les Nancy
 Maison de retraite « La Maison des Vignes » - Malzéville
 Maison de retraite « Le Bas Château » - Essey les Nancy
 Maison de retraite « Villa Saint-Pierre Fourier » - Villers les Nancy

Autres intervenants (par type de prestataires) :	Associations d'aide à domicile : <ul style="list-style-type: none"> - ADAPA - GARDE - Ville et Services - Relais des Services – Laxou - AVAD - ADMR Alieh - All Services - Esprit Tranquille - Age d'Or Service - ASSAD - GIHP Lorraine
	Associations d'usagers : <ul style="list-style-type: none"> - ASP Accompagner - ALMA - Alzheimer 54 - Les Amis de la Maison Hospitalière Saint Charles - Association « Les 4 saisons » - CODERPA de Meurthe et Moselle - Les Amis des Petits Frères des Pauvres - France Alzheimer de Meurthe et Moselle - Association des retraités CFDT 54
	Collectivités territoriales : <ul style="list-style-type: none"> - Conseil Général de Meurthe et Moselle - Communauté Urbaine du Grand Nancy - Communes du Grand Nancy : Art-sur-Meurthe, Dommartemont, Essey-les-Nancy, Fléville-devant-Nancy, Heillecourt, Houdemont, Jarville-la-Malgrange, Laneuveville-devant-Nancy, Laxou, Ludres, Nancy, Malzéville, Maxéville, Pulnoy, Saint-Max, Saulxures-les-Nancy, Tomblaine, Vandoeuvre les Nancy et Villers-les-Nancy.
	<p><i>Remarque : les foyers résidences pour personnes âgées n'adhèrent pas en tant qu'établissement d'hébergement mais par l'intermédiaire des CCAS qui les gèrent le plus souvent, ou par les maisons de retraite auxquelles ils sont accolés.</i></p>

- **Mise en place systématique d'un dossier patient :**

A chaque nouvelle inclusion, un dossier patient est créé, sous la forme papier et sous la forme informatisée à partir du logiciel Logiréso. A la fin de la prise en charge de la personne âgée par le réseau, le dossier est archivé. La durée de conservation des données, en concertation avec la CNIL est de 20 ans. Chaque information recueillie sur le patient a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL.

- **Mise en place d'une procédure de vérification de l'utilisation du dossier patient :**

Afin de satisfaire les exigences de la CNIL et de garantir le secret professionnel, la consultation d'un dossier patient est encadré par des procédures : l'utilisateur, préalablement habilité par le médecin coordonnateur, se connecte nominativement sur le logiciel patient (login / mot de passe) avant de pouvoir le consulter. Chaque intervention saisie sur le logiciel par un des membres de l'équipe médicale est répertoriée nominativement et datée.

- **Existence d'une procédure de réévaluation annuelle de la situation du patient :**

Chaque mois, la liste des patients inactifs depuis plus de 12 mois est éditée : ce sont les patients du réseau toujours en file active dont la situation est en général stabilisée, et pour lesquels le réseau n'est pas intervenu ou n'a pas eu de nouvelles depuis 1 an. Pour ces personnes, le réseau contacte le médecin traitant, la personne elle-même ou son entourage et la situation est réévaluée au cas par cas (modification du PPS, visite de suivi à domicile, etc.). Il s'agit de trouver un équilibre de temporalité : prendre des nouvelles et garder un lien, sans « harceler ».

- **Pourcentage des dossiers ayant l'accord du médecin traitant pour l'inclusion :**

100 % des dossiers ont l'accord du médecin traitant pour l'inclusion ; cette étape de recueil de l'accord du médecin traitant faisant partie de la procédure d'inclusion de la personne âgée fragile est incontournable. De plus, à l'inclusion, pour chaque étape de la prise en charge, le réseau demande au médecin traitant quelles modalités de retours d'informations il souhaite avoir.

- **Taux de signature de l'acte d'adhésion du réseau par le patient :**

100 % des personnes âgées incluses par le réseau et prises en charge donnent leur consentement (ou leur personne de confiance) à plusieurs moments : au moment du premier contact avec la secrétaire pour vérification des critères d'inclusion, pour accepter de recevoir l'équipe du réseau lors de la 1^{ère} VAD, pendant cette 1^{ère} VAD par la signature d'une note d'information sur leurs droits, puis pour la validation de leur PPS et tout au long du suivi. L'adhésion proprement dite au réseau gérontologique ne s'adresse qu'aux professionnels, les personnes âgées n'ont en aucun cas besoin d'adhérer pour bénéficier de ses services, mais ils signent « La note d'information du patient » après avoir eu les explications de fonctionnement, ainsi que les modalités de sortie du réseau.

- **Elaboration et maintenance de référentiels de protocoles de soins en cohérence avec les protocoles existants et mise en place de procédure de vérification de l'application de ces protocoles : le réseau n'effectue pas de soins, c'est un réseau de santé et non un réseau de soins.**

- **Existence d'une permanence téléphonique :**

Le réseau assure une permanence téléphonique du lundi au vendredi de 8h00 à 17h30 sans interruption. En dehors de ces jours et heures d'appel, l'utilisateur ou le professionnel peut laisser un message sur le répondeur. Le répondeur est écouté chaque matin à l'ouverture des bureaux du réseau.

- **Intégration dans le PPS du médecin traitant pour 100% des patients du réseau :**

L'intégration du médecin traitant fait partie de la procédure d'inclusion de la personne âgée fragile. Il est **systématiquement** contacté au début de la prise en charge pour recueillir son accord d'intervention et fournir des renseignements qu'il juge nécessaires et utiles sur l'histoire médicale de la personne. Le PPS est également validé par le médecin traitant avant d'être mis en place. Le suivi du PPS se fait en concertation systématique avec le médecin traitant.

- **Mise en place d'un système de recensement d'analyse et de suivi des événements indésirables :**

Un événement indésirable pour un réseau de santé n'a pas été défini précisément. Cette question doit être réfléchie.

- **Mesure de la satisfaction des usagers et des professionnels :**

Il n'existe pas de mesure de la satisfaction de façon formalisée, sous forme d'enquête rigoureuse par exemple.

La satisfaction des usagers et des professionnels peut néanmoins s'apprécier de façon plus informelle dans les contacts quotidiens nécessaires pour permettre le repérage des personnes âgées fragiles, leurs évaluations gériatriques, la coordination des PPS et leurs suivis.

La satisfaction peut également s'apprécier lorsque le médecin traitant a l'occasion de nous faire part des résultats qu'il peut observer auprès de son patient en terme d'amélioration de sa qualité de vie. **La fidélité et la confiance renouvelées par les médecins traitants, d'année en année, témoigne de cette satisfaction.** Le réseau CUNY travaille avec la totalité des médecins traitants installés sur les communes de la CUGN (315).

Depuis la fin 2010, le réseau propose un questionnaire à chaque médecin traitant pour chaque nouvelle inclusion sur les modalités de communication avec le réseau, c'est alors le moment d'un échange privilégié sur ce thème.

- **Activités de formation :**

- **Formations pour lesquelles le réseau CUNY a été intervenant en 2011 :**

Nature des professionnels formés	Nombre participants	Thèmes des enseignements	Durées enseignements
Etudiants de 5 ^{ème} année à la faculté dentaire	50	Santé bucco-dentaire du sujet âgé fragile et nutrition	2h00
Personnels soignants de l'Unité d'Archambault	10	Education thérapeutique en gériatrie	2h30
Internes en médecine (résidents) en stage au service d'accueil des urgences	20	Organisation de la prise en charge des personnes âgées fragiles, présentation du RGC	2 x 1h00
Etudiants de DESC Médecine d'urgence	30	Organisation de la prise en charge des personnes âgées fragiles, présentation du RGC	1h00
Assistants de soins en gériatrie	2 x 15	Organisation de la prise en charge des personnes âgées fragiles, présentation du RGC	2 x 2h00
Etudiants infirmiers de 2 ^{ème} année (IFSI Lionnois)	100	Présentation du RGC	2h00
Etudiante assistantes sociales de 1 ^{ère} année (IRTS de Lorraine)	50	Présentation du RGC	2h00
Professionnels en DIU de gériatrie - Strasbourg	30	Actions du réseau de santé Personnes Agées sur le territoire du Grand Nancy	1h30
Participants aux premières universités d'été de l'Espace Ethique National Alzheimer – Aix en Provence	20	Choisir et décider ensemble (atelier en groupe)	2h00
Journées organisées par Novartis « Nouvelles dimensions en gériatrie »	20	Cas médico-sociaux complexes pour un maintien à domicile	3h00

- **Formations organisées par le réseau CUNY en 2011 :**

Nature des professionnels formés	Nombre participants	Thèmes des enseignements	Durées enseignements
Médecins traitants	20	Dépendance et fragilité : bien évaluer pour bien orienter	2 heures

- **Le réseau CUNY est également lieu de stage. En 2011, le réseau a accueilli plusieurs stagiaires :**
 - o Internes en médecine générale ;
 - o Elèves infirmiers de 1^{ère} et de 2^{ème} année de l'IFSI ;
 - o Direction d'une thèse de médecine générale sur le thème « Personne âgée et mésusage d'alcool ».

- **Par ailleurs, le médecin coordonnateur du réseau CUNY a été jury de 2 thèses :**
 - o Thèse dentaire de Monsieur POUPON, évaluant la santé buccodentaire en foyer pour personnes âgées ;
 - o Thèse de Monsieur Sylvain DURAND sur le suicide.

- **Activités de recherche :**

Les activités de recherche, plus largement les activités dites de pilotage sont détaillées dans la partie 2 (Critères spécifiques d'évaluation des réseaux gérontologiques lorrains), chapitre 2 (Critères spécifiques à chaque réseau).

La première partie recense les données des indicateurs communs, identiques pour tous les réseaux gérontologiques lorrains (création d'un cadre commun)

La deuxième partie présente les données des indicateurs définis par chaque réseau, qui permettent de valoriser les actions spécifiques menées par chacun sur son territoire en fonction des réalités de terrain et de proximité, des projets et des orientations de chaque équipe

La troisième partie présente les réflexions de réseaux gérontologiques lorrains quant aux possibilités de mutualisations.

1. CRITERES COMMUNS AU NIVEAU LORRAIN

Les critères choisis sont spécifiques aux réseaux gérontologiques et adoptent un langage commun à tous les réseaux. Une définition de chaque critère sera précisée de façon à adopter un vocabulaire « standardisé » et transposable à chaque réseau. Le but n'est pas de comparer des valeurs brutes des résultats obtenus, mais d'essayer de dégager des valeurs communes, tout en gardant à l'esprit que chaque réseau s'adapte à l'existant sur son territoire de proximité, et doit respecter les objectifs définis dans les dossiers promoteurs.

1. Indicateurs d'activité sur un an (entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2011)

1.1. Nombre d'inclusions

Nombre de nouvelles personnes signalées répondant aux critères d'inclusion dans le réseau = **578 personnes**

Les critères d'inclusion retenus sont définis dans la circulaire relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées » du 15 mai 2007, n°DHOS/02/03/UNCAM/2007/197.

Le nombre d'inclusions n'implique pas forcément une visite à domicile, mais **inclut toujours une évaluation globale de la situation**. Celle-ci peut, en effet, se faire par téléphone dans un premier temps, de façon à optimiser la réponse apportée, puis se compléter ou non par un suivi à domicile. Les personnes concernées sont incluses dans le réseau et celui-ci en assure le suivi ultérieur.

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

En 2011, en moyenne, **48 personnes âgées** sont nouvellement incluses dans le réseau par mois sur l'année. Par rapport à 2010, cela correspond à une quasi-stabilité du nombre de nouvelles inclusions. Entre 2009 et 2010, nous avons relevé une augmentation très significative du nombre d'inclusions de l'ordre de 45 % : après cette hausse importante en 2010, le nombre d'inclusions en 2011 reste stable après l'atteinte de ce nouveau pallier.

Les 578 nouvelles inclusions sont composées de **475 situations de prises en charge**, 97 situations d'évaluation sans prises en charge et 6 situations d'information / orientation.

Parmi les 578 nouvelles inclusions, 16 personnes ont été des personnes ré-incluses dans l'année, les autres personnes âgées n'étaient pas connues du réseau. Les 16 personnes ré-incluses ont été des personnes sorties du réseau dans l'année par refus initial de l'entourage ou du médecin traitant. La ré-inclusion a été demandée par le médecin traitant parce que c'était alors le bon moment pour le réseau d'intervenir.

Indicateur complémentaire : nombre de fins de prise en charge en 2011 :

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011, nous avons décompté **377 fins de prise en charge (sorties du réseau), soit 31,4 par mois.**

Tableau synthétique sur les entrées / sorties du réseau en 2011 :

Nombre d'inclusions 2011 (entrées dans le réseau)	Nombre de fins de prise en charge 2011 (sorties du réseau)	Solde entrées / sorties 2011
578 (soit 48 / mois)	377 (soit 31,4 / mois)	+ 201 (soit 16,7 / mois)

1.2. Nombre de visites initiales

Nombre de premières visites effectuées par un professionnel de santé ou psychologue/ergothérapeute/assistante sociale de l'équipe du réseau : **450 visites**

On prend en compte ici la **première rencontre avec la personne concernée**, qui correspond au début ou à la réalisation de l'évaluation gérontologique globale. Elles regroupent les visites des inclusions 2011 et les visites réalisées en 2011 pour des inclusions en fin d'année 2010.

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

- Premières visites réalisées pour des inclusions 2011 :

Parmi les 578 nouvelles inclusions recensées en 2011, 475 ont été des situations de prises en charge qui ont donné lieu à **408 premières visites d'évaluation gérontologique à domicile**.

Les 67 personnes en situation de prise en charge qui n'ont pas été visitées au 31 décembre 2011 (= 475 - 408), ne l'ont pas été pour plusieurs raisons : 54 personnes incluses dans le réseau seront visitées en 2012 (difficulté d'accès à la personne, ou démarche de prise en charge plus longue pour certaines personnes âgées, ou inclusion entre le 15 et le 31 décembre 2011), 7 personnes ont été hospitalisées, institutionnalisées ou sont décédées entre l'inclusion et la première visite domicile, 6 personnes n'ont pas pu être évaluées suite à un refus de leur entourage.

- Premières visites réalisées en 2011 pour des inclusions en fin d'année 2010 : 42.

Le nombre total de premières visites à domicile pour évaluation gérontologique s'élève donc **à 450 visites.**

1.3. Ratio

Nombre de visites initiales effectuées / Nombre d'inclusions : 408 / 578 = **70,6 %**

Le numérateur retenu est le nombre de visites initiales pour des personnes âgées incluses en 2011. Environ 7 personnes âgées sur 10 incluses dans le réseau en 2011 ont fait l'objet d'une première visite initiale pour la réalisation de leur évaluation gérontologique standardisée (*ratio comparable à 2008, 2009 et 2010*).

1.4. File active du réseau = nombre de patients adhérents du réseau et ayant eu un plan personnalisé de santé (PPS) entre le 01/01 et le 31/12/2011 (indicateur DHOS)

La file active est le nombre de personnes dont le dossier a été complété au moins une fois dans l'année.

File active du réseau au **31 décembre 2011** : **1 791 personnes**

Pour ce calcul, une personne a été décomptée dans la file active à partir du moment où le réseau a reçu au moins une information ou a réalisé au moins une action la concernant durant l'année 2011. La file active correspond donc fidèlement à une réalité de volume d'activité sur l'année. Ce mode de calcul de la file active, uniformisé entre les réseaux gérontologiques lorrains pour arriver à une définition commune, a été instauré en 2008.

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

La file active du réseau a **continué à s'accroître par rapport à 2008, 2009 et 2010** :

File active - Année 2008	File active - Année 2009	File active - Année 2010	File active - Année 2011
1 112 personnes	1 255 personnes (+ 12.9 % par rapport à 2008)	1 605 personnes (+28.0 % par rapport à 2009)	1 791 personnes (+11.6 % par rapport à 2010)

L'effectif prévu par le dossier promoteur était de prendre en charge 1 500 personnes en file active, l'objectif est donc **dépassé** (objectif atteint à + 120 %).

1.5. Provenance du signalement

1.5.1. Qui alerte le réseau ?

Il s'agit du profil de la personne qui fait appel au réseau gériatrique. Est concerné pour le calcul de cette statistique, l'effectif des personnes âgées incluses en 2011 (une nouvelle inclusion = une origine de signalement, soit 578).

Origine du signalement	Proportions et effectifs 2011	Proportions 2010	Proportions 2009	Proportions 2008
Professionnels libéraux (IDE, médecins traitants, pharmaciens, kinésithérapeute, neurologue, etc.)	21,1 % (122)	27,0 % des signalements	28,3 % des signalements	27,5 % des signalements
Famille, entourage personnel, personne concernée	30,3 % (175)	24,0 %	27,4 %	28,1 %
Secteurs médico-social et social (communes, EHPAD, foyers, maisons de retraite, réseaux de santé, structures d'aides à domicile, services sociaux, CMS, etc.)	18,7 % (108)	17,3 %	19,1 %	22,7 %
Professionnels des établissements de santé (hôpitaux, cliniques, centres de réadaptation, centres gériatriques, CPN, HAD, HDJ, SSR, etc.)	24,0 % (139)	23,8 %	16,8 %	16,3 %
CLIC/équipe APA (Conseil Général)	3,6 % (21)	6,2 %	7,8 %	3,7 %
SSIAD	2,2 % (13)	1,6 %	0,5 %	0,4 %
Données manquantes	0,0 % (0)	0,0 %	0,0 %	1,2 %
Total	578 (100,0 %)	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

La plus forte proportion de signalements de personnes âgées fragiles au réseau en 2011 provient des médecins traitants : soit indirectement par les familles que les médecins traitants orientent vers le réseau (30,3 %), soit directement (pour 21,1 % car présents en grande majorité dans la catégorie « professionnels libéraux »).

On peut donc dire que **51,4 % des signalements proviennent des médecins traitants**, traduisant leur forte implication dans leur travail avec le réseau sur le Grand Nancy (*chiffre comparable aux années 2008, 2009 et 2010*).

Le secteur hospitalier continue à représenter une proportion importante de signalements (près d'un signalement sur 4 depuis 2010) sollicitant le réseau soit pour accompagner le retour à domicile de leurs patients âgés fragiles ou soit pour évaluer la situation à domicile après un passage récent aux urgences.

Le secteur médico-social représente 18,7% des signalements ; ce chiffre remonte après la baisse observée entre 2008 et 2010.

Les inclusions en provenance des CLIC restent en faible proportion cette année.

Par ailleurs, 170 nouvelles personnes incluses en 2011, soit 29 % d'entre elles, étaient connues par les équipes APA du Conseil Général au moment de leur prise en charge par le réseau montrant ainsi que **le réseau intervient dans près de 3 quarts des cas en amont de la dépendance** et sur un versant global gériatrique (médico-psycho-social).

La moyenne des scores GIR à l'inclusion en 2011 est de 4,36 / 6 pour un GMP à 376.

1.5.2. Où est la personne concernée au moment du signalement au réseau ?

Il s'agit du lieu où se trouve la personne âgée au moment du signalement. Est concerné pour le calcul de cette statistique, l'effectif des personnes âgées incluses en 2011 (une nouvelle inclusion = une localisation de la personne âgée à ce moment là) :

Localisation de la personne au moment du signalement	Effectifs et proportions 2011	Proportions 2010	Proportions 2009	Proportions 2008
A domicile : appartement, maison, foyer d'hébergement pour personnes âgées, EHPAD, hôtel	91.2 % des signalements (527)	94.6 % des signalements	91.9 % des signalements	77,9 % des signalements
A l'hôpital : secteur hospitalier, urgences, SSR, USLD, etc.	8.8 % des signalements (51)	5,4 % des signalements	8.1 % des signalements	20,7 % des signalements
Données manquantes	0.0 % des signalements	0.0 % des signalements	0.0 % des signalements	1,4 % des signalements
Total	578 (100 %)	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

Au moment de leur signalement, les personnes âgées **résidaient à domicile pour une majorité** (plus de 9 sur 10), correspondant bien au niveau d'intervention du réseau : évaluation au domicile des personnes et lien ville-hôpital (proportion stable depuis 2009).

Dans le même temps la proportion des signalements en provenance du secteur hospitalier reste importante (24 % en 2011, cf. chapitre 1.5.1.) alors que les personnes nouvellement incluses et provenant de l'hôpital restent minoritaires (8,8 % en 2011) : **il peut s'agir de personnes âgées ayant été accueillies aux services des urgences puis rentrées entre temps à domicile**, le signalement au réseau par l'hôpital étant bien souvent réalisé à ce moment là.

2. Indicateurs de performance sur un an (entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2011)

2.1. Délai moyen entre la date d'inclusion et la visite initiale

Ce délai est exprimé en nombre total de jours (y compris week-end et jours fériés). Est concerné pour le calcul de cette statistique, l'effectif des personnes âgées incluses en 2011, pris en charge et ayant fait l'objet d'une visite initiale (n=408).

Délai moyen entre la date d'inclusion et la visite initiale : 28 jours

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

Le délai moyen entre le signalement et la première visite au domicile est de 28 jours, moyenne stable par rapport à 2010 (29 jours).

Il convient de signaler que cette moyenne d'intervention relativement élevée masque la prise en compte importante par le réseau des besoins de prise en charge rapide pour les situations jugées urgentes par l'équipe médicale du réseau ; en effet, **des créneaux hebdomadaires sont réservées systématiquement pour ces situations** nécessitant l'intervention rapide du réseau : en 2011, 24 personnes âgées ont été visitées par le réseau dans un délais inférieur ou égal à 2 jours après le signalement.

2.2. Répartition du nombre d'actes réalisés pour chaque personne de la file active du réseau

Il s'agit de toute intervention notée dans le dossier-patient concernant la personne de la file active : rendez-vous, téléphone, courrier, réunion de coordination, etc. **que ce soit en émission ou en réception.**

Est donc dénombré et présenté selon le tableau ci-après **l'ensemble des actes menés pour chacune des personnes de la file active depuis leur inclusion :**

Nombre d'actes	Nombre de situations concernées (2011)	Part des personnes de la file active (2011)	Résultats 2010	Résultats 2009	Résultats 2008
1	8	0,4%	1,2%	1,6 %	1,8 %
2	17	0,9%	2,1%	1,9 %	2,2 %
3	33	1,8%	1,7%	2,2 %	2,4 %
4	32	1,8%	2,4%	2,5 %	2,5 %
5	38	2,1%	3,1%	2,9 %	2,7 %
6 à 10	366	20,4%	20,2%	19,4 %	23,2 %
11 à 25	770	43,0%	40,6%	40,4 %	41,4 %
26 à 50	383	21,4%	21,5%	22,8 %	20,0 %
51 à 100	113	6,3%	5,7%	4,9 %	3,1 %
Plus de 100	31	1,7%	1,6%	1,4 %	0,7 %
<i>Total</i>	<i>1791</i>	<i>100.0 %</i>	<i>100.0 %</i>	<i>100,0 %</i>	<i>100,0 %</i>

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

Le nombre moyen d'interventions par personne est de **23 actes en 2011** (vs 22 actes en 2010, 22 actes en 2009, et 19 actes en 2008). Les 144 situations pour lesquelles le réseau est intervenu plus de 50 fois sont extrêmement chronophages pour l'équipe opérationnelle.

