

EVALUATION INTERNE 2012

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 11
- 4. Structures impliquées dans le réseau – page 12
- 5. Analyse des procédures – page 14
- 6. Activités autres que la coordination – page 15

Partie 2 : Critères spécifiques d'évaluation des réseaux gérontologiques lorrains – page 17

- 1. Critères communs au niveau lorrain – page 17
- 2. Critères spécifiques à chaque réseau – page 24
 - La fonction de proximité et d'appui auprès de la personne âgée – page 25
 - La fonction de pilotage – page 32

Partie 3 : Evaluation financière – page 50

- 1. Nature et montant des dérogations – page 50
- 2. Dépenses par chapitre budgétaire et budget prévisionnel – page 51

Liste des abréviations – page 53

Annexes – page 54

**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 2012 poursuivi par le réseau :**

Objectifs opérationnels	Actions mises en œuvre	Echéancier des actions	Résultats atteints au 31/10/2012
OBJECTIFS SANITAIRES			
Repérer la population âgée présentant des critères de fragilité	Informers les professionnels et non professionnels sur les critères de fragilité via la diffusion d'une communication permanente	En continu sur 2012 Depuis le 1 ^{er} août 2012	- Communication permanente tout au long de l'année lors des rencontres partenariales et aux domiciles des personnes suivies, via le site Internet www.geronto-sud-lorraine.com . - Mise en application du volet A de la grille SEGA comme outil de repérage de la fragilité au domicile, diffusion large auprès des partenaires, notamment dans le cadre de l'expérimentation sur l'art. 70 du PLFSS 2012 pour 3 réseaux ; la grille SEGA est préconisée pour l'ensemble des 13 réseaux de santé PA depuis le 01/08/2012.
	Former les professionnels sur les critères de fragilité en gériatrie	En continu sur 2012	- Diffusion des critères de fragilité dans le cadre de formations : étudiants dentaires, élèves infirmiers, internes en médecine en stage au service d'accueil des urgences, étudiants de DESC Médecine d'urgence, assistants de soins en gérontologie, des médecins préparant la capacité de gérontologie, etc. - Entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2012, 562 nouvelles personnes âgées fragiles ont été adressées au RGC (soit 47/ mois en moyenne).

<p>Coordonner la prise en charge globale des PA à risque de rupture à domicile</p>	<p>Faire des visites à domicile pour Evaluation Gériatologique Standardisée (EGS)</p>	<p>En continu sur 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuite de la réalisation des EGS à domicile : parmi les 562 nouvelles personnes âgées fragiles incluses, 472 ont été des situations de prises en charge qui ont donné lieu à 406 premières visites d'évaluation gériatologique à domicile. - Adaptation des outils d'EGS à domicile selon l'objectif de dépistage retenu et les capacités de la personne, intégration de la grille SEGA.
	<p>Elaborer et suivre la mise en œuvre des Programmes Personnalisés de Santé (PPS) : prendre les RDV, accompagner et partager des informations médicales et sociales</p>	<p>En continu sur 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration, suivi et réévaluation régulière des PPS pour l'ensemble des personnes de la file active : 2 004 personnes du 1^{er} janvier au 31 décembre 2012. - Elaboration d'un cadre commun (aux réseaux de santé PA Lorrains) de diffusion d'un PPS extractible du logiciel patient pour une diffusion simplifiée au médecin traitant par messagerie sécurisée.
<p>Mettre en place un système d'astreinte pour la gestion des situations de crise et pour réduire le nombre d'hospitalisations inutiles et en particulier le recours aux urgences</p>	<p>Renforcer la diffusion et l'utilisation de la Fiche Urgence Lorraine (FUL) auprès des partenaires extérieurs</p>	<p>En continu sur 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'objectif ici est de participer à la permanence des soins en mettant à disposition des informations sur les personnes suivies par le réseau, via la FUL créée automatiquement à partir des données saisies dans le logiciel Logireso* et consultable à tout moment grâce à Internet. - En 2012, elle a été déployée sur 2 nouveaux sites : SOS Médecins et la Maison Hospitalière Saint Charles. Il est également prévu de l'implanter en service de Gériatrie à Brabois, notamment le service de post urgence gériatrique (PUOG). - L'évaluation des connexions réalisée en août 2012 montre que la FUL a été ouverte 91 fois depuis l'extérieur: 68 fois par l'EMLG, 15 fois par les urgences de Central, 6 fois par les urgences de Gentilly : un travail d'incitation auprès des sites utilisateurs se poursuit. - Présentation de la FUL au GCS Télésanté Lorraine afin de prévoir son intégration dans les futurs systèmes d'information interopérables en Lorraine. - Dans le cadre de l'application de l'Art.70 du PLFSS 2012, le RGC a été retenu comme site pilote avec 2 autres réseaux. Sur le module 1 concernant l'amont de l'hospitalisation, la FUL est un des « outils d'aide à la décision médicale » sur lequel s'appuie le programme pour mieux outiller les acteurs du premier recours afin d'essayer de prévenir des hospitalisations évitables.
<p>Faciliter et sécuriser les sorties d'hospitalisation hors urgence</p>	<p>Sécuriser le retour à domicile des personnes âgées fragiles en sortie d'hospitalisation, éviter les ré-hospitalisations.</p>	<p>En continu sur 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les personnes hospitalisées au CHU, ou prises en charge par le service d'accueil des urgences du CHU : travail en collaboration avec l'équipe mobile de liaison gériatrique créée en 2007 : échanges d'informations, prises en charge par le RGC si la personne retourne à domicile (visite à son domicile après sa sortie)

			<ul style="list-style-type: none"> - Pour les personnes hospitalisées hors CHU : échanges avec les assistantes sociale et relais par le RGC, ou visite du RGC directement en clinique pour préparer la sortie du patient si l'établissement n'a pas d'assistante sociale - En 2012, 104 personnes nouvellement incluses (soit 18,5 % des signalements) ont été orientées par les services hospitaliers ou cliniques privées et ont fait l'objet d'une EGS et d'un accompagnement après le retour à domicile. - Dans le cadre de l'application de l'Art.70 du PLFSS 2012, le RGC a été retenu comme site pilote avec 2 autres réseaux lorrains. Sur le module 2 concernant l'aval de l'hospitalisation, le programme projeté sur le territoire du RGC prévoit la création de cellules d'ordonnancement au CHU de Nancy et à la Maison Hospitalière St Charles pour préparer le plus en amont possible la sortie d'hôpital afin d'éviter une ré-hospitalisation précoce
Etre un recours pour la gestion des cas complexes	Recueillir des éléments objectifs sur la situation / Dédramatiser la situation pour permettre de prendre du recul.	En continu sur 2012	<ul style="list-style-type: none"> - Les cas complexes sont gérés avec certains partenaires autour de situations de suivi communes : en 2012, ces situations ont fait l'objet de réunions de travail avec l'équipe APA du Conseil Général, le pôle gérontologique du CCAS Nancy, les CCAS d'autres communes de la CUGN, l'hôpital de jour de la Maison hospitalière St Charles, les gestionnaires de cas MAIA et le service de gérontopsychiatrie du CPN.
	Analyser de façon éthique des cas d'école, échanges pluridisciplinaires autour de lectures de textes.	Depuis 2006, 4 à 6 réunions /an.	<ul style="list-style-type: none"> - En 2012, la commission éthique du RGC s'est réunie 5 fois. Thèmes de travaux en 2012 : analyse de cas cliniques, annonce du diagnostic de Maladies d'Alzheimer ou apparentées, responsabilité et acceptation du risque, présence des animaux aux domiciles de personnes âgées fragiles, qu'est-ce que vieillir dans la dignité, etc.
OBJECTIFS ECONOMIQUES			
Optimiser la prise en charge des personnes âgées fragiles.	Connaître le coût / patient de fonctionnement du réseau.	Dès 2008.	<ul style="list-style-type: none"> - Le rapport entre le coût annuel de fonctionnement du RGC et le nombre de personnes suivies à l'année (file active) permet d'établir un coût par personne : calculé chaque année, il reste en moyenne de 200 € / personne / an.
Limiter les actes médicaux et les examens complémentaires redondants par la transmission d'informations.	Participer à la réalisation du « Dossier Médical Personnel ».	A partir de juin 2012.	<ul style="list-style-type: none"> - Dans la continuité de l'étude Réseau Filière Domicile menée par le GCS télésanté lorraine, à laquelle le RGC a participé activement en 2011, le RGC a intégré le groupe de travail régional animé par l'ARS de Lorraine et le GCS Télésanté Lorraine visant à définir le futur « Schéma Directeur des Systèmes d'Information des Réseaux de santé » mis en place dans le cadre de la restructuration des réseaux de santé.

OBJECTIFS ORGANISATIONNELS

<p>Décloisonner les relations entre les acteurs du réseau pour assurer une prise en charge continue sur toute la trajectoire du patient</p>	<p>Rencontrer les partenaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaître (suivre les évolutions de l'offre sanitaire et médico-sociale) ; - Faire connaître (valoriser le paysage gériatrique de proximité). 	<p>En continu sur 2012.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontres partenariales (nouvelles ou maintien de dynamiques existantes) : <ul style="list-style-type: none"> - ARS de Lorraine (M. BENEVISE, M. VINCENZUTTI, M. le Dr MANGOLA, M. le Dr MORVAN, Mme DIETZ, Mme le Dr GUYOT, M. FUCHS, M. KUBIAK, M. MORAIS) ; - Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Lorraine ; - Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de Meurthe et Moselle ; - Réseau NEPHROLOR (Mme AYAV) ; - Réseau RIRLOR (M. le Pr CHABOT, M. le Dr GUILLAUMOT) ; - HADAN (Mme AUGUSTIN) ; - EMLG de l'hôpital Central ; - GCS Télésanté (M. BADINIER, M. DI FABIO, consultants KLEE Group) ; - MAIA (gestionnaires de cas, pilote sud lorraine) ; - CHU de Nancy (Mme le Pr PERRET GUILLAUME) ; - URPS : Médecins, IDE, Kinés, Pharmaciens ... - SOS Médecins (M. le Dr CARE) ; - Polyclinique Majorelle (Mme ROSSO et service des urgences) ; - CARSAT Nord Est (Mme VERONIQUE, Mme BERTRAND) ; - Commune de Nancy (Mme JURIN) ; - CUGN (Mme ROBERT) ; - Association « un toit, 2 générations » (Mme ROSENFARB) ; - SSR les Elieux (Dr DURTESTE) ; - FIDAL (organisme de formation juridique) ; - Laboratoires LUNDBECK (Mme BOBET) ; - DICSIT Informatique (M. MARCHAL) ; - Les 7 SSIAD du Grand Nancy ; - Congrégation « Les sœurs de l'Alliance » ; - Dispositif Activ'Age (Mme CONVOLTE) ; - Faculté de chirurgie dentaire (Mme le Pr STRAZIELLE) ; - Equipe Spécialisée Alzheimer de l'OHS ; - Plate-forme de répit pour les aidants de l'OHS - Projet Buccobus (M. VILLELA) ; - All Services (M. PECHEY) ; - PARTNERS Solution Informatique (M. BECKER). - Participation à des réunions partenariales : <ul style="list-style-type: none"> - Réunions de constitution du futur Réseau Territorial du Grand Nancy (pilotage) ; - Réunions du groupe d'appui et d'accompagnement des réseaux territoriaux ; - Groupe de réflexion sur les référentiels en oncogériatrie ; - Réunions partenariales MAIA / Réseau CUNY ; - Conférence de territoire 54 ; - Comité national "Avancée en âge" (qualité de vie - prévention de la perte d'autonomie) au Ministère de la Santé.
--	---	-----------------------------	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Participation à des manifestations, colloques, congrès, formations : <ul style="list-style-type: none"> - Colloque « Prévention et vieillissement » organisé par la Fondation Nationale de Gérontologie ; - Etats Généraux de l'Union Nationale des Réseaux de santé ; - 33^{ème} journées annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie ; - Colloque « Vieillesse et intimité » organisé par la Société Gérontologique de l'Est ; - Conférence « Age et solitude » ; - 3^{ème} journée de l'Espace Lorrain d'Ethique à la Santé « La méthode en réflexion éthique » ; - 4^{ème} Journées de formations de l'ANAP « Elaboration d'un diagnostic territorial et accompagnement au déploiement de la démarche » ; - Universités d'Eté sur la coordination des acteurs de santé (Strasbourg) ; - Journée de la Société Gérontologique de l'Est, intervention sur le sujet : « Apport des réseaux de santé des personnes âgées dans le repérage et l'orientation des troubles visuels » ; - Colloque national organisé par le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche de Nancy Lorraine et l'Espace Ethique Alzheimer sur la Maladie d'Alzheimer : « Consentements et assentiments aux soins au quotidien ». - Colloque organisé par l'EN3S / EHESP sur les parcours de soins de la personne âgée en perte d'autonomie à Paris (intervenant) - Participation aux Assemblées générales : <ul style="list-style-type: none"> - Conseil d'Administration de la Société Gérontologique de l'Est ; - Assemblée Générale du réseau NEPHROLOR ; - Colloque des 10 ans de GérontoNord ; - Comité de pilotage et Conseil d'Administration du réseau NEPHROLOR. - Accueil de personnels d'autres réseaux gérontologiques : <ul style="list-style-type: none"> - Domiréseau (Longwy) : Mme le Dr JOLIVALD, nouveau médecin coordonnateur.
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.	Depuis 2010.	<ul style="list-style-type: none"> - Réunions de groupes de travail pour améliorer la coordination sur le terrain des intervenants à domicile : réunions régulières réunissant les 7 SSIAD du grand Nancy dans le cadre de la plateforme d'orientation SSIAD du Grand Nancy (suivi, notamment, des dysfonctionnements via l'analyse de fiches d'évènements indésirables et définition de mesures correctives).
	Relever et analyser les besoins non couverts.	En 2012.	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement de la révision du projet de soins des Sœurs de l'Alliance (revue de son efficience).
Etre moteur dans la coordination des réseaux	Co-animer les réunions du groupe « réseaux » du CGL et piloter la mise en œuvre	En continu sur 2012.	5 réunions menées sur l'année 2012 : <ul style="list-style-type: none"> - Partages d'informations entre les réseaux gérontologiques (nouveau, informations à

