

EVALUATION INTERNE 2013

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 13
- 4. Structures impliquées dans le réseau – page 14
- 5. Analyse des procédures – page 16
- 6. Activités autres que la coordination – page 17

Partie 2 : Critères spécifiques d'évaluation des réseaux gérontologiques lorrains – page 19

- 1. Critères communs au niveau lorrain – page 19
- 2. Critères spécifiques à chaque réseau – page 27
 - La fonction de proximité et d'appui auprès de la personne âgée – page 28
 - La fonction de pilotage – page 38

Partie 3 : Evaluation financière – page 60

- 1. Nature et montant des dérogations – page 60
- 2. Dépenses par chapitre budgétaire et budget prévisionnel – page 61

Liste des abréviations – page 63

Annexes – page 64

**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 perte d'autonomie 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 2013 poursuivi par le réseau :**

Objectifs opérationnels	Actions mises en œuvre	Echéancier des actions	Résultats atteints au 31/12/2013
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 2013 Depuis le 1 ^{er} août 2012	- Communication permanente tout au long de l'année lors des rencontres partenariales, et 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 ; la grille SEGA est utilisée par l'ensemble des 13 réseaux de santé PA depuis le 01/08/2012.
	Participation à l'étude du CHU de Reims sur le « repérage de la fragilité des personnes âgées : validation psychométrique de la grille SEGA modifiée »	En continu sur 2013.	- Mise à disposition d'un enquêteur avec une évaluation du patient et de son aidant à J0, J7, M6 et M12 – 12 patients inclus dans l'étude - Participation au comité de pilotage de l'étude SEGA « CARSAT » pour la validation de l'outil SEGA-Volet A comme outil de repérage de la fragilité pour les personnes âgées en GIR 5 et 6 en ambulatoire. ANNEXE 1
	Former les professionnels sur les critères de fragilité en gériatrie	En continu sur 2013	- Diffusion de la grille SEGA-A dans le cadre de formations : 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

			<p>capacité de gérontologie, aides soignants etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans le cadre de l'application de l'Art.70 du PLFSS 2012, le RGC a été retenu comme site pilote avec deux autres réseaux de santé PA lorrains. Sur le module 1 concernant l'aval de l'hospitalisation, la grille SEGA-A est un des dispositifs sur lequel s'appui le programme pour mieux outiller les acteurs du premier recours afin d'essayer de prévenir des hospitalisations évitables. L'outil est diffusé dans le cadre de soirées de formations spécifiques auprès des médecins libéraux : 38 médecins formés - En 2013, 499 nouvelles personnes âgées fragiles ont été adressées au RGC (soit 41.6 / mois en moyenne).
Coordonner la prise en charge globale des PA à risque de rupture du maintien à domicile	Faire des visites à domicile pour Evaluation Gérontologique Standardisée (EGS)	En continu sur 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuite de la réalisation des EGS à domicile : parmi les 499 nouvelles personnes âgées fragiles, 393 ont été des situations de prises en charge qui ont donné lieu à 373 premières visites d'évaluation gérontologique à domicile en 2013, le reste des visites s'effectuant sur début 2014. - Adaptation des outils d'EGS à domicile selon l'objectif de dépistage retenu et les capacités de la personne. - Réalisation de visites de pré-admissions dans les foyers personnes âgées de Heillecourt, Vandœuvre-lès-Nancy et Tomblaine, 23 visites de pré-admissions ont été effectuées.
	Elaborer et suivre la mise en œuvre des Programmes Personnalisés de Santé (PPS) : accompagner et partager des informations utiles à l'accompagnement de la personne et de ses proches	En continu sur 2013 Depuis 2012	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration, suivi et r�evaluation régulière des PPS pour l'ensemble des personnes de la file active - un cadre commun (� tous les réseaux de santé PA Lorrains) de diffusion d'un PPS extractible du logiciel patient pour une diffusion simplifiée au médecin traitant par messagerie sécurisée a été élaboré en 2012. La mise en œuvre de cet outil est différée suite à la recomposition du SI des réseaux dans le cadre d'un schéma directeur régional.
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	Renforcer la diffusion et l'utilisation de la Fiche Urgence Lorraine (FUL) auprès des partenaires extérieurs	En continu sur 2013	<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 cr�e�e automatiquement à partir des données saisies dans le logiciel Logireso et consultable à tout moment grâce à Internet. - L'évaluation des connexions réalisées au 31 décembre 2013 montre que la FUL a été ouverte 124 fois depuis l'extérieur: 72 fois par l'EMLG du CHU, 49 fois par la Maison Hospitalière Saint Charles, 1 fois par le Réseau RESAPEG, 2 fois par l'IDE de la cellule d'ordonnancement dans le cadre de l'expérimentation « article 70 » ▪ Dans le cadre de l'application de l'Art.70 du PLFSS 2012, le RGC a été retenu comme site pilote avec deux autres réseaux lorrains. Sur le module 1 concernant l'aval de l'hospitalisation, la FUL est un des dispositifs sur lequel s'appuie le

			<p>programme pour mieux outiller les acteurs du premier recours afin d'essayer de prévenir les hospitalisations évitables. L'outil est diffusé dans le cadre de formations auprès des médecins libéraux : 23 nouveaux comptes utilisateurs ont été créés.</p>
	Renforcer la diffusion et l'utilisation du dispositif Vill'Hôp auprès des médecins libéraux	En continu sur 2013	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans le cadre de l'application de l'Art.70 du PLFSS 2012, le RGC a été retenu comme site pilote avec deux autres réseaux lorrains. Sur le module 1 concernant l'aval de l'hospitalisation, Vill'Hôp 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. L'outil est diffusé dans le cadre de formations auprès des médecins libéraux. 38 plaquettes « Vill'Hôp » diffusées.
Faciliter et sécuriser les sorties d'hospitalisation hors urgence	Sécuriser le retour à domicile des personnes âgées fragiles en sortie d'hospitalisation, éviter les ré-hospitalisations.	En continu sur 2013	<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, accompagnement par le RGC si la personne retourne à domicile (visite à son domicile après sa sortie). ▪ Pour les personnes hospitalisées hors CHU : échanges avec les assistantes sociales 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. ▪ Dans le cadre de l'application de l'Art.70 du PLFSS 2012, le RGC a été retenu comme site pilote avec deux autres réseaux lorrains. Sur le module 2 concernant l'amont de l'hospitalisation, une cellule d'ordonnancement a été créée au CHU de Nancy et à la Maison Hospitalière Saint Charles pour préparer le plus en amont possible la sortie d'hôpital et d'améliorer la gestion de la sortie afin d'éviter les réhospitalisations précoces non justifiées
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 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Les cas complexes sont gérés avec certains partenaires autour de situations de suivi communes : en 2013, 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 Saint Charles, les gestionnaires de cas MAIA et le service de gérontopsychiatrie ambulatoire du CPN.(CMP Archambault)
	Analyser de façon éthique des cas d'école.	Depuis 2006, 4 à 6 réunions /an.	<ul style="list-style-type: none"> - En 2013, la commission éthique du RGC s'est réunie 4 fois. Thèmes de travaux en 2013 : questions éthiques autour de l'expérimentation en application de l'Art.70 du PLFSS 2012 : (sélection des patients, partage d'information et recueil du consentement) ;

			fin de vie des personnes âgées et loi Leonetti ; maltraitance à domicile
OBJECTIFS ECONOMIQUES			
Optimiser la prise en charge des personnes âgées fragiles.	Connaître le coût / patient de fonctionnement du réseau.	Dès 2008.	- 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. En 2013, il reste de moins de 200 € par personne et par an.
Limitier les actes médicaux et les examens complémentaires redondants par la transmission d'informations.	Participer à la réalisation du « Schéma Directeur des Systèmes d'Information des Réseaux de santé »	A partir de juin 2012.	- Dans la continuité de l'étude Réseau Filière Domicile auquel 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			
Décloisonner les relations entre les acteurs du réseau pour assurer une prise en charge continue sur toute la trajectoire du patient	Rencontrer les partenaires : - Connaître (suivre les évolutions de l'offre sanitaire et médico-sociale) ; - Faire connaître (valoriser le paysage gériatrique de proximité).	En continu sur 2013.	- Rencontres partenariales (nouvelles ou maintien de dynamiques existantes) : - ARS de Lorraine (M. D'HARCOURT, Mme MAITRE , Mme DIDIER, Mme le Dr GUYOT, M. FUCHS, M. KUBIAK, M. MORAIS, Mme le Dr BLERY MASSINET, Mme le Dr ECKMANN, M. ROMAC, , M. LEMOIGNE ...) ; - Comité de Liaison Inter-Ordre Régional - EMLG du CHU ; - Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (Mme DELAUNAY) - GCS Télésanté (M. BADINIER, M. DI FABIO) ; - Société Française de Gériatrie et Gérontologie - Conseil Général de Meurthe et Moselle (Mme le Dr STRYJSKI, Mme FAUCHON plote MAIA, gestionnaires de cas, Mme NAVACCHI, conseillères APA, ...) - CHU de Nancy (M. DUPONT, Mme ROUX, Mme le Pr PERRET GUILLAUME, ...) ; - Préfet de Meurthe et Moselle (M. BARTOLT) ; - France Alzheimer 54 (Mme TIQUET) - OHS (M. MICHEL, M. CHOLAY, Mme RENARD, Dr VANCON, Mme STUMER ...) - URPS Médecins, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers et chirurgiens-dentistes ; - Commune de Nancy (Mme JURIN) ; - CCAS de Nancy (Mme NOYER, Mme le Dr POLIDORI, équipe du CCAS ...) - CCAS des autres communes de la CUGN : Heillecourt, Tomblaine, Villers les Nancy, Saint Max, Vandoeuve, ... - CUGN (Mme ROBERT) ; - Association « Ensemble, deux générations » (Mme DE PARSCAU) ; - DICSIT Informatique (M. MARCHAL, M. ZELMAR ...) ;