Le nombre important d'interventions démontre bien le rôle de création de liens et de diffusion de l'information assuré par le réseau sur les situations de prises en charge.

Indicateur complémentaire : la durée moyenne de prise en charge dans le réseau :

2011	2010	2009	2008
819 jours	998 jours	1 144 jours	1 143 jours

2.3. Nombre de personnes incluses ayant un MMSE < 25

On prend en compte ici **le dernier MMSE connu, au moment de l'inclusion**, quelle que soit l'origine de cette information : réseau, hôpital de jour, consultation mémoire, etc. L'effectif concerné est constitué des personnes âgées incluses en 2011 et prises en charge (475 personnes), tout en excluant les personnes ré-incluses dans l'année en prise en charge au nombre de 6 cette année : soit **469 personnes.**

La recherche de cette information est effectuée par l'équipe du réseau gérontologique.

Scores MMSE	Nombre de personnes concernées	Proportions de personnes concernées	Résultats 2010	Résultats 2009	Résultats 2008
MMSE < 25	124	53,9 %	171 (55,3 %)	130 (56,8 %)	128 (58,5 %)
MMSE ≥ 25	106	46,1 %	138 (44,7 %)	99 (43,2 %)	91 (41,5 %)
MMSE non réalisable ou donnée manquante	239	Sans objet	185 (Sans objet)	124 (Sans objet)	180 (Sans objet)
<i>Total</i>	<i>469</i>	<i>100,0 %</i>	<i>494 (100,0 %)</i>	<i>353 (100,0 %)</i>	<i>399 (100,0 %)</i>

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

Parmi les personnes âgées avec un dernier MMSE connu, **53,9 % d'entre elles ont un score de MMSE inférieur à 25 lors de leur inclusion, donc pathologique.** Ce chiffre est comparable à ceux de 2008, 2009 et 2010.

3. Indicateurs de résultats

3.1. Nombre de PA encore à domicile après un an de suivi au moins par le réseau

On précise qu'un hébergement temporaire est considéré comme un domicile. Ont été sélectionnés pour le calcul de cette statistique les personnes pour lesquelles le réseau a mené au moins un acte d'intervention en 2011, et qui, à ce moment là, pouvaient justifier d'au moins un an de suivi par le réseau.

Nombre de personnes encore à domicile après un an de suivi par le réseau / file active : **947 / 1791 = 52,9 %**

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

En conclusion, plus de la **moitié des personnes âgées de la file active vivent encore à domicile après un an de suivi, malgré la fragilité de cette population qui présente en moyenne 8 critères de fragilité au moment de leur inclusion dans le réseau** (sur 20 possibles selon ceux définis à partir de l'étude de cohorte PAQUID). Selon les années d'évaluation, ce chiffre fluctue autour de 45 - 50 % : 47,8 % en 2010, 51,2 % en 2009 et 42,3 % en 2008. Outre cette évolution depuis 2008, aucune autre conclusion ne peut être formulée à partir de ce résultat, nous ne disposons pas d'une valeur témoin nous permettant une comparaison.

3.2. Nombre d'institutionnalisations par an

Il s'agit du nombre de personnes accompagnées par le réseau vers une institution sur l'année de l'évaluation.

Nombre d'institutionnalisations en 2011 / file active : **177 / 1791 = 9,9 %**

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

En 2011, 177 personnes âgées ont été institutionnalisées durant l'année soit 9,9 % de la file active, proportion légèrement en baisse par rapport à 2010 (11,2 %) et à 2009 (11,4 %). Il est à noter que l'accompagnement est, par essence lors de la prise en charge, multi partenarial. Le rôle de la famille et du médecin traitant est également prépondérant.

3.3. Nombre de décès à domicile

Nombre de personnes âgées décédées à domicile, à notre connaissance, sur l'année de l'évaluation en dehors des personnes institutionnalisées.

Sur l'année 2011, on dénombre 128 décès, dont 54 décès à domicile et 74 en établissement.

	2011	2010	2009	2008
Nombre de décès à domicile / file active	128 / 1791 = 7,1 %	71 / 1605 = 4,4 %	46 / 1255 = 3,7 %	58 / 1112 = 5,2 %
Proportion de personnes décédées à domicile	54 / 128 = 42,2 %	71 / 164 = 43,3 %	46 / 96 = 47,9 %	58 / 149 = 38,9 %
Proportion des personnes décédées à l' hôpital	74 / 128 = 57,8 %	93 / 164 = 56,7 %	50 / 96 = 52,1 %	91 / 149 = 61,1 %

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

En 2011, 7,1 % des personnes de file active sont décédées à notre connaissance, proportion en augmentation traduisant peut être la plus grande fragilité des personnes âgées suivies par le réseau. Parmi elles, **42,2 % sont décédées à domicile** contre **57,8 % en établissement**. A titre de comparaison, au niveau national, 28 % des personnes âgées terminent leur vie à domicile (*source : INSERM / IGAS : « La mort à l'hôpital », article publié dans « Le Monde » le 23 février 2010 annonçant la création de l'Observatoire national de fin de vie*).

3.4. Pourcentage de la population de plus de 75 ans suivie par le réseau par rapport au chiffre théorique de population de plus de 75 ans fragile

- On considère les effectifs de personnes âgées **de plus de 75 ans** dans la file active au 31 décembre 2011 : **1467 personnes** (sur les 1791 personnes de la file active totale).
- Pour le calcul de cette statistique, ce chiffre est à comparer à la proportion théorique de population fragile parmi les plus de 75 ans : elle est estimée à 20 %, mais en considérant que l'objectif de prise en charge par le réseau gérontologique est la moitié de cette population fragile, on retiendra une **proportion de 10 % pour la comparaison**. Donc pour la communauté urbaine du grand Nancy, l'effectif de personnes âgées de plus de 75 ans fragiles justifiant d'un suivi réseau est **égal à 1 934** (effectif des personnes de plus de 75 ans résidant sur le grand Nancy x 10 % = 19 346 x 10 %).
- Donc le pourcentage de la population des plus 75 ans suivis par le réseau en file active au 31 décembre 2011, par rapport au chiffre théorique de fragilité dans la population des plus de 75 ans est égal à : **1 467 / 1 934 = 75,9 %** (67,2 % en 2010 ; 54,1 % en 2009).
- **Conclusion : 75,9 % des personnes de plus de 75 ans résidant sur la communauté urbaine du grand Nancy et potentiellement concernées par le réseau (car fragiles), l'ont effectivement été** (en tenant compte de la file active du réseau au 31/12/2011).

Conclusions du réseau Gérard Cuny sur ses résultats d'évaluation des indicateurs communs :

- Un accès important à une population âgée fragile avec un maintien du nombre de nouvelles inclusions (confirmation de l'accroissement observé en 2010) ; **la file active est en progression par rapport aux années précédentes** avec un solde encore positif entre les entrées et les sorties (d'environ 16 personnes / mois).
- Un taux de pénétration constant auprès des médecins traitants.
- L'ensemble des objectifs d'activité, de résultats et de performance visés par le réseau ont été atteints, pour un coût de fonctionnement **de 215 € par personne incluse dans le réseau et par an**, avec en outre une équipe opérationnelle stable.

1. Population concernée

- **Zone géographique couverte par le réseau Gérard Cuny :**

Les 20 communes de la Communauté urbaine du Grand Nancy : Art-sur-Meurthe, Dommartemont, Essey-lès-Nancy, Fléville-devant-Nancy, Heillecourt, Houdemont, Jarville-la-Malgrange, Laneuveville-devant-Nancy, Laxou, Ludres, Malzéville, Maxéville, Nancy, Pulnoy, Saint-Max, Saulxures-lès-Nancy, Seichamps, Tomblaine, Vandœuvre-lès-Nancy et Villers-lès-Nancy.

- **Population cible :** nombre de personnes âgées que le réseau prévoyait de prendre en charge entre le 01/01 et le 31/12/2011.

La population ciblée est constituée des personnes âgées de la Communauté Urbaine du Grand Nancy. Le bénéficiaire doit :

- Avoir plus de 60 ans ;
- Habiter une des 20 communes du Grand Nancy ;
- Répondre à des critères de fragilité définis.

Effectifs prévus	Effectifs réalisés
400 inclusions / an	578 inclusions en 2011
300 prises en charge / an	475 prises en charge en 2011
File active de 1 500	File active de 1 791 au 31/12/11

2. Evaluation des activités spécifiques au Réseau Gérard Cuny

Pour l'évaluation des activités spécifiques du réseau, il avait été décidé en 2008 par le collectif des réseaux gérontologiques sud Lorrains **de mettre en valeur certains points de l'activité plutôt qu'une liste exhaustive de l'ensemble des réalisations du réseau. Ces activités sont présentées sous forme des fiches synthétiques, focus sur des réalisations spécifiques du RGC.** Cette forme de présentation de l'activité est reprise cette année.

La présentation des fiches ci-après est organisée selon les niveaux d'intervention du réseau Gérard Cuny : 2 grandes fonctions sont assurées par le réseau :

- **1^{ère} partie : les fonctions de proximité et d'appui auprès de la personne âgée fragile : 3 fiches d'évaluation (liste des fiches en page 20)**
- **2^{nde} partie : les fonctions de pilotage : 13 fiches d'évaluation (liste des fiches en page 26)**
 - Par un pilotage de proximité au niveau du réseau CUNY : 4 fiches d'évaluation
 - Par un pilotage inter-réseaux gérontologiques au niveau Lorrain : 8 fiches d'évaluation
 - Par un pilotage inter-réseaux gérontologiques au niveau national : 1 fiche d'évaluation

Ces fonctions de proximité et d'appui correspondent au parcours de la personne âgée dans le réseau :

Activités en constante réévaluation avec un objectif d'amélioration de la qualité :

- La place du médecin traitant : « *Transmission et partage d'informations avec le médecin traitant* » - cf. fiche
- L'Evaluation gériatrique Standardisée : « *Réflexions sur la pertinence de réalisation d'une EGS au domicile* » - cf. fiche
- La coordination : « *Les dynamiques partenariales de proximité* » - cf. fiche

Intitulé de l'action : Transmission et partage d'informations avec le médecin traitant

Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :	<ul style="list-style-type: none"> - « Décloisonner les relations entre les acteurs du réseau pour assurer une prise en charge continue sur toute la trajectoire du patient, organiser la transmission d'informations entre les partenaires » - « Coordonner la prise en charge globale des personnes âgées à risque de rupture du maintien à domicile : évaluer, élaborer un PPS, coordonner la mise en place de ce plan ».
Objectif(s) 2011 de l'action :	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la transmission et le partage d'informations avec les médecins adressant leurs patients au réseau Gérard CUNY, et plus particulièrement avec les médecins traitants ; - Centrer le médecin traitant dans le processus décisionnel de maintien à domicile des personnes âgées fragiles accompagnées dans le cadre du réseau Gérard CUNY ; - Répondre de façon individuelle aux attentes des médecins et de leurs patients.

Contexte :

- Solliciter l'accord du médecin traitant pour la coordination du maintien à domicile de son patient à domicile est une étape clé et incontournable dans le processus d'inclusion du patient par le réseau ; aucune inclusion n'est prononcée sans l'accord préalable du médecin traitant ; par ailleurs, la plupart du temps (plus d'une fois sur 2), c'est le médecin traitant lui-même qui est à l'origine du signalement de son patient au réseau.
- **Dès l'inclusion du patient dans le réseau, se pose la question de la transmission d'informations et des modalités de partage d'informations entre le réseau gérontologique et le médecin traitant.**
- Afin d'améliorer cette transmission d'informations et de renforcer la place centrale du médecin traitant dans le processus décisionnel du maintien à domicile des personnes âgées fragiles, le réseau Gérard CUNY mène depuis fin 2010 **une enquête de détermination des besoins sur les modalités de partage d'informations auprès de tous les médecins traitants ou médecins gériatres ou neurologues impliqués au moment de l'inclusion.**

Description de l'action :

- Pour toute nouvelle inclusion, interview du médecin concerné par les secrétaires médico-sociales du réseau.
- Les interviews sont réalisées à partir d'une **grille prédéfinie visant à identifier les besoins des médecins en terme d'échanges d'informations** :
 - « Le médecin souhaite-t-il connaître les dates de premières visites à domicile du RGC, les dates de visites de suivi ? »
 - « Le médecin souhaite-t-il avoir un échange téléphonique avec le réseau après la première visite, après chaque visite de suivi (résultats de l'EGS, propositions d'actions, etc.) ? Et / ou souhaite-t-il recevoir un compte-rendu écrit ? »

Calendrier réalisé :

Réalisation des interviews en continue sur l'année 2011

Résultats d'évaluation :

Focus des résultats de l'enquête sur une période de 4 mois (Janvier à avril 2011) :

- 91 médecins traitant enquêtés pour 153 nouvelles personnes âgées fragiles incluses par le RGC ;
- Sur 4 mois de fonctionnement, 30 % des médecins traitants de l'agglomération de Nancy ont échangé avec le RGC sur la situation de leurs patients ;
- En moyenne, un médecin traitant a 1,7 patients nouvellement inclus par le RGC sur la période étudiée ;
- De façon majoritaire, les attentes des médecins traitants sont : connaître la date de première visite du réseau à domicile (74 %), avoir un échange téléphonique après la première visite du réseau (52 %), recevoir un compte-rendu écrit de la première visite du réseau (54 %).
- **Adaptation du réseau gérontologique aux attentes et aux besoins individuels en terme de partage d'informations, demeurant variables selon les médecins et les patients concernés.**

Perspectives 2012 :

- Développement de nouveaux modes ou de nouveaux supports de communication pour répondre aux attentes des médecins traitants : les réseaux gérontologiques de Lorraine ont développé fin 2011 (pour une mise en application en 2012), un modèle de Plan Personnalisé de Santé, éditable depuis Logiréso (cf. fiche d'évaluation dédiée).
- Continuité de l'adaptation du réseau gérontologique aux attentes et aux besoins individuels en terme de partage d'informations.

Intitulé de l'action : Réflexion sur la pertinence de la réalisation d'une EGS au domicile

Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :	<ul style="list-style-type: none"> - « Prise en charge générale des personnes âgées : coordonner la prise en charge globale des personnes âgées à risque de rupture du maintien à domicile : faire des visites à domicile pour évaluation gériatrique »
Objectif(s) 2011 de l'action :	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser une Evaluation Gériatrique Standardisée pour toute personne incluse dans le réseau en 2011 et nécessitant une prise en charge ou pour toute personne dont la situation a évolué et qu'il convient de réévaluer.
Description de l'action : <ul style="list-style-type: none"> - L'EGS est réalisée par un médecin du réseau ayant une expérience auprès des personnes âgées. Elle est programmée pour toute personne incluse dans le réseau et nécessitant une prise en charge ou pour toute personne dont la situation a évolué et qu'il convient de réévaluer. - L'EGS est effectuée au domicile de la personne concernée avec son accord et avec l'accord du médecin traitant. - L'EGS réalisée par le réseau Gérard CUNY est une EGS mutualisée entre les réseaux gériatriques lorrains, nommée « EGS Lorraine » applicable depuis le 1^{er} janvier 2010. - Elle comprend : <ul style="list-style-type: none"> - Une évaluation clinique « classique » : <ul style="list-style-type: none"> > Evaluation de la marche et du risque de chute ; > Evaluation du risque de dénutrition et de la consommation d'alcool ; > Evaluation des fonctions cognitives ; > Evaluation des affects dépressifs ; > Evaluation du risque iatrogénique. - Tous ces éléments cliniques sont replacés dans le cadre de vie, dans le contexte de vie (spécificités d'un réseau se rendant au domicile) : <ul style="list-style-type: none"> > Evaluation de la fragilité au domicile et de l'adaptation du domicile à cette fragilité (ergonomie) ; > Evaluation de la dépendance au domicile (degré d'autonomie) ; > Evaluation du mode de vie et des ressources mobilisables au domicile ; > Evaluation de la charge ressentie par l'aidant au quotidien. 	
Calendrier réalisé :	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation des EGS aux domiciles des personnes âgées suivis par le RGC en continu sur l'année 2011
Résultats d'évaluation : <ul style="list-style-type: none"> - Au cours de l'année 2011, 578 patients ont été nouvellement inclus dans le RGC, dont 475 en situation de prise en charge et qui, pour 408 d'entre eux, ont donc fait l'objet d'une première EGS (en visite à domicile). - Utilisation des résultats de l'EGS pour partager des informations et créer des liens avec l'entourage, avec les professionnels de la filière libérale, avec les professionnels de la filière hospitalière et du secteur médico-social. - <i>Exemple de dispositif de partage avec la filière hospitalière : Fiche Urgence Lorraine : voir fiche ci-après.</i> 	
Perspectives 2012 : <ul style="list-style-type: none"> - Poursuite de la réalisation des visites à domicile pour évaluation gériatrique, adaptation des outils d'EGS à domicile, évolution de cette EGS vers une évaluation pluridisciplinaire globale avec la création du réseau territorial du Grand Nancy. - Grâce à ce recueil commun d'indicateurs sanitaires, d'indicateurs médico-sociaux et d'indicateurs sur les modes de vie, les réseaux disposent, sur des territoires différents (urbains, semi-ruraux, ruraux), d'une base de connaissance fine de la personne âgée fragile à domicile. 	

Intitulé de l'action : Les dynamiques partenariales de proximité

Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :	Valoriser l'existant dans la prise en charge des personnes âgées fragiles, connaître l'offre existante sur le territoire.
Objectif(s) 2011 de l'action :	<ul style="list-style-type: none"> • Volet partenarial 1 : « Prendre en compte les situations à risque : identifier la population présentant les critères de fragilité en informant les professionnels, définir les circonstances de son accès aux urgences et organiser le retour immédiat à domicile s'il est possible ». • Volet partenarial 2 : « Prise en charge générale des personnes âgées : organiser le suivi des personnes stabilisées avec les professionnels libéraux impliqués : organiser des réunions de coordination, mise en place de réunions partenariales autour de situations (complexes) communes, être un recours pour la gestion des cas complexes : analyser de façon éthique les cas d'écoles ». • Volet partenarial 3 : « Décloisonner les relations entre les acteurs du réseau pour assurer une prise en charge continue sur toute la trajectoire du patient : rencontrer les partenaires ».

Description de l'action :

Le réseau est souvent interpellé pour des situations médico-sociales complexes. Il est donc essentiel de bien identifier les rôles et missions des différents partenaires, de pouvoir les mobiliser rapidement et ainsi de collaborer à une prise en charge médico-sociale de qualité. La prise en charge globale de la personne âgée fragile nécessite la compétence de tous les acteurs médico-sociaux concernés, à des niveaux différents et complémentaires. Le réseau a vocation à mettre en place des liens et des relais pour faire œuvrer ensemble ces partenaires, il ne se substitue en rien à ces derniers. C'est dans le sens d'un travail de collaboration que l'équipe opérationnelle se réunit régulièrement avec différents partenaires afin d'échanger et de coordonner le travail auprès des personnes âgées.

Calendrier réalisé :

En continu sur l'année 2011.

Résultats d'évaluation :

Volet partenarial 1 : Prise en compte des situations à risque

Réalisé : participation à la formation des étudiants dentaires, des élèves infirmiers de 2 ^{ème} année, des internes en médecine en stage au service d'accueil des urgences, des étudiants de DESC Médecin d'urgence, des assistants de soins en gérontologie, des étudiants de première année à l'IRTS de Lorraine, etc. (cf. chapitre 6, « Activités autres que la coordination »).	Commentaires, plus-value des réunions : diffusion constante des objectifs et des missions du réseau.
Réalisé : prise de contact en continu avec les services d'urgence sur toute l'année, renforcement du partenariat également dans le cadre de la plateforme des SSIAD et lors de l'implantation de la FUL au niveau du service des urgences et de l'EMLG. Deux rencontres de formation se sont tenues avec les étudiants en médecine en stage au service d'urgence (à chaque renouvellement d'internes).	Commentaires, plus-value des réunions : développement de partenariats avec le service d'accueil des urgences.

Volet partenarial 2 : Prise en charge générale des personnes âgées

Réalisé : mise en place aux domiciles de patients des réunions de coordination pour les situations de prises en charge complexes pour 9 situations de prises en charge.	Commentaires, plus-value des réunions : permet de mieux coordonner l'ensemble des intervenants sur ces situations complexes
Réalisé : mise en place de réunions partenariales autour de situations (complexes) communes : 8 réunions de travail avec l'équipe APA du Conseil Général, 4 réunions avec le pôle gérontologique du CCAS Nancy, 3 réunions avec les CCAS d'autres communes de la CUGN, 3 réunions avec l'hôpital de jour de la Maison hospitalière Saint Charles, 3 réunions avec les gestionnaires de cas MAIA, 3 réunions avec le service de « gérontopsy » du CPN.	
Réalisé : analyser de façon éthique certains cas : 3 réunions de la commission éthique réalisées en 2011.	

Volet partenarial 3 : Décloisonner les relations entre les acteurs du réseau

Réalisé :

- **Visites de structures** : association de réinsertion sociale (ARS) et Maison de retraite Korian « Le Gentillé » à Laxou.
- **Rencontres partenariales (nouvelles ou maintien de dynamiques existantes) :**
 - ARS Lorraine (M. le Dr MORVAN, Mme DIETZ, Mme le Dr GUYOT) ;
 - Clinique de Gentilly Saint Don (Mme Claire BAUDIN, assistante sociale) ;
 - Société AGEVIE prestataire de santé à domicile (Mme LAGOURIERREC) ;
 - Société OPTICADOM (M. LAPLACE, opticien à domicile) ;
 - URIOPSS Lorraine (Mme CARRERE) ;
 - Comité Régional de Coordination de l'Action Sociale AGIRC-ARRCO (Mme FOURIER, pilote régional) ;
 - IFSI Lionnois (Mme CADET-PROVINS, Directrice) ;
 - MSA Lorraine / CCMSA (M. le Dr DEUTSCHER) ;
 - Société COVIVA, structure d'aide à domicile (M. FLOZE) ;
 - Société COM-MEDIC (M. ROY) ;
 - Agence de développement et d'urbanisme de l'aire urbaine nancéienne (Madame BEUVELOT) ;
 - Association « Un toit 2 générations » (Mme ROZENFARB et M. FECK) ;
 - Pôle gériatrie du CHU de Nancy (Mme ROUX, directrice) ;
 - Direction Santé Environnement de la ville de Nancy (Mme le Dr BERR et M. MOSSER) ;
 - Coderpa (dans le cadre de la commission de suivi gérontologique et de la commission information des usagers).
- **Participation à des réunions partenariales :**
 - Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Lorraine ;
 - Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de Meurthe et Moselle ;
 - Comité de liaison inter-ordres régional santé ;
 - Groupe bienveillance du Conseil Général 54 ;
 - Conférences de territoire 54 animées par l'ARS de Lorraine ;
 - Réunions du groupe de travail des réseaux régionaux et des réseaux territoriaux mis en place par l'ARS de Lorraine ;
 - Rencontre CONVERGENCE 54 sur les nouveaux métiers de la santé ;
 - Présentation de l'appel à projet lancé par la Fondation de France ;
 - Journée sur le dépistage de déficiences visuelles organisée par le Lions Club ;
- **Participation à des manifestations, colloques, congrès, formations :**
 - 31^{ème} journées annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie ;
 - 1^{ère} Université d'été de l'Espace Ethique national du plan Alzheimer ;
 - Débat sur le dépendance (5^{ème} risque) ;
 - Réunion sur la vie (loi Léonetti) de fin organisé par le Centre Alexis Vautrin ;
 - Formation de l'équipe du réseau sur la messagerie sécurisée Santé Lorraine.
- **Participation aux Assemblées générales, à des inaugurations ou anniversaires :** assemblées générales d'AMCELOS et du Collège des Gériatres Lorrains, participation à la réception pour le départ de M. GRALL - Directeur Général de l'ARS Lorraine, inauguration « La prise en charge de la personne âgée dépendante » dans le cadre de la 46^{ème} semaine médicale de Lorraine.
- **Accueil de personnels d'autres réseaux gérontologiques :** réseau Age et Santé de Bar le Duc et FREGIF.