<p>gérontologiques au niveau de la région</p>	<p>des activités mutualisées.</p>		<p>diffuser), recherche de mutualisation des réseaux au travers d'un rapprochement régionale de ressources.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mises en place d'outils et de programmes communs en 2012 : <ul style="list-style-type: none"> - Poursuite de l'alimentation du portail Internet commun, renforcement des liens ; - Soutien à la réalisation des auto-évaluations annuelles sur les réseaux sud Lorrains ; - Poursuite du travail de construction d'un modèle de Plan Personnalisé de Santé ; - Mutualisation des modifications à apporter sur le logiciel métier Logiréso ; - 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 ; - 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) ; - Echange avec l'ensemble des réseaux sur le projet de Schéma Directeur des Systèmes d'Informations des Réseaux de Santé. - Continuité du développement de l'installation de la « Fiche Urgences Lorraine » par les réseaux ; - Suivi des 2 programmes inter-réseaux et planification des poursuites régionales sur la thématique du mésusage de l'alcool chez les personnes âgées et sur le dépistage des déficiences visuelles ; - Travail de concertation des réseaux autour du programme Activ'âge de la CARSAT afin de développer l'accès des personnes âgées à la pratique d'une activité physique ; - Préparation du dossier candidature en réponse à l'appel à projet de l'Art. 72 du PLFSS 2012 par le RGC, Resapeg et le réseau sud Meusien ; - Travail de concertation autour de la grille SEGA et mise en application à partir d'août 2012 ; - Travail d'appropriation du guide méthodologique de la DGOS et des 4 cahiers des charges « réseaux territoriaux » publiés par l'ARS Lorraine ; - Réflexions sur l'organisation régionale-réseau en gérontologie : définition des contours du futur Réseau Régional en Gérontologie.
<p>Développer des réflexions et des pratiques communes au niveau national</p>	<p>Co-piloter le groupe « réseaux » de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie</p>	<p>Depuis juin 2010.</p>	<p>Le développement d'outils et de méthodes au niveau national permet au niveau régional et en proximité, de bénéficier de la déclinaison locale d'outils fiables.</p> <p>Les activités et travaux du groupe « réseaux » de la SFGG en 2012 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisation et animation de la 5^{ème} rencontre nationale des réseaux de santé Personnes Agées (90 participants) sur le thème « Bon usage du médicament chez la personne âgée fragile : rôle des réseaux », le 22 mai 2012 ; - Préparation de la 6^{ème} rencontre nationale des réseaux de santé Personnes Agées sur le thème « Venez compléter votre boîte à outils ! », le 20

			<p>novembre 2012 ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Création et tests à domicile de l'outil d'intervention « PMSA Réseaux » : outil sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé à destination des réseaux de santé Personnes Agées pour l'alerte, le recueil et le partage d'informations ; présentation de l'outil à la HAS en novembre 2012 ; - Diffusion nationale de la grille SEGA (Volet A), avec pour objectif de valider un outil de repérage de la fragilité à domicile, en partenariat avec l'équipe du Professeur NOVELLA (CHU de Reims) ; travail qui a fait l'objet d'un dépôt de PHRC fin 2011 non financé, mais a reçu un avis favorable de financement début 2012 par la CARSAT ; - Mise à jour régulière de l'annuaire national des 124 réseaux de santé Personnes Agées et animation du Canal d'échange « G_reso » (canal privé d'échange par emails dédié aux réseaux, utilisé par tous pour communiquer au quotidien) ; - Participation à l'animation du comité de liaison national réunissant l'Union Nationale des Réseaux de Santé, la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques et le Groupe « Réseaux » de la SFGG : représentation auprès des instances nationales, édition de communiqués de presse.
--	--	--	---

OBJECTIFS QUALITES

Participer à la diffusion de l'information sur la prise en charge de proximité des personnes âgées	Recueillir de l'information sur l'existante, la mettre à jour, la diffuser.	En continu sur 2012.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Rencontres de partenaires pour étayer la connaissance du paysage gérontologique de proximité : cf. chapitre « Objectifs organisationnels ;</i> - Diffusion large de ces informations via les annuaires et le portail Internet des réseaux gérontologiques du sud Lorraine : www.geronto-sud-Lorraine.com.
Faciliter les démarches des personnes âgées et de leur famille.	Accompagner les personnes âgées et leurs familles de façon individualisée.	En continu sur 2012.	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnements individualisés des personnes âgées fragiles et leurs familles dans le cadre de la mise en œuvre des PPS.
Susciter et conforter l'intérêt des libéraux à la mise en place et au suivi de référentiels de bonnes pratiques en gérontologie.	Etre acteur dans l'évaluation des pratiques professionnelles pour les professionnels de santé libéraux du secteur.	Second semestre 2012	<ul style="list-style-type: none"> - Avec le groupe national « réseaux » SFGG : <ul style="list-style-type: none"> - Participation à l'élaboration et à l'expérimentation de l'outil « PMSA – Réseaux » à partir des référentiels HAS ; - Présentation de l'outil à la journée PMSA de la HAS le 29 novembre 2012.
Mettre en œuvre des actions d'informations et d'éducation à la santé	Promouvoir des actions d'éducation thérapeutique individuelle du patient et de son entourage.	En continu sur 2012.	<ul style="list-style-type: none"> - Actions ponctuelles et non formalisées d'information de la personne lors des visites aux domiciles (sur les connaissances, attitudes, pratiques de santé, l'environnement de vie au domicile), propositions d'outils de communication sur des thèmes de santé via le site Internet conçu également pour le grand public.
	Promouvoir des actions collectives de formation, d'information.	En continu sur 2012.	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de programmes dans le cadre de la mutualisation régionale (groupe « réseaux » du CGL) : mésusage de l'alcool chez les personnes

			âgées, dépistage des déficiences visuelles, projet de développement de l'accès à l'activité physique.
--	--	--	---

Participer aux formations continues des professionnels de santé et médico-sociaux	Participer à des actions de formation.	En continu sur 2012.	- Interventions lors de formations continues : étudiants dentaires, élèves infirmiers, internes en médecine en stage au service d'accueil des urgences, étudiants de DESC Médecin d'urgence, assistants de soins en gérontologie, des médecins préparant la capacité de gérontologie, étudiantes assistantes sociales, etc.
	Etre un lieu de stage pour les étudiants.	En continu sur 2012.	- Accueil d'Internes en médecine générale, élèves infirmiers de 1 ^{ère} et de 2 ^{ème} année de l'IFSI, étudiants en santé publique.
Développer des actions de recherche en gérontologie et de prévention du mauvais vieillissement, en coopération avec d'autres réseaux de santé Personnes Agées	Participer aux actions mutualisées entre réseaux gérontologiques, co-animer leurs réalisations.	En continu sur 2012.	- <i>Actions menées dans le cadre du groupe « réseaux » du CGL : cf. chapitre « Objectifs opérationnels », objectif « Etre moteur dans la coordination des réseaux gérontologiques au niveau de la région » ;</i> - <i>Actions menées dans le cadre du groupe « réseaux » de la SFGG : cf. chapitre « Objectifs opérationnels », objectif « Développer des réflexions et des pratiques communes au niveau national ».</i>

- **Equipe salariée du réseau :**

Au 31 décembre 2012, 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 :

- 23 médecins traitants ;
- un pharmacien ;
- 2 infirmiers libéraux ;
- 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 2012

Liste des structures adhérentes au réseau au 31 décembre 2012 :

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
AVAD
SSIAD de l'association GARDE
Centre de soins et SSIAD Sainte-Marie
SSIAD GIHP
SSIAD OHS

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

Autres intervenants (par type de prestataires) :	<p>Associations d'aide à domicile :</p> <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 <p>Associations d'usagers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALMA - Alzheimer 54 - Les Amis de la Maison Hospitalière Saint Charles - CODERPA de Meurthe et Moselle - Les Amis des Petits Frères des Pauvres - Association des retraités CFDT 54 <p>Collectivités territoriales :</p> <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>Remarques :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>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> - <i>Les établissements comprenant plusieurs structures règlent une seule cotisation (exemples : OHS qui est un établissement hospitalier mais aussi un SSIAD, AVAD qui est une SAD mais aussi un SSIAD)</i>
---	--

- **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 l'accompagnement 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 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 puis pour chaque étape de l'accompagnement, 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), et avec 72 % des médecins traitants pour plus de 3 de leurs patients.

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 2012 :**

Nature des professionnels formés	Nombre participants	Thèmes des enseignements	Durée
Etudiants de 5 ^{ème} année à la faculté dentaire	50	Santé bucco-dentaire du sujet âgé fragile et nutrition	2h00
Internes en médecine (résidents) en stage au service d'accueil des urgences	20	Organisation de la prise en charge des personnes âgées fragiles, présentation RGC	2 x 1h00
Etudiants de DESC Médecine d'urgence	30	Organisation de la prise en charge des personnes âgées fragiles, présentation RGC	1h00
Assistants de soins en gérontologie	2 x 15	Organisation de la prise en charge des personnes âgées fragiles, présentation 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
Participants au Colloque « Age et Isolement » organisé à Vandœuvre-lès-Nancy	30	Coordination en gérontologie, parcours de santé, parcours de santé, fonctionnement du réseau	2h00
Professionnels en DIU sur l'ETP – CHU de Nancy	50	Coordination des parcours de santé des personnes âgées fragiles / Accompagnement à la création d'un réseau populationnel	1h00
Professionnels en DU « Coordination du parcours de santé » - UNR Santé	20	Coordination des parcours de santé et personnes âgées fragiles	1h00
Professionnels du CHU de Nancy	40	Formation à la prise en charge des personnes en situation de précarité : « La personnes âgée fragile : concept de maintien à domicile impossible ? »	1h00
Professionnels de l'HAS – Place du réseau dans l'interface Hôpital – professionnels du 1 ^{er} recours	40	Présentation des outils de partage de l'information	1h00
Participants au colloque ENS3 / EHESP sur les parcours de soins	100	Intervention sur les parcours de soins	1h00
Universités d'Eté de l'ANAP	80	Intervention sur les parcours de soins	2h00

- **Le réseau CUNY est également lieu de stage. En 2012, le réseau a accueilli plusieurs stagiaires :**
 - o Internes en médecine générale dans le cadre de SASSPAS ;
 - o Elèves infirmiers de 1^{ère} et de 2^{ème} année de l'IFSI ;
 - o Elève en licence AES (Administration, Economie et Sociale).
 - 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 d'une thèse :**
 - o Thèse de médecine générale sur le thème « Personne âgée et mésusage d'alcool » de Madame Anne-Fleur PETITDEMANGE ;
 - o Thèse de chirurgie dentaire sur le lien entre le coefficient masticatoire et l'alimentation des personnes âgées résidant en foyers logements.

- **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 2012)

1.1. Nombre d'inclusions

Nombre de nouvelles personnes signalées répondant aux critères d'inclusion dans le réseau = **562 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 2012, en moyenne, **47 personnes âgées** sont nouvellement incluses dans le réseau par mois sur l'année. Par rapport à 2011, cela correspond à une quasi-stabilité du nombre de nouvelles inclusions (**562 inclusions en 2012 vers 578 en 2011**).

Les 562 nouvelles inclusions sont composées de **472 situations de prises en charge**, 85 situations d'évaluation sans prises en charge et 5 situations d'information / orientation.

Parmi les 562 nouvelles inclusions, 27 personnes ont été des personnes ré-incluses (anciens dossiers clos puis ré-ouverts en 2012), **les autres personnes âgées n'étaient pas connues du réseau**.

Indicateur complémentaire : nombre de fins de prise en charge en 2012 :

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2012, nous avons décompté **394 fins de prise en charge (sorties du réseau), soit 32,8 par mois**.

Tableau synthétique sur les entrées / sorties du réseau en 2012 :

Nombre d'inclusions 2012 (entrées dans le réseau)	Nombre de fins de prise en charge 2012 (sorties du réseau)	Solde entrées / sorties 2012
562 (soit 47/mois)	394 (soit 32,8/mois)	+ 168 (soit 14/mois)

1.2. Nombre de visites initiales

Nombre de premières visites effectuées par un professionnel de santé de l'équipe du réseau : **434 visites**

On prend en compte ici la **première rencontre avec la personne concernée**, qui correspond au début ou à la réalisation de l'évaluation gériatrique globale. On regroupe ici les visites des inclusions 2012 et les visites réalisées en 2012 pour des inclusions en fin d'année 2011.

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

- Premières visites réalisées pour des inclusions 2012 :

Parmi les 562 nouvelles inclusions recensées en 2012, 472 ont été des situations de prises en charge qui ont donné lieu à **406 premières visites d'évaluation gériatrique à domicile**.

Les 66 personnes en situation de prise en charge qui n'ont pas été visitées au 31 décembre 2012 (= 472 - 406), ne l'ont pas été pour plusieurs raisons : 54 personnes incluses dans le réseau seront visitées en 2013 (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 2012), 9 personnes ont été hospitalisées, institutionnalisées ou sont décédées entre l'inclusion et la première visite domicile, 3 personnes n'ont pas pu être évaluées suite à un refus de leur entourage.

- Premières visites réalisées en 2012 pour des inclusions en fin d'année 2011 : 28.

Le nombre total de premières visites à domicile pour évaluation gériatrique s'élève donc à **434 visites**.

1.3. Ratio

Nombre de visites initiales effectuées / Nombre d'inclusions : 406 / 562 = **72,2 %**

Le numérateur retenu est le nombre de visites initiales pour des personnes âgées incluses en 2012. Environ 7 personnes âgées sur 10 incluses dans le réseau en 2012 ont fait l'objet d'une première visite initiale pour la réalisation de leur évaluation gériatrique standardisée (*ratio comparable à 2008, 2009, 2010 et 2011*).

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 31/12/2012 (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 2012** : **2 004 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 2012. 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 gériatriques lorrains pour arriver à une définition consensuelle commune, a été instauré en 2008.

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

La file active du réseau s'accroît en continue depuis **2008** :

File active Année 2008	File active Année 2009	File active Année 2010	File active Année 2011	File active Année 2012
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)	2 004 personnes (+11.8 % 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 + 134 %).

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 2012 (une nouvelle inclusion = une origine de signalement, soit 562).

Origine du signalement	Proportions et effectifs 2012	Proportions 2011	Proportions 2010	Proportions 2009	Proportions 2008
Professionnels libéraux (IDE, médecins traitants, pharmaciens, kinésithérapeute, neurologue, etc.)	24,7 % (139)	21,1 % des signalements	27,0 % des signalements	28,3 % des signalements	27,5 % des signalements
Famille, entourage personnel, personne concernée	27,8 % (156)	30,3 %	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.)	23,7 % (133)	18,7 %	17,3 %	19,1 %	22,7 %
Professionnels des établissements de santé (hôpitaux, cliniques, centres de réadaptation, centres gériatriques, CPN, HAD, HDJ, SSR, etc.)	18,5 % (104)	24,0 %	23,8 %	16,8 %	16,3 %
CLIC/équipe APA (Conseil Général)	3,9 % (22)	3,6 %	6,2 %	7,8 %	3,7 %
SSIAD	1,4 % (8)	2,2 %	1,6 %	0,5 %	0,4 %
Données manquantes	0,0 % (0)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,2 %
Total	562 (100,0 %)	100,00 %	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 2012 provient des médecins traitants : soit indirectement par les familles que les médecins traitants orientent vers le réseau (27,8 %), soit directement (pour 24,7 % car présents en grande majorité dans la catégorie « professionnels libéraux »).

On peut donc dire que **52,5 % des signalements proviennent des médecins traitants**, traduisant leur forte implication dans leur travail avec le réseau sur le Grand Nancy (*chiffre comparable aux années précédentes*).

Le secteur médico-social et social représente 23,7 % des signalements ; ce chiffre est augmentation importante depuis 2011, après la baisse observée entre 2008 et 2010.

Malgré cette année une baisse des signalements provenant du secteur hospitalier, les situations signalées depuis l'hôpital représentent une proportion importante de signalements (près d'un signalement sur 5) 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.