- Les 7 SSIAD du Grand Nancy ;
- Congrégation « Les sœurs de l'Alliance » ;
- CISS Lorraine (M. LAHALLE GRAVIER, M. BLAISE, Mme MUNERELLE)
- DSS (Dr CRUVEILLIER-BOCH, M WANECQ ..)
- CHU Bichat–Claude-Bernard (Mme le Pr Sylvie LEGRAIN) dans le cadre de travail autour du programme autour de la iatrogénie « OMAGE »
- CPN (Dr DURAND, Dr BOUILLOT ...)
- Mairie de Saint Max
- Conseil Général de Moselle (Dr PERRIN-BALTER)
- Comité Régional des Caisses d'Actions Sociales Agirc Arrco (Mme FOURIER)
- Groupe HUMANIS (Mme ALEXANDRE)
- AG2R La Mondiale (Mme PILLOT TONNELIER)
- Pharmagest (M. ALLIOTTE)
- IREPS (Mme PIERSIANI, Mme GAUDEFROY, M le Pr. DESCHAMPS)
- Association « un toit, deux générations » (Mme ROZENFARB, M. SECK ...)
- **Participation à des réunions partenariales :**
 - Réunions trimestrielles : CPN, EMLG du CHU de Nancy, CCAS de Nancy, CLIC Nancy-couronne
 - Réunions de préparation au Réseau Territorial du Grand Nancy ;
 - Comités de pilotage et groupes de travail dans le cadre du Schéma Directeur des Systèmes d'Information ;
 - Projet régional bucco-dentaire des résidents d'EHPAD ;
 - Ateliers sur le logement et l'habitat des personnes âgées de la CUGN ;
 - Contrat Local de Santé de la CUGN ;
 - Groupes de travail et tables tactiques MAIA ;
 - Conférence de territoire de Meurthe et Moselle
 - Groupe de travail sur la prise en compte des personnes âgées en EHPAD organisé par le CISS Lorraine ;
 - Réunion inter-SSIAD ;
 - Commission Spécialisée d'Organisation des Soins ;
 - Groupe de travail de l'ULCOG « échanges pluridisciplinaires autour de la personne âgée atteinte de cancer : l'oncogériatrie en pratique » ;
 - Comité technique de l'IREPS pour la mise en place d'ateliers d'échange en éducation et promotion de la santé ;
 - Comité de pilotage de l'étude SEGA CARSAT (CHU de Reims)
 - Réunions autour du projet d'expérimentation « développer la prise en charge en ambulatoire de la cataracte chez les personnes âgées du CHU »

- **Participation à des manifestations,**

		<p>colloques, congrès, formations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Séminaire annuel de la FREGIF « Coopérations interprofessionnelles »; - Printemps de l'oncogériatrie - Soirée inaugurale des Fonds ACEF pour la solidarité - Inauguration du Data Center HDS (Hébergeur de Données de Santé) du Groupe PHARMAGEST - Inauguration officielle de l'ouverture du Répertoire Opérationnel des Ressources en Lorraine - Signature du Contrat Local de Santé du bassin de Pompey - Université d'été francophone en santé publique à Besançon sur le thème « Parcours de vie et de santé : un enjeu pour la transformation de notre système de soins » - Congrès « Grandeurs et misères du parcours de soins des personnes âgées : filières, réseaux, interfaces... » de la Société Gérontologique de l'Est - 1^{ier} après-midi de rencontre du Collège des Professionnels de Gériatrie en Lorraine - Remise des premiers jeux « Toucher Voir Jouer » - Séminaire de la HAS « Partage d'expériences autour du parcours des personnes âgées » - 6^{ème} colloque annuel de la FREGIF : « Mieux vieillir chez soi : manger, bouger » - 1^{ère} journée de la télémédecine en Lorraine « La télémédecine en action » - 13^{ème} journée de santé publique dentaire - 7^{ème} et 8^{ème} journée nationale des réseaux de santé Personnes Agées - Colloque EHESP, cycle de formation pour les dirigeants en santé - 15^{ème} Journée Internationale de la Qualité Hospitalière et en Santé - Conférence de territoire du développement social organisée par le Conseil Général 54 - Atelier d'échanges de pratiques « Maisons de santé, pôles, réseaux, contrats locaux, territoires... : nouvelles pratiques plus proches du citoyen » organisé par l'IREPS Lorraine <p>- Participation aux Assemblées Générales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conseil d'Administration de la Société Gérontologique de l'Est ; - Bureau et Conseil d'Administration du Collège des Professionnels de Gériatrie en Lorraine - Assemblée Générale et Conseil d'Administration du réseau ONCOLOR ; - Assemblée Générale du CISS Lorraine ; - Assemblée Générale de l'Union Nationale des Réseaux de santé ;
--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Assemblée Générale du Collège des Gériatres Lorrains ; - Assemblée Générale du Réseau gérontologique du Sel Vermois et Grand Couronné. - Assemblée générale des Petits Frères des Pauvres - Réunions de travail dans le cadre l'expérimentation en application de l'Art.70 du PLFSS 2012 : <ul style="list-style-type: none"> - Groupe 2 pour la mise en place de la cellule d'ordonnancement - Groupe 1 pour la création d'un thésaurus des prestations mobilisables en sortie d'hospitalisation - Réunions avec les services hospitaliers du CHU de Nancy et de la Maison Hospitalière Saint Charles : assistantes sociales, professionnels de santé, cadres administratifs et de santé des services expérimentateurs - Séminaires et réunions de travail à la HAS - Comités de pilotage et réunions préparatoires - Réunions Equipe Porteur de Projet - Caisses de retraite et mutuelle (MGEN, CRCAS) - ARS (Dr ECKMANN) - Dans le cadre du module 1 sur l'aval de l'hospitalisation et la formation des médecins traitants (AMPPU 54, médecins formateurs de la FMC 55) - Réunions de supervision de la cellule d'ordonnancement - Réunions de travail pour la création et l'évolution du système d'information <i>Fiche de Sortie d'Hospitalisation (FSH)</i> avec DICSIT Informatique et le GCS Télésanté Lorraine - Réunions de travail dans le cadre de la thèse de fin d'étude de médecine « Parcours de soins et coordination ville-hôpital : une fiche de sortie d'hospitalisation permet elle de réduire le nombre de ré hospitalisation trente jours après la sortie des patients âgés à risque de ré hospitalisation non justifiée précoce ? » - Réunions de travail dans le cadre du projet Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie en application de l'Art.48 du PLFSS 2013 : au niveau territorial et national - Accueil de professionnels d'autres réseaux : <ul style="list-style-type: none"> - Dr ADRAR, médecin coordonnateur du Réseau GérontoNord - 4 réseaux gérontologiques d'Ile de France - Réunions de groupes de travail pour
Assurer un rôle de veille et	Relever et analyser les	Depuis 2010.	

<p>d'analyse des dysfonctionnements et des besoins non couverts.</p>	<p>dysfonctionnements auprès des professionnels et des usagers.</p>		<p>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'événements indésirables et définition de mesures correctives).</p>
	<p>Relever et analyser les besoins non couverts.</p>	<p>Depuis 2012.</p>	<p>- Accompagnement de la révision du projet de soins des Sœurs de l'Alliance (revue de son efficience).</p>
<p>Etre moteur dans la coordination des réseaux gérontologiques au niveau de la région</p>	<p>Co-animer les réunions du groupe « réseaux » du CPGL et piloter la mise en œuvre des activités mutualisées.</p>	<p>En continu sur 2013.</p>	<p>4 réunions menées sur l'année 2013 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Partages d'informations entre les réseaux gérontologiques (nouveau, informations à diffuser), recherche de mutualisation des réseaux au travers d'un rapprochement régional de ressources. ▪ Mises en place d'outils et de programmes communs en 2013 : <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 ; ▪ 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 ; ▪ 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 ; ▪ Groupe de travail sur l'organisation fonctionnelle des réseaux ▪ Enquête sur l'utilisation, par les réseaux de santé Personnes Agées lorrains, des outils créés dans la cadre du Groupe « Réseaux ». ANNEXE 2
<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. Les activités et travaux du groupe « réseaux » de la SFGG en 2013 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation et animation de la 7^{ème} et 8^{ème} rencontre nationale des réseaux de santé Personnes Agées (86 participants) sur le thème « Venez compléter votre boîte à

			<p>outils ! », le 3 avril et 26 novembre 2013 ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ; ANNEXE 3 ▪ Diffusion nationale de la grille SEGA-A, et validation de la grille comme outil de repérage de la fragilité à domicile, en partenariat avec l'équipe du Professeur NOVELLA (CHU de Reims) ; ▪ 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) ; ▪ Réunions téléphoniques mensuelles (depuis décembre 2013)
--	--	--	--

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'existant, la mettre à jour, la diffuser.	En continu sur 2013.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Rencontres de partenaires pour étayer la connaissance du paysage gériatrique 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 2013.	<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 gériatrie.	Etre acteur dans l'évaluation des pratiques professionnelles pour les professionnels de santé libéraux du secteur.	Depuis mai 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Avec le groupe national « réseaux » SFGG : expérimentation de l'outil « PMSA – Réseaux » à partir des référentiels HAS, contribuer à l'étude de validation d'un outil de repérage de la fragilité à domicile SEGA-A
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 2013.	<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. - Formation de l'IDE coordinatrice du réseau au programme OMAGE (Optimisation des médicaments chez les sujets âgés) pour une continuité du programme d'ETP à domicile à la demande du Pr Perret-Guillaume (CHU-Nancy)
	Promouvoir des actions collectives de formation, d'information.	En continu sur 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de programmes en lien avec le réseau régional de gérontologie (groupe « réseaux » du CPGL) : 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 2013.	- 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, Formation Médicales Continues, aides soignantes, DIU Addiction, psychiatrie, VIH et hépatite (Alcool et personnes âgées), DU d'Education Thérapeutique du Patient etc.
	Etre un lieu de stage pour les étudiants.	En continu sur 2013	- Accueil d'Internes en médecine générale (SASPAS), élèves infirmiers de 1 ^{ère} et de 2 ^{ème} année de l'IFSI, étudiants en santé publique, médecins en cours de capacité de gérontologie - Encadrement de thèse et mémoire (Dr Anna-fleur Petitdemange, Dr Frédéric Pralet, Dr Claire Bertrand).
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 2013.	- <i>Actions menées dans le cadre du groupe « réseaux » du CPGL : 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>

3. EQUIPE SALARIÉE DU RESEAU ET PROFESSIONNELS ADHÉRENTS

- **Equipe salariée du réseau :**

Au 31 décembre 2013, 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 à temps plein : Mme Fanny MENGEL

- **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 :

- 16 médecins traitants ;
- 3 pharmaciens ;
- 2 infirmiers libéraux;
- un masseur kinésithérapeute
- un chirurgien dentiste

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 2013

Liste des structures adhérentes au réseau au 31 décembre 2013 :

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 Dame du Bon Repos » - Maxéville
 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 Hôtélia) - Laxou
 EHPAD « Saint Sauveur » - Nancy
 EHPAD « La compassion » - 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) :

Associations d'aide à domicile :

- ADAPA
- GARDE
- Ville et Services
- Relais des Services – Laxou
- AVAD
- ADMR Alieh
- All Services
- Esprit Tranquille
- Age d'Or Service
- ASSAD
- GIHP Lorraine

Associations d'usagers :

- CISS Lorraine
- ALMA
- Association les 4 saisons
- 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

Collectivités territoriales :

- 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, Seichamps, Tomblaine, Vandoeuvre les Nancy et Villers-les-Nancy.