Ces fonctions de pilotage se déclinent selon 3 niveaux :

- **Par un pilotage de proximité au niveau du réseau Gérard CUNY – page 27 :**
 - o La commission éthique – *voir fiche*
 - o Le groupe de travail « SAD / SSIAD / CDOI » – *voir fiche*
 - o La plateforme d'orientation SSIAD du grand Nancy – *voir fiche*

- **Par un pilotage inter-réseaux gérontologiques au niveau Lorrain – page 31 :**
 - o Le groupe « réseaux » du Collège des gériatres Lorrains - *voir fiche*
 - o Programme « Personne âgée fragile et mésusage d'alcool » - *voir fiche*
 - o Fiche Urgence Lorraine : extension de l'expérimentation – *voir fiche*
 - o Modèle d'évaluation interne commun aux réseaux gérontologiques Lorrains - *voir fiche*
 - o Annuaire et cartographie des réseaux gérontologiques en Lorraine - *voir fiche*
 - o Site Internet des réseaux gérontologiques du sud Lorraine - *voir fiche*
 - o Programme « Personne âgée fragile et déficiences visuelles » - *voir fiche*
 - o Modèle de Plan Personnalisé de Santé (PPS) des réseaux - *voir fiche*

- **Par un pilotage inter-réseaux gérontologiques au niveau national – page 42 :**
 - o Le groupe « réseaux » de la SFGG – *voir fiche*

Intitulé de l'action : La commission éthique

Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :	- « Etre un recours pour la gestion des cas complexes : analyser de façon éthique des cas d'école »
Objectif(s) 2011 de l'action :	- Organiser la mise en place et animer 4 réunions de la commission éthique dans l'année
Description de l'action :	
<p>- Justification / origine de cette commission : placée sous la responsabilité de Mme le Dr Marie Agnès MANCIAUX, médecin gériatre à USLD Saint-Stanislas, cette commission est née suite à des questionnements à propos de situations passées pour lesquelles les décisions ont été difficiles à prendre en raison :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des risques de maltraitance des personnes, avec toutes les questions sur les notions de bien-traitance et de maltraitance ; • Du respect des confidences et de la nécessité de partager les informations dans les cas de situation familiales difficiles ; • De problèmes législatifs, moraux, etc. <p>- Son objectif n'est pas de trouver des solutions, mais de réfléchir, d'acquérir un esprit d'analyse et de rechercher des repères à partir de situations concrètes.</p> <p>- Elle se compose de 23 membres d'origine professionnelle diversifiée (actualisation au 15/12/2011) : médecin coordonnateur du RGC, présidente du Coderpa, infirmière cadre et directeur de l'EHPAD Les Sablons, présidente de la commission de suivi gérontologique du CODERPA, présidente de association « Les Amis de la Maison Hospitalière Saint-Charles », gestionnaires de cas MAIA (Conseil Général 54), directeur de l'association « Ville & Services » à Villers-lès-Nancy, responsable médical du pôle Gérontologie Soins Palliatifs au C.H.U. de Nancy, médecin chef de la Maison Hospitalière Saint-Charles, directrice du Pôle Gérontologique du CCAS de Nancy, médecin coordonnateur adjoint du RGC, adjointe de direction de l'EHPAD Saint-Rémy, membre du Conseil d'Administration de l'association « Bien Vieillir à Vandœuvre », médecin généraliste, médecin au Centre Jacques Parisot (O.H.S.), trésorier du RGC et ancien directeur d'EHPAD, directrice adjointe en charge de la filière gériatrique à la Direction des Hôpitaux Urbains (CHU de Nancy), directrice de l'O.N.P.A., médecin responsable de l'action gérontologique à la direction PA / PH du Conseil Général 54, responsable du service seniors à la mairie de Vandœuvre-lès-Nancy, infirmière à l'EHPAD Notre Maison.</p>	
Calendrier réalisé :	Au cours de l'année 2011, la commission s'est réunie 3 fois : le 24 février, 28 juin, 11 octobre.
Résultats d'évaluation :	
<p>- L'objectif prévu de réunir 4 fois la commission dans l'année est presque atteint avec 3 regroupements réalisés selon le calendrier exposé plus haut.</p> <p>- Le RGC a permis le bon déroulement de ces réunions : rédaction d'un ordre du jour, recherche et mobilisation de professionnels à inviter sur une question particulière, gestion des invitations et des inscriptions aux réunions, rédaction et envoi d'un compte-rendu de réunion.</p> <p>- La participation de ses membres aux différentes réunions sur l'année est satisfaisante, avec une présence moyenne de 10 d'entre eux.</p> <p>- Les questions traitées et débattues lors de cette année 2011 ont porté sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réflexion autour de situation complexes rencontrés et exposés en commission par les membres (situation de déni face à la maladie, observance de traitements pour les personnes isolées, place des aidants, etc.) ; - Découverte et visite du site EREMA et préparation de l'intervention de la commission éthique aux premières universités d'été de l'Espace éthique national issu du plan Alzheimer sur la <i>décision collégiale prise en réseau de santé personnes âgées</i> (thème du colloque « Choisir et décider ensemble ») ; - Echanges du groupe et enseignements à tirer autour du témoignage poignant lors des universités d'été de Madame Blandine Prévost, atteinte d'une maladie apparentée à Alzheimer à l'âge de 35 ans. 	
Perspectives 2012 :	
Poursuivre l'organisation et l'animation de 4 réunions de la commission éthique sur l'année 2012, proposer à d'autres intervenants de rejoindre ponctuellement la commission selon la thématique abordée.	

Intitulé de l'action :
Le groupe de travail « SAD / SSIAD / CDOI »

Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :	<ul style="list-style-type: none"> - Décloisonner les relations entre les acteurs du réseau pour assurer une prise en charge continue sur toute la trajectoire du patient. - Assurer un rôle de veille et d'analyse des dysfonctionnements et des besoins non couverts : relever et analyser les dysfonctionnements auprès des professionnels et des usagers.
Objectif(s) 2010 de l'action :	<ul style="list-style-type: none"> - Clarifier la répartition des rôles entre les structures intervenant aux domiciles : SAD, SSIAD, infirmiers libéraux représentés par le Conseil Départemental de l'Ordre Infirmier (CDOI). - Communiquer autour du rôle de chacun, valoriser cette répartition des rôles et développer des réflexions communes autour des interventions à domicile.

Historique et réalisations 2009 et 2010 :

- Les observations de terrain du réseau Gérard Cuny et les questions posées par des professionnels au cours de leurs interventions au domicile des personnes âgées fragiles avaient permis de dresser plusieurs constats : **un manque de communication entre les différents acteurs autour de la personne âgée, une multiplicité des outils et carnets de liaison laissés au domicile de la personne âgée, la présence de différents niveaux de coordination au domicile, la nécessité de définir le « qui fait quoi à domicile entre l'infirmier, le SSIAD, l'aide à domicile »**, les questions autour de la « hiérarchie » des professionnels intervenant au domicile, la question de l'administration et de la prise des médicaments, les questions autour des réfections de pansements, des mobilisations des patients, de la prévention des escarres, etc.
- Par ailleurs, au cours d'une réunion du Conseil d'Administration du réseau Gérard CUNY, Mme PECHEY, Présidente du Conseil Départemental de l'Ordre des Infirmiers de Meurthe et Moselle, a posé la question du rôle de chacun au domicile de la personne âgée fragile, et de l'éventualité d'exercice illégal de la profession d'infirmier par des aides à domicile.
- En 2009, un groupe de travail a vu le jour, animé par le réseau CUNY et regroupant des structures d'aide à domicile (SAD), des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des infirmiers libéraux et représentants du Conseil Départemental de l'Ordre Infirmier (CDOI). La première année, le groupe a pu travailler sur les sujets suivants : « glissement de tâches : le rôle et les missions de chacun », « la toilette », « les médicaments, les pansements », « l'organisation des tournées des SSIAD ». Ces travaux ont permis d'aboutir à la création d'un document de synthèse précisant le rôle de chaque intervenant professionnel au domicile de la personne âgée entre un SAD, un SSIAD et un infirmier libéral ou un SSIAD.
- En 2010, le groupe a contribué à la définition des critères d'inclusion en SSIAD et à la construction d'un script d'analyse aujourd'hui utilisé par la plateforme SSIAD ; il a également permis de mener la réflexion sur des **situations interdisciplinaires particulières** : utilisation de lèves malade à domicile, questions autour des sondes urinaires, prévention des escarres (massage/effleurage), pose et dépose de la nutrition entérale, réflexions autour des sorties de SSIAD et relais SAD.

Résultats d'évaluation 2011 :

- Le groupe s'est réuni 8 fois au cours de l'année 2011.
- **Continuité de la réflexion du groupe sur des situations interdisciplinaires particulières**
- Travail en concertation avec le Pr Paille sur le mésusage de l'alcool (à partir de la réflexion menée au niveau régional) :
 - Réflexion avec le groupe sur la « façon d'être et d'agir » de la part du soignant, et sur « développer un savoir être et un savoir faire » ;
 - Programmation sur 2012, avec les structures d'aide à domicile et les services de soins infirmiers à domicile participant au groupe, d'une réunion d'information / formation de 2 fois 2 heures environ auprès des responsables de secteur, animée par le Pr PAILLE et le Dr ABRAHAM.

Calendrier réalisé :	- Réunions du groupe : 11 janvier, 10 février, 15 mars, 7 avril, 17 mai, 16 juin, 20 septembre, 23 novembre 2011
-----------------------------	--

Perspectives 2012 :

- **Travail en interdisciplinarité sur les situations complexes.**
- Animation de 2 sessions de formation / information sur la problématique alcool auprès des responsables de secteur des associations d'aide à domicile.

Intitulé de l'action : La plateforme d'orientation SSIAD du Grand Nancy	
Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :	<ul style="list-style-type: none"> - Décloisonner les relations entre les acteurs du réseau pour assurer une prise en charge continue sur toute la trajectoire du patient. - Assurer un rôle de veille et d'analyse des dysfonctionnements et des besoins non couverts : relever et analyser les dysfonctionnements auprès des professionnels et des usagers.
Objectif(s) 2011 de l'action :	<ul style="list-style-type: none"> - Grâce à la plateforme d'orientation SSIAD du Grand Nancy, mettre en adéquation besoins de santé et moyens existants : <ul style="list-style-type: none"> - Réguler la répartition des entrées en SSIAD (éviter l'inscription des patients en liste d'attente, assurer une répartition homogène entre les SSIAD) ; - Améliorer la visibilité et l'accessibilité aux SSIAD ; - Optimiser les parcours de soins des patients.
Contexte et historique :	
<ul style="list-style-type: none"> - La DDASS 54 a interpellé le réseau Gérard CUNY au cours du troisième trimestre 2009 sur un constat réalisé sur l'agglomération de Nancy : les soins infirmiers réalisés aux domiciles par les SSIAD implantés sur ce bassin de santé (Services de Soins Infirmiers A Domicile) apparaissent peu coordonnés : patients sur listes d'attente, taux d'occupations inégalitaires, délais de prise en charge parfois trop importants, etc. - La commande des tutelles ainsi formulée a donc consisté à instaurer une réflexion sur la coordination entre les SSIAD sur le Grand Nancy, sous la responsabilité choisie du réseau Gérard CUNY, garant d'une neutralité dans le dispositif, en parallèle avec la création de nouvelles places de SSIAD sur le même territoire par les tutelles. - Evènements au cours de l'année 2009 : mise en place d'un groupe de travail par le réseau Gérard CUNY réunissant les 6 SSIAD intervenant ou en devenir de fonctionnement sur le bassin de Nancy et agglomération : ALSAD, AVAD, Association hospitalière Saint Eloi, SSIAD du Centre de soins Sainte Marie, SSIAD de GARDE, SSIAD de l'OHS de Meurthe et Moselle ; les réunions du groupe de travail ont permis de dessiner les fondations et les contours de la future plateforme : mise à plat des fonctionnements des SSIAD et réalisation d'un état des lieux des SSIAD personnes âgées de l'agglomération nancéenne, expérimentation d'un suivi des places disponibles communiqués tous les 15 jours par les SSIAD, définition des objectifs, fonctionnement, animation, montage administratif et opérationnel de la plateforme. - Evènements au cours de l'année 2010 : ouverture effective de la plateforme le 12 avril 2010, mise en service du numéro d'appel unique (03 83 45 12 12), prise de fonction des 2 médiatrices médico-sociales sur permanence horaire de 8h15 à 17h15 en continu du lundi au vendredi, développement avec DICSIT d'un logiciel informatique métier (l'Attentum SSIAD), déclaration du dispositif auprès de la CNIL, mise en place d'un dispositif de suivi : réunions régulières de concertation inter-SSIAD, rencontres partenariales, réunions internes de suivi du travail des médiatrices médico-sociales, mise en place d'une procédure de suivi des évènements indésirables et des solutions apportées, optimisation progressive de la qualité gériatrique de la réponse. Application du protocole d'évaluation prévu dès 2010 définissant les critères, indicateurs et outils d'évaluation : synthèse d'évaluation à + 3 mois de fonctionnement et + 6 mois de fonctionnement, présentation des résultats à l'Agence Régionale de Santé de Lorraine pour légitimer / valider l'expérimentation. 	
Calendrier réalisé :	Année 2011 : fonctionnement permanent de la plateforme, évaluation en continu.

Résultats d'évaluation 2011 :

- **Continuité de la mise en place d'un dispositif de suivi** : réunions internes de suivi du travail des médiatrices médico-sociales, mise en place d'une procédure de suivi des événements indésirables et des solutions apportées, optimisation progressive de la qualité gériatrique de la réponse, **réunions régulières de concertation inter-SSIAD et rencontres partenariales** :
 - Rencontre des assistantes sociales du CHU de Nancy le 17 janvier 2011 : présentation de la plateforme, de ses objectifs, intérêts et procédures d'évaluation, travail sur les modalités du partenariat.
 - Réunions inter-SSIAD : 3 réunions sur l'année 2011 (22 février, 6 septembre, 13 décembre) : préparation du rendu d'évaluation de la première année de fonctionnement à l'ARS, échanges autour des fiches d'évènements indésirables et définition de mesures correctives, travail sur un logigramme d'orientation des demandes adressées à la plateforme, diffusion d'information sur le cryptage des échanges d'informations médicales et sociales, préparation d'un audit sur le charge de travail des SSIAD à 3 jours donnés (10 octobre 2011, 10 janvier 2012 et 13 mars 2012)
- **Synthèse de résultats 2011**(qui seront présentés à l'ARS le 27 mars 2012) :
 - **397 patients** nouvellement signalés : femmes pour les 2 tiers, 81 ans de moyennes d'âge, 54 % d'entre eux étant à domicile au moment de la demande (et 46 % en établissement hospitalier).
 - Nature des besoins infirmiers : 100 % de toilettes (critère d'inclusion), 85 % de préparation et d'administration de traitements, 28 % d'injections et 25 % de pansements.
 - Sur les 397 demandes instruites par la plateforme : 63,0 % de prises en charge par les SSIAD, 15,1 % d'orientation hors SSIAD, 12,3 % de patients décédés ou hospitalisés au cours de l'instruction, 6,0 % de situations d'abandons de dossiers (amélioration de l'état de santé, etc.) et 3,5 % de refus de prise en charge.
 - Gain progressif de pertinence des demandes d'entrées en SSIAD, bonne accessibilité à la plateforme par la pluralité des professionnels demandeurs (ou prescripteurs).
 - **Harmonisation progressive des taux d'occupation des lits de SSIAD, réorientation des patients ne présentant pas les critères d'inclusion en SSIAD.**

Plus-values de la création de la plateforme dans le paysage gériatrique de proximité :

- **La plateforme SSIAD a permis la création de liens professionnels** :
 - Des rencontres et échanges réguliers entre SSIAD, dynamique qui n'existait pas avant l'existence de la plateforme et qui vraisemblablement disparaîtrait sans la plateforme ;
 - Liens avec l'ensemble des professionnels prescripteurs et / ou demandeurs de soins infirmiers auprès desquels la plateforme communique très largement sur les critères d'inclusion en SSIAD ;
 - Liens avec les services sociaux, hospitaliers, CPAM, etc.
- **Données de santé publique, données médico-économiques** : les données de santé recueillies au niveau de la plateforme peuvent nous permettre de décrire précisément la population prise en charge par les SSIAD à l'échelle d'une communauté de communes ; cela pouvant présenter un réel intérêt pour une réflexion médico-économique dans le cadre, notamment, de la nouvelle tarification des SSIAD.

Perspectives 2012 :

- Premier trimestre 2012 : évaluation de la seconde année de fonctionnement de la plateforme, présentation des résultats à l'ARS fin mars 2012.
- Analyse des résultats de l'audit mené à 3 jours donnés sur la charge de travail des SSIAD, partage des résultats (SSIAD, plateforme, ARS, assurance maladie).

Intitulé de l'action : Le groupe « réseaux » du Collège des Gériatres Lorrains	
Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des réflexions et des pratiques communes avec d'autres réseaux de santé, mutualiser des moyens. - Organiser des actions de recherche et de prévention en coopération avec les autres réseaux gérontologiques. - Etre moteur dans la coordination des réseaux gérontologiques au niveau de la région Lorraine.
Objectif(s) 2011 de l'action :	<ul style="list-style-type: none"> - Travailler à l'élaboration des outils communs d'organisation des réseaux et à la mise en place d'actions inter-réseaux, qu'il s'agisse de la coordination de la prise en charge de la personne âgée, des actions de prévention et de promotion de la santé ou des axes de recherche. - Aider à l'intégration, au soutien et à la facilitation de l'installation des réseaux gérontologiques émergents en Lorraine. - Représenter les réseaux gérontologiques auprès des tutelles et des instances.
Description :	
<p>- Origine du CGL et de son groupe Réseaux : le Collège des Gériatres Lorrains a été fondé le 3 décembre 2004 à Nancy. Il est né de la volonté de gériatres lorrains de créer un espace ressource pour promouvoir la gérontologie en Lorraine en favorisant les rencontres, les échanges, l'information mutuelle entre ses membres, en soutenant ceux d'entre eux qui souhaitent développer des projets gérontologiques, en développant la formation, l'enseignement et la recherche et ce, en complémentarité des autres partenaires concernés par ces objectifs.</p> <p>Le Collège réunit les médecins intervenant en gériatrie dans les quatre départements lorrains : Meuse, Meurthe et Moselle, Moselle et Vosges, en s'attachant à assurer la représentativité des différents départements au sein du Collège des Gériatres Lorrains : travail sur des outils communs d'organisation des réseaux, mise en place d'actions inter-réseau de prévention, promotion de la santé. Avec la création formalisée des réseaux gérontologiques, débutée courant 2005, le CGL a donc été l'instance légitime pour regrouper ces réseaux au sein d'un même groupe de réflexion et d'action : le groupe « Réseaux » du CGL.</p> <p>- Composition : le groupe Réseaux du CGL regroupe une quinzaine d'entités membres, on y retrouve :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les 13 réseaux gérontologiques Lorrains : Domi Réseau – Longwy, Gérard Cuny – Nancy, Maill'Age – Joef / Briey, Resapeg – Toul, Réseaulu – Lunéville, Val de Lorraine – Pont-à-Mousson, Age et Santé – Bar le Duc, GérontoNord – Thionville, Rege2M – Metz, Regeme – Creutzwald, Régésa – Dieuze, Rgps – Sarrebourg, Vermois, Sel et Grand Couronné – St Nicolas de Port ; - Et des membres invités : ARS, Conseil Général, juriste, informaticien, etc. <p>Le Groupe Réseaux a élu 2 représentantes (binôme médical-administratif) pour piloter ces actions et représenter les réseaux gérontologiques lorrains auprès des financeurs : Mme le Dr Eliane ABRAHAM, médecin coordonnateur au réseau Gérard Cuny et Mme Fanny MENGEL, Directrice du Réseau GérontoNord.</p> <p>- Le groupe « réseaux » du CGL a servi de modèle pour la création en juin 2010 du groupe national de réseaux gérontologiques : le groupe « réseaux » de la SFGG.</p>	
Calendrier réalisé :	Au cours de l'année 2011, le groupe « Réseaux du CGL » s'est réuni 5 fois : 3 février, 21 avril, 9 juin, 15 septembre et 17 novembre.
Résultats d'évaluation : les actions du groupe « Réseaux du CGL » :	
<ul style="list-style-type: none"> - Partages d'informations entre les réseaux gérontologiques (nouveau, informations à diffuser), recherche de mutualisation des réseaux au travers d'un rapprochement régionale de ressources. - Mises en place d'outils et de programmes communs : <ul style="list-style-type: none"> - Poursuite du travail sur le Plan Personnalisé de Santé (cf. fiche d'évaluation dédiée). - Engagement de la réflexion et des démarches pour le rapprochement des réseaux territoriaux et des réseaux régionaux à la demande de l'ARS de Lorraine. - Mutualisation des modifications à apporter sur le logiciel métier Logirés. - Continuité du développement de l'installation de la « Fiche Urgences Lorraine » par les réseaux. 	

- Suivi des 2 programmes inter-réseaux sur la thématique « mésusage de l'alcool chez les personnes âgées » et sur la santé des aidants « Prendre soin de soi, pour prendre soin de l'autre » ;
- Travail de concertation et de rédaction d'un modèle commun de Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM ARS - réseaux territoriaux pour 2012-2016).

Partage d'informations sur la représentation des réseaux gérontologiques de Lorraine au niveau national :

- Rencontres partenariales avec l'équipe projet nationale MAIA ;
- Participation aux groupes de travail « Indicateurs d'évaluation des réseaux de santé » et « Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens » de la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques (FNRG), participation au groupe de travail sur le « Cadre national du système d'information des réseaux de santé » animé par l'ASIP Santé (Agence des systèmes d'information partagés) ;
- Participation au groupe de travail sur le parcours de vie du patient (Projet « Réseau Filière Domicile ») animé par le GCS Télésanté ;
- Co-animation du groupe « réseaux » de la SFGG : organisation de 2 rencontres nationales des réseaux de santé Personnes Agées, diffusion de l'annuaire national des réseaux, mise en place de groupes de travail (typologie des réseaux en France, grille de repérage de la fragilité), co-animation du Comité de Liaison National « Réseaux de Santé Personnes Agées » avec l'Union Nationale des Réseaux (UNR Santé) et la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques (cf. fiche d'évaluation dédiée).