Les inclusions en provenance des CLIC restent en faible proportion, comme toutes les années.

Par ailleurs, **182 nouvelles personnes incluses en 2012, soit 32 % 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 plus de 2 tiers 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 2012 est de 4,4 / 6 pour un GMP à 366. **Ces observations montrent que la population cible du réseau est une population, à l'inclusion et pour sa majorité, en « risque de perte d'autonomie », aussi appelée fragile.**

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 2012 (une nouvelle inclusion = une localisation de la personne âgée à ce moment là) :

Localisation de la personne au moment du signalement	Effectifs et proportions 2012	Proportions 2011	Proportions 2010	Proportions 2009	Proportions 2008
A domicile : appartement, maison, foyer d'hébergement pour personnes âgées, EHPAD, hôtel	92.0 % des signalements (517)	91.2 % des signalements	94.6 % des signalements	91.9 % des signalements	77.9 % des signalements
A l'hôpital : secteur hospitalier, urgences, SSR, USLD, etc.	8.0 % des signalements (45)	8.8 % des signalements	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	0.0 % des signalements	1,4 % des signalements
Total	562 (100 %)	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

Au moment de leur signalement, les personnes âgées **résident 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 (18,5 % en 2012, cf. chapitre 1.5.1.) alors que les personnes nouvellement incluses et provenant de l'hôpital restent minoritaires (8 % en 2012) : **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 2012)

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 2012, pris en charge et ayant fait l'objet d'une visite initiale (n=406).

Délai moyen entre la date d'inclusion et la visite initiale : 36 jours

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

Le délai moyen entre le signalement et la première visite au domicile **est de 36 jours, en augmentation par rapport à 2011 (28 jours)**. Deux raisons principales expliquent l'allongement du délai moyen entre le signalement et la première visite :

- L'arrêt maladie d'un des 2 médecins adjoints depuis août 2012 jusque mi-janvier 2013, non remplacé ;
- Le fait que les signalements au réseau sont volontairement de plus en plus anticipés ; cette recherche d'anticipation voulue par le réseau montre que ce critère de performance, qu'est le délai d'intervention, n'est plus réellement pertinent.

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 réservés systématiquement pour ces situations** nécessitant l'intervention rapide du réseau : **en 2012, 19 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 (2012)	Part des personnes de la file active (2012)	Résultats 2010	Résultats 2010	Résultats 2009	Résultats 2008
1	7	0,3%	0,4%	1,2%	1,6 %	1,8 %
2	10	0,5%	0,9%	2,1%	1,9 %	2,2 %
3	21	1,0%	1,8%	1,7%	2,2 %	2,4 %
4	36	1,8%	1,8%	2,4%	2,5 %	2,5 %
5	34	1,7%	2,1%	3,1%	2,9 %	2,7 %
6 à 10	359	17,9%	20,4%	20,2%	19,4 %	23,2 %
11 à 25	926	46,2%	43,0%	40,6%	40,4 %	41,4 %
26 à 50	432	21,6%	21,4%	21,5%	22,8 %	20,0 %
51 à 100	135	6,7%	6,3%	5,7%	4,9 %	3,1 %
Plus de 100	44	2,2%	1,7%	1,6%	1,4 %	0,7 %
<i>Total</i>	2004	100,0%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

Le nombre moyen d'interventions par personne est de **25 actes en 2012** (vs 23 actes en 2011, 22 en 2010 et 2009 et 19 actes en 2008). Les 135 situations pour lesquelles le réseau est intervenu plus de 50 fois sont 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 :

2012	2011	2010	2009	2008
842 jours	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 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 2012 et prises en charge (472 personnes), tout en excluant les personnes ré-incluses dans l'année en prise en charge au nombre de 19 cette année : soit **453 personnes.**

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

Scores MMSE	Nombre de personnes concernées 2012	Proportions de personnes concernées 2012	Résultats 2011	Résultats 2010	Résultats 2009	Résultats 2008
MMSE < 25	141	57,6 %	124 (53,9 %)	171 (55,3 %)	130 (56,8 %)	128 (58,5 %)
MMSE ≥ 25	104	42,4 %	106 (46,1%)	138 (44,7 %)	99 (43,2 %)	91 (41,5 %)
MMSE non réalisable ou donnée manquante	208	Sans objet	239 (Sans objet)	185 (Sans objet)	124 (Sans objet)	180 (Sans objet)
Total	453	100,0 %	469 (100,0%)	494 (100,0 %)	353 (100,0 %)	399 (100,0 %)

Nombre de personnes incluses ayant un MMSE < 25 : **141**

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

Parmi les personnes âgées avec un dernier MMSE connu, **57,6 % d'entre elles ont un score de MMSE inférieur à 25 lors de leur inclusion, donc pathologique.** Cette proportion est comparable à celles calculées chaque année depuis 2008.

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 2012, 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 : **1 116 / 2 004 = 55,7 %**

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. Par rapport aux années précédentes, ce chiffre est en augmentation** : 52,9 % en 2011, 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 (intérêt d'une étude du « parcours de soins » dans cette population).

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 : **183 / 2 004 = 9,1 %**

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

En 2012, 183 personnes âgées ont été institutionnalisées durant l'année soit 9,1 % de la file active, proportion légèrement en baisse depuis 2009 : 9,9 % en 2011, 11,2 % en 2010 et 11,4 % en 2009. 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 2012, on dénombre 137 décès, dont 62 décès à domicile et 75 en établissement.

	2012	2011	2010	2009	2008
Nombre de décès à domicile / file active	137 / 2 004 = 6,8 %	7,1 %	4,4 %	3,7 %	5,2 %
Proportion de personnes décédées à domicile	62 / 137 = 45,3 %	42,2 %	43,3 %	47,9 %	38,9 %
Proportion des personnes décédées à l'hôpital	75 / 137 = 54,7 %	57,8 %	56,7 %	52,1 %	61,1 %

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

En 2012, 6,8 % 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, **45,3 % sont décédées à domicile** contre **54,7 % en établissement**.

« Au niveau national, en 2009, 25,5% de l'ensemble des décès (137 500) sont survenus à domicile, contre 28,6% en 1990. La proportion de décès à domicile est donc restée sensiblement la même au cours des 20 dernières années ... » (Source : rapport Observatoire National de la fin de vie publié en mars 2013).

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 2012 : **1 615 personnes** (sur les 2 004 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 2012, par rapport au chiffre théorique de fragilité dans la population des plus de 75 ans est égal à : **1 615 / 1 934 = 83,5 %** (75,9 % en 2011, 67,2 % en 2010 et 54,1 % en 2009).
- **Conclusion : 83,5 % 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 31/12/2012).

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

On note d'année en année :

- une stabilité des chiffres présentés, qui montre une population cible bien identifiée sur le territoire, et des missions pour le réseau visibles par les personnes qui alertent le réseau.
- un accès important à une population âgée fragile avec un maintien du nombre de nouvelles inclusions ; **la file active est en progression par rapport aux années précédentes** avec un solde encore positif entre les entrées et les sorties (solde positif d'entrées d'environ 14 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 **200 € environ par personne incluse dans le réseau et par an**, avec en outre une équipe opérationnelle stable.

2. CRITERES SPECIFIQUES A CHAQUE RESEAU

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 31/12/2012.

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	562 inclusions en 2012
300 prises en charge / an	472 prises en charge en 2012
File active de 1 500	File active de 2 004 au 31/12/12

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 de 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 25)**
- **2^{nde} partie : les fonctions de pilotage : 11 fiches d'évaluation (liste des fiches en page 32)**
 - Par un pilotage de proximité au niveau du réseau CUNY : 2 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.) ? » / «Souhaite-t-il recevoir un compte-rendu écrit ? »

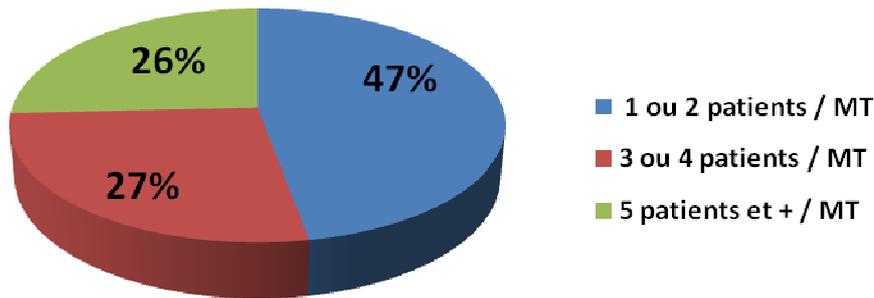
Calendrier réalisé : Réalisation des interviews en continue sur les années 2011 et 2012

Résultats d'évaluation :

Focus sur les résultats de l'enquête sur une période d'un peu plus de 2 ans mois (décembre 2010 à janvier 2013), représentant une analyse portant sur 779 questionnaires (un questionnaire administré au MT au moment de l'inclusion de chaque patient) :

- **225 médecins traitant enquêtés pour 779 nouvelles personnes âgées fragiles incluses et prises en charge** par le RGC : sur 2 ans de fonctionnement ; la Communauté urbaine de Nancy comptant environ 315 médecins traitants, 71 % d'entre eux (225 / 315) ont donc échangé avec le RGC sur la situation de leurs patients au moment de leurs inclusions dans le réseau.
- **D'une façon globale, les attentes des médecins traitants sont :**
 - **Connaître la date de première visite du réseau à domicile pour 72,9 % des situations ;**
 - Connaître la date de chaque nouvelle visite à domicile (VAD de suivi) du réseau pour 23,2 % des situations ;
 - **Avoir un échange téléphonique avec le réseau après la première visite pour 51,5 % des situations ;**
 - Avoir un échange téléphonique avec le réseau après chaque nouvelle visite pour 29,4 % des situations ;
 - **Recevoir un compte-rendu écrit de la première visite du réseau pour 66,0 % des situations ;**
 - **Recevoir un compte-rendu écrit de chaque nouvelle visite du réseau pour 53,7 % des situations.**

- En moyenne, **un médecin traitant a 3,5 patients nouvellement inclus** par le RGC sur la période étudiée ; la répartition du nombre de patients inclus par MT sur la période étudiée est la suivante :



- Parmi les 161 médecins ayant au moins 2 patients accompagnés par le réseau, **146, soit 90 % d'entre eux, ont des attentes différentes en terme d'échanges d'informations selon les patients concernés.**

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 2013 :

- **Développement de nouveaux modes ou de nouveaux supports de communication pour répondre aux attentes des médecins traitants** : mise en application de l'édition automatique de PPS depuis Logiréso pour les médecins traitants.
- Continuité de l'adaptation du réseau gérontologique aux attentes et aux besoins individuels en terme de partage d'informations.
- Meilleure utilisation de la messagerie sécurisée (Apycript et messagerie du GCS telesante) pour le partage d'informations, travaillé avec l'URPS médecins (Dr Gradeler)

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 :	- « 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 gérontologique »
Objectif(s) 2011 de l'action :	- 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 :

- **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 gérontologiques lorrains, nommée « EGS Lorraine » applicable depuis le 1^{er} janvier 2010.
- **Elle comprend :**
 - **Une évaluation clinique « classique » :**
 - > 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, de la prise en charge de la douleur et de ses conséquences fonctionnelles ;
 - > 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) :**
 - > 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 :

- Réalisation des EGS aux domiciles des personnes âgées suivis par le RGC en continu sur l'année 2012

Résultats d'évaluation :

- Au cours de l'année 2012, 562 patients ont été nouvellement inclus dans le RGC, dont 472 en situation de prise en charge et qui, pour 406 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.**
- **Intégration dans l'EGS du volet A de la grille dans l'EGS Lorraine à partir du 1^{er} août 2012**, en remplacement de la grille d'évaluation de la fragilité en 20 critères **(CF.ANNEXE 1)**.
- *Exemple de dispositif de partage avec la filière hospitalière : Fiche Urgence Lorraine : voir fiche ci-après.*

Perspectives 2013 :

- **Poursuite de la réalisation des visites à domicile pour évaluation gérontologique, 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) 2012 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) commune, 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 2012.

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 de réunions partenariales autour de situations (complexes) communes.	Commentaires, plus-value des réunions :
Réalisé : mise en place de réunions partenariales autour de situations (complexes) communes : réunions de travail avec : l'équipe APA du Conseil Général, le pôle gérontologique du CCAS Nancy, les CCAS d'autres communes de la CUGN, l'hôpital de jour de la Maison hospitalière Saint Charles, les gestionnaires de cas MAIA et le service de « gérontopsy » du CPN.	permet de mieux coordonner l'ensemble des intervenants sur ces situations complexes
Réalisé : analyser de façon éthique certains cas : 5 réunions de la commission éthique réalisées en 2011.	

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

Réalisé :

- **Rencontres partenariales** (nouvelles ou maintien de dynamiques existantes) :
 - ARS de Lorraine (M. BENEVISE, M. VINCENZUTTI, M. le Dr MANGOLA, M. le Dr MORVAN, Mme DIETZ, Mme le Dr GUYOT, M. FUCHS, M. KUBIAK, M. MORAIS) ;
 - Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Lorraine ;
 - Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de Meurthe et Moselle ;
 - Réseau NEPHROLOR (Mme AYAV) ;
 - Réseau RIRLOR (M. le Pr CHABOT, M. le Dr GUILLAUMOT) ;
 - HADAN (Mme AUGUSTIN) ;
 - EMLG de l'hôpital Central ;
 - GCS Téléanté (M. BADINIER, M. DI FABIO, consultants KLEE Group) ;
 - MAIA (gestionnaires de cas, pilote) ;
 - CHU de Nancy (Mme le Pr PERRET GUILLAUME) ;
 - URPS Médecins, IDE, Masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens ;
 - SOS Médecins (M. le Dr CARE) ;
 - Polyclinique Majorelle (Mme ROSSO et service des urgences) ;
 - CARSAT Nord Est (Mme VERONIQUE, Mme BERTRAND) ;
 - Commune de Nancy (Mme JURIN) ;
 - CUGN (Mme ROBERT) ;
 - Association « 2 toits, une génération » (M. SECK) ;
 - SSR les Elieux ;
 - FIDAL (organisme de formation juridique) ;
 - Laboratoires LUNDBECK (Mme BOBET) ;
 - DICSIT Informatique (M. MARCHAL) ;
 - Les 7 SSIAD du Grand Nancy ;
 - Congrégation « Les sœurs de l'Alliance » ;
 - Dispositif Activ'Age (Mme CONVOLTE) ;
 - Faculté de chirurgie dentaire (Mme le Pr STRAZIELLE) ;
 - Equipe Spécialisée Alzheimer de l'OHS ;
 - Projet Buccobus (M. VILLELA) ;
 - All Services (M. PECHEY) ;
 - PARTNERS Solution Informatique (M. BECKER).
- **Participation à des réunions partenariales :**
 - Réunions de constitution du futur Réseau Territorial du Grand Nancy ;
 - Réunions du groupe d'appui et d'accompagnement des réseaux territoriaux ;
 - Groupe de réflexion sur les référentiels en onco-gériatrie ;
 - Réunions partenariales MAIA / Réseau CUNY ;
 - Conférence de territoire 54 ;
 - Comité national "Avancée en âge" (qualité de vie - prévention de la perte d'autonomie) au Ministère de la Santé.
- **Participation à des manifestations, colloques, congrès, formations :**
 - Colloque « Prévention et vieillissement » organisé par la Fondation Nationale de Gérontologie ;
 - Etats Généraux de l'Union Nationale des Réseaux de santé ;
 - 33^{ème} journées annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie ;
 - Colloque « Vieillesse et intimité » organisé par la Société Gérontologique de l'Est ;
 - Conférence « Age et solitude » ;
 - 3^{ème} journée de l'Espace Lorrain d'Ethique à la Santé « La méthode en réflexion éthique » ;
 - 4^{ème} Journées de formations de l'ANAP « Elaboration d'un diagnostic territorial et accompagnement au déploiement de la démarche » ;
 - Universités d'Été sur la coordination des acteurs de santé (Strasbourg) ;
 - Journée de la Société Gérontologique de l'Est, intervention sur le sujet : « Apport des réseaux de santé des personnes âgées dans le repérage et l'orientation des troubles visuels » ;
 - Colloque national organisé par le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche de Nancy Lorraine et l'Espace Ethique Alzheimer: « Consentements et assentiments aux soins au quotidien ».
 - Colloque organisé par l'EN3S / EHESP sur les parcours de soins de la personne âgée en perte d'autonomie (intervention lors du table ronde).