Remarques :

- *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.*
- *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...)*

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

A chaque nouvelle inclusion, un dossier patient est créé, sous la forme papier et sous la forme informatisée à partir du logiciel Logiréso. A la fin de 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 encadrée 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 :**

Plusieurs fois par an, 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 Gérard Cuny travaille avec la totalité des médecins traitants installés sur les communes de la CUGN (315), et avec 67 % 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 2013 :**

Nature des professionnels formés	Nombre participants environ	Thèmes des enseignements	Durée
Etudiants de DIU Addictions, Psychiatrie, VIH et Hépatites virales	25	Alcool et personne âgée fragile	1h00
Médecins généralistes et remplaçants	38	Réduire le risque d'hospitalisation et de réhospitalisation des « Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie » (PAERPA) – Grille SEGA-A, Fiche Urgence Lorraine, dispositif Vill'Hôp	2h00
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	2 x 15	Organisation de la prise en charge des personnes âgées fragiles, présentation RGC	2 x 1h00
Professionnels en DU ETP – CHU de Nancy	30	Spécificités de l'ETP du malade âgé	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 Brabois et Lionnois)	2 X 100	Présentation du RGC	2 X 2h00
Etudiantes assistantes sociales de 1 ^{ère} année (IRTS de Lorraine)	50	Présentation du RGC	2h00
Professionnels en DIU sur l'ETP – CHU de Nancy	50	Le réseau de santé comme outil de la coordination des soins	1h00
Participants au 1 ^{ier} après-midi de rencontre du Collège des professionnels de Gériatrie en Lorraine	33	Prévention des accidents iatrogène et personnes âgées, une pluridisciplinarité nécessaire – A domicile : Programme PMSA des réseaux de santé personnes âgées	30 min
Participants à l'atelier d'échanges de pratiques « Maisons de santé, pôles, réseaux, contrats locaux, territoires... : nouvelles pratiques plus proches du citoyen »	34	Le réseau de santé comme outil de la coordination des soins	30 min
Participants à la 1 ^{ère} journée de la télémédecine en Lorraine	150	Intervention sur les autres usages de la télémédecine	20 min

Participants à la 13 ^{ème} journée de santé publique dentaire	150	Santé bucco-dentaire du sujet âgé fragile et nutrition	30 min
Participants au colloque EHESP, cycle sur les parcours de soins	25	Parcours de soins sur un territoire par un réseau de santé	1 h
Participants à la 15 ^{ème} Journée Internationale de la Qualité Hospitalière et en Santé	30	Une politique coordonnée d'accompagnement de la personne âgée et de la prise en charge gériatrique	30 min
Participants à l'Université d'été francophone en santé publique à Besançon sur le thème « parcours de vie et de santé : un enjeu pour la transformation de notre système de soins » ?	45	Réseau et parcours de soins.	1 h 30
Participants au Congrès « Grandeurs et misères du parcours de soins des personnes âgées » de la SGE	250	Diminuer le risque d'entrée non programmée et de sortie non préparée de l'hôpital Le parcours de soins en gérontologie a-t-il un avenir ? Quelles perspectives ?	2 X 30 min

- **Le réseau CUNY est également lieu de stage. En 2013, le réseau a accueilli plusieurs stagiaires :**
 - Internes en médecine générale dans le cadre de SASSPAS ;
 - Elèves infirmiers de 1^{ère} et de 2^{ème} année de l'IFSI ;
 - Suivi d'un mémoire dans le cadre de la formation de capacité en gérontologie sur le repérage de la fragilité des personnes âgées en Gir 5 et 6
 - Direction de thèses de fin d'étude de médecine sur le thème :
 - Evaluation de la prescription médicamenteuse des aidants conjoints ou concubins de personnes âgées en risque de perte d'autonomie vivant à domicile
 - Parcours de soins et coordination ville hôpital : une fiche de sortie d'hospitalisation permet elle de réduire le nombre de ré hospitalisation trente jours après la sortie des patients âgés à risque de ré hospitalisation non justifiée précoce.

- **Par ailleurs, le médecin coordonnateur du réseau CUNY a été jury d'une thèse** en chirurgie dentaire

- **Activités de recherche :**
 - Participation à l'étude « CARSAT » intitulée "Repérage de la fragilité des personnes âgées : validation psychométrique de la grille SEGA modifiée"

- **Activités de participation à la publication de documents et articles professionnels :**
 - Relecteur pour la HAS : fiche Points Clés et Solutions « Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? »
 - Participation à la rédaction de l'article « l'expertise gériatrique en soutien aux équipes de proximité » du dossier Parcours de soins du Concours médical N°8 – octobre 2013 **ANNEXE 4**
 - Participation à la rédaction de 2 articles pour une parution prévue en 2014 dans les revues médicales suivantes :
 - *Revue de gériatrie* : profil de la population prise en charge par les réseaux
 - *Gériatrie, psychologie, neuropsychiatrie du vieillissement* : le mésusage de l'alcool chez le sujet âgé

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 2013)

1.1. Nombre d'inclusions

Nombre de nouvelles personnes signalées répondant aux critères d'inclusion dans le réseau = **499 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 2013, en moyenne, **42 personnes âgées** environ sont nouvellement incluses dans le réseau par mois sur l'année. Par rapport à 2012, cela correspond à une légère baisse du nombre de nouvelles inclusions (**499 inclusions en 2013 vs/ 562 en 2012**).

Les 499 nouvelles inclusions sont composées de **393 situations de prises en charge**, 105 situations d'évaluation sans prise en charge et 1 situation d'information / orientation.

On considère qu'une personne est « prise en charge » si une visite à domicile a eu lieu. Si plusieurs entretiens ont été nécessaires, sans donner lieu à une visite à domicile, alors on classe la situation en « évaluation sans prise en charge ». Dans ce dernier cas, il n'y a pas lieu de faire un suivi de la situation, puisque la réponse à la problématique posée a été obtenue.

Indicateur complémentaire : nombre de fins de prise en charge en 2013 :

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013, nous avons décompté **399 fins de prise en charge** (sorties du réseau), soit **33 par mois**.

Tableau synthétique sur les entrées / sorties du réseau en 2013 :

Nombre d'inclusions 2013 (entrées dans le réseau)	Nombre de fins de prise en charge 2013 (sorties du réseau)	Solde entrées / sorties 2013
499 (soit 42/mois)	399 (soit 35/mois)	+ 100 (soit 8.3/mois)

1.2. Nombre de visites initiales

Nombre de premières visites effectuées par un professionnel de santé de l'équipe du réseau : **427 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 2013 et les visites réalisées en 2013 pour des inclusions en fin d'année 2012.

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

- Premières visites réalisées pour des inclusions 2013 :

Parmi les 499 nouvelles inclusions recensées en 2013, 393 ont été des situations de prises en charge qui ont donné lieu à **373 premières visites d'évaluation gériatrique à domicile**.

Les 20 personnes en situation de prise en charge qui n'ont pas été visitées au 31 décembre 2013 (= 393 - 373), le seront début 2014.

Le nombre total de premières visites à domicile pour évaluation gériatrique s'élève donc **à 427 visites.**

1.3. Ratio

Nombre de visites initiales effectuées / Nombre d'inclusions : 373 / 499 **75%**

Le numérateur retenu est le nombre de visites initiales pour des personnes âgées incluses en 2013.

7.5 personnes âgées sur 10 incluses dans le réseau en 2013 ont fait l'objet d'une première visite initiale pour la réalisation de leur évaluation gériatrique standardisée (*ratio comparable à 2008, 2009, 2010, 2011 et 2012*).

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 31/12/2013 (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 2013** : **2 096 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 2013. 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 continu depuis **2008** :

File active Année 2008	File active Année 2009	File active Année 2010	File active Année 2011	File active Année 2012	File active Année 2013
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 (+11.9 % par rapport à 2011)	2 096 personnes (+4,6 % par rapport à 2012)

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 + 140 %).

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 gériatologique. Est concerné pour le calcul de cette statistique, l'effectif des personnes âgées incluses en 2013 (une nouvelle inclusion = une origine de signalement, soit 502).

Origine du signalement	Proportions et effectifs 2013	Proportions 2012	Proportions 2011	Proportions 2010	Proportions 2009	Proportions 2008
Professionnels libéraux (IDE, médecins traitants, pharmaciens, kinésithérapeute, neurologue, etc.)	25,65 % (126)	24,7 % des signalements	21,1 % des signalements	27,0 % des signalements	28,3 % des signalements	27,5 % des signalements
Famille, entourage personnel, personne concernée	35,47 % (177)	27,8 %	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, association d'usagers, gestionnaires de cas MAIA etc.)	19,43 % (97)	23,7 %	18,7 %	17,3 %	19,1 %	22,7 %
Professionnels des établissements de santé (hôpitaux, cliniques, centres de réadaptation, centres gériatriques, CPN, HAD, HDJ, SSR, CMP, etc.)	16,43 % (82)	18,5 %	24,0 %	23,8 %	16,8 %	16,3 %
CLIC/équipe APA (Conseil Général)	3 % (15)	3,9 %	3,6 %	6,2 %	7,8 %	3,7 %
SSIAD	0,4 % (2)	1,4 %	2,2 %	1,6 %	0,5 %	0,4 %
Données manquantes	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,2 %
Total	100,0 % (499)	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 2013 provient des médecins traitants : soit indirectement par les familles que les médecins traitants orientent vers le réseau (35.47 %), soit directement (pour 25.65 % car présents en grande majorité dans la catégorie « professionnels libéraux »).

On peut donc dire que **61.12 % des signalements proviennent des médecins traitants**, traduisant leur forte implication dans leur travail avec le réseau sur le Grand Nancy (52,5% en 2012).

Le secteur médico-social et social représente 19.4 % des signalements ; ce chiffre est équivalent aux années 2009, 2010 et 2011.

A noter que, les situations signalées depuis l'hôpital représentent une proportion importante de signalements (un signalement sur 6) sollicitant le réseau soit pour accompagner le retour à domicile de leurs patients âgés fragiles, soit pour évaluer la situation à domicile après un passage récent aux urgences.

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

Par ailleurs, **178 nouvelles personnes incluses en 2013, soit 35.67 % 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 environ 2 tiers des cas en amont de la dépendance** et sur un versant global gériatrique (médico-psycho-social).

L'observation des scores GIR connus à l'inclusion en 2013 est de 4 pour 40.22 % des situations, avec 81.18 % de situations en GIR 4, 5 ou 6 à l'inclusion, soit un GMP à 361.