Avec la régionalisation des politiques de santé, le groupe « réseaux » du CGL se positionne aujourd'hui comme l'interlocuteur privilégié de l'ARS de Lorraine :

- Réflexions sur les actions à mener dans le cadre des réseaux ;
- Réflexions sur les territoires géographiques d'intervention ;
- Mises en œuvre de stratégies au niveau régional, travail en inter-réseaux multithématiques.

Intitulé de l'action : Personnes âgées fragiles et mésusage d'alcool	
Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :	<ul style="list-style-type: none"> - Développer la recherche en gérontologie et les actions de prévention du mauvais vieillissement : organiser des actions de recherche et de prévention en coopération avec les autres réseaux gérontologiques. - Coordonner la prise en charge globale des personnes âgées à risque de rupture du maintien à domicile : évaluer, élaborer un plan d'intervention personnalisé (PIP) ou plan personnalisé de soins (PPS) et coordonner la mise en place de ce PPS. - Travailler en interdisciplinarité : décloisonnement, partage de compétences.
Objectif(s) 2011 de l'action :	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la connaissance de la problématique du mésusage d'alcool par les personnes âgées fragiles résidant à domicile connues des réseaux gérontologiques. - Réaliser et diffuser auprès des structures intervenantes à domicile sur les territoires Lorrains un outil d'information sur le mésusage d'alcool de la personne âgée fragile. - Expérimenter des modalités de réponse professionnelle aux situations de mésusages d'alcool identifiées par des prises par un binôme gériatre / alcoologue (éducation thérapeutique).
Contexte :	
<ul style="list-style-type: none"> - En 2008, le réseau Gérard Cuny et le réseau ALCAD avaient développé une journée de formation et de réflexion interdisciplinaire autour de la thématique « Alcool et personnes âgées » visant à apprendre à connaître la discipline de l'autre, travailler sur un vocabulaire commun et développer une communication interdisciplinaire sur ce thème. Début 2009, cette thématique de travail a été proposée au groupe « Réseaux » du CGL. - En 2009, mise en place d'un sous-groupe de travail réunissant 6 des 13 réseaux gérontologiques Lorrains et le service d'alcoologie (chef de service : M. le Pr Paille du CHU de Nancy) : expérimentation d'une première méthodologie de repérage de la consommation d'alcool aux domiciles des personnes âgées fragiles, analyse statistique des résultats recueillis (populations concernés, prévalences de consommation d'alcool et troubles associés), modélisation et systématisation de ce recueil de la consommation d'alcool par l'ensemble des réseaux gérontologiques à partir de juillet 2009, prise en charge des patients en mésusage par des binômes gériatres / alcoologues au cas par cas (visites à domicile communes, élaboration de protocole de prises en soins avec le médecin traitant, etc.). - En 2010, exploitation des données statistiques recueillies au domicile sur les consommations d'alcool et les troubles associés (cohorte d'étude de 600 personnes âgées fragiles) et création d'une maquette d'un outil d'information sur la consommation d'alcool destiné à l'entourage professionnel et non professionnel . 	
Calendrier réalisé en 2011 :	<ul style="list-style-type: none"> - Conception graphique et impression du dépliant : avril à septembre 2011 - Direction d'une thèse de médecine générale sur ce sujet : en continu sur 2011
Résultats d'évaluation :	
<ul style="list-style-type: none"> - Conception graphique et édition à 9 000 exemplaires du dépliant « <i>Personne âgée fragile et consommation d'alcool à domicile : quelle réalité ? Vade-mecum destiné à l'entourage professionnel et non professionnel</i> » (financement FNPEIS 2009 accordé par la CARSAT Nord Est, cf. en annexe 1) - Direction d'une thèse de médecine générale sur ce sujet, avec recherche des conséquences d'un mésusage sur le quotidien des personnes âgées fragiles concernées (cohorte de 1200 personnes), en relation avec le service du Professeur Paille et première communication des résultats lors des Journée Annuels de la SFGG en octobre 2011. - Continuité du repérage par les réseaux gérontologiques de Lorraine du repérage de la consommation d'alcool lors des EGS à domicile, prises en charge alcoolo-gériatriques des personnes âgées en situations de mésusage d'alcool, au cas par cas. 	
Perspectives 2012 :	
<ul style="list-style-type: none"> - Animation sur chaque territoire des réseaux volontaires de la diffusion du dépliant auprès des équipes se rendant au domicile : mise en place de réunions plénières auprès des responsables de structures d'aide à domicile, SSIAD et représentants d'IDE Libéraux. - Poursuite du partenariat réseaux – correspondants addictologie sur chaque territoire. 	

**Intitulé de l'action :
Fiche urgence Lorraine**

Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un système d'astreinte pour la gestion des situations de crise et pour réduire le nombre d'hospitalisations inutiles, en particulier le recours aux urgences. - Limiter les actes médicaux et les examens complémentaires redondants par la transmission d'informations. - Participer à la continuité des soins et optimiser le parcours de soins des personnes âgées. - Développer la recherche en gérontologie et les actions de prévention du mauvais vieillissement : organiser des actions de recherche et de prévention en coopération avec les autres réseaux gérontologiques.
Objectif(s) 2011 de l'action :	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le partenariat interdisciplinaire réseaux / services d'urgence. - Poursuivre et étendre la mise en application la Fiche Urgence Lorraine (FUL) dans les services d'urgence de la région, permettant de mettre à disposition des équipes des urgences, 24 heures / 24, des données concernant les personnes âgées suivies par les réseaux gérontologiques Lorrains afin d'améliorer leur prise en charge au niveau des services d'urgence Lorrains.

Contexte :

- Les réseaux gérontologiques ont développé en 2009 avec la société informatique DICSIT **une fiche de synthèse des données-patients à destination des urgences afin de participer à la permanence des soins en mettant à disposition des services d'urgences des informations sur les patients suivis par le réseau, grâce à internet : la FUL.** Les objectifs visés par les réseaux gérontologiques ont été définis comme suit :
 - Optimiser l'accueil et limiter le temps de séjour aux urgences ;
 - Eviter la « perte de chance » pour une personne âgée incapable de s'expliquer (syndrome confusionnel par ex.) ;
 - Adapter la conduite thérapeutique, humaine et sociale ;
 - Favoriser, anticiper, préparer le retour à domicile dans des conditions de sécurité optimales ;
 - Alerter, en retour, le réseau gérontologique concerné sur le passage aux urgences de la personne âgée suivie.
- Ont été définis les modalités de connexion et d'accès à la FUL et les modalités d'échanges entre les réseaux gérontologiques et les services d'urgence. La FUL a fait d'une déclaration auprès de la CNIL le 25 mai 2009 (autorisation accordée suite à la délibération n° 2009-650 de la CNIL du 26 novembre 2009, autorisation n° 1366722).
- En 2010, les réseaux ont développé l'amélioration de la qualité des données patients saisies sur Logiréso en recherchant l'exhaustivité quant à **la codification et la saisie des pathologies et des traitements** (garant d'adhésion des services d'urgences à la fiche urgence). La FUL a alors été installée en phase de test dans les services et EMLG de Nancy et Thionville. Certains items complémentaires ont alors été ajoutés pour répondre aux besoins des urgentistes qui n'avaient pas été identifiés.

Calendrier réalisé en 2011 :	<ul style="list-style-type: none"> - Diffusion de la procédure d'implantation de la FUL à l'ensemble des 11 autres réseaux gérontologiques : début 2011 - Appui aux réseaux pour les implantations locales de la FUL : en continu sur 2011 - Extension de la FUL à nouveaux partenaires et profils utilisateurs : décembre 2011
-------------------------------------	--

Résultats d'évaluation :

- Diffusion de la procédure d'implantation de la FUL : **fin 2011, 8 réseaux gérontologiques Lorrains ont renseigné et / ou implanté la Fiche Urgence sur leurs territoires** : RGC (Nancy), GérontoNord (Thionville), Régésa (Dieuze), RGVL (Pont à Mousson), ReseauLu (Lunéville), Maill'âge (Briey), RGPS (Sarrebouurg) et Age et Santé (Bar Le Duc).
- Le groupe « réseaux » du CGL a également acté fin 2011 que pourront être créés des comptes utilisateurs pour les infirmières des urgences (personnel soignant) et que **cette FUL pourra être déployée auprès des EMLG, SOS médecins et services de gériatrie hospitaliers.** Pour permettre ces nouvelles mobilisations, un courrier type à adresser à ces partenaires a été proposé dans le cadre du groupe réseaux.
- Sur le territoire du Grand Nancy, elle a été déployée auprès des 2 services d'urgence (hôpital central et polyclinique de Gentilly), de l'équipe mobile de liaison gériatrique du CHU de Nancy, du service de Post Urgence Orientation Gériatrique du CHU de Nancy.
- Présentation de la FUL au GCS Télésanté Lorraine afin de prévoir son intégration dans les futurs systèmes d'information interopérables en Lorraine.

Perspectives 2012 :

- Poursuivre le travail sur la motivation des médecins urgentistes par l'utilisation systématique de la FUL lors de l'accueil d'une personne âgée fragile.
- **Continuer à augmenter le nombre de nouveaux utilisateurs dans les services d'urgence et les services hospitaliers,** améliorer la coordination ville-hôpital à l'occasion de toute consultation d'une FUL par un urgentiste ou médecin hospitalier.
- Poursuivre le travail de collaboration avec le GCS Télésanté.

Intitulé de l'action :
Modèle d'évaluation interne commun

Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des réflexions et des pratiques communes avec d'autres réseaux de santé, mutualiser des moyens.
Objectif(s) 2008, 2009, 2010 et 2011 de l'action :	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer à l'ARS de Lorraine un modèle d'évaluation interne commun à l'ensemble des réseaux gérontologiques du sud Lorraine. - Pour les réseaux gérontologiques du sud Lorraine : développer la qualité du recueil des données d'évaluation de fonctionnement des réseaux par un renforcement des procédures de collecte et de veille des données patients.
<p>Description de l'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans le cadre du groupe « réseaux » du Collège des Gériatres Lorrains, construction par les réseaux d'un cahier des charges définissant le contenu d'une évaluation interne annuelle à produire afin de répondre aux recommandations nationales en matière d'évaluation des réseaux de santé, tout en mettant en évidence les spécificités des réseaux gérontologiques ; - Présentation du masque d'évaluation interne des réseaux gérontologiques ainsi créé auprès des autorités de la mission régionale de santé (URCAM / ARH), mesures correctives des tutelles / validation. - Utilisation de ce masque d'évaluation interne par les réseaux gérontologiques pour la préparation de leurs rendus annuels de fonctionnement auprès des tutelles à partir de l'année 2008. - Pour les 4 réseaux gérontologiques du sud Lorraine : appui du chef de projets mutualisé pour aider aux recueils et à l'exploitation des données d'évaluation de fonctionnements des réseaux. 	
Calendrier réalisé :	<ul style="list-style-type: none"> - Premier semestre 2008 : élaboration du cahier des charges / masque d'évaluation interne par le groupe « réseaux » du Collège des Gériatres Lorrains, validation par les autorités de tutelles - Fins d'années 2008, 2009, 2010 et 2011 : utilisation de cet outil par les réseaux gérontologiques pour préparer leurs rendus d'évaluations internes annuelles - Pour les 4 réseaux gérontologiques du sud Lorraine : soutien technique continu du chef de projet depuis octobre 2008 à la réalisation des évaluations internes 2008, 2009, 2010 et 2011.
<p>Résultats d'évaluation 2011 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation du masque d'évaluation par l'ensemble des réseaux gérontologiques concernés pour un rendu de leur activité annuelle interne. - En outre, pour les 4 réseaux gérontologiques Lorrains, appui aux équipes par le chef de projet pour la réalisation des évaluations internes : conception d'une notice d'extraction des indicateurs d'activités depuis Logiréso, déplacements sur sites à 2 moments de l'année (fin du premier semestre et fin d'année) pour une aide à la rédaction des dossiers d'évaluations internes, mise en place d'un système de veille des données patients pour garantir une qualité de recueil (dossiers inactifs). 	
<p>Perspectives 2012 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si besoin, réflexion avec l'ARS de Lorraine sur les évolutions à apporter au modèle d'évaluation interne suite à la signature en 2012 des CPOM entre chaque réseau territorial et l'ARS de Lorraine. 	

Intitulé de l'action : Annuaire et cartographie des réseaux gérontologiques en Lorraine	
Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :	- Développer la recherche en gérontologie et les actions de prévention du mauvais vieillissement : organiser des actions de recherche et de prévention en coopération avec les autres réseaux gérontologiques.
Objectif(s) 2011 de l'action :	- Créer et tenir à jour régulièrement un annuaire et une cartographie régionale des réseaux gérontologiques en Lorraine.
<p>Contexte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En 2009, dans le cadre du groupe « Réseaux » du Collège des Gériatres Lorrains (CGL), a été rapidement ressenti le besoin de disposer d'une photographie régionale des réseaux gérontologiques Lorrains, régulièrement mise à jour, pour plusieurs raisons : <ul style="list-style-type: none"> - Pour les réseaux gérontologiques lorrains eux-mêmes : aider à la communication inter-réseaux afin de poursuivre les échanges et les travaux en coopération au-delà des réunions trimestrielles du groupe « Réseaux » du CGL ; - Pour les usagers, partenaires ou utilisateurs des réseaux gérontologiques : permettre d'identifier le réseau gérontologique implanté sur son secteur, pourvoir orienter auprès d'un autre réseau gérontologique lorsque la sollicitation provient d'un secteur géographique autre que celui couvert par le réseau sollicité ; - Pour les tutelles : valoriser la construction d'une identité régionale, la recherche d'une coopération régionale des réseaux gérontologiques. - En 2010, à la demande de l'ARS Lorraine, les réseaux ont été amenés à communiquer très précisément les communes sur lesquelles ils interviennent. A partir de là, chaque secteur géographique des réseaux gérontologiques Lorrains ont pu être déterminés finement, donnant lieu à une cartographie des territoires couverts, construite avec le concours de l'ARS de Lorraine. <p>Description de l'action 2011 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mises à jour régulières de l'annuaire et de la cartographie des secteurs d'intervention des réseaux (cf. dernière version du 18 novembre 2011 en annexe 2) et mises en ligne sur www.geronto-sud-lorraine.com (dans des rubriques spécialement dédiés). - Contribution à l'annuaire national des réseaux de santé Personnes Agées créé par le réseau CUNY dans le cadre du pilotage du groupe « réseaux » de la SFGG et diffuser très largement en juillet 2011 (cf. fiche d'évaluation dédiée sur le groupe « réseaux » SFGG). 	
Calendrier réalisé :	- Mises à jour de l'annuaire et de la cartographie, mises en ligne et diffusion en continu sur l'année 2011.
<p>Perspectives 2012 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mises à jour de l'annuaire et des secteurs d'intervention des réseaux selon les évolutions à venir pour 2012 (notamment au moment de la création des futurs réseaux territoriaux). - Mises en ligne et diffusion en continu sur l'année. 	

Intitulé de l'action :
Site Internet des réseaux gérontologiques du sud Lorraine
www.geronto-sud-lorraine.com

Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des réflexions et des pratiques communes avec d'autres réseaux de santé, mutualiser des moyens. - Participer à la diffusion de l'information sur la prise en charge de proximité des personnes âgées.
Objectif(s) 2011 de l'action :	<ul style="list-style-type: none"> - Mutualiser, développer, mettre à jour et animer le site Internet des 4 réseaux gérontologiques du sud Lorraine.

Contexte :

- Le site www.geronto-sud-lorraine.com est en ligne depuis mars 2009, il a été créé initialement à partir d'une mise à disposition du site du RGC. Ce site mutualisé est aujourd'hui celui de 4 réseaux gérontologiques du sud Lorraine : RGC, Age et Santé, Sel et Vermois et ReseauLu.
- Sa mise à jour est assurée par le chef de projet, avec l'appui de l'agence Trait d'Union ; les professionnels des réseaux concernés participant en parallèle à une veille de l'information en gérontologie.
- Depuis sa mutualisation, le site Internet continu à s'enrichir progressivement. Il est consulté en moyenne par 1500 à 2000 visiteurs par mois. Il a obtenu lors de son ouverture le **Label HON code** (label qualité des sites d'information en santé).

Calendrier réalisé :	<ul style="list-style-type: none"> - En continu sur l'année 2011 : mises à jour régulières du site, alimentation progressive.
-----------------------------	--

Résultats d'évaluation 2011 :

- **Mises à jour régulières d'informations :** publications et productions des réseaux, événements, actualités, articles, appels à projets, annuaires, cartographie, formation médicale continue, référentiels ; **le site est mise à jour au moins 1 fois par semaine en moyenne.**
- Création de nouveaux liens avec d'autres sites Internet.
- Renouvellement du label qualité HON code en avril 2011.
- **Statistiques 2011 de consultation du site Internet** (et comparaison avec 2010 et 2009) :

	Année 2011	Année 2010	Année 2009
Nombre de visiteurs dans l'année	78 517 visiteurs	56 277 visiteurs	17 147 visiteurs
Nombre moyen de pages consultées par visite	2,5 pages	2,8 pages	<i>Le générateur de données statistiques de 2009 ne permet par d'obtenir cette donnée</i>
Temps moyen passé à consulter le site par visite (en secondes)	133 secondes	113 secondes	<i>Non représentatif</i>

Cf. statistiques de consultation sur la période de janvier à décembre 2011 jointe en **annexe 3**.

Perspectives 2012 :

- **Renforcement des liens existants avec les réseaux du nord Lorraine pour faire évoluer progressivement le site vers un site régional unique.**

Intitulé de l'action :**Programme « Personne âgée fragile et déficiences visuelles »**

Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :	<ul style="list-style-type: none"> - Développer la recherche en gérontologie et les actions de prévention du mauvais vieillissement : organiser des actions de recherche et de prévention en coopération avec les autres réseaux gérontologiques. - Coordonner la prise en charge globale des personnes âgées à risque de rupture du maintien à domicile : évaluer, élaborer un plan d'intervention personnalisé et coordonner la mise en place de ce PPS.
Objectif(s) de l'action :	<ul style="list-style-type: none"> - Développer une stratégie d'action pluridisciplinaire pour contribuer à une meilleure prise en charge des conséquences fonctionnelles des déficiences visuelles du sujet âgé fragile sur les territoires des réseaux gérontologiques du sud Lorraine. - Valoriser et faire connaître l'existant et les intervenants locaux dans le paysage gériatrique.

Historique du programme mené depuis 2009 :

- **Définition d'un programme d'étude et d'action** sur la thématique « Personnes âgées fragiles et déficiences visuelles » :
 - Recherches bibliographiques sur le sujet (données épidémiologiques des déficiences visuelles, retentissements chez le sujet âgé) ;
 - Première analyse de l'existant sur nos 4 territoires (démographie médicale, accessibilité aux services d'ophtalmologie, etc.) ;
 - Rédaction d'un premier pré-projet qui a permis de préparer la présente demande de financement FNPEIS en 2009.
- **En 2009 : réalisation d'un état des lieux complet sur la prise en charge ophtalmologique du sujet âgé fragile et de ses conséquences fonctionnelles (territoire : sud Lorraine)**
 - Rencontre d'une quarantaine de partenaires : professionnels ressources en ophtalmologie, gériatrie et représentants des collègues des réseaux gérontologiques, autour des médecins coordonnateurs de nos réseaux avec pour objectif de compléter l'état des lieux local sur la problématique des déficiences visuelles du sujet âgé (ampleur du problème et réponses apportées) et de les mobiliser pour leur participation au programme ;
 - En parallèle, lancement d'une étude complémentaire sur le repérage et la prise en charge en USLD et EHPAD (2 USLD, 3 EHPAD) ;
 - Ecriture et finalisation de l'état des lieux, définition des actions à entreprendre sur les territoires.
 - Définition d'un premier plan d'action sur les territoires : objectifs recherchés, bénéficiaires, résultats attendus, méthodes.
- **En 2010 :**
 - **Réalisation des supports de communication** sur le programme : 6 pages synthétique présentant les résultats de l'état des lieux sur les déficiences visuelles du sujet âgé, fiches annuaire permettant de faire connaître les principaux intervenants sur la prise en charge des basses visions sur les territoires (CLER basse vision, Centre Florentin, services d'ophtalmologie du CHU de Nancy) ;
 - **Organisation et tenue de 4 réunions plénières de proximité** sur les territoires des réseaux gérontologiques du sud Lorraine : Nancy, Bar le Duc, St Nicolas de Port et Lunéville : communication sur les résultats de l'état des lieux auprès des partenaires, membres des réseaux, tutelles et politiques de santé, lancement des dynamiques locales d'actions.

Calendrier réalisé :

Programme mené en continu sur l'année 2011.

Résultats d'évaluation 2011 :**Expérimentation d'un repérage des déficiences visuelles chez la personne âgée fragile par les médecins gériatres :**

- En partenariat avec le service d'ophtalmologie de Monsieur le Professeur Berrod, formation d'un petit groupe de 7 médecins au repérage d'une déficience visuelle via l'utilisation d'un « kit d'ophtalmologie » préalablement constitué.
- L'objectif est de réaliser un « pré-screening » des pathologies visuelles à domicile, en HDJ (Hôpital De Jour), en consultation gériatrique, en EHPAD ou en USLD ; cela se justifiant particulièrement dans des secteurs géographiques où la population en ophtalmologistes est fortement déficitaire.

- Les médecins gériatres impliqués sont : Mme le Dr Eliane ABRAHAM (Réseau CUNY / HDJ Saint Charles), Mme le Dr Christine BEAUDART (Réseau CUNY / EHPAD Jarville-la-Malgrange et Vézelize), M. le Dr Denis CRAUS (Réseau Sel et Vermois / EHPAD Saint Joseph), Mme le Dr Marie-Agnès MANCIAUX (ULSD – CHU de Nancy), Mme le Dr Aline KUTA (Réseau gérontologique du Lunévillois), Mme le Maude Dr MORELOT-ZINGRAFF (EHPAD), M. le Dr Jean-Paul SCHLITTER (médecin traitant / EHPAD).
- **Pour mener à bien l'expérimentation : modélisation d'un contenu de formation « minimale » en ophtalmologie et d'un kit de pré-screening, toujours en cours d'expérimentation sur Nancy** : plusieurs réunions de travail ont été organisées en 2011 pour mener à bien ce travail et le kit ophtalmologique a été constitué des éléments suivants :
 - Une échelle d'acuité de loin : l'échelle de Monoyer (ou échelle d'acuité de loin sous forme de dessins pour les personnes ayant des difficultés de lecture) ;
 - Une échelle d'acuité de près : l'échelle de Parinaud (ou échelle d'acuité de loin sous forme de dessins pour les personnes ayant des difficultés de lecture) ;
 - Un ophtalmoscope portatif et sa trousse de rangement ;
 - Une « louchette » pour obturer un œil ;
 - Une paire de lunettes avec une correction standard à + 3 D ;
 - Une grille d'Amsler pour dépister les syndromes maculaires (DMLA) ;
 - Du matériel de nettoyage ;
 - Une clé USB et un petit classeur où l'on retrouve l'ensemble des fiches d'utilisation du kit : fiche d'interview du patient et de recueil des résultats de l'examen, guide technique pour la réalisation de l'examen complet, fiche sur les indications d'orientation vers un orthoptiste, fiche sur les indications d'orientation vers un ophtalmologiste, fiche pharmacologie, fiche d'évaluation pour faire part de ses conclusions et qui est restituée au promoteur du programme réalisant l'évaluation.
 - Des consommables pour les examens (gouttes) : Tropacamide ;
 - Le tout est conditionné dans une mallette rigide, transportable.
- Test du kit d'ophtalmologie auprès d'un échantillon de 50 patients (utilisation du kit à domicile, en hôpital de jour, en EHPAD ou en USLD) ;
- Participation des médecins impliqués dans l'expérimentation à des consultations ophtalmologiques au CHU de Nancy sur une demi-journée.
- Evaluation fine de cette expérimentation, modélisation éventuelle selon les résultats.
- **Communication poster sur ce kit ophtalmologique** lors des Journées Annuelles de la SFGG en octobre 2011 (cf. poster en annexe 4).