- **Participation aux Assemblées générales :**
 - Conseil d'Administration de la Société Gérologique de l'Est ;
 - Assemblée Générale du réseau NEPHROLOR ;
 - Colloque des 10 ans de GérontoNord ;
 - Comité de pilotage et Conseil d'Administration du réseau NEPHROLOR.

- **Accueil de personnels d'autres réseaux gérontologiques :**
 - Domiréseau (Longwy) : Mme le Dr JOLIVALD, nouveau médecin coordonnateur.

Ces fonctions de pilotage se déclinent selon 3 niveaux :

- **Par un pilotage de proximité au niveau du réseau Gérard CUNY – page 33 :**
 - o La commission éthique – *voir fiche*
 - o La plateforme d'orientation SSIAD du grand Nancy – *voir fiche*

- **Par un pilotage inter-réseaux gérontologiques au niveau Lorrain – page 36 :**
 - o Le groupe « réseaux » du Collège des géiatres Lorrains - *voir fiche*
 - o Fiche Urgence Lorraine - *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*
 - o Expérimentation de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de soins des personnes âgées à risque de perte d'autonomie visant à prévenir l'hospitalisation et à favoriser la gestion de leur sortie d'hôpital, en application à l'article 70 de la LFSS 2012 – ***voir nouvelle fiche***

- **Par un pilotage inter-réseaux gérontologiques au niveau national – page 48 :**
 - 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) 2012 de l'action :	- Organiser la mise en place et animer 4 réunions de la commission éthique dans l'année
<p>Description de l'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 : <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. - 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. - Elle se compose de 23 membres d'origine professionnelle diversifiée, qui ne représentent pas la structure dont ils proviennent mais ont un engagement personnel dans une réflexion éthique partagée en gérontologie : 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. 	
Calendrier réalisé :	Au cours de l'année 2012, la commission s'est réunie 5 fois .
<p>Résultats d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'objectif prévu de réunir 4 fois la commission dans l'année est dépassé avec 5 regroupements réalisés en 2012. - 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. - La participation de ses membres aux différentes réunions sur l'année est satisfaisante, avec une présence moyenne de 8 d'entre eux. - Les questions traitées et débattues lors de cette année 2012 ont porté sur : <ul style="list-style-type: none"> - Analyse de cas cliniques ; - Annonce du diagnostic de Maladies d'Alzheimer ou apparentées ; - Responsabilité et acceptation du risque ; - Présence des animaux aux domiciles de personnes âgées fragiles ; - Le vieillissement dans la dignité. 	
<p>Perspectives 2013 :</p> <p>Poursuivre l'organisation et l'animation de 4 réunions de la commission éthique sur l'année 2013, proposer à d'autres intervenants de rejoindre ponctuellement la commission selon la thématique abordée.</p>	

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) 2012 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 sur les années 2010 et 2011 : 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. 	
Calendrier réalisé :	Année 2012 : fonctionnement permanent de la plateforme, évaluation en continu.
Résultats d'évaluation 2012 :	
<ul style="list-style-type: none"> - 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 évènements indésirables et des solutions apportées, optimisation progressive de la qualité gériatrique de la réponse, réunions régulières de concertation inter-SSIAD et rencontres partenariales : <ul style="list-style-type: none"> - Réunions inter-SSIAD : 4 réunions sur l'année 2012 (11 mai, 3 juillet, 18 septembre et 11 décembre) : <ul style="list-style-type: none"> • Echanges autour des fiches d'évènements indésirables et définition de mesures correctives, échanges à partir d'états réguliers du nombre de places disponibles en SSIAD ; • Etude des demandes en SSIAD selon les communes concernées afin de fluidifier les réponses apportées ; • Audit sur la proportion de prises en charge en SSIAD non concernées par une prise en charge 7 jours / 7 ; • Mobilisation autour du projet sur l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation des soins ; • Concertation sur l'évaluation de l'activité 2011 de la plateforme et préparation des communications à l'ARS. 	

- **Rencontres partenariales : rencontre des assistantes sociales du CHU de Nancy le 2 février 2012 et de l'équipe du SSR les Elieux le 23 octobre 2012** : présentation de la plateforme, de ses objectifs et intérêts, présentation du logigramme d'inclusion et du scripte d'analyse, travail sur les modalités du partenariat.

- **Synthèse de l'activité 2012 de la plateforme :**

- **376 dossiers patients signalés et instruits** : femmes pour les 2 tiers, 81 ans de moyennes d'âge, 62 % d'entre eux étant à domicile au moment de la demande (et 38 % en établissement hospitalier).
- Nature des besoins infirmiers : 100 % de toilettes (critère d'inclusion), 64 % de préparation et d'administration de traitements, 25 % de pansements et 20 % d'injections.
- Sur les 376 demandes instruites par la plateforme : 62,2 % de prises en charge par les SSIAD, 10,1 % d'orientation hors SSIAD (IDEL, HAD, SAD, RGC, etc.), 19,4 % de patients décédés ou hospitalisés au cours de l'instruction, 5,3 % de refus de prise en charge et 2,7 % d'autres situations d'abandon de dossiers.
- Gain progressif de pertinence des demandes d'entrées en SSIAD, bonne accessibilité à la plateforme par la pluralité des professionnels demandeurs (ou prescripteurs), travail en lien avec les IDE libéraux.
- **Harmonisation progressive des taux d'occupation des lits de SSIAD, réorientation des patients ne présentant pas les critères d'inclusion en SSIAD.**

Perspectives 2013 :

- Premier trimestre 2013 : évaluation de la troisième année de fonctionnement de la plateforme, présentation des résultats à l'ARS en mars 2013.
- **Projet de migration du Logiciel métier Attentum SSIAD et des dossiers patients pris en charge en SSIAD vers Imad, guichet unique des demandes d'admission, hébergement des données par le GCS Télésanté** : accord du Bureau du RGC, en attente des arbitrages ARS pour les systèmes d'information des réseaux.

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) 2012 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"> - 12 réseaux gérontologiques Lorrains : Domi Réseau – Longwy, Gérard Cuny – Nancy, 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 ; - A noter que le CA du réseau de Briey (Maill'age) a décidé de ne plus autoriser son équipe opérationnelle à faire partie du groupe réseaux) - Et des membres invités : ARS, Conseil Général, juriste, informaticien, etc. <p>Le Groupe Réseaux a élu 2 référentes (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 2012, le groupe « Réseaux du CGL » s'est réuni 5 fois : 19 janvier, 15 mars, 21 juin, 18 octobre et 6 décembre.
Résultats d'évaluation : les actions du groupe « Réseaux du CGL » :	
<ul style="list-style-type: none"> - Partages d'informations entre les réseaux gérontologiques (nouveauautés, informations à diffuser), recherche de mutualisation des réseaux au travers d'un rapprochement régionale de ressources. - Mise en place d'outils et de programmes communs : <ul style="list-style-type: none"> - Poursuite de l'alimentation du portail Internet commun, renforcement des liens ; - Soutien à la réalisation des auto-évaluations annuelles sur les réseaux sud Lorrains ; - Poursuite du travail de construction d'un modèle de Plan Personnalisé de Santé ; - Mutualisation des modifications à apporter sur le logiciel métier Logiréso ; 	

- Engagement de la réflexion et des démarches pour l'évolution des réseaux territoriaux et des réseaux régionaux à la demande de l'ARS de Lorraine ;
- 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) ;
- Echange avec l'ensemble des réseaux sur le projet de Schéma Directeur des Systèmes d'Informations des Réseaux de Santé.
- Continuité du développement de l'installation de la « Fiche Urgences Lorraine » par les réseaux ;
- Suivi des 2 programmes inter-réseaux et planification des poursuites régionales sur la thématique du mésusage de l'alcool chez les personnes âgées et sur le dépistage des déficiences visuelles ;
- Travail de concertation des réseaux autour du programme Activ'âge de la CARSAT afin de développer l'accès des personnes âgées à la pratique d'une activité physique ;
- Préparation du dossier candidature en réponse à l'appel à projet de l'Art. 70 du PLFSS 2012 par le RGC, Resapeg et le réseau sud Meusien ;
- Travail de concertation autour de la grille SEGA et mise en application à partir d'août 2012 ;
- Travail d'appropriation du guide méthodologique de la DGOS et des 4 cahiers des charges lorrains publiés par l'ARS ;
- Réflexions sur l'organisation régionale-réseau en gérontologie : définition des contours du futur Réseau Régional en Gérontologie.

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 ;
- Mise en œuvre de stratégies au niveau régional, travail en inter-réseaux multithématiques.

**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) 2012 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. - Intégrer la FUL dans les futurs systèmes d'information interopérables en Lorraine.
---------------------------------------	--

Contexte :

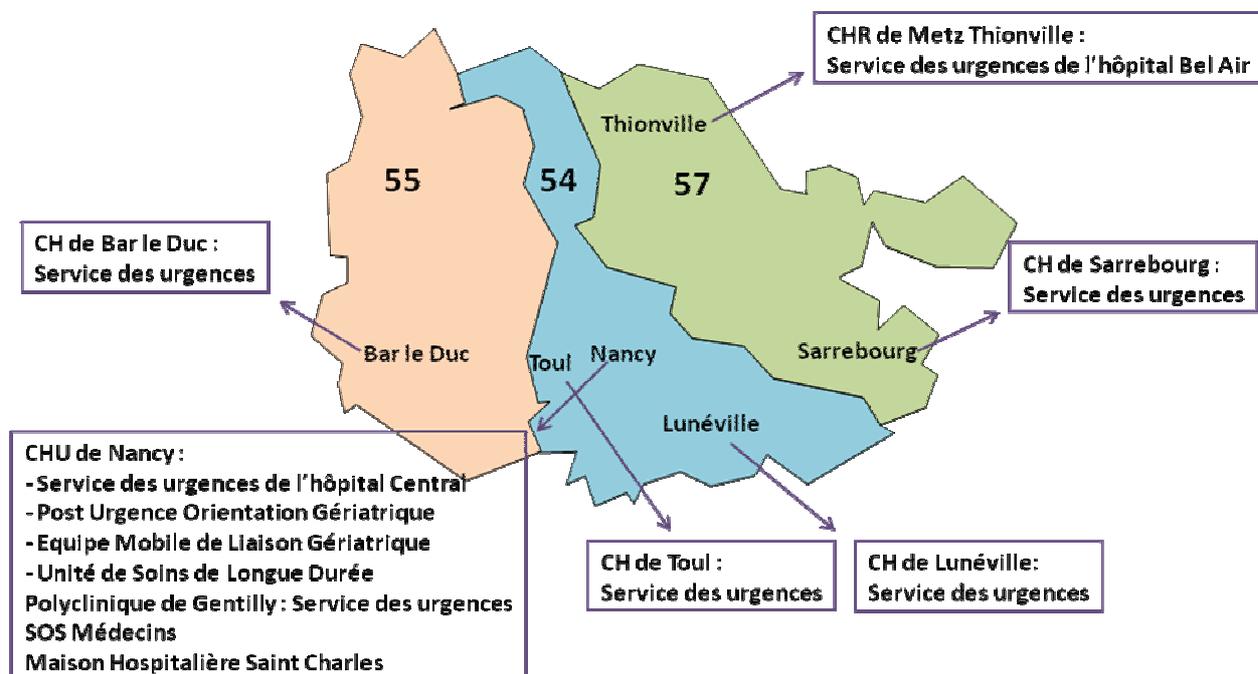
- Les réseaux gérontologiques ont développé en 2009 avec la société informatique DICSIT **une fiche de synthèse des données-patients à destination des urgences afin de participer à la permanence des soins en mettant à disposition des services d'urgences des informations sur les patients suivis par le 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.
- En 2011, la procédure d'implantation a été diffusée à l'ensemble des 11 réseaux gérontologiques, certains réseaux ont pu bénéficier d'un appui pour son implantation locale ; fin 2011, la FUL était implantée par 5 réseaux dans les services d'urgence : Bar le Duc, Lunéville, Nancy, Sarrebourg et Thionville. Le groupe « réseaux » du CGL a également acté 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.

Calendrier réalisé en 2012 :	<ul style="list-style-type: none"> - Continuité de mobilisation de nouveaux sites utilisateurs, amélioration la coordination ville-hôpital à l'occasion de toute consultation d'une FUL par un urgentiste ou médecin hospitalier. - Poursuite du travail de collaboration avec le GCS Télésanté. - Première évaluation des connexions sur le premier semestre 2012.
-------------------------------------	--

Résultats d'évaluation :

- En 2012, sur le territoire de **Nancy, la FUL a été déployée sur 2 nouveaux sites : SOS Médecins et la Maison Hospitalière Saint Charles.** Il est également prévu de l'implanter en service de Gériatrie à Brabois. **Sur Toul, le réseau l'a également mise en place au niveau des services d'urgences du Centre Hospitalier.**
- L'évaluation des connexions réalisée en août 2012 **(CF.ANNEXE 2) montre que la FUL a été ouverte 91 fois depuis l'extérieur**: 68 fois par l'EMLG, 15 fois par les urgences de Central, 6 fois par les urgences de Gentilly : un travail d'incitation auprès des sites utilisateurs se poursuit.
- Présentation de la FUL au GCS Télésanté Lorraine afin de prévoir **son intégration dans les futurs systèmes d'information interopérables en Lorraine.**

- Dans le cadre de l'application de l'Art.70 du PLFSS 2012, le RGC a été retenu comme site pilote. Sur le module 1 concernant l'aval de l'hospitalisation, la FUL est un des dispositifs sur lequel s'appuie le programme pour mieux outiller les acteurs du premier recours afin d'essayer de prévenir des hospitalisations évitables.
- Visuel des sites d'implantation de la FUL au 31 décembre 2012 : 12 sites sur 6 des 13 territoires des réseaux de santé Lorrains :



Perspectives 2013 :

- Continuer à augmenter le nombre de nouveaux utilisateurs dans les services d'urgence et les services hospitaliers et poursuivre la communication autour de ce dispositif afin d'augmenter le recours à la FUL, notamment sur les sites participants à l'expérimentation Article 70 : Nancy, Toul et Bar le Duc.
- Poursuivre le travail de collaboration avec le GCS Télésanté pour l'intégration de la FUL dans les futurs systèmes d'information interopérables en Lorraine.