(Indicateurs calculés sur 271 situations pour lesquelles le GIR est saisi, et pour des situations « de prise en charge » incluses et évaluées en 2013). **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.**

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 2013 (une nouvelle inclusion = une localisation de la personne âgée à ce moment là) :

Localisation de la personne au moment du signalement	Effectifs et proportions 2013	Proportions 2011	Proportions 2011	Proportions 2010	Proportions 2009	Proportions 2008
A domicile : appartement, maison, foyer d'hébergement pour personnes âgées, EHPAD, hôtel	90,6 % des signalements (452)	92.0 % des signalements	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.	9,4 % des signalements (47)	8.0 % des signalements	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	0.0 % des signalements	1,4 % des signalements
Total	499 (100 %)	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** (9 sur 10), correspondant bien au niveau d'intervention du réseau : évaluation au domicile des personnes et lien ville-hôpital (*proportion stable depuis 2009*).

2. Indicateurs de performance sur un an (entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2013)

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 2013, pris en charge et ayant fait l'objet d'une visite initiale (n=353).

Délai moyen entre la date d'inclusion et la visite initiale : 30 jours

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

Le délai moyen entre le signalement et la première visite au domicile **est de 30 jours, en baisse par rapport à 2012 (36 jours) et revenant quasiment au même niveau qu'en 2011 (28 jours).**

L'année 2013 a pu être marquée, à certaines périodes de l'année, par un allongement du délai entre le signalement et la première visite en raison de :

- L'arrêt maladie d'un des 2 médecins adjoints en janvier et de juin à septembre 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 2013, 32 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 (au 31-12-2013)	Part des personnes de la file active	Résultats 2012	Résultats 2011	Résultats 2010	Résultats 2009	Résultats 2008
1	9	0,43%	0,3%	0,4%	1,2%	1,6 %	1,8 %
2	9	0,43%	0,5%	0,9%	2,1%	1,9 %	2,2 %
3	15	0,72%	1,0%	1,8%	1,7%	2,2 %	2,4 %
4	13	0,62%	1,8%	1,8%	2,4%	2,5 %	2,5 %
5	37	1,77%	1,7%	2,1%	3,1%	2,9 %	2,7 %
6 à 10	336	16,03%	17,9%	20,4%	20,2%	19,4 %	23,2 %
11 à 25	992	47,33%	46,2%	43,0%	40,6%	40,4 %	41,4 %
26 à 50	500	23,85%	21,6%	21,4%	21,5%	22,8 %	20,0 %
51 à 100	143	6,82%	6,7%	6,3%	5,7%	4,9 %	3,1 %
Plus de 100	42	2 %	2,2%	1,7%	1,6%	1,4 %	0,7 %
<i>Total</i>	2096	100,0%	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 2013** donc stable depuis plusieurs années (vs 25 actes en 2012, 23 actes en 2011, 22 en 2010 et 2009 et 19 actes en 2008).

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

2013	2012	2011	2010	2009	2008
895 jours	<i>842 jours</i>	819 jours	998 jours	1 144 jours	1 143 jours

Cette statistique est extraite en tenant compte des situations de « prise en charge », depuis 2005 et jusqu'au 31 décembre de chaque année.

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 2013 et prises en charge (449 personnes), tout en excluant les personnes ré-incluses dans l'année en prise en charge au nombre de 17 cette année : soit **432 personnes**.

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

Scores MMSE	Nombre de personnes concernées 2013	Proportions de personnes concernées 2013	Résultats 2012	Résultats 2011	Résultats 2010	Résultats 2009	Résultats 2008
MMSE < 25	121	53,7%	141 (57,6 %)	124 (53,9 %)	171 (55,3 %)	130 (56,8 %)	128 (58,5 %)
MMSE ≥ 25	104	46,2%	104 (42,4%)	106 (46,1%)	138 (44,7 %)	99 (43,2 %)	91 (41,5 %)
MMSE non réalisable ou donnée manquante	157	Sans objet	208 (Sans objet)	239 (Sans objet)	185 (Sans objet)	124 (Sans objet)	180 (Sans objet)
Total	432	100,0 %	453 (100,0%)	469 (100,0%)	494 (100,0 %)	353 (100,0 %)	399 (100,0 %)

Nombre de personnes ayant un MMSE, lorsqu'il a pu être réalisé ou obtenu en 2013, < 25 : **121**

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

Parmi les personnes âgées avec un dernier MMSE connu, **53,7 % 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 2013, 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 : **1 255 / 2 096 = 60 %**

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**. A noter que ce chiffre est en augmentation d'année en année : 55,7% en 2012, 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 2013 / file active : **225 / 2 096 = 10,6 %**

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

En 2013, 222 personnes âgées ont été institutionnalisées durant l'année soit 10,6 % de la file active, proportion en légère hausse par rapport aux années 2012 (9,1%) et 2011 (9,9 %). 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 2013, on dénombre 201 décès, dont 94 décès à domicile et 107 en établissement.

	2013	2012	2011	2010	2009	2008
Proportion de personnes décédées à domicile	94 / 207 = 45.41 %	45,3 %	42,2 %	43,3 %	47,9 %	38,9 %
Proportion des personnes décédées à l'hôpital	113 / 207 = 54.59 %	54,7 %	57,8 %	56,7 %	52,1 %	61,1 %

Commentaires et analyses du réseau Gérard Cuny :

En 2013, environ 10 % des personnes de la file active sont décédées à notre connaissance (207 décès).

Parmi elles, 45.4 % sont décédées à domicile contre 54.6 % en établissement. On comptabilise aussi dans les décès à domicile, les décès en EHPAD, les décès comptabilisés « à l'hôpital » étant uniquement ceux étant survenus dans un établissement sanitaire.

« 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 2013 : **1 741 personnes** (sur les 2 096 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 2013, par rapport au chiffre théorique de fragilité dans la population des plus de 75 ans est égal à : **1 741 / 1 934 = 90.02 %** (83,5% en 2012, 75,9 % en 2011, 67,2 % en 2010 et 54,1 % en 2009).
- **Conclusion : 90.02 % 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 31/12/2013).

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 7 personnes / mois).
- un taux de pénétration en augmentation 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 moins de 200 Euros par personne incluse dans le réseau et par an**, avec en outre une équipe opérationnelle stable.

1. Population concernée

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

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

- **Population cible :** nombre de personnes âgées que le réseau prévoyait de prendre en charge entre le 01/01 et le 31/12/2013.

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	502 inclusions en 2013
300 prises en charge / an	449 prises en charge en 2013
File active de 2 000	File active de 2 096 au 31/12/13

2. Evaluation des activités spécifiques au Réseau Gérard Cuny

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

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

- **1^{ère} partie : les fonctions de proximité et d'appui auprès de la personne âgée fragile : 5 fiches d'évaluation (liste des fiches en page 28)**
- **2nde partie : les fonctions de pilotage : 12 fiches d'évaluation (liste des fiches en page 38)**
 - o Par un pilotage de proximité au niveau du réseau CUNY : 3 fiches d'évaluation
 - o Par un pilotage inter-réseaux gérontologiques au niveau Lorrain : 8 fiches d'évaluation
 - o 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*
- Analyse de l'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) pour l'élaboration du Plan Personnalisé de Santé – cf. *nouvelle fiche*
- Usage de la Fiche Urgence Lorraine par les professionnels du Grand Nancy – cf. *nouvelle fiche*
- La coordination : « *Les dynamiques partenariales de proximité* » - cf. *fiche*

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

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) 2013 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 termes 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 ? / « Par quel moyen souhaite-il recevoir le(s) compte(s) rendu(s) écrit(s) : messagerie sécurisée, fax ou courrier ? (question ajoutée en septembre 2013)»

Calendrier réalisé :

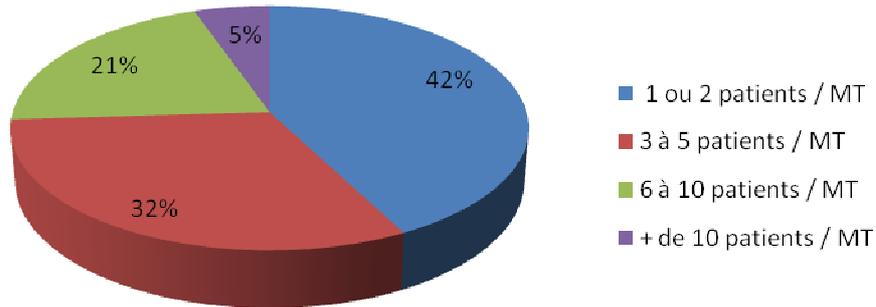
Réalisation des interviews en continue sur les années 2011, 2012 et 2013

Résultats d'évaluation :

Focus sur les résultats de l'enquête sur une période d'un peu plus de 3 ans (décembre 2010 à décembre 2013), représentant une analyse portant sur 1077 questionnaires (un questionnaire administré au MT au moment de l'inclusion de chaque patient) :

- **262 médecins traitant enquêtés pour 1077 nouvelles personnes âgées fragiles incluses et prises en charge** par le RGC : sur 3 ans de fonctionnement ; la Communauté urbaine de Nancy comptant environ 315 médecins traitants, 83 % d'entre eux (262 / 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 72,43 % des situations ;**
 - Connaître la date de chaque nouvelle visite à domicile (VAD de suivi) du réseau pour 21,83 % des situations ;
 - **Avoir un échange téléphonique avec le réseau après la première visite pour 52,82 % des situations ;**
 - Avoir un échange téléphonique avec le réseau après chaque nouvelle visite pour 32,84 % des situations ;
 - **Recevoir un compte-rendu écrit de la première visite du réseau pour 68,36 % des situations ;**
 - **Recevoir un compte-rendu écrit de chaque nouvelle visite du réseau pour 58,65 % des situations.**

- En moyenne, **un médecin traitant a 4,1 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 205 médecins ayant au moins 2 patients accompagnés par le réseau, **182, soit 88,78 % d'entre eux, ont des attentes différentes en termes 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.

- Depuis septembre 2013, les médecins souhaitant recevoir le(s) compte(s) rendu(s) écrit(s) sont interrogés sur le moyen qu'il souhaite pour cette transmission. Parmi les **62 médecins traitant enquêtés** (pour 90 nouvelles personnes âgées fragiles incluses et prises en charge), **62,90% d'entre eux souhaitent un envoi par messagerie sécurisée (39/62) et 37,1% demande un envoi par courrier (23/62).** On constate donc la « montée en charge » progressive de l'informatisation des médecins traitants sur le Grand Nancy, territoire du RGC.