Perspectives 2012 :

- Modélisation du kit ophtalmologique : une dernière réunion du groupe de travail participant à l'expérimentation est programmée le 24 mars 2011 : présentation des résultats des repérages réalisés auprès de la population cible, finalisation du contenu du kit ophtalmologique.
- **Projet d'extension 2012 / 2013 du programme : dépôt d'un dossier de demande de financement** auprès de la CARSAT et du CRCAS (Comité Régional de Coordination de l'Action Sociale AGIRC-ARRCO) pour la réalisation de 7 sites de formations sur la région Lorraine en direction de 30 médecins gériatres (et la constitution de 30 nouveaux kit ophtalmologiques).

Modèle de Plan Personnalisé de Santé (PPS) des réseaux

Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :	<ul style="list-style-type: none"> - « Décloisonner les relations entre les acteurs du réseau pour assurer une prise en charge continue sur toute la trajectoire du patient, organiser la transmission d'informations entre les partenaires » - « Développer des réflexions et des pratiques communes avec d'autres réseaux de santé / Mutualiser des moyens »
Objectif(s) 2011 de l'action :	<ul style="list-style-type: none"> - Concevoir un modèle de Plan Personnalisé de Santé, éditable facilement depuis Logiréso et envisagé comme un outil d'échange avec le médecin traitant sur le suivi des actions coordonnées autour de la personne âgée fragile prise en charge par le réseau.

Contexte :

- Dans le cadre d'un sous-groupe de travail du groupe réseaux de la SFGG, les réseaux ont travaillé à la conception d'un modèle de Plan Personnalisé de Santé, **outil récapitulant les résultats d'EGS, les données de l'enquête d'environnement et les préconisations du réseau en terme de coordination d'actions et de suivi.**
- Ce PPS est soumis au médecin traitant qui valide ou non le plan d'action proposé par le réseau. Il est un outil d'échange et de suivi des actions coordonnées autour de la personne âgée fragile prise en charge par le réseau, en étroite collaboration avec le médecin traitant.
- Le sous-groupe de travail a pour objectif de formaliser ce modèle de PPS, l'objectif recherché est de permettre son édition simple et rapide à partir de la version de Logiréso utilisée par les 13 réseaux, dans la limite des critères de faisabilité en terme d'extraction de données.

Calendrier réalisé :

- Elaboration d'une première ébauche du modèle de PPS par le sous-groupe de travail : 1^{er} semestre 2011
- Préparation de l'intégration du modèle de PPS dans Logiréso : dernier trimestre 2011

Résultats d'évaluation 2011 :

- **Proposition d'un premier modèle de PPS par le sous-groupe de travail : ce document de synthèse propose de recenser :**
 - Des données sur l'origine de la demande ;
 - Les critères de fragilité repérés (et un score total sur les 20 critères possibles) ;
 - Les résultats synthétiques de l'EGS Lorraine (scores des 11 tests, dates de réalisation, interprétations) ;
 - Les propositions de plan de soins (actes et intervenants déjà en place, types d'actions préconisés par le réseau) ;
 - Les propositions de plan médico-social (aides déjà en place, types d'actions ou intervenants préconisés par le réseau) ;
 - Une synthèse du PPS présentant le projet de vie, les actions prioritaires et les difficultés de faisabilité identifiées.
 - Un encadré sur le suivi du dossier à réaliser et l'accord du médecin traitant.

Cf. modèle de PPS retenu en annexe 5.

- **Pour la mise en application de ce modèle sur Logiréso : étude avec DISCIT informatique des modalités d'extraction de données** pour rendre le opérable (réunion de travail du 7 décembre 2011).

Perspectives 2012 :

- Préparation technique par DISCIT Informatique, migration progressive sur les nouvelles fonctions, lancement des premières maquettes de la version 1 du PPS : fin février 2012.
- Corrections / validations des maquettes et mise en ligne de la version 1 sur Logiréso, création d'un guide pour la « bonne » saisie des informations à l'usage des équipes des réseaux, préparation des éléments pour la deuxième version 2 du PPS (nomenclature des objectifs d'intervention du réseau) : fin mars.
- Mise en ligne de la version 2 sur Logiréso : septembre 2012.

Intitulé de l'action : Le groupe « Réseaux » de la SFGG	
Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des réflexions et des pratiques communes avec d'autres réseaux de santé, mutualiser des moyens. - Organiser des actions de recherche et de prévention en coopération avec les autres réseaux gérontologiques.
Objectif(s) 2011 de l'action :	<p>Objectifs du groupe « réseaux » de la SFGG :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rassembler les réseaux gérontologiques, les fédérations et les groupements de réseaux gérontologiques autour de thématiques de travail communes, qui intéressent le fonctionnement des réseaux et de leurs équipes opérationnelles. - Harmoniser les pratiques, échanges ou créations d'outils communs. - Développer des réflexions scientifiques et de santé publique autour des réseaux gérontologiques et des équipes gérontologiques des réseaux multi thématiques. - Créer un espace de dialogue indépendant entre les réseaux gérontologiques au niveau national. - Organiser des rencontres régulières entre les équipes des réseaux. - Etre une interface de communication entre les réseaux et les instances nationales (UNR Santé, SFGG, CPGF, etc.) - Etre un lieu de réflexion et de recherche et d'amélioration des relations partenariales (hôpital, libéraux, usagers, EHPAD, ordres professionnels, tutelles, collectivités territoriales ...)
<p>Contexte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En amont, le groupe « réseaux » de la SFGG s'est créé sur le modèle du groupe « réseaux » du CGL existant depuis 5 ans : il vise à mutualiser et développer les activités et outils de travail de terrain de réseaux gérontologiques déjà en place. L'intérêt de ce groupe est de servir le niveau local et régional en bénéficiant de ses retombées et de ses productions : outils de travail, actions de santé publique, ancrage et développement des réseaux. - Ce groupe est porté par une société savante : la SFGG (Société Française de Gérontologie et de Gériatrie) qui apporte par ailleurs son soutien financier. Il s'articule également avec la FNRG (Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques) et l'UNR Santé (Union Nationale des Réseaux de Santé) via la mise en place d'un comité de liaison national. <p>Description des étapes de la mise en place du groupe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depuis 2007, rapprochement du groupe « réseaux » du CGL avec la FREGIF (Fédération des Réseaux de Santé Gérontologiques d'Ile de France), réunions préparatoires ; - Réalisation de 2 états des lieux nationaux : implantation et couverture géographique des réseaux gérontologiques en France, organisations régionales et actions mutualisées déjà menées en régions ; - Création officielle du groupe « réseaux » de SFGG lors de la première rencontre nationale, le 10 juin 2010 : les régions Lorraine et Alsace deviennent pilotes du groupe national, la FREGIF parraine ce groupe. <p>Réalisations 2010 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de la 2nde rencontre nationale le 8 octobre 2010 sur le thème « De l'EGS au PPS », qui a rassemblé 87 participants de 45 réseaux pour 14 régions représentées. - Création de l'annuaire français des réseaux de santé Personnes Agées, première diffusion via Internet. - Création du comité de liaison Comité de liaison national « Réseaux de santé Personnes Agées » le 9 décembre 2010 réunissant le groupe « réseaux » de la SFGG, l'UNR Santé et la FNRG : instance de développement et à la promotion des réseaux de santé Personnes Agées au niveau national : cf. fiche technique de présentation du comité de liaison en annexe 6. - Mise en place de 2 groupes de travail : <ul style="list-style-type: none"> - « Les typologies de réseaux gérontologiques » : recherche de modélisation de quelques typologies de réseaux selon différents critères) ; - « Le repérage de la fragilité » : recherche de consensus autour du repérage de la fragilité et des critères d'inclusions dans les réseaux gérontologiques. 	
Calendrier réalisé :	- Poursuite des objectifs du groupe « réseaux » de la SFGG en continu sur l'année 2011

Résultats d'évaluation 2011 : l'ensemble des réalisations du groupe « réseaux » SFGG ont pour objectif **servir le niveau local et régional** en bénéficiant de ses retombées et de ses productions : outils de travail, actions de santé publique, ancrage et développement des réseaux.

- **Mise en place et animation de 2 rencontres nationales :**

- **3^{ème} rencontre nationale des réseaux le 24 mai 2011** sur le thème « Les réseaux de santé Personnes Agées au cœur des évolutions actuelles », qui a rassemblée 79 participants de 41 réseaux pour 14 régions représentées (cf. programme en **annexe 7**).
- **4^{ème} rencontre nationale des réseaux le 29 novembre 2011** sur le thème « L'éducation thérapeutique en réseaux de santé Personnes Agées », qui a rassemblée 89 participants de 47 réseaux pour 14 régions représentées (cf. programme en **annexe 8**).

- **Poursuite des réalisations des groupes de travail :**

- **Les typologies de réseaux gérontologiques** : lancé en février 2011, ce travail a pour objectif de décrire de façon précise les modèles d'organisation et de fonctionnement des réseaux de santé Personnes Agées en France. Les 125 réseaux de santé Personnes Agées recensés au niveau national ont été destinataires d'une enquête par questionnaire : le taux de participation a été de 62 %. Les résultats finaux ont été présentés le 5 octobre dernier lors des Journées Annuelles de la SFGG. (**cf. diaporama de l'étude en annexe 9**). Les résultats de cette étude nous permettent de valoriser la place et le rôle de nos réseaux dans le paysage actuel auprès des instances nationales et des tutelles : coordination ville-hôpital, articulation sanitaire et médico-sociale et implication dans la coordination à domicile. Cette étude a fait l'objet d'une proposition d'article pour une parution dans la revue de Gériatrie (parution probable pour 2012).
- **Le repérage de la fragilité** : l'objectif est de valider un outil de repérage de la fragilité à domicile, avec l'équipe du Professeur NOVELLA (CHU de Reims). Ce travail de recherche a fait l'objet d'un dépôt de PHRC fin 2011 et a reçu un avis favorable de financement début 2012 par l'Assurance Maladie. Il a par ailleurs été décidé lors des journées annuelles 2011 de la SFGG d'utiliser d'ores et déjà **cette grille SEGA modifiée** dans les réseaux (**cf. annexe 10**). Cette recherche de validation d'un support de repérage de la fragilité au domicile est une opportunité pour les réseaux de produire un outil scientifiquement validé, reconnu et partagé par tous au niveau national.

- **Edition papier de l'annuaire national des 125 réseaux de santé Personnes Agées et diffusion postale au niveau national :**

- L'annuaire a été imprimé à plus de **1000 exemplaires (cf. annexe 11)**. Il est par ailleurs régulièrement mis à jour au format électronique disponible sur plusieurs sites Internet.
- Le réseau Gérard CUNY en a assuré sa **diffusion au format papier au niveau national** en juillet 2011 ; il a été adressé à l'ensemble des 125 réseaux de santé Personnes Agées, aux regroupements et fédérations régionales de réseaux, aux 26 sièges régionaux et 102 délégations territoriales des ARS, à l'ensemble des 18 CARSAT, 17 CAMIEG, 31 caisses régionales du RSI, 76 caisses locales de la MSA et CCMISA, aux 26 URPS, aux 26 Conseils Régionaux et 100 Conseils Généraux, aux 24 CISS, aux différents ministères compétents et directions de l'Etat, ainsi qu'aux sociétés savantes et syndicats médicaux.

- **Création et animation du Canal d'échange « G_reso »** : il s'agit d'un groupe Yahoo*, canal privé d'échange par emails dédié aux réseaux de santé Personnes Agées et qui est utilisé par tous pour communiquer une information, poser une question, faire part d'une actualité au lancer un débat.

- **Edition de la première newsletter du groupe « réseaux » de la SFGG en décembre 2011 (cf. annexe 12).**

- **Participations croisées dans le cadre du comité de liaison national Réseaux de Santé Personnes Agées :**

- Rencontres partenariales avec l'équipe projet nationale MAIA ;
- Participation aux groupes de travail « Indicateurs d'évaluation des réseaux de santé » et « Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens » de la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques (FNRG) ;
- Participation au groupe de travail sur le « Cadre national du système d'information des réseaux de santé » animé par l'ASIP Santé (Agence des systèmes d'information partagés) ;
- Participation aux premiers Etat Généraux de l'UNR Santé organisés le 9 décembre 2011 ;
- Rédaction de communiqués de presse (ex : participation des réseaux sur l'article 70 du Projet de Loi de Finance de la Sécurité Sociale 2012, participation des réseaux à l'appel à projet MAIA 2012).

**PARTIE 3 :
EVALUATION FINANCIERE**

1. NATURE ET MONTANT DES DEROGATIONS

- Rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux - hors soins :

Nature de la dérogation :	Type de bénéficiaire :	Modalités de versements		2011		
		Aux bénéficiaires	Au réseau	Montant unitaire (1)	Nombre de bénéficiaires	Montant total (2)
Réunions de coordination à domicile	Médecins traitants	x		69 € (3C*) / patient / réunion de coordination	6	414 €
	IDE Libéral	X		13,5 AMI de l'heure	1	42,60 €
Total 1						456,60 €

Formation / sensibilisation : <i>Dépendance et fragilité</i>	Médecins traitants	x		46 € (2C*) / heure / médecin	5 <i>(et pour 2 heures de formation)</i>	460 €
Total 2						460 €

Total (1 +2)						916,60 €
---------------------	--	--	--	--	--	-----------------

* Valeur du C = 23 €

(1) préciser le coefficient multiplicateur : par patient, par période...

(2) ce montant est calculé est multipliant le montant unitaire par le coefficient multiplicateur et par le nombre de professionnels bénéficiaires.

- Rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux – Soins : Néant

- Rémunérations versées aux autres intervenants : Néant

2. DEPENSES PAR CHAPITRE BUDGETAIRE ET BUDGET PREVISIONNEL

Ce tableau (reprenant le modèle de budget annexé à la décision conjointe type de financement) est à renseigner au minimum au niveau des titres de chapitre et des lignes soulignées (suivis d'un astérisque).

Les montants à inscrire sont les dépenses **réalisées** pour l'année 2011 (arrêté comptable au 31/12/2011), et les dépenses **prévisionnelles** pour l'année 2012.

A FOURNIR L'ETAT DES DEPENSES NON CONSOMMEES 2010 CERTIFIE PAR LE COMMISSAIRE AUX COMPTES

	Dépenses réalisées 2011	Dépenses prévisionnelles 2012 (FICQS et autres financeurs)
EQUIPEMENT *	4 122 €	3 000 €
Achats d'équipements et installations techniques	4122 €	3 000 €
Matériel de bureau : <i>équipements informatiques et autres</i>		
Achats de locaux		
SYSTEME D'INFORMATIONS *	7 664€	6 350 €
Coût de production ou d'acquisition de logiciels		
Frais d'hébergement sur serveurs	732 €	1150€
Frais de sous-traitance (conception, développement)		760€
Coûts annexes : <i>frais de maintenance logiciels et appareils, abonnements</i>	6 932 €	4 130 €
FONCTIONNEMENT *	448 831 €	460 601 €
<u>Dépenses de personnels salariés *</u>	391 160 €	400 219 €
<u>Vacations ou honoraires hors professionnels de santé libéraux (psychologue, assistante sociale, diététiciens...)</u> * (ex : commissaire ou comte et expert comptable)	5 250 €	4 500 €
Prestations extérieures (sous-traitance) (ex : édition matériel de communication : plaquettes...)		
Loyer	18 109 €	19 640 €
Frais de secrétariat (frais généraux et consommables)	10 668 €	10 242 €
Autres frais généraux (Téléphone, Timbre...)	14 408 €	14 500 €
Frais de déplacement (+ location véhicule / entretien / frais d'essence)	8 206 €	10 000 €
Mission/réception (inauguration)		
Frais de réunions	1 030 €	1 500 €
Conférences /Séminaires		
Armortissement		
FORMATION		11 750 €
Coût pédagogique (indemnisation intervenants)		1 250 €
<u>Indemnisation des professionnels *</u>		8 000 €
Frais de déplacement et hébergement		
Locaux		2 500 €
Matériel nécessaire à la formation		
Sous traitance		
EVALUATION *		
Frais de sous-traitance		
Suivi interne		

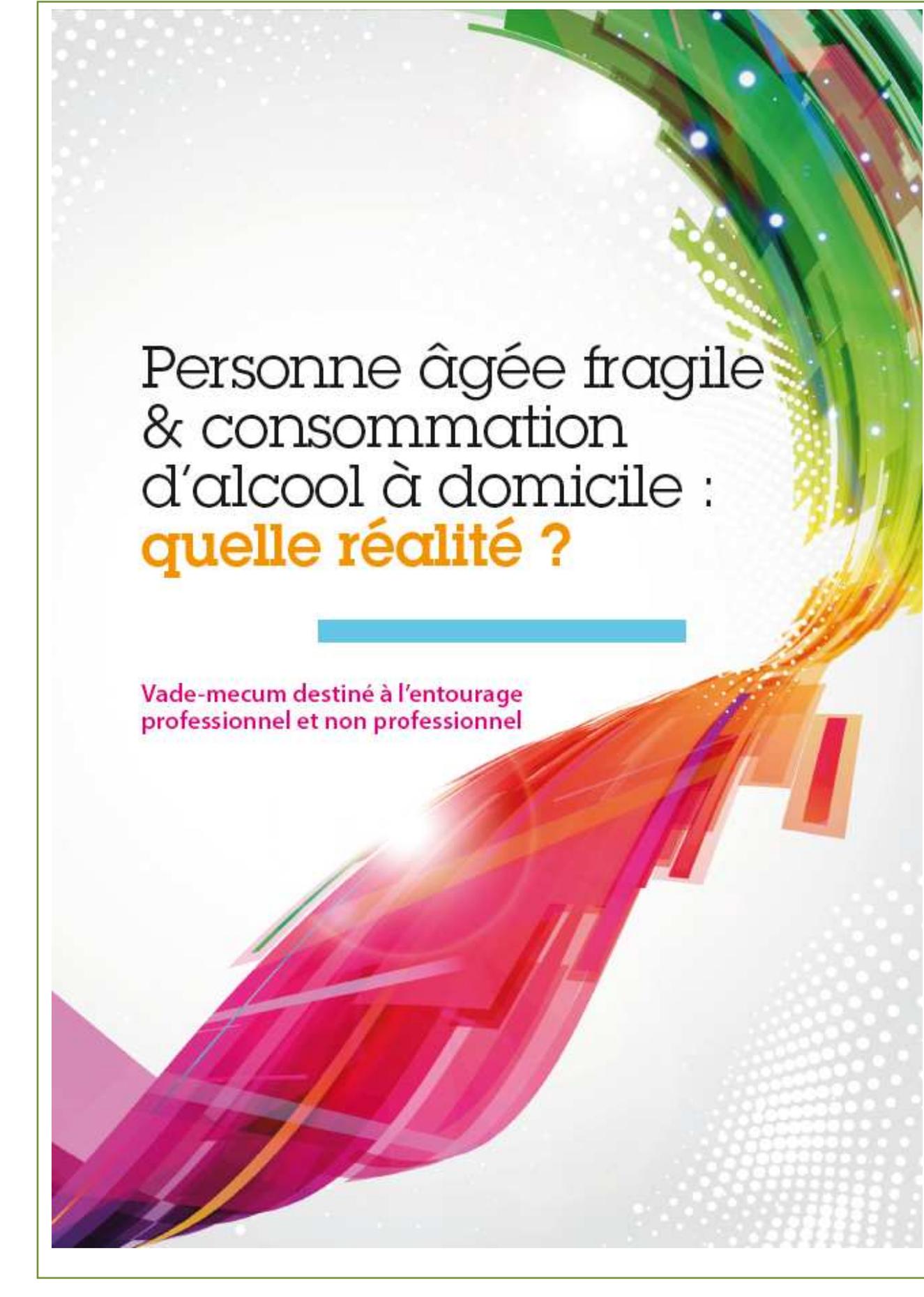
ETUDES ET RECHERCHE *		
Frais de sous traitance		
REMUNERATIONS SPECIFIQUES POUR LES PS LIBERAUX - HORS SOINS *	917 €	4 000 €
Forfaits de coordination *	457€	1 500 €
Indemnisation pour le recueil des données de suivi et d'évaluation		
Indemnisation pour l'élaboration de référentiels		
Indemnisation pour la participation à un groupe de travail	460 €	2 500 €
Indemnisation pour le remplissage du dossier médical et/ou carnet de suivi		
Autres		
REMUNERATIONS SPECIFIQUES POUR LES PS LIBERAUX - SOINS*		500 €
Majoration des actes		
Actes de prévention		
Actes de soins hors nomenclature		500 €
Autres		
DEROGATIONS POUR LES PATIENTS*		
Exonération du ticket modérateur*		
Forfait majoration TIPS		
Forfait hors TIPS		
Autres		
TOTAL *	461 534 €	486 201 €

LISTE DES ABREVIATIONS

AMCELOR : Association des Médecins Coordonnateurs d'EHPAD en Lorraine
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
ASIP Santé : Agence des Systèmes d'Informations Partagés de Santé
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CDOI : Conseil Départemental de l'Ordre Infirmier
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CGL : Collège des Gériatres Lorrains
CH : Centre Hospitalier
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIFGG : Congrès International Francophone de Gérontologie et de Gériatrie
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPN : Centre Psychothérapeutique de Nancy
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRCAS : Comité Régional de Coordination de l'Action Sociale
CROM : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins
CUGN : Communauté Urbaine du Grand Nancy
DESC : Diplôme d'Etude Spécialisée Complémentaire
DMP : Dossier Médical Personnel
EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée
EHPAD : Etablissement Hospitalier pour Personne Agée Dépendante
EMLG : Equipe Mobile de Liaison Gériatrique
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
EREMA : Espace national de Réflexion Ethique sur la Maladie d'Alzheimer
ESPIC : Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif
FNRG : Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques
FPA : Foyer pour personne âgée
FREGIF : Fédération des Réseaux de Santé Gérontologiques d'Ile de France
FUL : Fiche Urgence Lorraine
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
HAD : Hospitalisation A Domicile
HDJ : Hôpital De Jour
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
IRTS : Institut Régional du Travail Social
MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer
MHSC : Maison Hospitalière Saint Charles
MMSE : Mini Mental State Examination
MSA : Mutuelle Sociale Agricole
ONPA : Office Nancéien des Personnes Agées
OHS : Office d'Hygiène Sociale
PA : Personne Agée
PH : Personne Handicapée
PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique
PPS : Plan Personnalisé de Santé
PUOG : Post-Urgence Orientation Gériatrique
RGC : Réseau Gérard Cuny
SAD : Service d'Aide à Domicile
SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UNR Santé : Union Nationale des Réseaux de Santé
URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
VAD : Visite A Domicile

ANNEXES

ANNEXE 1 : Dépliant « Personne âgée fragile et consommation d'alcool à domicile : quelle réalité ? »



Personne âgée fragile
& consommation
d'alcool à domicile :
quelle réalité ?