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, 2011 et 2012 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, 2011 et 2012 : utilisation de cet outil par les réseaux 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 annuelles.
<p>Résultats d'évaluation 2012 :</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). - Allègement du soutien de cet appui à certaines équipes au fur et à mesure du développement de leur savoir-faire en terme d'évaluation (Réseau Sud Meusien) / Au contraire, appui renforcé à certains réseaux suite à des changements de personnels au sein de l'équipe (Réseau du Sel, Vermois et Grand Couronné). 	
<p>Perspectives 2013 :</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 des CPOM des futurs réseaux territoriaux 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 :	- Participer à la diffusion de l'information sur la prise en charge de proximité des personnes âgées
Objectif(s) 2012 de l'action :	- Créer et tenir à jour régulièrement un annuaire et une cartographie régionale des réseaux de santé Personnes Agées 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. - En 2011 : mises à jour régulières de l'annuaire et de la cartographie des secteurs d'intervention des réseaux 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. <p>Description de l'action 2012 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mises à jour régulières de l'annuaire et de la cartographie des secteurs d'intervention des réseaux et mises en ligne sur www.geronto-sud-lorraine.com (dans des rubriques spécialement dédiés) ; la dernière version de la cartographie des secteurs d'intervention des réseaux a été établie le 14 décembre 2012 (CF.ANNEXE 3) : elle intègre le nouveau secteur du réseau du sud Meusien qui, suite à sa fusion avec le réseau Diabète, a été amené à s'étendre sur le canton de Commercy (qui auparavant était en zone blanche). 	
Calendrier réalisé :	- Mises à jour de l'annuaire et de la cartographie, mises en ligne et diffusion en continu sur l'année 2012.
<p>Perspectives 2013 :</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 2013 (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) 2012 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 Reseau.lu.
- 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 2012 : mises à jour régulières du site, alimentation progressive, évolution du site selon les changements survenus au sein des réseaux.
-----------------------------	--

Résultats d'évaluation 2012 :

- **Mises à jour régulières d'informations :** publications et productions des réseaux, évènements, actualités, articles, appels à projets, annuaires, cartographie, formation médicale continue, référentiels, création de nouveaux liens avec d'autres sites Internet ; **le site est mise à jour au moins 1 fois par semaine en moyenne.**
- Fin 2012, suite à la **création du Réseau de Santé du Sud Meusien** (anciennement réseau Age et Santé fusionné avec le réseau diabète) : changement de l'ensemble de la communication sur la présentation du réseau (missions, fonctionnement, équipe, secteur d'intervention, etc.)
- **Statistiques 2012 de consultation du site Internet** (et comparaison avec 2009, 2010 et 2011) :

	Année 2012	Année 2011	Année 2010	Année 2009
Nombre de visiteurs dans l'année	86 319 visiteurs	78 517 visiteurs	56 277 visiteurs	17 147 visiteurs
Nombre moyen de pages consultées par visite	2,7 pages	2,5 pages	2,8 pages	<i>Le générateur de données statistiques de 2009 ne permet pas d'obtenir cette donnée</i>
Temps moyen passé à consulter le site par visite (en secondes)	116 secondes	133 secondes	113 secondes	<i>Non représentatif</i>

Perspectives 2013 :

- En janvier 2013, pour les pages concernant le Réseau de Santé du Sud Meusien (R2SM) : changement des couleurs de leur charte graphique, des animations flashs comprenant le nom logo, des rubriques liés au R2SM).
- **Participation au groupe de travail « Portail des Réseaux » mis en place par le GCS Télésanté** dans le cadre de la mise en œuvre du Schéma Directeur Régional des Systèmes d'Informations des Réseaux de Santé lorrains : **étude du rapprochement du site vers un portail Internet commun à l'ensemble des réseaux Lorrains** (gain de lisibilité pour l'utilisateur).

Intitulé de l'action :

Programme « Personne âgée fragile et déficiences visuelles »

<p>Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :</p>	<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.
<p>Objectif(s) de l'action :</p>	<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.
- **En 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.
 - **Recherche de modélisation d'un contenu de formation « minimale » en ophtalmologie et d'un kit de pré-screening**, test du kit d'ophtalmologie auprès d'un échantillon de patients (utilisation du kit à domicile, en hôpital de jour, en EHPAD ou en USLD).

<p>Calendrier réalisé :</p>	<p>Programme mené en continu sur l'année 2012.</p>
------------------------------------	--

Résultats d'évaluation 2012 :

- **Modélisation du kit ophtalmologique** : tenue de la dernière réunion du groupe de travail participant à l'expérimentation le 24 mars 2012 : présentation des résultats des repérages réalisés auprès de la population cible, finalisation du contenu du kit ophtalmologique ; création de nouvelles fiches contenues dans le kit : indications d'orientation du patient vers un orthoptiste, conduites à tenir et indications d'orientation du patient vers un ophtalmologiste.
- **Résultats synthétiques d'évaluation** :
 - Evaluation qualitative globale :
 - Facilité d'utilisation du kit ophtalmologique ;
 - Nouvel outil de l'EGS ;
 - Intérêt du screening pour le médecin gériatre en terme diagnostique et thérapeutique, nécessitant un avis spécialisé à court et moyen terme.
 - Echantillon concerné par l'expérimentation : 30 patients vus par le groupe, 63 % femmes / 37 % hommes, âge moyen 81,5 ans (min = 70, max = 90), lieux de dépistage : 47 % EHPAD (14), 33 % HDJ (10), 20 % domicile (6).
 - **Décisions d'orientation et d'accompagnements proposés pour les 30 patients tests** :
 - 10 patients (soit 33 %) orientés vers un ophtalmologiste, justifiant bien d'une telle consultation : **gain du dépistage** ;
 - 3 patients (soit 10 %) justifiant d'une orientation autre que vers un ophtalmologiste : **gain sur la pertinence de l'orientation**
 - 17 patients (soit 57 %) ne justifiant pas d'une prise en charge ophtalmologique spécifique : **évitements de consultations ophtalmologiques non justifiées ?**
 - Pondération des scores d'acuité visuelle par les retentissements sur les activités du quotidien.
 - **Communication sur l'expérimentation** : présentation de l'expérimentation lors de la journée du 29 novembre 2012 organisée par la **Société de Gérontologie de l'Est**. Intitulé de l'intervention : « Déficiences visuelles et personnes âgées fragiles : apport des réseaux de santé des personnes âgées dans le repérage et l'orientation des troubles visuels »
 - **CF ANNEXE 4.**

Perspectives 2013 / 2014 :

- **Projet d'extension 2013 / 2014 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) 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.
- **Travail mené en 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 (20 critères issus de l'étude PAQUID, puis actualisation avec ceux de la grille SEGA), les résultats synthétiques de l'EGS Lorraine, la proposition de PPS et sa synthèse présentant le projet de vie, les actions prioritaires et les difficultés de faisabilité identifiées.
 - Pour la mise en application de ce modèle sur Logiréso : étude avec DISCIT informatique des modalités d'extraction de données.

Calendrier réalisé :

Préparation de l'intégration du modèle de PPS dans Logiréso : Premier semestre 2012

Résultats d'évaluation 2012 :

- **Elaboration d'un premier modèle d'édition automatique du PPS à partir de la proposition des réseaux, sur la version web de Logiréso : LORISEO.NET.**
- **Mise en place d'une simulation opérationnelle et financière de migration des données patient de la version actuelle de Logiréso vers LORISEO.NET.**
- A ce jour, le projet d'édition automatique du PPS depuis Logiréso est en pause : le réseau CUNY n'a pas, pour l'instant, la possibilité de passer à la version Web de Logiréso, l'ARS devant arbitrer, suite à l'aboutissement du travail mené par le GCS Télésanté, le choix des systèmes d'informations des réseaux de santé.

Perspectives 2013 :

- En fonction des conclusions et propositions de l'ARS de Lorraine et du GCS Télésanté sur les systèmes d'informations des réseaux, le RGC pourrait se doter de LOGIRESO.NET qui permettra notamment, l'édition automatique de PPS paramétrés selon le modèle voulu par les réseaux de santé Personnes Agées.

Intitulé de l'action :

Expérimentation de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de soins des personnes âgées à risque de perte d'autonomie visant à prévenir l'hospitalisation et à favoriser la gestion de leur sortie d'hôpital, en application à l'article 70 de la LFSS 2012

Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :	<ul style="list-style-type: none">- Développer des actions de recherche en gérontologie et de prévention du mauvais vieillissement, en coopération avec d'autres réseaux de santé Personnes Agées.
Objectif(s) de l'action	<p>Sur 3 territoires expérimentaux (Sud Meuse, Toulous et agglomération nancéienne) :</p> <ul style="list-style-type: none">- Mieux outiller les acteurs du premiers recours (médecins traitants et services d'urgences) pour essayer de prévenir des hospitalisations évitables (module 1 de l'expérimentation) ;- Préparer le plus en amont possible la sortie d'hôpital pour améliorer la gestion de la sortie et les suites d'une hospitalisation : contribuer à la fluidité de la prise en charge entre le séjour hospitalier et le retour à domicile (module 2 de l'expérimentation).
Contexte de l'action : <ul style="list-style-type: none">- Le parcours de la personne âgée fragile a été au cœur des débats sur la dépendance lors du 1er semestre 2011 ;- Le rapport "Assurance Maladie et perte d'autonomie" publié par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) fin 2011 a défini des pistes d'optimisation de la prise en charge de la perte d'autonomie des PA et a proposé d'expérimenter de nouveaux modes d'organisation dans une approche transversale et continue de parcours, au travers de projets pilotes financés sur l'enveloppe "risque" de l'Assurance Maladie.- A partir du cahier des charges de l'expérimentation, l'ARS Lorraine s'est positionnée début 2012 en tant que porteur de projets, en partenariat avec les Organismes Locaux d'Assurance Maladie ; trois réseaux de santé Personnes Agées de Lorraine (Réseau CUNY, Réseapeg et Réseau de Santé de Sud Meusien) ont souhaité se proposer comme sites pilotes opérationnels.- Déposé courant janvier 2012, le dossier de candidature soutenu par l'ARS de Lorraine a été retenu au printemps 2012.	
Calendrier réalisé :	<ul style="list-style-type: none">- Préparation du dossier de candidature : dépôt en janvier 2012, réponse positive au printemps 2012 ;- Définition des instances de gouvernance : été 2012 ;- Réunion de lancement de l'expérimentation : 28 septembre 2012 ;- Premières réunions des différents groupes de travail et des instances de pilotage / Préparation des modalités d'évaluation (tableaux de bord) / Réalisations des diagnostics de santé territoriaux : second semestre 2012.
Résultats d'évaluation 2012 : <ul style="list-style-type: none">- Définition des instances de gouvernance à partir des recommandations formulées par l'ANAP : composition, objectifs et modalités de fonctionnement des différentes instances : Equipe des porteurs de projet (EPP), Equipe de Pilotage Opérationnel du projet (EPO), Comité de Pilotage Stratégique, Comité technique et ateliers de travail.- Réalisation des diagnostics de santé des 3 territoires concernés à partir des données fournies par l'ARS de Lorraine, l'Observatoire Régional de la santé et les données des réseaux : secteurs géographiques concernés, démographie des territoires, taux de mortalité et principales causes de décès, taux de morbidité pour des pathologies ciblées, offre de soins et de prévention, structures implantées sur les territoires (type et quantification) ;- Définition d'un protocole d'évaluation de l'expérimentation au niveau local, en concertation avec la HAS, soutien méthodologique sur cet aspect : niveaux d'évaluation à prévoir, items de recueil pour chaque patient, méthodes de calculs des indicateurs tels qu'annoncés dans le projet déposé.- Création des premiers outils de suivi de l'expérimentation : tableaux de bord de suivi des différentes réunions, suivi financier, suivi en terme de diffusion de l'information sur le programme.- Initiation du renforcement de la communication sur les outils existant pour la mise en œuvre du module 1 : FUL, grille SEGA, dispositif « Vil'hôp ».	
Perspectives 2013 : <ul style="list-style-type: none">- Lancement des 3 groupes de travail :<ul style="list-style-type: none">- Groupe de travail n°1, en partenariat avec le CISS Lorraine, sur l'optimisation de l'analyse des situations pour mobiliser les ressources existantes en sortie d'hospitalisation (création d'un thesaurus des prestations en sorite	

d'hospitalisation, critères d'éligibilité) ;

- Groupe de travail n°2, en partenariat avec les hôpitaux, : mises en place des cellules d'ordonnancement sur les 4 établissements de santé pilotes ;
- Groupe de travail n°3 sur le coût des parcours de soins.
- **Communications partenariales / formations** des médecins traitants sur l'utilisation des outils collaboratifs pour la mise en place du module 1.
- **Installation des cellules d'ordonnancement** et du Logiciel de suivi des patients.
- **Recrutement de l'infirmière** à temps plein sur l'expérimentation
- **Premières inclusions des patients** dans l'expérimentation (en aval et en amont d'une hospitalisation) à partir de septembre 2013 / Evaluation de la première année de mise en place de l'expérimentation.

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) 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 ...)

Contexte :

- 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.**

Description des étapes de la mise en place du groupe :

- 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.

Réalisations 2010 et 2011 :

- **Création et diffusion nationale de l'annuaire français** des 125 réseaux de santé Personnes Agées.
- **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.
- **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.
- **Mise en place de 3 rencontres nationales** qui ont rassemblées à chaque fois entre 40 à 50 réseaux (75 à 90 professionnels) sur les thèmes suivants : « De l'EGS au PPS », « Les réseaux de santé Personnes Agées au cœur des évolutions actuelles », « L'éducation thérapeutique en réseaux de santé Personnes Agée ».
- **Mise en place de groupes de travail nationaux :**
 - **« Les typologies de réseaux gérontologiques »** : ce travail a consisté à décrire de façon précise les modèles d'organisation et de fonctionnement des réseaux de santé Personnes Agées en France.

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.

- « **Le repérage de la fragilité** » : le groupe « réseaux » de la SFGG participe à la validation de la grille de repérage la fragilité SEGA : le travail a commencé dans le cadre d'un partenariat entre la CARSAT Nord Est et l'Université de Champagne-Ardenne (Pr NOVELLA, Dr DRAME) pour les patients suivis par les réseaux en GIR 5 et 6.

Calendrier réalisé :

- Poursuite des objectifs du groupe « réseaux » de la SFGG en continu sur l'année 2012

Résultats d'évaluation 2012 : l'ensemble des réalisations du groupe « réseaux » SFGG ont pour objectif 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.