Perspectives 2014 :

- **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 le SI pour les partenaires.
- Continuité de l'adaptation du réseau gérontologique aux attentes et aux besoins individuels en termes de partage d'informations.
- Meilleure utilisation de la messagerie sécurisée (Apycript et messagerie du GCS télésanté) pour le partage d'informations

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

Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Prise en charge générale des personnes âgées : coordonner la prise en charge globale des personnes âgées à risque de rupture du maintien à domicile : faire des visites à domicile pour évaluation gérontologique »
Objectif(s) 2013 de l'action :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser une Evaluation Gériatrique Standardisée pour toute personne incluse dans le réseau en 2013 et nécessitant une prise en charge ou pour toute personne dont la situation a évolué et qu'il convient de réévaluer.
Description de l'action :	
<ul style="list-style-type: none"> - L'EGS est réalisée par un médecin du réseau ayant une expérience auprès des personnes âgées. Elle est programmée pour toute personne incluse dans le réseau et nécessitant une « prise en charge » ou pour toute personne dont la situation a évolué et qu'il convient de réévaluer. - L'EGS est effectuée au domicile de la personne concernée avec son accord et avec l'accord du médecin traitant. - L'EGS réalisée par le réseau Gérard CUNY est une EGS harmonisée entre les réseaux gérontologiques lorrains, nommée « EGS Lorraine » applicable depuis le 1^{er} janvier 2010. - Elle comprend : <ul style="list-style-type: none"> - Une évaluation clinique « classique » : <ul style="list-style-type: none"> > Evaluation de la marche et du risque de chute ; > Evaluation du risque de dénutrition et de la consommation d'alcool ; > Evaluation des fonctions cognitives ; > Evaluation des affects dépressifs, 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) : <ul style="list-style-type: none"> > Evaluation de la fragilité au domicile et de l'adaptation du domicile à cette fragilité (ergonomie) ; > Evaluation de la dépendance au domicile (degré d'autonomie) ; > Evaluation du mode de vie et des ressorts mobilisables au domicile ; > Evaluation de la charge ressentie par l'aidant au quotidien. 	
Calendrier réalisé :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réalisation des EGS aux domiciles des personnes âgées suivies par le RGC en continu sur l'année 2013
Résultats d'évaluation :	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Au cours de l'année 2013, 499 patients ont été nouvellement inclus dans le RGC, dont 393 en situation de prise en charge et qui, pour 373 d'entre eux, ont donc fait l'objet d'une première EGS (en visite à domicile) en 2013. ▪ 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, et surtout pour formaliser un Plan Personnalisé de Santé. ▪ Intégration dans l'EGS Lorraine du volet A de la grille SEGA depuis le 1^{er} août 2012. ▪ <i>Exemple de dispositif de partage avec la filière hospitalière : Fiche Urgence Lorraine : voir fiche ci-après.</i> 	
Perspectives 2014 :	
<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Formation continue de l'équipe opérationnelle du réseau aux outils de l'EGS à domicile - Diffusion de la grille SEGA-A validée et intégration dans l'EGS Lorraine - 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 : Analyse de l'EGS pour l'élaboration du PPS

Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Prise en charge générale des personnes âgées : coordonner la prise en charge globale des personnes âgées à risque de rupture du maintien à domicile : élaborer et suivre la mise en œuvre Plan Personnalisé de Santé »
Objectif(s) 2013 de l'action :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyser les données recueillies lors de l'Évaluation Gériatrique Standardisée réalisée au domicile pour construire le Plan Personnalisé de Santé
<p>Description de l'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'EGS est réalisée par un médecin du réseau au domicile de la personne concernée avec son accord et avec l'accord du médecin traitant. (cf. fiche « Réflexion sur la pertinence de la réalisation d'une EGS au domicile ») - A l'issue de l'évaluation réalisée à domicile, le réseau fait une synthèse des éléments recueillis à l'aide d'une Fiche synthétique d'exploitation de l'EGS et de définition du PPS créée en août 2012 ANNEXE 5 qui permet de : <ul style="list-style-type: none"> ○ relever les éléments positifs et négatifs de l'EGS par rapport à la demande initiale et de faire ressortir les situations à problème et les risques de rupture du maintien à domicile ○ prendre en compte les préférences et les priorités de la personne âgée concernée dans l'élaboration de son plan d'action pour garantir l'adhésion du patient au PPS. ○ relever les attentes des professionnels à court et long terme ○ identifier des difficultés de faisabilité du PPS (disponibilités des professionnels, délais de mise en œuvre des actions prévues au plan d'action, ...) - A partir de ces éléments d'analyse, le réseau élabore le Plan Personnalisé de Santé en réponse aux problèmes identifiés : <ul style="list-style-type: none"> ○ En s'accordant avec le patient, son entourage et les professionnels sur des objectifs partagés ○ En décrivant précisément et en priorisant les actions ○ En définissant les intervenants chargés de la réalisation des actions ○ En fixant des échéances pour mesurer l'atteinte des objectifs des professionnels et le degré de réponse aux attentes de la personne 	
Calendrier réalisé :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse des EGS réalisées aux domiciles des personnes âgées suivies par le RGC et détermination des Plans Personnalisés de Santé tenant compte des attentes et des demandes des patients et des attentes des professionnels à court et long terme en continu sur l'année 2013.
<p>Résultats d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Au cours de l'année 2013, 373 personnes âgées incluses en 2013 ont bénéficié d'une analyse de l'EGS réalisée à domicile pour la définition d'un PPS ▪ 2096 personnes âgées en file active ont bénéficié d'un suivi et d'une réévaluation si nécessaire de leur Plan Personnalisé de Santé 	
<p>Perspectives 2014 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuite de l'analyse des informations et attentes recueillies lors de l'EGS pour l'élaboration du PPS pour les nouveaux patients inclus dans le réseau - Suivi et réévaluation du PPS pour l'ensemble des personnes de la file active - Réflexions autour de l'adaptation et de l'appropriation du modèle de PPS de la Haute Autorité de Santé 	

Intitulé de l'action : Usage de la Fiche Urgence Lorraine par les professionnels du Grand Nancy

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 et en particulier le recours aux urgences »
Objectif(s) 2013 de l'action :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer la diffusion de l'utilisation de la Fiche Urgence Lorraine auprès des partenaires extérieurs

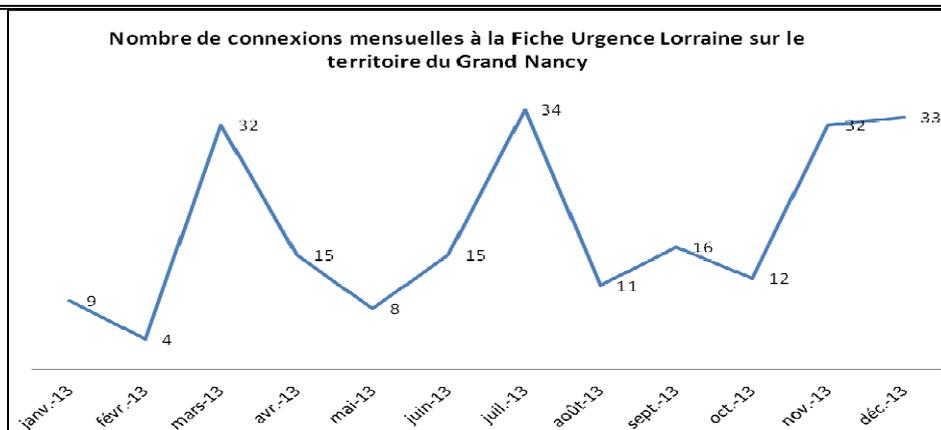
Description de l'action :

- Les réseaux gérontologiques ont développé en 2009 avec la société informatique DICSIT **une fiche de synthèse des données-patients afin de participer à la permanence des soins en mettant à disposition des partenaires 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.
- Depuis 2010, le réseau Gérard Cuny développe l'implantation de l'outil dans les services d'urgence et les services hospitaliers de gériatrie ; et depuis 2013 auprès des médecins libéraux intervenant dans le cadre de la permanence des soins.
L'outil est ainsi implanté : au service de urgence de la polyclinique de Gentilly, aux services des urgences, de l'USLD et à l'EMLG du CHU de Nancy, à SOS Médecins, à la Maison Hospitalière Saint Charles, et depuis 2013 au CPN de Laxou et auprès de 23 médecins libéraux.
- Lors de l'ouverture d'une FUL, le réseau réceptionne une alerte indiquant le nom du patient concerné et le professionnel ayant consulté la fiche. Le réseau prend contacte avec le professionnel pour avoir des informations concernant l'hospitalisation et un éventuel retour à domicile avec l'intervention du réseau à la sortie.
- 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 les hospitalisations évitables. L'outil est diffusé dans le cadre de formations auprès des médecins libéraux.

Calendrier réalisé :	Continuité de mobilisation de nouveaux sites et professionnels utilisateurs, amélioration la coordination ville-hôpital à l'occasion de toute consultation d'une FUL par un urgentiste, un médecin hospitalier ou un médecin participant à la permanence des soins.
-----------------------------	---

Résultats d'évaluation :

- En 2013, sur le territoire de **Nancy, la FUL a été déployée sur 1 nouveau site : CPN de Laxou et auprès de 23 médecins libéraux.**
- **Présentation de la Fiche Urgence Lorraine dans le cadre du Module 1 de l'expérimentation en application de l'Art.70 du PLFSS 2012.** 3 sessions de formation ont été organisées sur le Grand Nancy entre octobre et décembre 2013. 38 médecins y ont participé
- L'évaluation des connexions réalisée au 31 décembre 2013 **montre que la FUL a été ouverte 124 fois depuis l'extérieur** soit une moyenne de 10,3 connexions par mois :
 - 72 fois par l'EMLG du CHU de Nancy,
 - 49 fois par les professionnels de la Maison Hospitalière Saint Charles,
 - 1 fois par le réseau RESAPEG,
 - 2 fois par le réseau Gérard Cuny.



On peut constater que le nombre de connexions à la FUL n'est pas constant tout au long de l'année. La création de comptes d'accès à la FUL en fin d'année 2013 pour les médecins participants aux formations dans le cadre du Module 1 de l'expérimentation en application de l'Art.70 du PLFSS 2012 peut expliquer le pic de connexion en novembre et décembre.

Perspectives 2014 :

- Continuer à augmenter le nombre de nouveaux utilisateurs dans les services d'urgence, les services hospitaliers et les professionnels de la permanence des soins et poursuivre la communication autour de ce dispositif **afin d'augmenter le recours à la FUL.**
- Cependant, l'objectif de cette fiche est qu'elle soit utilisée dans le cadre d'horaires « hors ouverture des bureaux ». **Cette fiche n'a pas vocation à remplacer la communication directe entre structures.**

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) 2013 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 2013.