Vade-mecum destiné à l'entourage
professionnel et non professionnel

Vous êtes un membre de l'entourage, professionnel ou non, que faire ?

1 J'observe

Certains signes peuvent vous alerter sur une consommation excessive d'alcool.

Par exemple :

- » perte de coordination, chutes ;
- » troubles de l'élocution ;
- » difficulté à dormir ;
- » négligence du corps ou du logement ;
- » présence de bouteilles ou de canettes vides ;
- » nervosité, irritabilité, dépression ;
- » confusion, pertes de mémoire (après avoir consommé de l'alcool) ;
- » dégradation des relations avec les amis ou la famille ;
- » etc.

2 J'y pense

Mais certains arguments pourraient vous décourager d'aborder la question de l'alcool avec la personne que vous aidez.

Par exemple :

- » "Il n'est pas forcément facile de détecter un problème d'alcool, et encore moins chez un aîné ou un tel problème peut parfois se cacher sous certains symptômes attribués au vieillissement."
- » "On ne remarque pas toujours une consommation excessive d'alcool car la consommation peut rester discrète."
- » "Parler d'un problème d'alcool, c'est se mêler de ce qui ne nous regarde pas."
- » "L'empêcher de boire, c'est lui supprimer son dernier plaisir."

Préserver la dignité et le bien-être d'une personne âgée, c'est se préoccuper d'un éventuel problème d'alcool et de ses conséquences plutôt que d'ignorer au motif de l'âge.

3 J'en parle

De façon adaptée selon la fonction que l'occupe :

L'entourage, professionnel ou familial, peut jouer un rôle essentiel aussi bien pour éviter qu'un problème d'alcool ne se développe que pour aider la personne âgée à modérer sa consommation. Chacun, selon son positionnement, sa formation et ses missions, peut réagir et aider.

Vous êtes aide à domicile (ou auxiliaire de vie ou assistant de vie social)

Vous avez observé certains signes d'alerte, la situation vous préoccupe ou vous avez un doute, parlez-en à votre hiérarchie qui doit savoir réagir (responsable de secteur par exemple).

Vous êtes un membre de l'entourage familial, un professionnel de santé (aide-soignant, infirmier ou tout autre professionnel paramédical)

Vous avez observé certains signes d'alerte, la situation vous préoccupe ou vous avez un doute, parlez-en d'abord à la personne elle-même.

» Comment en parler ?

L'important est de parler avec la personne concernée de ce que vous avez pu observer et de ce qui vous inquiète, sans juger ni faire la morale. En parler à la personne peut permettre une prise de conscience et faire émerger une motivation pour changer son comportement.

Quelques pistes :

- » Si vous confrontez la personne à son problème d'alcool en lui disant : "Vous avez un problème", "Vous buvez" ou "Vous devez arrêter de boire", la personne refusera alors de l'admettre ou d'en parler.
- » Évitez d'utiliser certains termes comme "alcoolique" ou "dépendant".
- » Encouragez la personne à parler de ses habitudes alimentaires et de ses consommations de boissons en général, par exemple : "Que consommez-vous comme boisson (on d'une journée habituelle)", "Quelles quantités d'eau, de boissons sucrées, de bière ou de vin buvez-vous habituellement sur la journée".
- » Décrivez ce que vous voyez, par exemple : "Je remarque que vous avez des difficultés à marcher", "Vous n'avez quasiment rien mangé aujourd'hui, vous n'aimez pas vos repas".

» À qui transmettre ?

- » Le médecin traitant est un interlocuteur privilégié.
- » Les réseaux gérontologiques implantés en Lorraine peuvent également être alertés à tout moment et pourront faire appel aux professionnels compétents.

Focus : quel est le seuil à partir duquel on parle de consommation d'alcool à risque ?

Compte tenu de la sensibilité aux effets de l'alcool de la personne âgée fragile, il est recommandé de ne pas consommer plus d'un verre par jour.

Néanmoins, dans certaines situations à risque, il est recommandé de ne pas boire du tout d'alcool.

Ces situations à risque peuvent être les suivantes :

- » conduire d'un véhicule ;
- » activités qui requièrent une bonne vigilance ;
- » prise de certains médicaments (consulter la notice) ;
- » certaines maladies aiguës ou chroniques (hépatite virale, pancréatite, épilepsie...);
- » lorsqu'on est ancien alcoolique-dépendant.

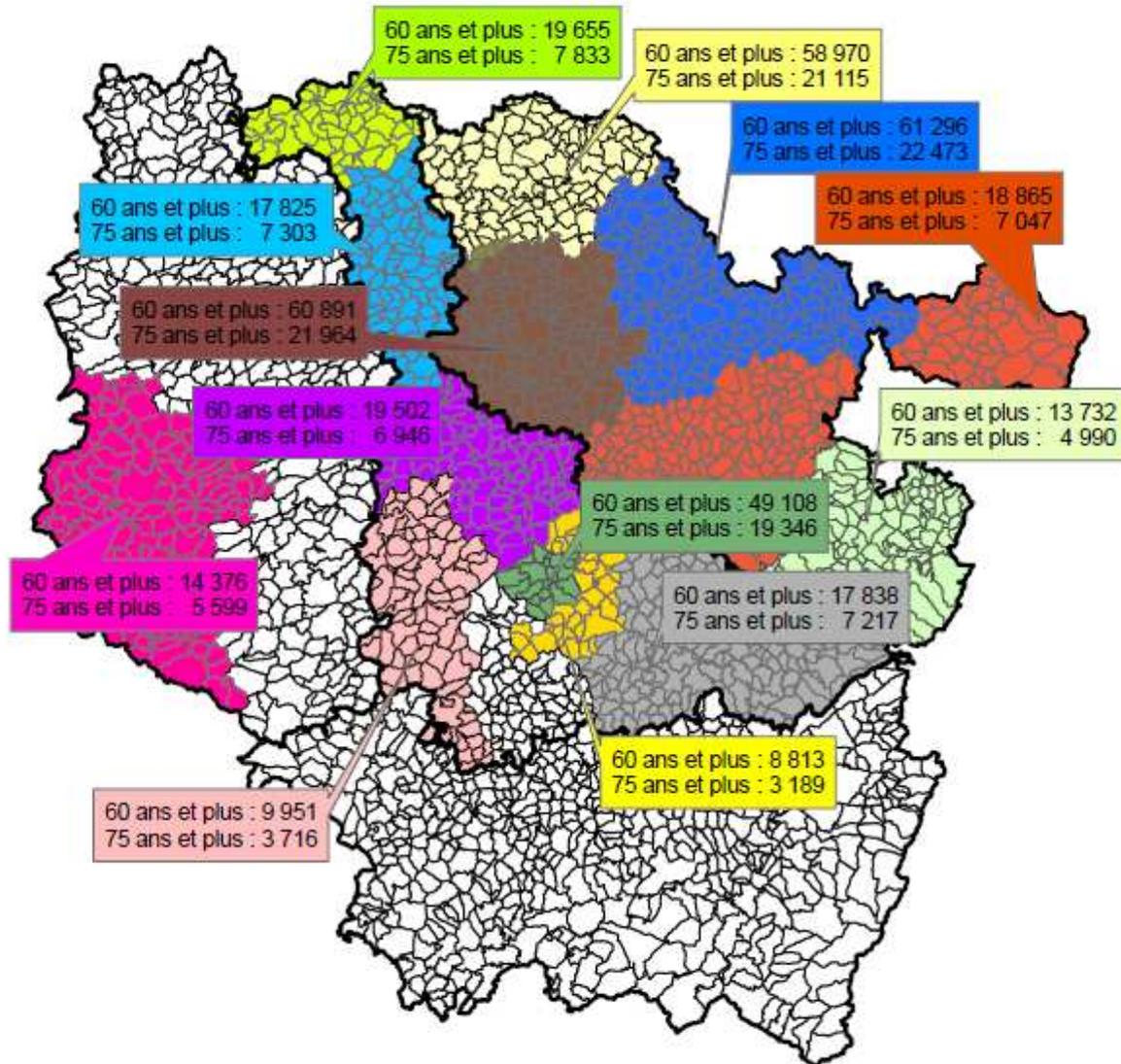
Focus : il y a autant d'alcool dans un/une :



Quel que soit son âge, il y a toujours des bénéfices à tirer d'une diminution ou d'un arrêt de la consommation d'alcool : amélioration de la qualité de vie et des relations avec l'entourage...

Couverture des réseaux gérontologiques en Lorraine à la date du 09 septembre 2011

Source : RP INSEE 2007



Réseaux gérontologiques

	PAS DE RESEAU	Commune non couverte par un réseau gérontologique
	AGESANTE	Réseau Age et Santé, Bar le Duc
	DOMI	Domiréso, Longwy
	GERNORD	Réseau GérontoNord, Thionville
	GERNORD-REGE2M	Communes couvertes par GérontoNord, Thionville et Rege2M, Metz
	MAILLAGE	Réseau Maill'age, Briey
	REGE2M	Réseau Rege2M, Metz
	REGEME	Réseau Regeme, Creutzwald
	REGESA	Réseau Régésa, Dieuze
	RESAPEG	Réseau Résapeg, Toul
	RESEALU	ReseauLu, Lunéville
	RGC	Réseau Gérard CUNY, Nancy
	RGPS	Réseau du Pays de Sarrebourg, Sarrebourg
	RGVL	Réseau du Val de Lorraine, Blénod les PAM
	RVSGC	Réseau du Vermois, Sel et Grand Couronné, Saint Nicolas de Port

© IGN - ARS de Lorraine - Service de l'Observation, des statistiques et analyse des données de santé - Sept. 2011

Réseau Age et Santé
Réseau gérontologique
du Sud Meusien

Réseau Gérard Cuny
Réseau gérontologique
du Grand Nancy

Reseaulu,
Réseau gérontologique
du Lunévillois

Réseau gérontologique
du Vermois, du Sel
et du Grand Couronné

SITE INTERNET WWW.GERONTO-SUD-LORRAINE.COM



STATISTIQUES DE JANVIER À DÉCEMBRE 2011



NOMBRE MOYEN DE VISITEURS

Mois	Nombre de visiteurs	Mois	Nombre de visiteurs	Mois	Nombre de visiteurs
Janvier 2009	Création du site internet www.geronto-sud-lorraine.com	Janvier 2010	2773	Janvier 2011	6409
Février 2009		Février 2010	3161	Février 2011	5639
Mars 2009	914	Mars 2010	4242	Mars 2011	6213
Avril 2009	2960	Avril 2010	4694	Avril 2011	6140
Mai 2009	1445	Mai 2010	4434	Mai 2011	6101
Juin 2009	1483	Juin 2010	4326	Juin 2011	6391
Juillet 2009	1887	Juillet 2010	4880	Juillet 2011	5756
Août 2009	1472	Août 2010	4602	Août 2011	6294
Septembre 2009	1647	Septembre 2010	5372	Septembre 2011	6217
Octobre 2009	1857	Octobre 2010	5749	Octobre 2011	7083
Novembre 2009	1668	Novembre 2010	5853	Novembre 2011	8333
Décembre 2009	1814	Décembre 2010	6191	Décembre 2011	7941
Total 2009	17147	Total 2010	56277	Total 2011	78517

Nous pouvons noter de prime abord une sensible augmentation des chiffres de l'année 2011 par rapport à 2010. Le nombre moyen de visiteurs par mois est passé de 4689 visiteurs en 2010 à 6543 visiteurs en 2011 soit **une augmentation d'environ 39 %**. Ces chiffres mettent en évidence une augmentation évidente de la **notoriété et de la visibilité** du site www.geronto-sud-lorraine.com. Nous pouvons également remarquer une plus forte affluence les trois derniers mois de l'année.

Depuis sa création en mars 2009, le site www.geronto-sud-lorraine.com connaît une forte augmentation du nombre de visites d'année en année. Nous pouvons donc conclure à l'utilité et l'efficacité de ce site, et à sa bonne gestion depuis sa création. Au vu de ces statistiques, il est important de continuer à actualiser régulièrement le site, mais il serait également intéressant d'accroître la communication par la création d'une newsletter mensuelle.

Ces informations sont données à titre indicatif compte tenu de la prise en compte des robots lancés par les moteurs de recherche dans les statistiques.

NOMBRE MOYEN DE PAGES CONSULTÉES PAR VISITE

Calculs statistiques et commentaires :
 Agence de communication Trait d'Union, Nancy
www.traitdunion-com.fr

Mois	Nombre moyen de pages consultées par visite	Mois	Nombre moyen de pages consultées par visite	Mois	Nombre moyen de pages consultées par visite
Janvier 2009	Le générateur de données statistiques de 2009 ne permet pas d'obtenir ces données	Janvier 2010	3,76	Janvier 2011	2,56
Février 2009		Février 2010	3,55	Février 2011	2,60
Mars 2009		Mars 2010	2,80	Mars 2011	2,69
Avril 2009		Avril 2010	2,97	Avril 2011	2,39
Mai 2009		Mai 2010	2,79	Mai 2011	2,68
Juin 2009		Juin 2010	2,99	Juin 2011	2,76
Juillet 2009		Juillet 2010	2,69	Juillet 2011	2,36
Août 2009		Août 2010	2,29	Août 2011	2,13
Septembre 2009		Septembre 2010	2,52	Septembre 2011	2,71
Octobre 2009		Octobre 2010	2,68	Octobre 2011	2,70
Novembre 2009		Novembre 2010	2,59	Novembre 2011	2,55
Décembre 2009		Décembre 2010	2,26	Décembre 2011	2,14

Le nombre moyen de pages consultées varie de façon homogène entre **2 et 3 pages par visite**, mis à part pour les mois de janvier et février 2010. Selon ces chiffres, les visiteurs approfondissent leur recherche et ne s'arrêtent pas à la page d'accueil, ce qui montre une certaine attractivité du site. Le nombre de pages consultées dépassant rarement les 3 pages, nous pouvons penser que l'arborescence du site permet au visiteur de trouver aisément l'information recherchée. Afin d'augmenter davantage la profondeur de la visite, il est important de continuer de changer régulièrement les actualités et de mettre en évidence des sujets d'appel ou des animations sur la page d'accueil.

TEMPS MOYEN DE CONSULTATION DU SITE

Calculs statistiques et commentaires :
 Agence de communication Trait d'Union, Nancy
www.traitdunion-com.fr

Mois	Temps moyen passé par visite	Mois	Temps moyen passé par visite	Mois	Temps moyen passé par visite	
Janvier 2009	Création du site internet www.geronto-sud-lorraine.com	Janvier 2010	135 sec	Janvier 2011	108 sec	
Février 2009		Février 2010	119 sec	Février 2011	124 sec	
Mars 2009		Mars 2010	104 sec	Mars 2011	121 sec	
Avril 2009		589 sec	Avril 2010	131 sec	Avril 2011	139 sec
Mai 2009		583 sec	Mai 2010	112 sec	Mai 2011	126 sec
Juin 2009		324 sec	Juin 2010	98 sec	Juin 2011	115 sec
Juillet 2009	228 sec	Juillet 2010	108 sec	Juillet 2011	130 sec	
Août 2009	287 sec	Août 2010	113 sec	Août 2011	138 sec	
Septembre 2009	180 sec	Septembre 2010	94 sec	Septembre 2011	170 sec	
Octobre 2009	232 sec	Octobre 2010	107 sec	Octobre 2011	140 sec	
Novembre 2009	240 sec	Novembre 2010	115 sec	Novembre 2011	138 sec	
Décembre 2009	174 sec	Décembre 2010	118 sec	Décembre 2011	150 sec	
	159 sec					

En 2010, le temps moyen de consultation par visite varie entre **1 et 3 minutes, et entre 2 et 3 minutes** en 2011. Nous pouvons penser que les visiteurs ne quittent pas automatiquement la page et qu'ils trouvent rapidement l'information recherchée. Les visites dépassant rarement les 3 minutes, les internautes ne prennent cependant pas le temps de faire une visite approfondie du site.

Le temps moyen de consultation du site sur l'année 2009, et notamment sur les 6 premiers mois après la refonte du site, ne peut pas être retenu comme significatif car les connexions du webmaster et des membres de l'équipe du Réseau Gérard Cury étaient très fréquentes pour les ajustements à réaliser.

LES 6 PAGES LES PLUS CONSULTÉES - 2011

Calculs statistiques et commentaires :
Agence de communication Trait d'Union, Nancy
www.traitdunion-com.fr

	Janvier 2011	Février 2011	Mars 2011	Avril 2011	Mai 2011	Juin 2011	Juillet 2011	Août 2011	Septembre 2011	Octobre 2011	Novembre 2011	Décembre 2011
1	Fonctionnement du Réseau Grand Nancy	Animation carte lorraine	Fonctionnement du Réseau Grand Nancy									
2	Animation carte lorraine	Animation carte lorraine	Animation carte lorraine	Animation carte lorraine	Fonctionnement du Réseau Grand Nancy	Actualités en gérontologie	Animation carte lorraine	Animation carte lorraine	Animation carte lorraine	Actualités en gérontologie	Actualités en gérontologie	PDF «5mots de Dubois»
3	Évaluation gérontologique	Évaluation gérontologique	Évaluation gérontologique	Évaluation gérontologique	Évaluation gérontologique	Animation carte lorraine	PDF «5mots de Dubois»	PDF «Fiche Ophtalmo CHU Nancy»	PDF «5mots de Dubois»	PDF «RGC - Tome3»	Évaluation gérontologique	PDF «Up and go - test unipodal»
4	PDF «5mots de Dubois»	PDF «5mots de Dubois»	PDF «Up and go - test unipodal»	PDF «Annuaire national des réseaux géronto»	PDF «5mots de Dubois»	PDF «Up and go - test unipodal»	PDF «Fiche Ophtalmo CHU Nancy»	PDF «5mots de Dubois»	Évaluation gérontologique	Évaluation gérontologique	Animation carte lorraine	Actualités en gérontologie
5	PDF «Up and go - test unipodal»	PDF «Up and go - test unipodal»	PDF «5mots de Dubois»	PDF «5mots de Dubois»	PDF «Up and go - test unipodal»	Évaluation gérontologique	Évaluation gérontologique	Actualités en gérontologie	PDF «Up and go - test unipodal»	PDF «5mots de Dubois»	PDF «RGC - Tome3»	Adhérer au réseau
6	Vous êtes un professionnel ?	Actualités en gérontologie	PDF «RGC - Tome3»	PDF «Up and go - test unipodal»	PDF «Annuaire national des réseaux géronto»	PDF «5mots de Dubois»	PDF «Up and go - test unipodal»	Évaluation gérontologique	PDF «RGC - Tome3»	Animation carte lorraine	PDF «5mots de Dubois»	Animation carte lorraine

N.B. : La page d'accueil ne compte pas comme une page à citer.

Tout comme en 2010, les pages les plus visitées sont celles mentionnant **le fonctionnement du Réseau du Grand Nancy, la carte de Lorraine associée et l'évaluation gérontologique**. L'importante consultation de la page du fonctionnement du Réseau du Grand Nancy peut être expliquée par le fait que le site **reseaugcuny.fr** est le **principal référent** du site www.geronto-sud-lorraine.com (cf. les meilleurs sites référents 2011). Cela met donc en évidence un **manque de communication des 3 autres réseaux sur leur propre adresse internet**.

Les actualités et les PDF d'information sont également fréquemment consultés. Il est donc nécessaire de continuer à alimenter régulièrement les actualités du site et de mettre à disposition de nouvelles documentations à télécharger. Nous pouvons remarquer que **l'Annuaire national des réseaux**, mis en ligne durant l'année 2011, revient à plusieurs reprises dans les pages les plus consultées. Les fiches conseils ou les questionnaires type « 5 mots de Dubois » ou « test unipodal » sont également fréquemment consultés. Il est donc important de créer des supports de conseils sur les maladies mais aussi des supports utiles comme l'annuaire.

LES 5 MOTS-CLÉS LES PLUS UTILISÉS - 2011

Calculs statistiques et commentaires :
Agence de communication Trait d'Union, Nancy
www.traitudunion-com.fr

	Janvier 2011	Février 2011	Mars 2011	Avril 2011	Mai 2011	Juin 2011	Juillet 2011	Août 2011	Septembre 2011	Octobre 2011	Novembre 2011	Décembre 2011
1	5 mots de Dubois	5 mots de Dubois	5 mots de Dubois	5 mots de Dubois	5 mots de Dubois							
2	mini GDS	timed up and go test	timed up and go test	mini GDS	timed up and go test	timed up and go test	timed up and go test	timed up and go test				
3	timed up and go test	reseau gerard cuny	timed up and go test	timed up and go test	timed up and go test	mini GDS	mini GDS	timed up and go test	mini GDS	mini GDS	évaluation gériatrique standardisée	mini GDS
4	reseau gerard cuny	timed up and go test	test unipodal	reseau	reseau gerard cuny	reseau gerard cuny	reseau gerard cuny	www.geronto-sud-lorraine.com	reseau	mini zarit	mini GDS	reseau
5	test unipodal	mini zarit	mini zarit	reseau gerard cuny	test de l'horloge	reseau	mini zarit	test de l'horloge	évaluation gériatrique standardisée	hamici nourredine	reseau	test unipodal

N.B. : Les variantes orthographiques ne sont pas comptées dans ce classement. Par exemple, les mots réseau gérard cuny et réseau cuny n'apparaîtront que sous un seul mot-clé.

En 2010 comme en 2011, les principaux mot-clés ne sont plus ceux faisant référence au réseau gériatrique mais ceux faisant référence à des **tests** tels que « les 5 mots de Dubois », le test unipodal ou le test de l'horloge. Les mots-clés « réseau gérard Cuny » ou « réseaulu » n'apparaissent qu'en 4^e ou 5^e position.

Le site Geronto Sud Lorraine est l'un des sites les mieux référencés pour fournir les tests évoqués aux internautes. La présence de ces tests sur le site www.geronto-sud-lorraine.com permet ainsi d'augmenter les visites mais surtout d'augmenter la notoriété du site. Il serait donc intéressant d'alimenter le site avec d'autres documentations, tests et fiches conseils thématiques. En revanche, le fichier PDF des tests s'ouvre directement sans passer par la page d'accueil du site Geronto Sud Lorraine. Nous préconisons donc, pour avoir une meilleure visibilité, de rajouter le bandeau du site Geronto Sud Lorraine en haut de page de chaque PDF ainsi qu'un lien dirigeant vers le site www.geronto-sud-lorraine.com.