- **Mise en place et animation de 2 rencontres nationales rassemblant à chaque fois une quarantaine de réseaux de 14 régions différentes :**
 - **5^{ème} rencontre nationale des réseaux le 22 mai 2012** sur le thème « Bon usage des médicaments, rôle des réseaux », programme en **ANNEXE 5** ;
 - **6^{ème} rencontre nationale des réseaux le 20 novembre 2012** sur le thème « Venez compléter votre boîte à outils », cf. programme en **ANNEXE 6** ;
- **Mise en place et animation d'un groupe de travail visant à identifier et / ou justifier la prise en compte de la problématique de la Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA) :**
 - Animation de deux réunions de travail composé de professionnels des équipes opérationnelles de 8 réseaux différents (médecins, infirmiers, administratifs) ;
 - Construction par le groupe de travail de **l'outil « PMSA – Réseaux »** : Outil sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé à destination des réseaux de santé Personnes Agées pour l'alerte, le recueil et le partage d'informations ;
 - Mise en place d'une phase de l'outil par les réseaux participants aux domiciles de 30 patients accompagnés par les réseaux ;
 - Présentation d'une version pré-modélisée de l'outil auprès de la **Haute Autorité de Santé dans le cadre de sa PLATEFORME PMSA, le 29 novembre 2012.**
- **Communication** sur le groupe « réseaux » de la SFGG : communication affichée au cours des 32^{èmes} journées annuelles de la SFGG (Paris la Défense, octobre 2012 – Cf. **ANNEXE 7** »
- **Continuité de l'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 ; Cf. **synthèse réalisée en mai 2012 sur l'utilisation du canal en ANNEXE 8.**

**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		2012		
		Aux bénéficiaires	Au réseau	Montant unitaire (1)	Nombre de bénéficiaires	Montant total (2)
Réunions de coordination à domicile	Médecins traitants			69 € (3C*) / patient / réunion de coordination	0	0
	IDE Libéral			13,5 AMI de l'heure	0	0
Total 1					0 €	

Formation / sensibilisation : <i>Dépendance et fragilité</i>	Médecins traitants			46 € (2C*) / heure / médecin	0	0
Total 2					0 €	

Total (1 +2)					0 €	
---------------------	--	--	--	--	------------	--

* Valeur du C = 23 €

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

(2) ce montant est calculé en 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 2012 (arrêté comptable au 31/12/2012), et les dépenses **prévisionnelles** pour l'année 2013.

	Dépenses réalisées 2012
EQUIPEMENT *	2 317,10 €
Achats d'équipements et installations techniques	2 317 €
Matériel de bureau : <i>équipements informatiques et autres</i>	
Achats de locaux	
SYSTEME D'INFORMATIONS *	3 815,63 €
Coût de production ou d'acquisition de logiciels	
Frais d'hébergement sur serveurs	731,83 €
Frais de sous-traitance (conception, développement)	608 €
Coûts annexes : <i>frais de maintenance logiciels et appareils, abonnements</i>	2475,80 €
FONCTIONNEMENT *	360 233,11 €
<u>Dépenses de personnels salariés *</u>	328 534 €
<u>Vacations ou honoraires hors professionnels de santé libéraux (psychologue, assistante sociale, diététiciens...)</u> * (ex : commissaire ou comte et expert comptable)	
Prestations extérieures (sous-traitance) (ex : édition matériel de communication : plaquettes...)	6 265 €
Loyer	11 384 €
Frais de secrétariat (<i>frais généraux et consommables</i>)	1 600 €
Autres frais généraux (Téléphone, Timbre...)	7 000 €
Frais de déplacement (+ location véhicule / entretien / frais d'essence)	4950,11 €
Mission/réception/ Conférences /Séminaires (inauguration)	500 €
Frais de réunions	
Communication	
FORMATION	
Coût pédagogique (<i>indemnisation intervenants</i>)	
<u>Indemnisation des professionnels *</u>	
Frais de déplacement et hébergement	
Locaux / 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 *	
Forfaits de coordination *	
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	

Indemnisation pour le remplissage du dossier médical et/ou carnet de suivi	
Autres	
REMUNERATIONS SPECIFIQUES POUR LES PS LIBERAUX - SOINS*	
Majoration des actes	
Actes de prévention	
Actes de soins hors nomenclature	
Autres	
DEROGATIONS POUR LES PATIENTS*	
Exonération du ticket modérateur*	
Forfait majoration TIPS	
Forfait hors TIPS	
Autres	
TOTAL *	366 365,84 €

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
AMCELOR : Association des Médecins Coordonnateurs d'EHPAD en Lorraine
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS : Agence Régionale 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
CISS : Collectif Inter associatif Sur la Santé
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPN : Centre Psychothérapique 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
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD : Etablissement Hospitalier pour Personne Agée Dépendante
EMLG : Equipe Mobile de Liaison Gériatrique
EN3S : Ecole nationale supérieure de sécurité sociale
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
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
HAS : Haute Autorité de Santé
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
PMSA : Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé
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 : Grille SEGA (volet A) et sa notice d'utilisation

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 sénior 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.

Dans le cadre du groupe « réseaux » de la SFGG, cet outil fait l'objet d'une étude dans le but de valider un outil de repérage de la fragilité au domicile.

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / _____

Fonction de l'évaluateur : _____

PROFILS GERIATRIQUES ET FACTEURS DE RISQUES

	0	1	2	Score :
Age	74 ans	Entre 75 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 +	
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 (3 kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou 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	
Continence (urinaire et / ou fécale)	Continence	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

INTERPRETATION :

Score ≤ 8 Personne peu fragile	8 < Score ≤ 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile
--	--	---

Grille SEGA modifiée : guide d'utilisation – Volet A

> AIDE AU REMPLISSAGE DU VOLET A :

- **Provenance** : *La personne vit-elle à domicile ou en lieu de vie collectif ? Si elle vit à domicile, reçoit-elle de l'aide ?* (FL : Foyer Logement)
- **Médicaments** : *Combien de médicaments différents la personne prend-elle par jour ?* Considérer chaque substance différente prise au moins une fois par semaine.
- **Humeur** : *Au cours des trois derniers mois la personne s'est-elle sentie anxieuse, triste ou déprimée ?* La question posée est celle du « moral ». On peut demander : *Vous sentez-vous bien ? Etes-vous anxieux ? Etes-vous souvent triste ou déprimé ? Prenez-vous des antidépresseurs depuis moins de trois mois ?*
- **Perception de sa santé** : *Par rapport aux personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est meilleure, équivalente, moins bonne ?* Cette question doit être posée directement à la personne.
- **Chute durant les six derniers mois** : *Au cours des 6 derniers mois, la personne a-t-elle fait une chute ?* Par chute compliquée, on entend une chute ayant nécessité un bilan médical.
- **Nutrition** : *La personne a-t-elle actuellement un appétit normal, un poids stable ? Durant les 3 derniers mois, la personne a-t-elle perdu du poids sans le vouloir ?*
 - Si la personne n'a pas de problème évident de nutrition, d'appétit ou de poids, on code (0) ;
 - Si elle a une diminution nette de l'appétit depuis au moins 15 jours, on code (1) ;
 - Si elle est franchement dénutrie et a perdu sans le vouloir plus de 3 kg en trois mois, on code (2).Si vous renseignez le poids et la taille dans l'EGS, cela permettra de calculer l'IMC (Indice de Masse Corporelle). Dénutrition si IMC < 21.
- **Maladie associées** : *La personne souffre-t-elle d'une ou plusieurs maladies nécessitant un traitement régulier ?*
- **Mobilité** : *La personne a-t-elle des difficultés pour se lever et/ou pour marcher ?* Cette zone explore l'indépendance de la personne dans les transferts de la position assise à la position debout et la marche. Le soutien peut être technique (cane, déambulateur) ou humain, on code (1). L'incapacité se définit par l'impossibilité de se lever et/ou de marcher, on code (2) dans cette situation.
- **Contenance** : *La personne a-t-elle des problèmes d'incontinence, utilise-t-elle des protections ?* Si la personne n'a pas d'incontinence urinaire ni fécale, on code (0). Si elle a des pertes occasionnelles ou une incontinence seulement la nuit, on code (1) ; si elle est incontinente urinaire et/ou fécale en permanence, on code (2).
- **Prise des repas** : *La personne a-t-elle des difficultés pour prendre ses repas, doit-elle être aidée, doit-on lui donner à manger tout au long du repas ?* Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une préparation des aliments dans l'assiette et des instructions pour le repas, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète pour les repas, on code (2).
- **Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)** : *La personne a-t-elle des difficultés pour accomplir des activités quotidiennes telles que préparation des repas, usage du téléphone, gestion des médicaments, formalités administratives et financières à accomplir... ?* Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une aide partielle pour réaliser au moins une de ces activités, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète, on code (2).
- **Fonctions cognitives** : *Au vu de votre entretien, diriez-vous que la personne a des problèmes de mémoire, d'attention, de concentration, ou de langage ?* Par fonctions cognitives on entend mémoire, attention, concentration, langage, etc. Il ne s'agit pas de faire une évaluation neuropsychologique ou un mini-mental test (MMSE), mais d'apprécier la situation connue du patient à cet égard. Soit la personne n'a pas de problème de mémoire à l'évidence et on code (0) ; soit il y a un doute sur l'intégrité des fonctions cognitives et on code (1) ; soit les fonctions cognitives sont connues pour être altérées et l'on code (2).

> COTATION SUR 26 :

Elle indique l'intensité du profil de fragilité en reflétant globalement le nombre de problèmes signalés ; il est clair que ce chiffre n'a qu'une valeur indicative. On peut considérer que le profil de la personne est peu fragile pour un score inférieur ou égal à 8, qu'il est moyen pour un score compris entre 9 et 11 et qu'il est très fragile pour un score supérieur ou égal à 12.

Connexions à la Fiche Urgence Lorraine

> 788 connexions du 1^{er} mai 2011 au 7 août 2012

> Répartition des connexions selon les sites :

	BAR LE DUC	LUNEVILLE	NANCY	SARREBOURG	THONVILLE
Equipe opérationnelle du réseau	40	34	12	150	16
Personnels extérieurs (services des urgences et autres)	4	441	91*	0	0
Total	44	475	103	150	16

* Répartition : 68 EMLG, 15 Urgences de Central, 6 Urgences de Gentilly, 1 SOS Médecins, 1 USLD

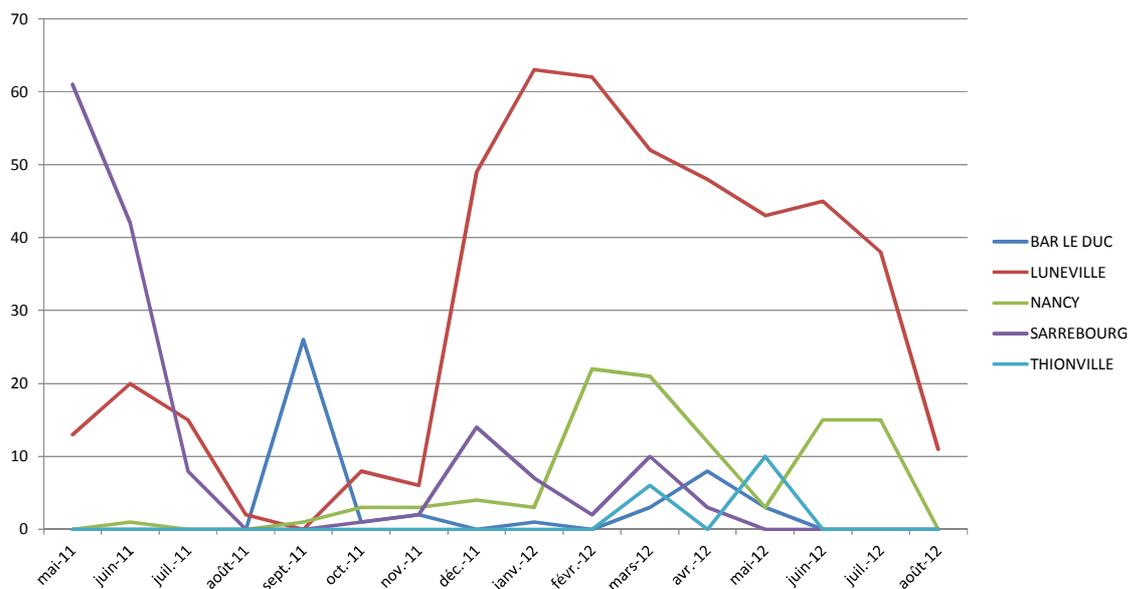
➡ Connexions depuis « l'extérieur » pour Bar le Duc, Nancy et Lunéville

FICHE URGENGE LORRAINE



Connexions à la Fiche Urgence Lorraine (2)

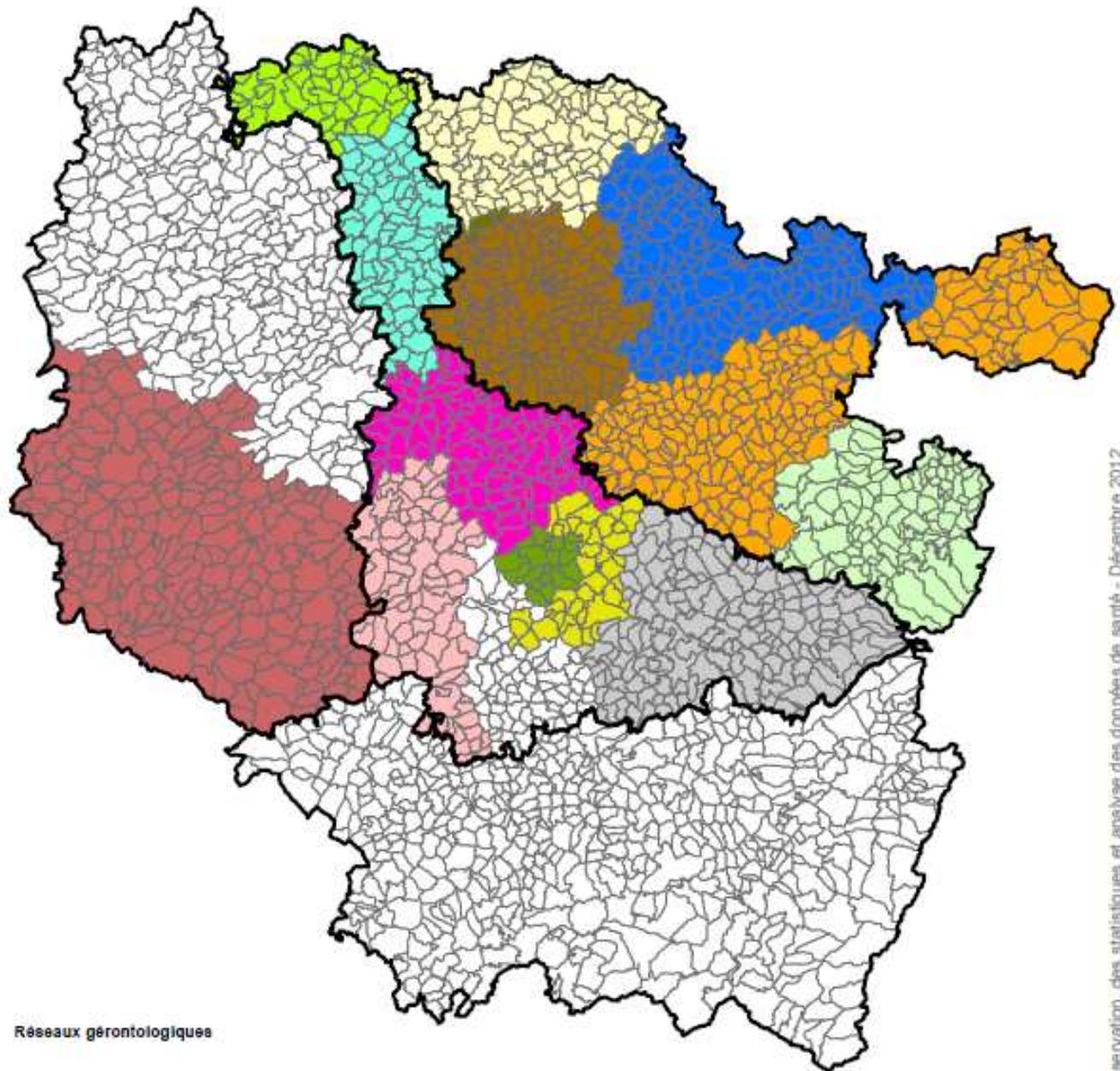
> Périodicité des connexions sur la période d'évaluation :