Résultats d'évaluation :

Volet partenarial 1 : Prise en compte des situations à risque

Réalisé : participation à la formation des élèves infirmiers de 1 ^{ère} et 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 : 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.	Commentaires, plus-value des réunions : permet de mieux coordonner l'ensemble des intervenants sur ces situations complexes
Réalisé : analyser de façon éthique certains cas : 4 réunions de la commission éthique réalisées en 2013.	

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

Réalisé :

- **Rencontres partenariales** (nouvelles ou maintien de dynamiques existantes) :
 - ARS de Lorraine (M. D'HARCOURT, Mme DIDIER, Mme le Dr GUYOT, M. FUCHS, M. KUBIAK, M. MORAIS, Mme le Dr BLERY MASSINET, Mme le Dr ECKMANN, M. ROMAC, Mme MAITRE, M. LEMOIGNE) ;
 - EMLG de l'hôpital Central ;
 - Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (Mme DELAUNAY)
 - GCS Télésanté (M. BADINIER, M. DI FABIO) ;
 - SFGG, le RGC est co-référent du groupe réseaux national
 - Conseil Général de Meurthe et Moselle (Mme le Dr STRYJSKI, Mme FAUCHON plote MAIA, gestionnaires de cas, Mme NAVACCHI)
 - CHU de Nancy (M. DUPONT, Mme ROUX, Mme le Pr PERRET GUILLAUME, M. le Pr AQUINO) ;
 - Préfet de Meurthe et Moselle (M. BARTOLT) ;
 - France Alzheimer 54 (Mme TIQUET)
 - OHS (M. MICHEL, M. CHOLAY)
 - URPS Médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmiers et chirurgiens dentistes ;
 - Commune de Nancy (Mme JURIN) ;
 - CCAS de Nancy (Mme NOYER, Mme le Dr POLIDORI)
 - CUGN (Mme ROBERT) ;
 - Association « Ensemble, deux générations » (Mme DE PARSCAU) ;
 - DICSIT Informatique (M. MARCHAL, M. ZELMAR) ;
 - Les 7 SSIAD du Grand Nancy ;
 - Congrégation « Les sœurs de l'Alliance » ;
 - IREPS, Pôle de compétence en éducation et promotion de la santé en Lorraine
 - CISS Lorraine (M. LAHALLE GRAVIER, M ; BLAISE)
 - DSS (Dr CRUVEILLIER-BOCH)
 - CHU Bichat–Claude-Bernard (Mme le Pr Sylvie LEGRAIN)
 - CPN (Dr DURAND, Dr BOUILLOT)
 - Mairie de Saint Max
 - Conseil Général de Moselle (Dr PERRIN-BALTER)
 - Comité Régional des Caisses d'Actions Sociales Agirc Arrco (Mme FOURIER)
 - Groupe HUMANIS (Mme ALEXANDRE)
 - AG2R La Mondiale (Mme PILLOT TONNELIER)
 - Pharmagest (M. ALLIOTTE)
 - IREPS (Mme PIERSIANI, Mme GAUDEFROY, M le Pr. DESCHAMPS)
- **Participation à des réunions partenariales :**
 - Réunions trimestrielles : CPN, EMLG du CHU de Nancy, CCAS de Nancy, PAIS
 - Réunions de constitution du futur Réseau Territorial du Grand Nancy ;
 - Comités de pilotage et groupes de travail dans le cadre du Schéma Directeur des Systèmes d'Information ;
 - Projet régional bucco-dentaire des résidents d'EHPAD ;
 - Atelier sur le logement et l'habitat des personnes âgées de la CUGN ;
 - Contrat Local de Santé de la CUGN ;
 - Groupes de travail et table tactique MAIA ;
 - Conférence de territoire de Meurthe et Moselle
 - Groupe de travail sur la prise en compte des personnes âgées en EHPAD organisée par le CISS Lorraine ;
 - Réunion inter-SSIAD ;
 - Commission Spécialisée d'Organisation des Soins ;
 - Groupe de travail de l'ULCOG « échanges pluridisciplinaires autour de la personne âgées atteinte de cancer : l'oncogériatrie en pratique » ; intégration du RGC au comité de pilotage de l'ULCOG
 - Comité technique de l'IREPS pour la mise en place d'ateliers d'échange en éducation et promotion de la santé ;
 - Comité de pilotage de l'étude SEGA CARSAT (CHU de Reims)
 - Projet « développer la prise en charge en ambulatoire de la cataracte chez les personnes âgées du CHU »
- **Participation à des manifestations, colloques, congrès, formations :**
 - Séminaire annuel de la FREGIF « Coopérations interprofessionnelles » ;
 - Printemps de l'oncogériatrie à Nancy
 - Soirée inaugurale des Fonds ACEF pour la solidarité
 - Inauguration du Data Center HDS (Hébergeur de Données de Santé) du Groupe PHARMAGEST

- Inauguration officielle de l'ouverture du Répertoire Opérationnel des Ressources en Lorraine
- Signature du Contrat Local de Santé du bassin de Pompey
- Université d'été francophone en santé publique à Besançon sur le thème « parcours de vie et de santé : un enjeu pour la transformation de notre système de soins »
- Congrès « Grandeurs et misères du parcours de soins des personnes âgées : filières, réseaux, interfaces... » de la Société Gérontologique de l'Est ;
- 1^{ier} après-midi de rencontre du Collège des Professionnels de Gériatrie en Lorraine
- Remise des premiers jeux Toucher Voir Jouer
- Séminaire de la HAS « partage d'expériences autour du parcours des personnes âgées »
- 6^{ème} colloque annuel de la FREGIF : « Mieux vieillir chez soi : manger, bouger »
- 1^{ère} journée de la télémédecine en Lorraine « La télémédecine en action »
- 13^{ème} journée de santé publique dentaire
- 7^{ème} et 8^{ème} journée nationale des réseaux de santé Personnes Agées
- Colloque EHESP, cycle de formation pour les dirigeants en santé
- 15^{ème} Journée Internationale de la Qualité Hospitalière et en Santé
- Conférence de territoire du développement social organisé par le Conseil Général 54
- Atelier d'échanges de pratiques « Maisons de santé, pôles, réseaux, contrats locaux, territoires... : nouvelles pratiques plus proches du citoyen » organisé par l'IREPS

- **Participation aux Assemblées générales :**

- Conseil d'Administration de la Société Gérontologique de l'Est ;
- Bureau et Conseil d'Administration du Collège des Professionnels de Gériatrie en Lorraine
- Assemblée Générale et Conseil d'Administration du réseau ONCOLOR ;
- Assemblée Générale du CISS Lorraine ;
- Assemblée Générale de l'Union Nationale des Réseaux de santé ;
- Assemblée Générale du Collège des Gériatres Lorrains ;
- Assemblée Générale du Réseau gérontologique du Sel Vermois et Grand Couronné.

- **Réunions de travail** dans le cadre l'expérimentation en application de l'Art.70 du PLFSS 2012 :

- Groupe 2 pour la mise en place de la cellule d'ordonnancement
- Groupe 1 pour la création d'un thésaurus des prestations mobilisables en sortie d'hospitalisation
- Réunions avec les services hospitaliers du CHU de Nancy et de la Maison Hospitalière Saint Charles : assistantes sociales du CHU, professionnels de santé des services expérimentateurs, Mme GOND, Mme ROUX, Mme le Dr MANCIAUX)
- Séminaires et réunions de travail à la HAS
- Comités de pilotage et réunions préparatoires
- Réunions Equipe Porteur de Projet
- Direction de la Sécurité Sociale (Dr CRUVEILLIER-BOCH)
- Caisses de retraite (MGEN, CRCAS)
- ARS (Dr ECKMANN)
- Dans le cadre du module 1 sur l'aval de l'hospitalisation et la formation des médecins traitants (AMPPU 54, médecins formateurs)
- Réunions de supervision de la cellule d'ordonnancement
- Réunions de travail pour la création et l'évolution du système d'information *Fiche de Sortie d'Hospitalisation* avec DICSIT Informatique et le GCS Télésanté Lorraine
- Réunions de travail dans le cadre de la thèse de fin d'étude de médecine « Parcours de soins et coordination ville-hôpital : une fiche de sortie d'hospitalisation permet elle de réduire le nombre de ré hospitalisation trente jours après la sortie des patients âgés à risque de ré hospitalisation non justifiée précoce ? »

- **Réunions de travail** dans le cadre du projet Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie en application de l'Art.48 du PLFSS 2013

- **Accueil de professionnels d'autres réseaux :**

- Dr ADRAR, médecin coordonnateur du Réseau GérontoNord
- 4 réseaux gérontologiques d'Ile de France

Perspectives 2014 :

- Poursuite du développement de la dynamique partenariale

Ces fonctions de pilotage se déclinent selon 3 niveaux :

- **Par un pilotage de proximité au niveau du réseau Gérard CUNY – page 39 :**
 - o La commission éthique – *voir fiche*
 - o La plateforme d'orientation SSIAD du Grand Nancy – *voir fiche*
 - o Participation à la formation initiale des professionnels – *voir nouvelle fiche*

- **Par une participation au pilotage inter-réseaux gérontologiques au niveau Lorrain – page 43 :**
 - o Le groupe « réseaux » du Collège des gériatres 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 fiche*

- **Par une participation au pilotage inter-réseaux gérontologiques au niveau national – page 57 :**
 - 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 :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Etre un recours pour la gestion des cas complexes : analyser de façon éthique des cas d'école »
Objectif(s) 2013 de l'action :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 26 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 et médecins adjoints du RGC, président et représentants du CODERPA, présidente de association « Les Amis de la Maison Hospitalière Saint-Charles », directeur de l'association « Ville & Services » à Villers-lès-Nancy, présidente de l'URPS Infirmiers, infirmière cadre et directeur de l'EHPAD Les Sablons, gestionnaires de cas MAIA (Conseil Général 54), responsable médical du pôle Gérontologie Soins Palliatifs au C.H.U. de Nancy, Cadre de santé et responsable de l'équipe médico-sociale à la Direction PA/PH du Conseil Général 54, médecin chef de la Maison Hospitalière Saint-Charles, directrice du Pôle Gérontologique du CCAS de Nancy, adjointe de direction de l'EHPAD Saint-Rémy, 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 2013, la commission s'est réunie 4 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 atteint en 2013. ▪ 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 10 d'entre eux. ▪ Les questions traitées et débattues lors de cette année 2013 ont porté sur : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse de cas cliniques ; ▪ Sélection, partage d'information et consentement des patients dans le cadre de l'expérimentation en application de l'Art.70 du PLFSS 2012 : ▪ Fin de vie des personnes âgées et la loi Léonetti ; ▪ Maltraitance à domicile ▪ Liens avec l'Espace Lorrain d'Ethique de la Santé 	
<p>Perspectives 2014 :</p> <p>Poursuivre l'organisation et l'animation de 4 réunions de la commission éthique sur l'année 2014, proposer à d'autres intervenants de rejoindre la commission, être lieu de diffusion et d'informations pour les membres de la commission sur les sujets touchant l'éthique (réflexions autour de la fin de vie, ...).</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) 2013 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, 2011 et 2012 : 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 2013 : fonctionnement en routine de la plateforme, évaluation en continu.
Résultats d'évaluation 2013 :	
<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 : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réunions inter-SSIAD : 3 réunions sur l'année 2013 (18 juin, 29 octobre, 10 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 ; • Audit sur l'occupation des places et la charge en soins des SSIAD ; • Accords pour la migration opérationnelle du logiciel Attentum SSIAD vers IMAD ; • Mobilisation autour du projet sur l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation des soins ; • Réflexion autour du futur appel à projet pour la création de places en SSIAD supplémentaire sur le Grand Nancy ; • Mise à jour du logigramme d'inclusion des patients 	

- Mobilisation autour de l'utilisation de la grille SEGA-A validée auprès des patients et des aidants
- Concertation sur l'évaluation de l'activité 2012 de la plateforme et préparation des communications à l'ARS.