LES 5 MEILLEURES ENTRÉES 2011

Calculs statistiques et commentaires :
Agence de communication Trait d'Union, Nancy
www.traitdunion-com.fr

	Janvier 2011	Février 2011	Mars 2011	Avril 2011	Mai 2011	Juin 2011	Juillet 2011	Août 2011	Septembre 2011	Octobre 2011	Novembre 2011	Décembre 2011
1	Page d'accueil	Page d'accueil	Page d'accueil	Page d'accueil	Page d'accueil	Page d'accueil	Page d'accueil	Page d'accueil	Page d'accueil	Page d'accueil	Page d'accueil	Page d'accueil
2	Fonctionnement réseau Grand Nancy	Fonctionnement réseau Grand Nancy	Fonctionnement réseau Grand Nancy	Fonctionnement réseau Grand Nancy	Fonctionnement réseau Grand Nancy	Fonctionnement réseau Grand Nancy	Fonctionnement réseau Grand Nancy	Fonctionnement réseau Grand Nancy	Fonctionnement réseau Grand Nancy			
3	Réseau Gérard Cuny - évaluation gériatrique	PDF «5mots de Dubois»	PDF «Up and go - test unipodal»	Annuaire des réseaux de France	PDF «5mots de Dubois»	Actualités en gériatrie	PDF «5mots de Dubois»	Fiche Ophtalmo CHU Nancy	PDF «5mots de Dubois»	PDF «RGC Tome 3»	PDF «RGC Tome 3»	Adhérer au réseau
4	PDF «5mots de Dubois»	Réseau Gérard Cuny - évaluation gériatrique	PDF «5mots de Dubois»	Réseau Gérard Cuny - évaluation gériatrique	PDF «Up and go - test unipodal»	PDF «Up and go - test unipodal»	Fiche Ophtalmo CHU Nancy	PDF «5mots de Dubois»	PDF «Up and go - test unipodal»	Actualités en gériatrie	Fiche Ophtalmo CHU Nancy	PDF «5mots de Dubois»
5	PDF «Up and go - test unipodal»	PDF «Up and go - test unipodal»	Réseau Gérard Cuny - évaluation gériatrique	PDF «5mots de Dubois»	Annuaire des réseaux de France	PDF «5mots de Dubois»	PDF «Up and go - test unipodal»	PDF «RGC Tome 3»	PDF «RGC Tome 3»	PDF «5mots de Dubois»	PDF «5mots de Dubois»	PDF «Up and go - test unipodal»

La page d'accueil reste la principale entrée du site et la page sur le fonctionnement du réseau du Grand Nancy la seconde entrée. Nous pouvons constater que beaucoup d'entrées se font également par les PDF de documentations tels que les tests, les fiches ou encore l'annuaire des réseaux. Afin d'augmenter le nombre de visites, il est donc important de continuer à référencer les pages sur des sites annexes et de mettre à disposition de la documentation et des conseils sur la prise en charge gériatrique des personnes âgées.

UN NOUVEL OUTIL DE L'ÉVALUATION GÉRONTOLOGIQUE STANDARDISÉE

LE KIT DE DÉPISTAGE OPHTALMOLOGIQUE

E. ABRAHAM¹, C. BEAUDART¹, J.P. BERROD², M. CASILLAS², D. CRAUS¹, J. DECRION¹, A. KUTA¹,
M.A. MANCIAUX², M. MORELOT-ZINGRAFF¹, J.P. SCHLITTE¹

1. Groupe « Réseau » du Collège des Généralistes Lorrains - 54000 Nancy - France
2. Ophtalmologie, CHU de Nancy - 54000 Nancy - France
3. USLD, CHU de Nancy - 54000 Nancy - France

INTRODUCTION

Depuis 2009, les réseaux gériatriques du sud de la Lorraine ont lancé une réflexion pluridisciplinaire autour des déficiences visuelles chez les personnes âgées et leur retentissement dans la vie courante. La première étape de cette démarche a permis un état des lieux de l'importance du problème pour les personnes âgées et des difficultés d'accès aux soins ophtalmologiques. La deuxième étape de ce travail est présentée ici : il s'agit, en collaboration entre généralistes et ophtalmologistes, de construire un outil de dépistage clinique des troubles visuels.

OBJECTIFS

Cet outil vise à intégrer dans l'évaluation gériatrique réalisée par les médecins généralistes à domicile (réseau), en hôpital de jour ou en EHPAD, le dépistage des troubles visuels, l'évaluation de leur retentissement fonctionnel et sur la qualité de vie. Pour les personnes âgées fragiles, il importe d'utiliser à bon escient les ressources de soins et de mobiliser les moyens médicaux-économiques de façon judicieuse. L'accès à la prise en charge ophtalmologique est souvent difficile. L'utilisation du kit vise à faciliter les échanges et la collaboration avec les ophtalmologistes : le dépistage fonctionnel permet de décider dans quelles situations le recours au spécialiste est nécessaire et possible, et d'accompagner les personnes âgées dans les possibilités de prise en charge (opticiens, orthoptistes, ophtalmologistes) et le suivi.

MÉTHODE

L'outil a été conçu par un groupe de travail interdisciplinaire. Les généralistes de ce groupe ont bénéficié d'une mise à niveau de leurs connaissances ophtalmologiques et d'une formation à l'utilisation de l'outil. Ceci-ci a ensuite été testé sur le terrain du réseau, en EHPAD, en USLD, en hôpital de jour et au cabinet d'un médecin généraliste. Les observations réalisées ont permis d'améliorer cet outil en le complétant. Avant la diffusion, l'analyse d'une centaine d'observations permettra de juger de l'ergonomie de cet outil et de sa pertinence.

RÉSULTATS

Description du « kit de dépistage ophtalmologique » :

- L'outil proposé est contenu dans une mallette antichoc ; y sont regroupés plusieurs fiches plastifiées d'aide à l'examen et à la décision (guide technique pour l'examen, conduite à tenir), des dossiers patients comportant des échelles d'évaluation de la qualité de la vision et l'examen clinique.
- Le matériel mis à disposition dans la mallette est le suivant :
 - Deux échelles d'acuité visuelle de près et de loin
 - Une paire de lunettes avec une correction + 3 δ
 - Un ophtalmoscope
 - Un collyre pour la dilatation
 - Une grille d'Amstar.



Kit de dépistage ophtalmologique

CONCLUSIONS

Les premiers résultats d'évaluation du kit portent sur la facilité de son utilisation, l'intérêt en terme diagnostique et thérapeutique pour la médecin généraliste du screening des personnes âgées nécessitant un avis spécialisé à court ou moyen terme.



Ce programme bénéficie d'un financement dans le cadre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) et du Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaire (FNPEIS)



PLAN PERSONNALISE DE SANTE - PPS

SUITE AU BILAN GERONTOLOGIQUE DE :

Nom – Prénom : _____ Médecin traitant : _____
 Adresse : _____ Médecin coordonnateur du réseau : _____
 Date de naissance : ___ / ___ / _____ Date de début du plan : ___ / ___ / _____

1. ORIGINE DE LA DEMANDE

- Par quel acteur ? Personne âgée elle-même Entourage Professionnel libéral
- Service hospitalier ou structure sanitaire Secteur médico-social Autre
- Préciser : _____

2. CRITERES DE FRAGILITE (Un patient est considéré fragile à partir de 3 critères)

CONTEXTE MEDICO-SOCIAL

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Isolement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Pauvreté | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Logement inadapté | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Sédentarité (ne quitte plus son quartier) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Confinement (ne quitte plus son domicile) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Instabilité à la marche | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Incontinence | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Négligence de son corps ou de son environnement
(« Faisait ne fait plus ») | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Déficience auditive mal compensée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Déficience visuelle mal compensée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

CONTEXTE SANITAIRE

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Démotivation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Déclin des fonctions cognitives | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Episodes de confusion | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Episodes de dépression | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Amaigrissement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Déficit nutritionnel avéré | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Poly-pathologie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Poly-médication | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Hospitalisations itératives non programmées | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Chute(s) avec incapacité à se relever seul(e) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

NOMBRE TOTAL DE CRITERES DE FRAGILITE : /20 – **DATE D’EVALUATION :** ___ / ___ / ___

3. RESULTATS DE L’EVALUATION GERONTOLOGIQUE

DATE	TEST	RESULTAT	INTERPRETATION
	I.A.D.L.	/4 ou /16	
	APPUI UNIPODAL Pied gauche Pied droit	> 5 secondes ou < 5 secondes	
		> 5 secondes ou < 5 secondes	
	Test GET UP and Go	/4 et temps nécessaire : secondes	
	MMSE	/30	
	5 mots de Dubois	/10	
	Test de l’horloge	/7	
	Evaluation de la douleur	/10 – oui/non	
	MINI GDS	/4	
	MNA	/30	
	GIR		
	MINI ZARIT	/7	

4. PROPOSITION PLAN DE SOINS SUR AVIS ET/OU PRESCRIPTION DU MEDECIN TRAITANT

EN PLACE		
Intervenants médicaux et paramédicaux	Nom des intervenant	Nature des interventions actions
Infirmier(e) libéral(e)		+ jours + commentaires
SSIAD		
Kinésithérapeute		
Psychologue		
Diététicienne		
Ergothérapeute		
Orthophoniste		
Consultation mémoire		
ORL		
Cardiologue		
Ophtalmologue		
Dentiste		
Hospitalisation de jour		
Hospitalisation en court séjour		
Hospitalisation en SSR		
Hospitalisation à domicile (HAD)		
SMTI (Soins Médicaux Techniques importants)		
EMSP/équipe de soins palliatifs		
Prévention de la Santé		
Education thérapeutique du patient		
<u>Matériel médical :</u> Lit médicalisé Matelas de prévention des escarres Coussin de prévention des escarres Fauteuil roulant, autres...		
Autres (Ex. : IDE visiteuses gérontopsy.)		

PRECONISATIONS	
Intervenants médicaux et paramédicaux	Type d'action ou intervenant préconisé par le réseau
Infirmier(e) libéral(e)	Nature du besoin + date début + Etat + commentaires
SSIAD	
Kinésithérapeute	
Psychologue	
Diététicienne	
Ergothérapeute	
Orthophoniste	
Consultation mémoire	
ORL	
Cardiologue	
Ophtalmologue	
Dentiste	
Hospitalisation de jour	
Hospitalisation en court séjour	
Hospitalisation en SSR	
Hospitalisation à domicile (HAD)	
SMTI (Soins Médicaux Techniques importants)	
EMSP/équipe de soins palliatifs	
Prévention de la Santé	
Education thérapeutique du patient	
<u>Matériel médical :</u> Lit médicalisé Matelas de prévention des escarres Coussin de prévention des escarres Fauteuil roulant, autres...	
Autres (Ex. : IDE visiteuses gérontopsy.)	

5. PROPOSITION DE PLAN MEDICO-SOCIAL

EN PLACE		
Intervenants médico-sociaux / Aides techniques	Nom des intervenants	Nature des interventions ou aides techniques
Aidants naturels ou bénévoles		+ jours + commentaires
Aide ménagère / Auxiliaire de vie		
Portage de repas		
Téléalarme		
Transport adapté		
Adaptation du logement		
Gestion de cas		
<u>Accueil de jour :</u> Maison de retraite Unité Alzheimer		
<u>Hébergement temporaire :</u> Maison de retraite Unité Alzheimer		
<u>Institutionnalisation en EHPAD :</u> Maison de retraite Unité Alzheimer		
Unité d'Hébergement Renforcé (UHR)		
Foyer logement		
Famille d'accueil		
Garde de jour/nuit		
Soutien aidant naturel		
Pharmacie à domicile		
Protection juridique		
Autres		

PRECONISATIONS	
Intervenants médico-sociaux / Aides techniques	Type d'action ou intervenant préconisé par le réseau
Aidants naturels ou bénévoles	Nature du besoin + date début + Etat + commentaires
Aide ménagère / Auxiliaire de vie	
Portage de repas	
Téléalarme	
Transport adapté	
Adaptation du logement	
Gestion de cas	
<u>Accueil de jour :</u> Maison de retraite Unité Alzheimer	
<u>Hébergement temporaire :</u> Maison de retraite Unité Alzheimer	
<u>Institutionnalisation en EHPAD :</u> Maison de retraite Unité Alzheimer	
Unité d'Hébergement Renforcé (UHR)	
Foyer logement	
Famille d'accueil	
Garde de jour/nuit	
Soutien aidant naturel	
Pharmacie à domicile	
Protection juridique	
Autres	

6. SYNTHÈSE

Projet de vie : _____

Accompagnement vers : Maintien à domicile Institutionnalisation Hospitalisation
 Soins palliatifs

Les actions prioritaires : _____

Les difficultés de faisabilité identifiées : _____

7. SUIVI / ACCORD DU MEDECIN TRAITANT

- Réévaluation planifiée :

- 3 mois
- 6 mois
- 9 mois

- Relevé de l'accord du médecin traitant :

- Accord du médecin traitant sur l'ensemble du PPS
- Accord du médecin traitant avec réserve,
Précisions : _____
- Refus du médecin traitant, PPS à revoir,
Précisions : _____

Date et signature
du médecin traitant



Comité de liaison national

« Réseaux de santé Personnes Agées »

Composition, missions et modalités pratiques de collaboration

L'Union Nationale des Réseaux de Santé (UNR Santé), le Groupe « Réseaux » de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) et la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques (FNRG) contribuent, dans le cadre de leurs missions respectives, au développement et à la promotion des réseaux de santé Personnes Agées.

Afin de partager leurs connaissances et expériences, un *Comité de liaison « Réseaux de santé Personnes Agées »* a été créé le 9 décembre 2010.

> OBJECTIFS :

- Constituer un groupe d'échanges à géométrie variable selon la volonté des participants.
- Mutualiser les expériences et compétences respectives.
- Faciliter les échanges entre réseaux de santé Personnes Agées et encourager l'harmonisation de leurs pratiques.
- Etre une interface de communication entre les réseaux de santé Personnes Agées et les pouvoirs publics.

> MISSIONS :

- Promouvoir les réseaux de santé Personnes Agées.
- Représenter les réseaux de santé Personnes Agées au sein d'instances et de groupes de travail.
- Développer une réflexion commune et dialoguer avec les pouvoirs publics sur toute thématique concernant les réseaux de santé Personnes Agées.
- Echanger des informations, documentations et pratiques professionnelles sur des thématiques de travail communes.
- Créer des outils communs.
- Mener des actions communes de communication, sensibilisation, promotion des réseaux.

> MODALITES PRATIQUES DE COLLABORATION

- Organisation de rencontres régulières.
- Secrétariat assuré en alternance par les membres du comité de liaison.
- Création d'une liste de diffusion mails Comité de liaison « Réseaux de santé Personnes Agées ».
- Participations croisées aux groupes de travail organisés par l'UNR Santé, le groupe « Réseaux » de la SFGG et la FNRG.

> PARTICIPANTS

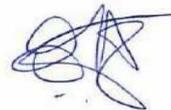
Chaque participant au Comité de liaison représente sa structure d'appartenance et s'exprime en fonction de celle-ci au sein du Comité de liaison.

- Mme le Dr Eliane ABRAHAM, Co-référente du Groupe « Réseaux » de la SFGG, Co-référente du Groupe « Réseaux » du Collège des Gériatres Lorrains, Médecin coordonnateur du réseau Gérard CUNY
- M. le Dr Jean-Yves CESBRON, Président de la FNRG, Président du réseau gérontologique du Saumurois
- M. Jérôme DECRION, Chef de projet, Groupe « Réseaux » du Collège des Gériatres Lorrains
- M. Nicolas DEMARLE, Chargé de mission, Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole, FNRG
- Mme Françoise FREGEAC, Déléguée générale de la FNRG, Responsable organisation des soins/Ingénierie des réseaux de santé pour la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole
- Mme le Dr Marie-Yvonne GEORGE, Présidente du réseau Gérard CUNY
- Mme Solenn GUENEHEC, Chargée de mission, Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole, FNRG
- Vincent HEBRARD, Chargé de mission, Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole, FNRG
- Mme le Dr Marie-France MAUGOURD, Marraine du Groupe « Réseaux » de la SFGG, Présidente de la Fédération des Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France
- M. le Dr Yves PASSADORI, Co-référent du Groupe « Réseaux » de la SFGG, Secrétaire général de la SFGG, Président du Réseau Alsace Gérontologie
- Mme Hélène BAS, Directrice, Fédération des Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France
- Mme le Dr Geneviève RUAULT, Déléguée générale de la SFGG
- Mme Joëlle SERVINS, Coordinatrice du Réseau gérontologique du Saumurois
- M. le Dr Michel VARROUD-VIAL, Président de l'UNR Santé, Président de l'Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète, *ou son représentant*
- *Autre(s) personne(s) qualifiée(s) en fonction de l'ordre du jour de la rencontre.*

Union Nationale des Réseaux de Santé
M. le Dr VARROUD-VIAL



Groupe « Réseaux » de la Société Française de
Gériatrie et de Gérontologie
Mme le Dr ABRAHAM



Groupe « Réseaux » de la Société Française de
Gériatrie et de Gérontologie
M. le Dr PASSADORI



Fédération Nationale des Réseaux
Gérontologiques
M. le Dr CESBRON





3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées

« Les réseaux de santé PA au cœur des évolutions actuelles »

Mardi 24 mai 2011

Centre hospitalier Sainte Anne, 1 rue Cabanis, Paris 14^{ème}

Programme

9h15 : Accueil des participants

9h45 – 10h00 : Introduction de la journée

Dr Eliane ABRAHAM et Dr Yves PASSADORI, référents du Groupe « Réseaux » de la SFGG,
Dr Marie-France MAUGOURD, Marraine du Groupe « Réseaux » de la SFGG

10h00 – 10h40 : Retour des groupes de travail du Groupe « Réseaux » de la SFGG

« Les typologies de réseaux gérontologiques » - M. Jérôme DECRION, Réseaux Gérontologiques de Lorraine
« Le repérage de la fragilité dans un réseau » - Dr Mustapha DRAME, CHU de Reims

10h40 : Pause café

11h00-11h30 : Retour des groupes de travail de la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques

« Les indicateurs d'évaluation des réseaux » - M. Nicolas DEMARLE, FNRG
« Les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens » - Mme Solenn GUENEHEC, FNRG

11h30 – 12h00 : Démarche qualité dans les réseaux : Programmes d'Alerte et de Maitrise pour une optimisation de la prescription médicamenteuse

Pr Armelle DESPLANQUES, Haute Autorité de Santé

12h00 – 12h30 : Echanges avec la salle

12h30 : Déjeuner au FIAP Jean Monnet

14h00 – 15h00 : CLIC, Réseaux, MAIA : hier, aujourd'hui... et demain ?

« Construction des tables tactique et stratégique dans une MAIA, place des réseaux »
Equipe Projet Nationale MAIA, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

« Développement de la coordination dans un CLIC »

Mme Yvelyse ABECASSIS, Association Nationale des Coordinateurs et directeurs de CLIC

« Réflexions autour de l'articulation des équipes des réseaux de santé personnes âgées lors de la mise en place du dispositif MAIA » - Equipe Projet Nationale MAIA, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

15h00 – 16h30 : Débat avec la salle

Modérateurs : Drs Eliane ABRAHAM, Marie-France MAUGOURD, Yves PASSADORI

16h30 : Fin de la journée



Organisation : Groupe « Réseaux » SFGG

Référents : Dr Eliane ABRAHAM et Dr Yves PASSADORI

Marraine : Dr Marie-France MAUGOURD

Renseignements, modalités pratiques :

M. Jérôme DECRION

03 83 45 84 90

projet.reseaugcuny@orange.fr

Numéro de formateur SFGG : 11 75 360 22 75



Réseaux de santé Personnes Agées : quels modèles d'organisation ?

JASFGG – 5 octobre 2011

Groupe de travail « typologie des réseaux »
Rapporteurs : Dr ABRAHAM – Dr PASSADORI – M. DECRION

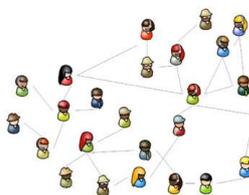
JASFGG - Typologie des réseaux de santé Personnes Agées en France - 5 octobre 2011

Méthodologie

- Définition a priori des critères pouvant décrire chaque modèle de réseaux :

> Aspects organisationnels d'un réseau :

- Structure juridique
- Nature des membres fondateurs, Année de création
- Composition du CA
- Professions des membres du bureau (Président)
- Sources de financement
- Mutualisations avec d'autres structures (nature, types)
- Population couverte (effectifs + de 60 ans, + de 75 ans)
- Nombre de communes et étendue du territoire (et taille aggl. principale, distance / temps de parcours)
- Paysage sanitaire : nombre de MT, structures hospitalières, accès à la filière gériatrique



JASFGG - Typologie des réseaux de santé Personnes Agées en France - 5 octobre 2011

Méthodologie (3)

- A partir de ces critères : définition de variables (items) et des modalités de réponses
- Construction d'un questionnaire de recueil des données, format électronique, hébergé en ligne
- Envoi du questionnaire aux 125 réseaux PA, 3 relances successives
- Codage, analyse des données recueillies

JASFGG - Typologie des réseaux de santé Personnes Agées en France - 5 octobre 2011

Objectifs de travail

- Chaque réseau de santé Personnes Agées s'est construit selon ses opportunités, ressources et contraintes de terrain...