FICHE URGENGE LORRAINE



COUVERTURE GEOGRAPHIQUE – DECEMBRE 2012



Réseaux gériatologiques

	PAS DE RESEAU	Commune non couverte par un réseau gériatologique
	DOMI	Domiréso, Longwy
	GERNORD	Réseau GérontoNord, Thionville
	GERNORD-REGE2M	Communes couvertes par GérontoNord et Rege2M
	MAILLAGE	Réseau Maillage, Brley
	REGE2M	Réseau Rege2M, Metz
	REGEME	Réseau Regeme, Creutzwald
	REGESA	Réseau Régésa, Dieuze
	RESAPEG	Réseau Résapeg, Toul
	RESEAULU	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
	SUDMEUSE	Réseau de santé Sud Meusien, Bar le Duc

Déficiences visuelles et personnes âgées fragiles

Apport des réseaux de santé des personnes âgées dans le repérage et l'orientation des troubles visuels



Mme le Docteur Aline KUTA, médecin coordonnateur, Réseau de santé Personnes Agées du Pays Lunévillois
M. Jérôme DECRION, Chef projets santé publique, Réseaux de santé Personnes Agées du Sud Lorraine
Mme le Dr Eliane ABRAHAM - Nancy

Rôle et objectifs des réseaux de santé Personnes Agées

> Rôle des réseaux de santé Personnes Agées :

- coordonner sa prise en charge globale et cohérente en étroite collaboration avec le médecin traitant, en utilisant de façon adaptée l'existant ;
- notamment, assurer et organiser l'accès à des soins et des aides de qualité et de proximité, en préservant chaque fois que possible le désir de la personne de rester à son domicile.

> Objectif principal : favoriser le maintien à domicile dans des conditions sanitaires et sociales optimales

> Objectifs opérationnels définis par la circulaire DHOS / UNCAM du 15 mai 2007 référentiel national d'organisation des réseaux de santé « personnes âgées »

- Assurer le repérage de la population âgée fragile ;
- Assurer un diagnostic médico-psycho-social (EGS à domicile) en accord avec le médecin traitant
- Etablir un plan personnalisé de soins (PPS) en équipe pluridisciplinaire, suivre sa mise en place
- Réévaluer à distance, accompagner le parcours de soins

Pourquoi les réseaux se sont intéressés à cette thématique ?

- > En 2009, sous l'impulsion du Dr DEUTSCHER (URCAM Lorraine), la question suivante a été posée aux réseaux :

« Où en est-on de la prise en compte des déficiences visuelles du sujet âgé fragile et de ses conséquences ? »

Evalue-t-on les déficiences visuelles à domicile en 2009 ? **NON**

Dispose-t-on d'outil(s) pour cette évaluation en 2009 ? **NON**

Est-il possible d'envisager une collaboration avec des ophtalmologistes ?

OUI, à élaborer

- > Les retentissements multiples des déficiences visuelles sur les actes de la vie courante, sur la santé, sur le projet de vie et de soins peuvent être une des causes ou conséquences de la fragilité...



PHASE 1 du programme : état des lieux (2009 / 2010)

L'étude lancée par les réseaux :

- > Réflexion **interdisciplinaire** sur les territoires des réseaux de santé PA sud Lorraine :



- Réalisation d'un **état des lieux complet de la prise en charge ophtalmologique** du sujet âgé fragile :
 - Recueil de données chiffrées : indicateurs de morbidité, démographie médicale, offre de soins, données d'hospitalisation et flux de patients
 - Rencontre d'une quarantaine de partenaires (ophtalmologistes, gériatres et représentants des membres des CA des réseaux)
 - Lancement d'une étude complémentaire sur le repérage et le prise en charge sur 2 ULSD et 3 EHPAD
- Proposition d'une **stratégie d'action interdisciplinaire**, dont l'objectif est l'amélioration de la qualité de prise en charge globale des conséquences fonctionnelles liées aux déficiences visuelles chez les sujets âgés fragiles

PHASE 2 du programme : communication, mobilisation (2010 / 2011)

Communication sur les résultats de l'état des lieux, lancement des actions locales :

- > Diffusion large des résultats, organisation de rencontres plénières sur les 4 territoires afin d'informer les partenaires
- > Valorisation de l'existant et des intervenants locaux déjà impliqués sur cette prise en charge (diffusion de fiches annuaires)



- > Rencontres partenariales pour organiser la prise en charge OPH des patients âgés fragiles : visite du CLER Basse Vision, réunions partenariales : *Unité Basse Vision du Centre Florentin, équipes du service ophtalmologie du CHU - Pr George, Pr Angjoi, Pr Berrod*

PHASE 3 du programme : analyse des problématiques (2010 / 2011)

Parmi les conclusions de l'état des lieux...

- > Une **pénurie d'ophtalmologistes** en Lorraine, hors agglomération de Nancy :

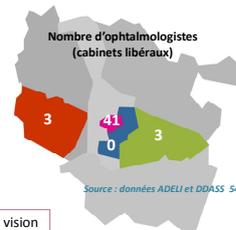
Nombre d'ophtalmologistes libéraux pour 100 000 habitants

France	Lorraine	Meurthe et Moselle	Meuse	Moselle	Vosges
9,05	6,1	7,8	4,2	5,7	5,0

(sources : DRASS Lorraine - ARH Lorraine - CRAM Alsace Moselle - CRAM Nord Est - URCAM Lorraine - ORSAS, La santé observée en Lorraine, octobre 2006)

- > Sur les territoires du sud de la Lorraine :

- Milieu rural et semi-rural fortement déficitaire : flux de patients pour des consultations en libéral vers les grandes agglomérations, notamment Nancy : problème du transport et de l'accueil
- Délais d'attente pour une consultation en libéral sur l'agglomération de Nancy : 3 à 14 mois



Source : données ADELI et DRASS 54 - 2008

Donc : s'appuyer sur d'autres professionnels de la vision ou de la gériatrie pour un premier repérage ?

PHASE 4 du programme : l'action (2011 / 2012)

Dans le cadre de la mission d'intervention des réseaux au domicile :

- > Améliorer le dépistage des déficiences visuelles et de leurs conséquences fonctionnelles chez les personnes âgées fragiles vivant à domicile :
 - Réflexion autour d'une expérimentation auprès d'une trentaine de patients (Pr Berrod – CHU, NANCY) : proposer « un dépistage ciblé » intégré à l'EGS
 - Intérêts :
 - Application dans les zones rurales, où la démographie médicale est réduite
 - Ne déplacer les patients vers les consultations qu'avec un intérêt certain
 - Amélioration des compétences de terrain
 - Communication interdisciplinaire
- > Proposer des stratégies de prises en charge avec le médecin traitant en s'appuyant sur les ressources locales :
 - Consultations, soins
 - Unités de réadaptation
 - Aides techniques visuelles, aides humaines
 - Possibilités de transports ...

PHASE 4 du programme : l'action (2011 / 2012) (2)

Objectifs de l'expérimentation :

- > Améliorer d'une façon générale la prise en compte de cette déficience dans l'accompagnement de la personne âgée
- > Permettre un premier repérage pour les personnes éloignées des consultations
- > Améliorer la pertinence des orientations des PA fragiles : ophtalmologiste ou autre professionnel (orthoptiste, opticien, autre)
- > Constituer un relais de l'hospitalisation ambulatoire quand cela est possible : réévaluation à H + 24 heures avec orientation systématique en OPH si la PA présente des signes d'alerte



L'outil central de l'expérimentation :

Le kit de dépistage ophtalmologique

comme nouvel outil de l'EGS - Lorraine



Méthodologie de mise en place de l'expérimentation

En partenariat avec le service d'ophtalmologie du Pr BERROD (CHU de Nancy) :

- > Elaboration d'un « kit d'ophtalmologie » pour le pré-screening des déficiences visuelles, composé de :
 - Echelle d'acuité de loin (Monoyer) et échelle acuité de loin sous forme de dessins ;
 - Echelle d'acuité de près (Parinaud) et échelle d'acuité de près sous forme de dessins ;
 - Ophtalmoscope portatif et sa trousse de rangement ;
 - Louchette d'obturation ;
 - Paire de lunettes correction standard à + 3 D ;
 - Grille d'Amstler ;
 - 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 ;
 - Arbre décisionnel sur les indications ophtalmologiques et les conduites à tenir ;
 - Fiche d'évaluation pour le rendu des résultats / patient ;
 - Matériel de nettoyage ;
 - Clé USB avec l'ensemble des fiches d'utilisation du kit ;
 - Consommables pour les examens (gouttes) : Tropicamide ;
 - Le tout est conditionné dans une mallette rigide, transportable.



Méthodologie de mise en place de l'expérimentation (2)

> Dans le même temps, constitution d'un groupe de médecins volontaires pour mener l'expérimentation :

- Deux médecins réseau de santé PA / HDJ
- Deux médecins traitants / EHPAD
- Un médecin réseau de santé PA / EHPAD
- Un médecin en USLD
- Un médecin en EHPAD



> Formation du groupe (2 x 2 heures) par le médecin ophtalmologiste sur les pathologies visuelles et leurs signes cliniques de repérage, sur les modalités d'interview / examen, mise en pratique sur des patients volontaires (utilisation pratique du kit) / complément de formation sur la réalisation d'un bilan orthoptique par une orthoptiste

> Mise en pratique auprès d'un échantillon test de patients 2nd semestre 2011 / premier semestre 2012 :

- 30 patients vus par le groupe
- Sexe ratio : 63 % femmes / 37 % hommes
- Age moyen : 81,5 ans (min = 70, max = 90)
- Lieux de dépistage : 47 % EHPAD (14), 33 % HDJ (10), 20 % domicile (6)

Zoom sur des outils nés d'une collaboration gériatres- ophtalmologistes...

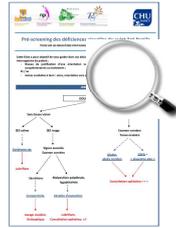
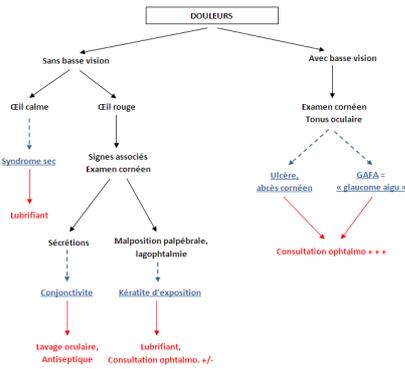
> Grille d'évaluation de la qualité de la vision :

- Interrogatoire du patient :
 - ✓ Suivi ophtalmologique existant
 - ✓ Date dernière visite
 - ✓ TT pris
 - ✓ ATCD opératoire OPH
 - ✓ Score « Etat général et vue » sur 15
 - ✓ Score « Retentissement dans les activités du quotidien » sur 50
- Evaluation orthoptique en 9 items
- Examen du patient :
 - ✓ Acuité visuelle (loin, près, corrections portées)
 - ✓ Examens des paupières
 - ✓ Examen de la surface
 - ✓ Examen de la cornée
 - ✓ Tonus bi-digital
 - ✓ Champ visuel par confrontation
 - ✓ Lueur pupillaire
 - ✓ Syndrome maculaire
 - ✓ Eventuellement en dilaté selon faisabilité : examen du cristallin, papille, macula



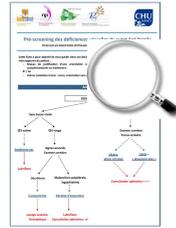
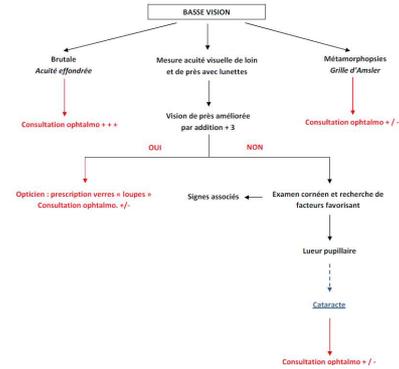
Zoom sur des outils nés d'une collaboration gériatres- ophtalmologistes... (2)

> Arbres décisionnels sur les indications ophtalmologiques et les conduites à tenir :



Zoom sur des outils nés d'une collaboration gériatres- ophtalmologistes... (3)

> Arbres décisionnels sur les indications ophtalmologiques et les conduites à tenir (suite) :



Premiers résultats synthétiques de l'expérimentation

> Evaluation qualitative globale :

- Facilité d'utilisation du kit ophtalmologique
- Nouvel outil de l'EGS !
- Intérêt du screening pour le médecin gériatre en terme diagnostic et thérapeutique, nécessitant un avis spécialisé à court et moyen terme

> Décisions d'orientation et accompagnements proposés pour les 30 patients tests :

- 10 patients (soit 33 %) orientés vers un ophtalmologiste, justifiant bien d'une telle consultation : **gain du dépistage**
- 3 patients (soit 10 %) justifiant d'une orientation autre que vers un ophtalmologiste : **gain sur la pertinence de l'orientation**
- 17 patients (soit 57 %) ne justifiant pas d'une prise en charge ophtalmologique spécifique : **évitement de consultations ophtalmologiques non justifiées ?**

→ Pondération des scores d'acuité visuelle par les retentissements sur les activités du quotidien

Perspectives de déploiement

- Extension régionale sur les territoires des 13 réseaux de santé PA :**
 - En direction de 30 médecins gériatres de réseaux, HDJ géronto., EHPAD et USLD
 - Sur 7 sites de formations sur la région (1/2 journée ou 1 journée de formation / site)
- Moyens nécessaires à l'extension :**
 - En matériel :** coût d'une mallette : 570 € environ
 - En personnels :** Equipes opérationnelles des réseaux (mise à disposition FIR), médecins participant aux formations : salariés EHPAD, HDJ, USLD (mises à disposition)