▪ **Synthèse de l'activité 2013 de la plateforme :**

- **378 dossiers patients signalés et instruits** : femmes pour les 2 tiers, 82 ans de moyenne d'âge, 61 % d'entre eux étant à domicile au moment de la demande (et 39 % en établissement hospitalier).
- Nature des besoins infirmiers : 100 % de toilettes (critère d'inclusion), 36,5 % de préparation et d'administration de traitements, 15,6 % de pansements et 16,9 % d'injections.
- Sur les 378 demandes instruites par la plateforme : 65,07 % de prises en charge par les SSIAD, 6,87 % d'orientation hors SSIAD (IDEL, HAD, SAD, RGC, etc.), 20,6 % de patients décédés ou hospitalisés ou entrés en institution au cours de l'instruction, 5,02 % de refus de prise en charge et 2,44 % 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 2014 :

- Premier trimestre 2014 : évaluation de la quatrième année de fonctionnement de la plateforme, présentation des résultats à l'ARS
- **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**
- Analyse des niveaux de fragilisation des aidants et des patients pris en charge par les SSIAD, repérés à l'aide des grilles SEGA-A complétées par les SSIAD.
- Réflexion autour des situations les plus lourdes, nécessitant un temps d'intervention allongé et mobilisant un nombre d'intervenants important, problématique des limites du maintien à domicile par les SSIAD, financement de ces situations ...

Intitulé de l'action : Participation à la formation initiale des professionnels	
Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participer aux formations continues des professionnels de santé et médico-sociaux
Objectif(s) 2013 de l'action :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transmettre des connaissances, une culture gériatrique et des outils efficaces pour accompagner les personnes âgées et leur entourage auprès des professionnels en formation initiale ▪ Diffusion des objectifs et des missions des réseaux
Description de l'action 2013 :	
<ul style="list-style-type: none"> • Le réseau est intervenu dans le cadre de cursus de formation diplômant : <ul style="list-style-type: none"> ○ Au près de 25 étudiants de DIU Addictions, Psychiatrie, VIH et Hépatites virales sur le thème de l'alcool et les personnes âgées fragiles ○ Au près de 50 étudiants de 5^{ème} année à la faculté dentaire sur la santé bucco-dentaire du sujet âgé fragile et nutrition ○ Au près des 30 internes en médecine (résidents) en stage au service d'accueil des urgences sur l'organisation de la prise en charge des personnes âgées fragiles et la présentation du RGC ○ Au près de 30 stagiaires assistants de soins en gérontologie sur l'organisation de la prise en charge des personnes âgées fragiles et la présentation du RGC ○ Au près de 100 étudiants infirmiers de 2^{ème} année (IFSI Brabois et Lionnois) pour présenter le RGC ○ Au près de 50 étudiants assistantes sociales de 1^{ère} année (IRTS de Lorraine) pour présenter le RGC ○ Au près de professionnels en DU ETP (CHU de Nancy) sur les spécificités de l'ETP du malade âgé et la présentation du RGC • Le réseau CUNY est également lieu de stage. En 2013, le réseau a accueilli plusieurs stagiaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ Internes en médecine générale dans le cadre de SASSPAS (Pr Boivin) : un interne par semestre ○ Elèves infirmiers de 1^{ère} et de 2^{ème} année de l'IFSI : 5 étudiants IDE sur l'année • Suivi de travaux de recherches dans le cadre de sujets de fin d'études : <ul style="list-style-type: none"> ○ Suivi d'un mémoire d'un médecin dans le cadre de fin d'études de capacité en gérontologie sur le repérage de la fragilité des personnes âgées en Gir 5 et 6 ○ Direction de 2 thèses de fin d'étude de médecine sur le thème : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation de la prescription médicamenteuse des aidants conjoints ou concubins de personnes âgées en risque de perte d'autonomie vivant à domicile ▪ Parcours de soins et coordination ville hôpital : une fiche de sortie d'hospitalisation permet-elle de réduire le nombre de ré hospitalisation trente jours après la sortie des patients âgés à risque de ré hospitalisation non justifiée précoce. 	
Calendrier réalisé :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En continu sur l'année 2013
Perspectives 2014 :	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuite de la direction de 2 thèses de fin d'étude de médecine sur le thème : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation de la prescription médicamenteuse des aidants conjoints ou concubins de personnes âgées en risque de perte d'autonomie vivant à domicile ▪ Parcours de soins et coordination ville hôpital : une fiche de sortie d'hospitalisation permet elle de réduire le nombre de ré hospitalisation trente jours après la sortie des patients âgés à risque de ré hospitalisation non justifiée précoce. ▪ Poursuite de l'accueil de stagiaires ▪ Continuation des enseignements auprès des professionnels dans le cadre de la formation initiale et continue 	

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) 2013 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, Maison des Réseau de santé du pays du lunévillois (anciennement Réseaulu) – Lunéville, Val de Lorraine – Pont-à-Mousson, Réseau du sud meusien (anciennement Age et Santé) – Bar le Duc, GérontoNord – Thionville, Rege2M – Metz, Réseau de santé de Moselle Est (anciennement Regeme) – Creutzwald, Régésa – Dieuze, Réseau de santé du Pays de Sarrebourg (anciennement 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> <p>▪ En juin 2013, le Collège des Gériatres Lorrains est devenu le Collège des Professionnels de Gériatrie en Lorraine (CPGL) assurant la gestion du réseau régional de gérontologie. Le groupe « réseaux » poursuit ses actions sous l'égide du réseau régional.</p>	
Calendrier réalisé :	<p>Au cours de l'année 2013, le groupe « Réseaux » s'est réuni 4 fois : 14 février, 27 juin, 12 septembre et 5 décembre.</p> <p>Organisation et participation au 1^{er} après-midi de rencontre du Collège des Professionnels de Gériatrie en Lorraine le 4 juin 2013</p>
Résultats d'évaluation : les actions du groupe « Réseaux » :	
<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.

- Présentation du nouveau Collège des Professionnels de Gériatrie en Lorraine et réflexion autour de **l'action et du pilotage du groupe « Réseaux » au sein de ce nouveau collège.**
- **Mise en place d'outils et de programmes communs :**
 - Poursuite de l'alimentation du portail Internet commun, renforcement des liens ;
 - Soutien à la réalisation des auto-évaluations annuelles sur les réseaux sud Lorrains ;
 - Mutualisation des modifications à apporter sur le logiciel métier Logiréso ;
 - Réflexion autour de l'évolution des réseaux territoriaux et des réseaux régionaux à la demande de l'ARS de Lorraine ;
 - 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, recherches de financements ;
 - Travail de concertation des réseaux autour de l'organisation fonctionnelle « idéale » des réseaux de santé ;
 - Diffusion des référentiels nationaux (fiches parcours, PPS de la Haute Autorité de Santé)
 - Evaluation de l'utilisation, par les réseaux, des outils créés dans le cadre du groupe « réseaux » : EGS Lorraine, modèle d'évaluation interne, documents autour de la santé bucco-dentaire des seniors, glossaire des pathologies pour le codage en CIM 10, annuaire des réseaux et Fiche Urgence Lorraine ;
 - Identification des besoins en formation des équipes opérationnelles des réseaux et préparation de sessions de formation pour 2014 en lien avec le réseau régional.
 - Présence du Pr PERRET-GUILAUME, représentant le réseau régional, aux réunions du groupe « réseaux ».
- **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 pour ce qui concerne :**
 - 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.

Perspectives 2014 :

Participation à :

- Travail autour de l'adaptation du PPS Lorrain, appropriation de l'outil, en tenant compte des référentiels nationaux, et de sa diffusion aux médecins traitants via le système d'information des réseaux
- Organisation de sessions de formation à destination des équipes opérationnelles des réseaux : EGS, PPS, outil PMSA-Réseaux (Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé),
- Extension régionale du projet « déficiences visuelles et personnes âgées fragiles » et du programme « personnes âgées fragiles et consommation d'alcool » : formation des équipes opérationnelles, diffusion des outils
- Diffusion des référentiels nationaux

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

<p>Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :</p>	<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.
<p>Objectif(s) 2013 de l'action :</p>	<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 hospitaliers et d'urgence de la région, permettant de mettre à disposition des équipes hospitalières, 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. ▪ Etendre la mise en application la Fiche Urgence Lorraine (FUL) auprès des médecins libéraux participants à la permanence des soins, 24 heures / 24, des données concernant les personnes âgées suivies par les réseaux gérontologiques Lorrains sur les territoires de l'expérimentation en application de l'article 70 de la LFSS 2012.