- Deux objectifs :

- > 1 - Repérer a priori les critères pouvant décrire le plus précisément possible chaque typologie de réseaux PA
- > 2 - Puis modéliser la réalité existante par une analyse de ces critères recueillis auprès de chaque réseau



➔ Répondre à la question : « Qu'est ce qu'un réseau de santé Personnes Agées ?? »

JASFGG - Typologie des réseaux de santé Personnes Agées en France - 5 octobre 2011

Méthodologie (2)

> Aspects fonctionnels d'un réseau :

- Ressources salariées / mises à disposition / non salariées
- Origine du signalement
- Existence d'un outil de repérage de la fragilité
- Professionnel(s) réalisant l'évaluation initiale
- Existence d'une EGS * et nature des professionnel(s) la réalisant
- Existence d'une évaluation sociale et nature des professionnel(s) la réalisant
- Nature des professionnels qui proposent / coordonnent le PPS *
- Réalisation de réunions de coordination
- Nature des professionnels qui réalisent le suivi du PPS
- Rythme de suivi du PPS / modalités de suivi
- Implication du réseau dans :
 - Actions de formations
 - Etudes de santé publique
 - Actions d'information et d'éducation pour la santé
 - Elaboration de protocoles / groupes de travail thématique
- Modalités de communication



* EGS : Evaluation Gérontologique Standardisée
* PPS : Plan Personnalisé de Santé

JASFGG - Typologie des réseaux de santé Personnes Agées en France - 5 octobre 2011

Résultats : taux de participation des réseaux

- Période d'étude de 6 mois : avril - septembre 2011

- Participation globale : - 78 réseaux / 125
- 19 régions / 22

Taux de réponses : 62,4 %

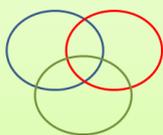


	Nb réseaux PA existants (solicités)	Nb réseaux PA répondant	Taux de participation
Alsace	1	1	100 %
Aquitaine	3	2	66 %
Basse-Normandie	2	2	100 %
Bourgogne	11	3	27 %
Bretagne	7	5	71 %
Centre	2	1	50 %
Champagne-Ardenne	4	3	75 %
Corse	2	1	50 %
Franche-Comté	2	0	0 %
Haute-Normandie	3	2	66 %
Ile-de-France	21	9	43 %
Languedoc-Roussillon	2	1	50 %
Limousin	1	0	0 %
Lorraine	13	12	92 %
Midi-Pyrénées	2	1	50 %
Nord-Pas de Calais	9	7	78 %
PACA	11	7	64 %
Pays de la Loire	4	2	50 %
Picardie	3	0	0 %
Poitou-Charentes	13	11	84 %
Rhône-Alpes	7	6	86 %
DOM	2	2	100 %
Total	125	78	62,4 %

JASFGG - Typologie des réseaux de santé Personnes Agées en France - 5 octobre 2011

Résultats : 1. Les critères communs

Critères renseignés de façon similaire par une majorité de réseaux
Seuil de décision fixé à une majorité de 7 réseaux / 10



JASFGG - Typologie des réseaux de santé Personnes Agées en France - 5 octobre 2011

Résultats : les critères communs en terme organisationnel

Critères	Réseaux concernés (%)
Structure porteuse : Association loi 1901	92
Membres fondateurs :	
- MT	70
- CH / hôpital	70
Composition CA :	
- Professionnels santé libéraux	94
- Ets de santé	83
- Représentants usagers	78
- Ets d'hébergement, services médico-sociaux	77
- Collectivités territoriales	71
Sources de financement : FIQCS	99
Mutualisation :	
- Mutualisation de moyens humains et /ou matériels	70
- Avec une structure médico-sociale (ex. CLIC)	35
- Avec un réseau thématique	28
- Avec un autre réseau de santé PA	22

JASFGG - Typologie des réseaux de santé Personnes Agées en France - 5 octobre 2011

Résultats : les critères communs en terme fonctionnel

Critères	Réseaux concernés (%)	Précisions
Origine du signalement	97 : « tout venant »	
Evaluation Gérontologique S.	85	Par l'équipe opérationnelle
Evaluation sociale	85	
Proposition du PPS	92	
Coordination / mise en œuvre PPS	95	
Réunions coordination patient	96	
Suivi du PPS :	93	
Modalités suivi PPS	91	Par des visites à domicile

JASFGG - Typologie des réseaux de santé Personnes Agées en France - 5 octobre 2011

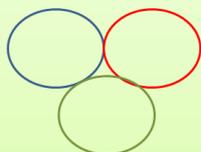
Résultats : les critères communs en terme fonctionnel (2)

Critères	Réseaux concernés (%)	Précisions
Implication dans :		
-des actions de formation	87	Intervenant / promoteur
-des actions d'information / éducation pour la santé	87	
- l'élaboration de protocoles / groupes de travail thématiques	82	
Modalités de communication :		
- Logiciel métier	94	Dépliant de communication
- Supports de communication	95	
	74	Autres supports : publications, bulletin électronique, stands ...

JASFGG - Typologie des réseaux de santé Personnes Agées en France - 5 octobre 2011

Résultats : 2. Les critères spécifiques

Critères renseignés de façon différente selon les réseaux



JASFGG - Typologie des réseaux de santé Personnes Agées en France - 5 octobre 2011

Résultats : critères spécifiques en terme organisationnel

Critères	Réseaux concernés (%)
Sources de financement :	
Une seule source	50
Au moins 3	15
Population couverte (+ de 75 ans) (Moyenne : 11 700 Hab.)	
[1000 ; 6000]	38
[6 000 ; 11 000]	30
[11 000 ; 16 000]	7
Plus de 16 000	17
Distance max. de la commune la + éloignée (aller) (Moyenne : 38 Km)	
[5 km ; 20 km]	19
[20 km ; 35 km]	33
[35 km ; 50 km]	31
Plus de 50 km	18
Temps parcours max. commune la + éloignée (aller) (Moyenne : 46 mn)	
[0 mn ; 20 mn]	9
[20 mn ; 40 mn]	39
[40 mn ; 60 mn]	39
Plus de 60 mn	13
Taille de l'agglomération principale :	
Secteur rural	26
Petite (- de 50 000 hab.)	35
Moyenne (50 à 200 000 hab.)	22
Grosse (+ de 200 000 hab.)	17

JASFGG - Typologie des réseaux de santé Personnes Agées en France - 5 octobre 2011

Résultats : critères spécifiques en terme organisationnel (2)

Critères	Réseaux concernés (%)
<ul style="list-style-type: none"> Nombre de MT sur le territoire : <ul style="list-style-type: none"> [0;100] : 55]100 à 200] : 19]200 à 300] : 12 Plus de 300 : 14 Structure(s) hospitalière(s) sur le territoire : <ul style="list-style-type: none"> CHR / CHU : 42 Hôpital local : 55 Aucun hôpital : 3 Accès à la filière gériatrique labellisée : 60 	

Indicateur non pertinent : nombre de communes ou d'arrondissement couverts (ex : CROISSO6 : 1 commune : Nice...)
Indicateur non exploitable : superficie du territoire couvert (peu de répondants)

JASFGG - Typologie des réseaux de santé Personnes Agées en France - 5 octobre 2011



Résultats : critères spécifiques en terme fonctionnel

Critères	Réseaux concernés (%)	Précisions
<ul style="list-style-type: none"> Equipe des réseaux <ul style="list-style-type: none"> - Médecin : 50 - Directeur / coordinateur : 47 		ETP moyen salarié : 0.78 ETP moyen salarié : 0.83
Ressources humaines non salariées des réseaux	59 %	Psychologues, médecins, infirmiers, diététiciens : vacations, prestations à l'acte, forfaits dérogatoires
Outil de repérage de la fragilité	51 %	Créé par les réseaux
<ul style="list-style-type: none"> Professionnel réalisant l'évaluation sociale <ul style="list-style-type: none"> - Réseau : 41 % - Autre(s) : 59 % 		Autre(s) : CLIC, caisses retraite, communes
<ul style="list-style-type: none"> Rythme de suivi du PPS <ul style="list-style-type: none"> - Annuel : 21 % - Mensuel : 19 % 		

JASFGG - Typologie des réseaux de santé Personnes Agées en France - 5 octobre 2011



Zoom sur les ressources humaines

Fonction	Salariés		Mis à disposition	
	% des réseaux	ETP moyens	% des réseaux	ETP moyens
Secrétaire / Agent d'accueil	81	1.08	8	0.64
Infirmier	77	1.60	12	0.68
Médecin	50	0.78	14	0.36
Directeur / Coordinateur	47	0.83	3	0.47
Psychologue	32	0.53	5	0.37
Assistante sociale	22	0.74	12	0.64
Ergothérapeute	19	0.54	6	0.37
Diététicienne / Conseillère ESF	9	0.61	4	0.83
Chef projets santé publique	6	0.8	0	0

JASFGG - Typologie des réseaux de santé Personnes Agées en France - 5 octobre 2011



Conclusions : 4 modèles se détachent

En valorisant l'approche territoriale des réseaux :

Taille aggl. principale (nb d'habitants)	Population + de 75 ans	Nombre de MT	Accès à Filière gériatrique labellisée (%)	CHU / CHR (%)	Distance de la commune la plus éloignée (km)	Temps parcours max. (mn)
>200 000	> 16 000	> 300	85	92	< 20	40 à 60
50 000 à 200 000]6 000;11 000]]100;200]	87	69	20 à 35	20 à 40
< 50 000	[1000;6000]	< 100	52	22	20 à 50	20 à 60
< 20 000	[1000;6000]	< 100	35	15	> 50	40 à 60

JASFGG - Typologie des réseaux de santé Personnes Agées en France - 5 octobre 2011



Conclusions (2) : Territorialité / ressources humaines des réseaux

ETP moyens par poste selon « le type » de réseau :

Taille aggl. principale (nb d'habitant)	Médecin	Directeur	IDE	Secrét.	AS	Psycho.	Ergo.	Diet.	Total
> 200 000	0,87	0,36	1,36	1,03	0,15	0,25	0,18	0	4,4
50 000 à 200 000	0,58	0,43	1,58	0,75	0,19	0,11	0,12	0	3,9
< 50 000	0,27	0,47	1,23	1,00	0,10	0,17	0,15	0,13	3,6
< 20 000	0,07	0,33	1,08	1,10	0,29	0,23	0,04	0,05	3,3

JASFGG - Typologie des réseaux de santé Personnes Agées en France - 5 octobre 2011



Merci pour votre attention
Et merci à tous les réseaux pour leur implication !!

Groupe de travail « typologie des réseaux »
Rapporteurs : Dr ABRAHAM – Dr PASSADORI
Contact : M. J. DECRION, chef de projets
03.83.45.84.90
projet.reseaucuny@orange.fr

JASFGG - Typologie des réseaux de santé Personnes Agées en France - 5 octobre 2011

Grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité

Cet outil est destiné à l'évaluation rapide du profil de fragilité des personnes âgées. L'évaluation est faite par tout acteur du champ gérontologique formé à l'évaluation de l'outil, à partir de questions posées au senior et/ou à la personne de référence présente ou contactée par téléphone.

La grille n'est pas une évaluation gériatrique, mais dessine un profil de risque de fragilité et donne un signalement des problèmes et des facteurs susceptibles d'influencer le déclin fonctionnel.

Nom & Prénom de la personne

Année de naissance Âge Sexe

Date évaluation	N° Structure	Fonction de l'évaluateur	N° Personne	POIDS (en Kg)	TAILLE (en cm)	Code postal	Statut marital

Volet A	Profil gériatrique et facteurs de risques			Score
	0	1	2	
Age	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Contenance (urinaire et/ou fécale)	Contenance	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)	
Total			 / 26

TOTAL Volet A		
Score ≤ 8 Personne peu fragile	8 < Score ≤ 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile

ANNUAIRE NATIONAL DES RÉSEAUX DE SANTÉ PERSONNES ÂGÉES

Une réalisation du groupe "Réseaux"
de la Société Française
de Gériatrie et Gérontologie



Annuaire édité avec le soutien des laboratoires Novartis



Société
Française de
Gériatrie et
Gérontologie

PRÉSENTATION DU GROUPE "RÉSEAUX" DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉRIATRIE ET GÉRONTOLOGIE

Date de création : le 10 juin 2010 à Paris

Référents : Drs Eliane ABRAHAM (Lorraine)
et Yves PASSADORI (Alsace)

Objectifs :

- ▶ Rassembler les réseaux gérontologiques, les fédérations et les groupements de réseaux gérontologiques autour de thématiques de travail communes, qui intéressent le fonctionnement des réseaux et de leurs équipes opérationnelles.
- ▶ Harmoniser les pratiques, échanges ou créations d'outils communs.
- ▶ Développer des réflexions scientifiques et de santé publique autour des réseaux gérontologiques et des équipes gérontologiques des réseaux multi-thématiques.
- ▶ Créer un espace de dialogue indépendant entre les réseaux gérontologiques au niveau national
- ▶ Organiser des rencontres régulières entre les équipes des réseaux.
- ▶ Être une interface de communication entre les réseaux et les instances nationales (UNR Santé, SFGG, CPGF, etc.).
- ▶ Être un lieu de réflexion, de recherche et d'amélioration des relations partenariales (hôpital, libéraux, usagers, EHPAD, ordres professionnels, tutelles, collectivités territoriales, etc.).

Organisation :

- ▶ 1 à 2 journées de rencontres nationales par an avec un programme en relation avec l'actualité des réseaux.
- ▶ Participation aux journées de la SFGG à raison d'un atelier au minimum.
- ▶ Groupes de travail sur des sujets spécifiques, à développer (exemples : réseau gérontologique et TIC, réseau gérontologique et CLIC, réseau gérontologique et réseau thématique, réseau gérontologique et enseignement, réseau gérontologique et recherche en gériatrie, etc.).
- ▶ Forums de discussion (en relation avec les sites Internet).

Contacts pour le groupe "Réseaux" de la SFGG :

Mme le Dr Eliane ABRAHAM,
référent du groupe "Réseaux" de la SFGG
docteur@reseauagcuny.fr

M. le Dr Yves PASSADORI,
référent du groupe "Réseaux" de la SFGG
passadoriy@ch-mulhouse.fr

Mme le Dr Marie-France MAUGOURD,
marraine du groupe "Réseaux" de la SFGG,
Présidente de la Fédération des Réseaux
de santé Gérontologiques d'Île-de-France
mariefrancemaugourd@regif.org

Le comité de liaison national "Réseaux de santé Personnes Âgées"

Le groupe "Réseaux" de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques (FNRG) et l'Union Nationale des Réseaux de Santé (UNR Santé) sont réunis depuis le 9 décembre 2010 au sein d'un même comité : le comité de liaison "Réseaux de santé Personnes Âgées". Chaque instance y participant contribue au développement et à la promotion des réseaux de santé Personnes Âgées dans le cadre de ses missions respectives.

Les objectifs communs poursuivis sont :

- ▶ Mutualiser les expériences et les compétences respectives.
- ▶ Faciliter les échanges entre réseaux de santé Personnes Âgées et encourager l'harmonisation de leurs pratiques.
- ▶ Être une interface de communication entre les réseaux de santé Personnes Âgées et les pouvoirs publics.

L'ANNUAIRE NATIONAL DES RÉSEAUX DE SANTÉ PERSONNES ÂGÉES

Créé en août 2010, en accord avec chaque réseau gérontologique y figurant, il répertorie l'ensemble des réseaux gérontologiques de France métropolitaine. Cet annuaire est disponible en ligne sur :

- www.alsacegeronto.com : site du réseau Alsace Gérontologie.
- www.geronto-sud-lorraine.com : site des réseaux gérontologiques du sud Lorraine.
- www.freglf.org : site de la Fédération des Réseaux de santé Gérontologiques d'Île-de-France.
- www.sfgg.fr : site de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie.

Il est régulièrement mis à jour. **Vous êtes un réseau gérontologique ?** Vous pouvez nous communiquer tout changement de coordonnées à l'adresse suivante : projet.reseaucuny@orange.fr

Sommaire

1\ Alsace

- Bas-Rhin et Haut-Rhin _4

2\ Aquitaine

- Dordogne _4
- Lot-et-Garonne _4
- Pyrénées-Atlantiques _4

3\ Auvergne

- Pas de réseau

4\ Basse-Normandie

- Manche _4
- Orne _4

5\ Bourgogne

- Côte-d'Or _5
- Nièvre _5
- Saône-et-Loire _5
- Yonne _5

6\ Bretagne

- Côtes-d'Armor _6
- Finistère _6
- Ille-et-Vilaine _6
- Morbihan _6

7\ Centre

- Cher _6
- Indre _6

8\ Champagne-Ardenne

- Ardennes, Aube, Marne et Haute-Marne _7
- Aube _7
- Haute-Marne _7

9\ Corse

- Corse-du-Sud _7

10\ Franche-Comté

- Doubs _7

11\ Haute-Normandie

- Seine-Maritime _7

12\ Île-de-France

- Paris _8
- Paris et Hauts-de-Seine _8
- Seine-et-Marne _8
- Yvelines _8
- Essonne _9
- Hauts-de-Seine _9
- Seine-Saint-Denis _9
- Val-de-Marne _9
- Val-d'Oise _9

13\ Languedoc-Roussillon

- Aude _9
- Pyrénées-Orientales _9

14\ Limousin

- Haute-Vienne _10

15\ Lorraine

- Meurthe-et-Moselle _10
- Meuse _10
- Moselle _10

16\ Midi-Pyrénées

- Ariège _11
- Hautes-Pyrénées _11

17\ Nord-Pas-de-Calais

- Nord _11
- Pas-de-Calais _11

18\ PACA

- Alpes-de-Haute-Provence _12
- Hautes-Alpes _12
- Alpes-Maritimes _12
- Bouches-du-Rhône _12
- Var _13

19\ Pays de la Loire

- Loire-Atlantique et Vendée _13
- Maine-et-Loire _13
- Sarthe _13

20\ Picardie

- Oise _13
- Somme _13

21\ Poitou-Charentes

- Charente _14
- Charente-Maritime _14
- Deux-Sèvres _14
- Vienne _14

22\ Rhône-Alpes

- Ardèche _15
- Drôme _15
- Isère _15
- Loire _15
- Rhône _15

23\ Départements d'outre-mer

- Guadeloupe _15
- Guyane _15
- Martinique _15
- Réunion _15

Newsletter n°1



Société
Française de
Gériatrie et
Gérontologie

Lettre d'information du groupe « Réseaux »
de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

N° 1 – Novembre / Décembre 2011

EDITORIAL

“ Nous avons le plaisir de vous adresser le premier numéro de la newsletter du groupe « Réseaux » de la SFGG. Cette lettre est aussi la vôtre, n'hésitez pas à nous envoyer vos articles, vos communications ou vos annonces d'événements. A très bientôt ! ”

Référents : Dr Eliane ABRAHAM : docteur@reseaucunv.fr / Dr Yves PASSADORI : passadoriv@ch-mulhouse.fr

Marraine : Dr Marie-France MAUGOURD : mfmaugourd@orange.fr

Chef projets : M. Jérôme DECRION : projet.reseaucunv@orange.fr

GROUPES DE TRAVAIL, LES AVANCEES...

« Typologie des réseaux de santé Personnes âgées en France »

Lancé en février 2011, ce travail a pour objectif de décrire de façon précise les **modèles d'organisation et de fonctionnement** des réseaux de santé Personnes Agées en France.

> Les 125 réseaux de santé Personnes Agées recensés au niveau national ont été destinataires de cette enquête par questionnaire ; le taux de participation a été de 62 %. Les résultats finaux ont été présentés le 5 octobre dernier lors des Journées Annuelles de la SFGG.

> Les résultats de cette étude nous permettent de valoriser la place et le rôle de nos réseaux dans le paysage actuel auprès des instances nationales et des tutelles : coordination ville-hôpital, articulation sanitaire et médico-sociale et implication dans la coordination à domicile.

En téléchargement :

[Diaporama de présentation des résultats](#)

Voir particulièrement la dia. n° 9 montrant que la quasi-totalité des réseaux respectent les modalités de prises en charge définies par la circulaire N° DHOS/O2/O3/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ».

« Validation d'un outil de repérage de la fragilité au domicile par les réseaux »

Nous avons projeté depuis plusieurs mois de valider un outil de repérage de la fragilité à domicile, avec l'équipe du Professeur NOVELLA (CHU de Reims).

> Le Dr DRAME a donc déposé une lettre d'intention en septembre pour un PHRC ; le dépôt du dossier (déjà écrit) aura lieu en janvier 2012, pour une réponse en avril 2012 (recherche de financements).

> Entretemps, lors des journées annuelles 2011 de la SFGG, nous avons décidé, avec l'ensemble des réseaux présents, d'utiliser d'ores et déjà **cette grille SEGA modifiée** dans nos réseaux, disponible [sur ce lien](#).

Merci de nous faire part de votre intention de l'utiliser, en vous signalant par email à :

projet.reseaucunv@orange.fr

> Cette recherche de validation d'un support de repérage de la fragilité au domicile est une opportunité pour les réseaux de produire un outil scientifiquement validé, reconnu et partagé par tous au niveau national.

4^{ème}

RENCONTRE NATIONALE

MARDI 29 NOVEMBRE – PARIS LA DEFENSE



> Cette quatrième édition organisée par le groupe "Réseaux" de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie aura pour thème "L'éducation thérapeutique dans les réseaux de santé Personnes Agées".

> En téléchargement :

- [Le programme de la journée](#) (PDF / 342 Ko)
- [Le bulletin d'inscription](#) (PDF / 392 Ko)
- [Le plan d'accès au site](#) (PDF / 156 ko)

> Pour toutes questions sur le déroulement pratique de cette journée, vous pouvez vous adresser à :

M. Jérôme DECRION : 03.83.45.84.90 ou par email projet.reseauqcunv@orange.fr

COMITE DE LIAISON NATIONAL

« RESEAUX DE SANTE PERSONNES AGEES »

Né fin 2010 d'un rapprochement entre le groupe "Réseaux" de la SFGG, la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques (FNRG) et l'Union Nationale des Réseaux de Santé (UNR Santé), il poursuit des objectifs communs. En savoir + : [Fiche d'identité](#) (PDF / 467 Ko).

> 31/10/11 : communiqué de presse du comité de liaison qui a pris connaissance de l'amendement du gouvernement au PLFSS 2012 qui prévoit : "des expérimentations à compter du 1er janvier 2012, pour une période de 5 ans, dans le cadre de projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie..." En savoir plus : [le communiqué de presse](#) (PDF / 60 Ko)

> 9 décembre 2011 : 1^{ère} Etats Généraux des Réseaux de Santé organisés par l'UNR Santé. [inscrivez vous !](#)

PUBLICATIONS, RESSOURCES

> L'annuaire des 125 réseaux de santé Personnes Agées (France Métropolitaine et DOM). Imprimé à plus de 1000 exemplaires, il a été diffusé au niveau national au format papier en juillet 2011.

[Annuaire au format électronique](#) (PDF / 392 Ko)

Nous faire part d'une mise à jour ? [Ecrivez-nous !](#)



> Retour sur...

l'Université d'été Alzheimer éthique et société, Aix-en-Provence, 12 et 13 septembre 2011 : nous avons assisté à cet événement : la qualité des échanges et des intervenants nous ont enchantés. M. Emmanuel HIRSCH a mené les débats avec talent, pertinence mais aussi chaleur et humanité. Nous vous invitons à regarder les échanges [sur le site dédié](#).

> Zoom sur...

Les instances gériatriques et gérontologiques françaises : qui sont-elles ? quelles sont leurs missions et attributions ? [lire l'article](#).

BREVES DU CANAL G_RESO....

Quelques demandes récentes via le canal :

> Le réseau de la Martinique envisage d'intégrer un pharmacien dans son équipe et souhaite solliciter les réseaux ayant une expérience en la matière – Répondre à Mme FANON, cadre de santé : a.fanon@orange.fr

> Le réseau du Pays Charolais souhaiterait savoir si des réseaux sont devenus des GCS et, par ailleurs, obtenir des renseignements de la part de réseaux « qui ont réussi à être reconnu MAIA » – Répondre à Mme BLONDEL, IDE coordinatrice : coordinatrice@rgpc71.fr

Groupe « Réseaux » - SFGG

Date de création : le 10 juin 2010 à Paris

Objectifs :

- Rassembler les réseaux de santé Personnes âgées, les fédérations et les groupements de réseaux
- Mener une réflexion commune sur les moyens et outils de prise en soins des personnes âgées fragiles
- Harmoniser les pratiques, échanges ou créations d'outils communs
- Développer des réflexions de santé publique et scientifiques autour des réseaux
- Créer un espace de dialogue indépendant entre les réseaux pour permettre une interface de communication avec les instances nationales, réfléchir à l'amélioration des relations partenariales (ville-hôpital, libéraux, EHPAD, ordres professionnels, tutelles, collectivités territoriales ...)

Référents : Dr Eliane ABRAHAM : docteur@reseauqcunv.fr
Dr Yves PASSADORI : passadori@ch-mulhouse.fr

Marraine : Dr Marie-France MAUGOURD : mfmaugourd@orange.fr

Newsletter n°1



©2010-2011
Groupe Réseaux SFGG
Tous droits réservés

Tous droits réservés