→ Coût total du programme d'extension régionale : 19 487 €

50 % CARSAT Nord Est
Accord de financement

50 % en recherche de financement

Communications affichées sur le programme

- ✓ Congrès International Francophone de Gériatrie et Gériatrie (CIFGG) Nice, 2010



- ✓ Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gériatrie Paris, 2011



Merci de votre attention

Contacts :

Dr Aline KUTA : reseaulu@yahoo.fr
Dr Eliane ABRAHAM : docteur@reseauuncy.fr
M. Jérôme DECRIEN : projet.reseauuncy@orange.fr



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

« Bon usage du médicament chez la personne âgée fragile : rôle des réseaux »

Mardi 22 mai 2012

Programme

SEFOREX – 97 rue Jean Jaurès – 92 300 Levallois Perret

9h15 : Accueil des participants

9h45 - 10h00 : Ouverture de la journée

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

10h00 – 10h15 : Enquête « Prescription médicamenteuse et réseau : quel lien ? Quel rôle ? »

M. Jérôme DECRION, Groupe « réseaux » du Collège des Gériatres Lorrains (Lorraine)

10h15 - 11h30 : Retours d'expériences

- Un exemple d'outil d'évaluation de la consommation de médicaments intégré à l'EGS :
La fiche « Médicaments prescrits-pris »
Dr Eliane ABRAHAM, Groupe « réseaux » du Collège des Gériatres Lorrains (Lorraine)
- Un exemple d'outil pour améliorer l'observance médicamenteuse de la personne âgée fragile :
la fiche « Mon traitement »
Dr Céline DELECLUSE, Réseau de Lille-Hellemmes-Lomme, G2RS (Nord Pas de Calais)

10h45 - 11h00 : Pause

- Illustration du parcours médicamenteux de la personne âgée fragile : coordination des acteurs
par le réseau
Mme Marie-Thérèse ROOS, Réseau CARMAD (Ile de France)
- Analyse de cas concrets sur le rôle du réseau vis-à-vis de la PMSA
Dr Dorothée DUCHAINE, Plateforme gérontologique de Grasse (PACA)

11h30 - 12h30 : Echanges/débat avec la salle

Modérateurs : Dr Eliane ABRAHAM et Dr Yves PASSADORI, référents du Groupe « Réseaux » de la SFGG

12h30 - 14h00 : Déjeuner

14h00 - 15h00 : Quoi de neuf pour les réseaux ? Actualités et évolutions récentes

- Retours sur l'utilisation par les réseaux de santé Personnes Agées du canal d'échanges « G_reso »
M. Jérôme DECRION, Groupe « réseaux » du Collège des Gériatres Lorrains (Lorraine)
- Transversalité, parcours de santé et coordination des parcours de santé
Dr. Yves PASSADORI, Réseau Alsace Gérontologie (diaporama du Dr Michel VARROUD-VIAL)
- Les grandes lignes du guide méthodologique de la DGOS sur l'évolution des réseaux
Dr Eliane ABRAHAM, Groupe « réseaux » du Collège des Gériatres Lorrains (dia. du Dr Michel VARROUD-VIAL)
- Circulaire du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre
du Fonds d'Intervention Régional (FIR) : les points clés
M. Nicolas DEMARLE, Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques

15h00 - 16h00 : Echanges/débat avec la salle

Modérateurs : Dr Eliane ABRAHAM et Dr Yves PASSADORI, référents du Groupe « Réseaux » de la SFGG

16h00 : Clôture de la journée



Accès au lieu de la rencontre,
hébergement et transport à proximité :
www.seforex.fr, rubrique « ESPACE SEFOREX LEVALLOIS »



Inscriptions, renseignements :

M. Jérôme DECRION

03 83 45 84 90

projet.reseaugcuny@orange.fr



Numéro de formateur SFGG : 11 75 360 22 75



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

« Venez compléter votre boîte à outils ! »

Mardi 20 novembre 2012

SEFOREX – 97 rue Jean Jaurès – 92 300 Levallois Perret

Programme

9h15 : Accueil des participants

9h45 - 10h00 : Ouverture de la journée

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

10h00 - 10h15 : La déclinaison du programme AMI Alzheimer en région PACA

Dr Isabelle THEVENIN - LAVALOU, Plateforme GÉrontologique Grassoise

10h15 - 10h45 : L'outil « PMSA- Réseaux »

Dr Eliane ABRAHAM et Dr Yves PASSADORI, Groupe « Réseaux » de la SFGG

10h45 - 11h00 : Pause

11h00 - 11h45 : Les outils MobiQual : nouveautés et retours d'utilisation par les réseaux

• Nouveautés et actualisations des outils MobiQual

Dr Geneviève RUAULT, Société Française de Gériatrie et GÉrontologie / Collège Professionnel des GÉriatres Français

• Retours d'utilisation des outils MobiQual par les réseaux : quelques illustrations

M. Jérôme DECRION, Groupe « Réseaux » du Collège des GÉriatres Lorrains

11h45 - 12h00 : Diffusion de la grille SEGA (volet A) dans les réseaux

M. Jérôme DECRION, Groupe « Réseaux » du Collège des GÉriatres Lorrains

12h00 - 12h30 : Echanges/débat avec la salle

Modérateurs : Dr Eliane ABRAHAM et Dr Yves PASSADORI, référents du Groupe « Réseaux » de la SFGG

12h30 - 14h00 : Déjeuner

14h00 - 15h00 : Quoi de neuf pour les réseaux ? Actualités et évolutions récentes

• Le guide méthodologique de la DGOS « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? » et perspectives de travaux

Dr Bruno NAGARD, Union Nationale des Réseaux de Santé

• Expérimentation de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de soins des personnes âgées à risque de perte d'autonomie, en application à l'article 70 de la LFSS 2012

Dr Michel VARROUD-VIAL, Haute Autorité de Santé

15h00 - 16h00 : Echanges/débat avec la salle

Modérateurs : Dr Eliane ABRAHAM et Dr Yves PASSADORI, référents du Groupe « Réseaux » de la SFGG

16h00 : Clôture de la journée



Accès au lieu de la rencontre,
hébergement et transport à proximité :
www.seforex.fr, rubrique « ESPACE SEFOREX LEVALLOIS »



Inscriptions, renseignements :

M. Jérôme DECRION

03 83 45 84 90

projet.reseaugcuny@orange.fr



Numéro de formateur SFGG : 11 75 360 22 75



LE GROUPE « RESEAUX DE SANTE PERSONNES AGEES » DE LA SOCIETE FRANCAISE DE GERIATRIE ET GERONTOLOGIE

Y. PASSADORI, Réseau Alsace Gèrontologie, 68000 Colmar, France
E. ABRAHAM, Groupe « réseaux » du Collège des Gèriatres Lorrains, 54000 Nancy, France

Objectifs

Né en juin 2010, ce groupe de travail a pour objectif de rassembler les réseaux autour de thématiques communes intéressant leur fonctionnement, harmoniser les processus de repérage, d'évaluation, de mise en œuvre et de suivi de leur Plan Personnalisé de Santé (PPS). Il doit développer des réflexions scientifiques et de santé publique autour de la place des réseaux de santé dans le champ de la coordination et de l'intégration. C'est aussi une instance de communication entre les réseaux et les instances nationales. Le groupe organise deux réunions de travail par an autour de thèmes d'actualités.

Réalizations

L'annuaire des 125 réseaux de santé Personnes Agées

Issu d'un repérage des réseaux existant au niveau national, il a été publié en 2010. Il est régulièrement actualisé. Les réseaux communiquent entre eux grâce à un canal privé relié directement sur leur messagerie électronique, « G_resoSFGG », qui leur permet un partage de pratiques au quotidien, des échanges de documents, d'informations et dont les référents du groupe réseaux sont administrateurs.



Participation à la validation de la grille de repérage de la fragilité SEGA

(Short Emergency Geriatric Assesment)

Le travail de validation a commencé dans le cadre d'un partenariat entre la CARSAT Nord Est et l'Université de Champagne-Ardenne (Pr NOVELLA, Dr DRAME). Les réseaux participeront à l'étude de validation dans un deuxième temps.

L'Education Thérapeutique des Patients (ETP)

Les retours d'expériences de la 4^{ème} rencontre nationale du groupe « réseaux » de la SFGG du 29 novembre 2011 ont montré l'importance de bien définir la population cible pouvant être capable de suivre un cursus complet d'ETP. Ils ont également montré l'importance de l'éducation de l'aidant.

La lutte contre la iatrogénie

Le groupe « réseaux » de la SFGG se fixe comme objectif de présenter des outils et méthodes que les réseaux pourront s'approprier. Ils sont actuellement en phase de test dans les réseaux et seront présentés à la plateforme Polymédication de l'HAS et à la journée de travail des réseaux le 20 novembre prochain.

Les parcours de soins du patient âgé

Les réseaux ont un rôle primordial dans la coordination permettant d'éviter les hospitalisations et dans la bonne organisation des sorties d'hospitalisation. Certains réseaux ont été retenus afin d'expérimenter de nouveaux modes d'organisation de ces parcours, dans le cadre de l'article 70 de la LFSS 2011.

L'intégration

Les réseaux ont une vocation à être porteur de MAIA et un rôle important à tenir dans la concertation des partenaires autour de la table tactique. Le groupe réseau a participé à l'élaboration d'un communiqué commun entre le comité de liaison (FNRG, UNR Santé, SFGG) et l'Equipe Nationale Projet MAIA, précisant le rôle des réseaux de santé. Il participe au groupe de travail « Intégration » de la SFGG.

Conclusion

Le groupe « réseaux » de la SFGG est impliqué dans de nombreux domaines pour lesquels sa place entre le sanitaire et le social, entre l'hôpital et le domicile lui permet d'apporter une approche singulière contributive pour la gèriatrie et la gèrontologie.

Contactez les référents : Dr Yves PASSADORI passadoriyv@ch-mulhouse.fr / Dr Eliane ABRAHAM eliane@reseauxcuny.fr
Marraine du groupe « réseaux » de la SFGG : Dr Marie-France MAUGOURD mariefrancesmaugourd@frouf.org

Membres de G_resoSFGG

- Au 22 mai 2012, 215 membres :
 - ✓ Les 125 réseaux de santé Personnes Agées (professionnels des équipes opérationnelles, administrateurs)
 - ✓ Les représentants des fédérations ou des regroupements régionaux de santé PA
 - ✓ Les interlocuteurs du groupe « réseaux » SFGG : FNRG, UNR Santé, SFGG

- Entrées / sorties des membres :
 - ✓ Soumises à l'approbation des référents du groupe « réseaux » SFGG (administrateurs du groupe)
 - ✓ Critères « d'inclusion » :
 - Appartenir à une des structures citées ci-dessus
 - En faire la demande ou accepter l'invitation de l'administrateur
 - ✓ Critères « d'exclusion » :
 - Sur simple demande
 - Lorsqu'un membre quitte ses fonctions
 - En cas d'utilisation non adaptée de G_resoSFGG
 - ✓ Tenue à jour régulière de la base de données des membres



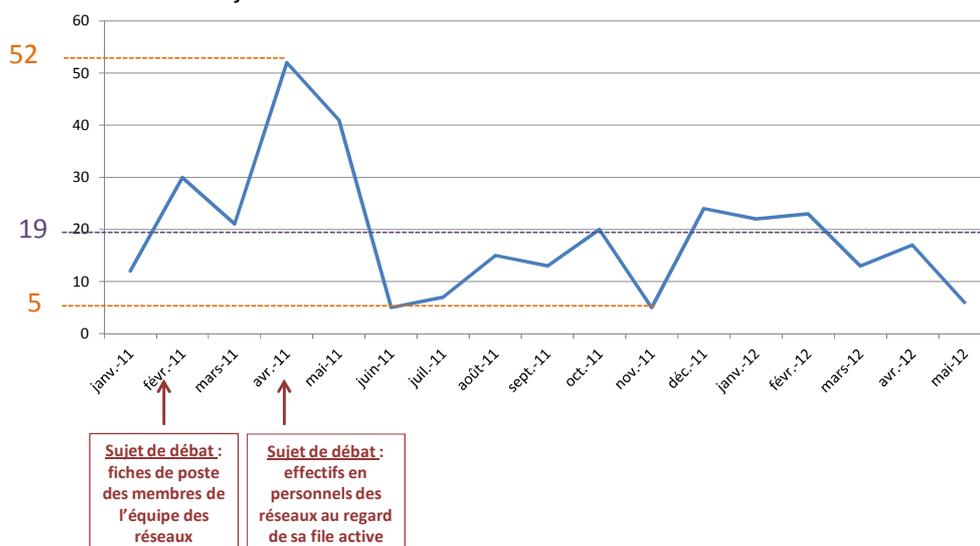
5^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 22 mai 2012



Fréquence d'utilisation du canal d'échange

- Nombre de messages envoyés sur le canal : 326 sur 17 mois soit 19 / mois (auxquels il convient d'ajouter les contacts pris entre réseaux : impossible à recenser, s'agissant de messages privés...)

- Evolution entre janvier 2011 et mai 2012 :



Sujet de débat :
fiches de poste
des membres de
l'équipe des
réseaux

Sujet de débat :
effectifs en
personnels des
réseaux au regard
de sa file active

5^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 22 mai 2012



Contenu des échanges

Résultats de l'analyse de contenu des 326 messages d'échanges entre janvier 2011 et avril 2012 :



Thématiques / Sujets	Proportion des messages (et nombre)
Fiches de postes des équipes opérationnelles réseaux, composition équipes, filières formation, offres d'emploi	16,9 % (55)
Effectifs en personnels des réseaux vs file active et étendue géographique	10,1 % (33)
Rencontres nationales groupe « réseaux » SFGG (annonces, inscriptions, appels à communication etc.)	8,6 % (28)
MAIA (articulation avec réseaux, réponses aux appels à projets, mise en place nouvelles MAIA)	6,1 % (20)
Relations réseaux et ARS, financement réseaux	5,8 % (19)

5^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 22 mai 2012



Contenu des échanges (2)

Résultats de l'analyse de contenu des 326 messages d'échanges entre janvier 2011 et avril 2012 (suite) :

Thématiques / Sujets	Proportion des messages (et nombre)
Enquête du CPGF sur l'activité des gériatres (Livre blanc de la gériatrie)	5,5 % (18)
Méthodes d'enquête de satisfaction des usagers	4,9 % (16)
Programme de validation grille SEGA	4,3 % (14)
Annonces de colloques ou de congrès	4,3 % (14)
Outils de communication / de coordination	3,7 % (12)
Appel à projet Parcours de soins PA (Art 70 LFSS 2012)	3,4 % (11)
Enquête de l'UNR Santé (Rôles et actions des réseaux)	3,1 % (10)
Autres, variés ! (Ateliers mémoire, Programme MobiQual, Comité de liaison national, enquête typologie réseaux, suicide de la PA, annuaire national, conventions partenariats, etc.)	23,3 % (76)



5^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 22 mai 2012