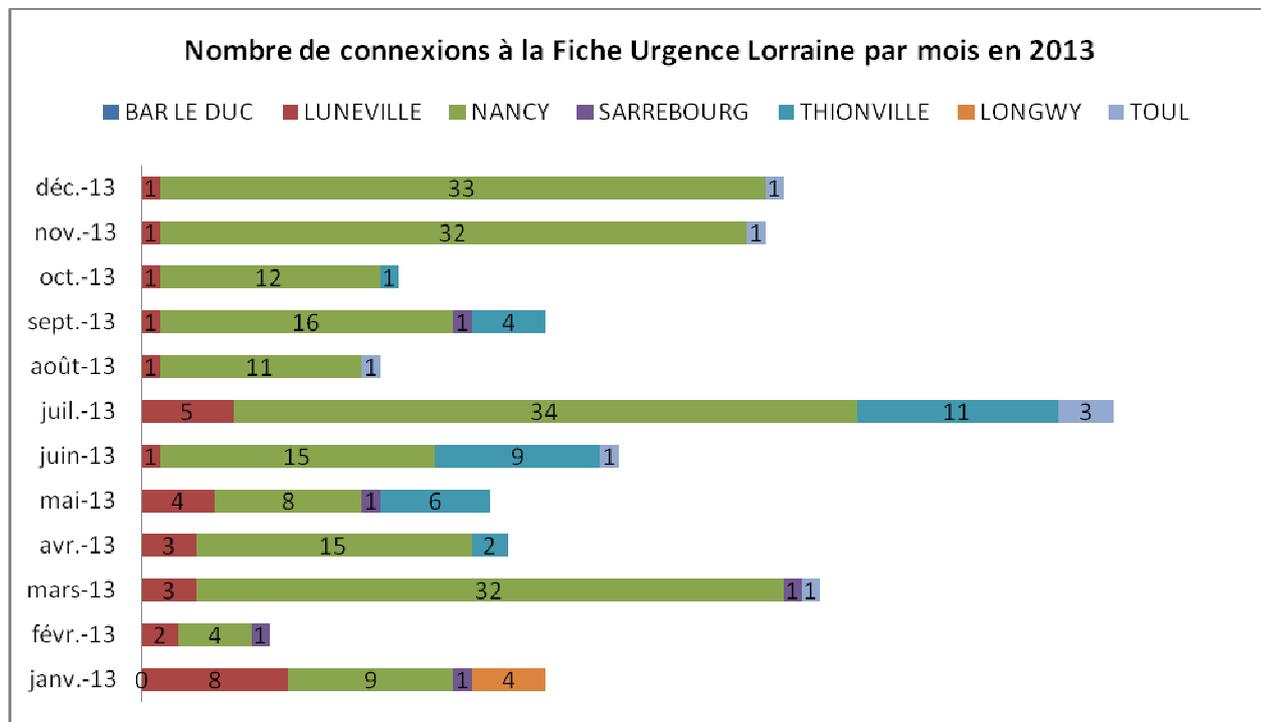
Contexte :

- 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 l'objet 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 de données patientes 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. 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.
- En 2012, présentation de la FUL au GCS Télésanté Lorraine afin de prévoir **son intégration dans les futurs systèmes d'information interopérables en Lorraine**.
- Fin 2013, la FUL était implantée par 7 réseaux dans les services d'urgence : Bar le Duc, Lunéville, Nancy, Sarrebourg, Thionville, Longwy et Toul.

<p>Calendrier réalisé en 2013 :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuité de mobilisation de nouveaux sites et professionnels utilisateurs, amélioration la coordination ville-hôpital à l'occasion de toute consultation d'une FUL par un urgentiste ou médecin hospitalier.
--	--

Résultats d'évaluation :

- 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. L'outil est présenté aux médecins libéraux lors de sessions de formation. A cette occasion, ils peuvent demander la création de leur code d'accès : 23 nouveaux accès créés.
- En 2013, on dénombre 305 connexions à la FUL en Lorraine :



Perspectives 2014 :

- Continuer à augmenter le nombre de nouveaux utilisateurs dans les services d'urgence, les services hospitaliers et les professionnels de la permanence des soins 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, 2012 et 2013 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, 2012 et 2013 : 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 2013 :</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 2014 :</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 évolution des réseaux gérontologiques vers des 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 :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participer à la diffusion de l'information sur la prise en charge de proximité des personnes âgées
Objectif(s) 2012 et 2013 de l'action :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 CPGL ; - 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 des actions 2012 et 2013 :</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 : 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 :	<ul style="list-style-type: none"> - Mises à jour de l'annuaire et de la cartographie, mises en ligne et diffusion en continu sur l'année 2013.
<p>Perspectives 2014 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mises à jour de l'annuaire et des secteurs d'intervention des réseaux. - 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) 2013 de l'action :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mutualiser, développer, mettre à jour et animer le site Internet des 4 réseaux gérontologiques du sud Lorraine.

Contexte :

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

Calendrier réalisé :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En continu sur l'année 2013 : mises à jour régulières du site, alimentation progressive, évolution du site selon les changements survenus au sein des réseaux.
-----------------------------	--

Résultats d'évaluation 2013 :

- **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 2 fois par mois en moyenne.**
- **Statistiques 2013 de consultation du site Internet** (et comparaison avec 2009, 2010, 2011 et 2012) :

	Année 2013	Année 2012	Année 2011	Année 2010	Année 2009
Nombre de visiteurs dans l'année	88 018 visiteurs	86 319 visiteurs	78 517 visiteurs	56 277 visiteurs	17 147 visiteurs
Nombre moyen de pages consultées par visite	2,4 pages	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)	119 secondes	116 secondes	133 secondes	113 secondes	<i>Non représentatif</i>

Perspectives 2014 :

- **Etude du rapprochement du site vers un portail Internet commun à l'ensemble des réseaux Lorrains** (gain de lisibilité pour l'utilisateur) dans le cadre de la mise en œuvre du Schéma Directeur Régional des Systèmes d'Informations des Réseaux de Santé lorrains.

Intitulé de l'action :

Programme « Personne âgée fragile et déficiences visuelles »

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

- **Utilisation du kit ophtalmologique par 7 expérimentateurs auprès d'un échantillon de 30 patients** 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) :
 - **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 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 »

Calendrier réalisé :

Programme mené en continu sur l'année 2013.

Résultats d'évaluation 2013 :

- **Utilisation en continu du kit ophtalmologique sur les 7 sites expérimentateurs**
- **Projet d'extension 2013 / 2014 du programme : dépôt de dossiers de demande de cofinancement** auprès des caisses de retraite complémentaires et de l'ARS pour la constitution de nouveaux kits ophtalmologiques et la formations de 30 médecins gériatres sur la région Lorraine.
- **Obtention de cofinancements pour la constitution de 30 nouveaux kits ophtalmologiques**
- **2 réunions de travail avec l'ARS pour le développement d'une expérimentation sur le Grand Nancy autour de la prise en charge en ambulatoire de la cataracte chez la personne âgée au CHU de Nancy** et présentation du projet aux membres du Groupe « Réseaux du CPGL »

Perspectives 2014 :

- **Déploiement du projet à l'échelon régional avec la diffusion de l'outil et la formation de 30 médecins gériatres** pour contribuer à une meilleure prise en charge des conséquences fonctionnelles des déficiences visuelles du sujet âgé fragile sur les territoires des réseaux gérontologiques lorrains.
- **Participer à une expérimentation sur le territoire du Grand Nancy pour développer la prise en charge en ambulatoire de la cataracte chez la personne âgée au CHU de Nancy.**

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 du CGL, 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 termes 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.
- **Travail mené en 2012 :**
 - **Elaboration d'un premier modèle d'édition automatique du PPS à partir de la proposition des réseaux, sur la version web de Logiréso : LOGIRESO.NET.**
 - **Mise en place d'une simulation opérationnelle et financière de migration des données patient de la version actuelle de Logiréso vers LOGIRESO.NET.**

Le projet d'édition automatique du PPS depuis Logiréso a été stoppé dans l'attente de conclusion des travaux menés par le GCS Télésanté sur le Schéma Directeur des SI.

Calendrier réalisé :	Migration des données patient du réseau Gérard Cuny de logiréso vers LOGIRESO.NET
-----------------------------	---

Résultats d'évaluation 2013 :

- Poursuite des travaux menés par le GCS autour du système d'information des réseaux de santé.
- Migration des données patients du réseau Gérard Cuny de logiréso vers LOGIRESO.NET permettant l'édition du PPS via le système d'information.

Perspectives 2014 :

- En fonction des conclusions et propositions de l'ARS de Lorraine et du GCS Télésanté sur les systèmes d'informations des réseaux, possibilité pour les réseaux d'éditer automatiquement le PPS paramétrés selon le modèle voulu par les réseaux de santé Personnes Agées.
- Participation aux travaux du groupe « Réseaux » du CPGL pour la mise à jour du PPS Lorrain, en tenant compte du référentiel de la HAS publié en juillet 2013.
- Participation aux travaux nationaux sur la thématique du PPS (HAS, Groupe « Réseaux » SFGG).

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, Résapeg et Réseau de Santé de Sud Meusien) ont souhaité se proposer comme sites pilotes opérationnels.	
Réalisations 2012 : <ul style="list-style-type: none">▪ Déposé courant janvier 2012, le dossier de candidature soutenu par l'ARS - Lorraine a été retenu au printemps 2012.▪ 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 termes 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 ».	
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 : à partir du second semestre 2012.▪ Recrutement des IDE de la cellule d'ordonnancement en juin et septembre 2013▪ Création du système d'information <i>Fiche de Sortie d'Hospitalisation</i> et inclusion de patients par la cellule d'ordonnancement à partir d'août 2013

- Formation des médecins traitants à l'utilisation des outils collaboratifs pour la mise en place du module 1 à partir du second semestre 2013

Résultats d'évaluation 2013 :

Travaux des groupes de travail

- 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 thésaurus des prestations en sortie d'hospitalisation, critères d'éligibilité :
 - 3 réunions plénières, 2 réunions de travail, multiples contacts avec les partenaires, rencontres individuelles (MGEN, CRCAS, CCAS de Nancy), recherches documentaires
 - Recueil d'informations et élaboration d'une fiche pour chaque prestation : 34 fiches créées
 - Envoi d'un courrier conjoint aux offreurs de prestations et aux représentants des usagers pour validation et autorisation de diffusion des fiches du thésaurus ou de documents d'information pour les usagers : réception de l'accord de 4 collectivités territoriales, 6 caisses de retraite, une mutuelle et de 3 organismes représentant les usagers
- Groupe de travail n°2, en partenariat avec les hôpitaux : mise en place de la cellule d'ordonnancement sur les 4 établissements de santé pilotes ;
 - 7 réunions effectuées et arrêt des travaux le 19/12/2013, les objectifs du groupe ayant été atteints.
 - Choix de l'outil de repérage des patients en risque de ré-hospitalisation précoce : G8 - Rédaction du document « outil de repérage »
 - Elaboration des procédures d'inclusion dans la cellule, de la circulation des informations et de l'accès au dossier dans l'hôpital (tenue des IDE, accès au dossier informatisé hospitalier)
 - Rédaction de la note d'information du patient (recueil du consentement oral du patient, à défaut son entourage)
 - Définition des modalités de tirage au sort pour l'inclusion dans le dispositif
 - Élaboration du contenu de la Fiche de Sortie d'Hospitalisation (FSH)
 - Réflexion éthique autour de la cellule d'ordonnancement

Module 1 : Eviter les hospitalisations non programmées non justifiées

- Outil de repérage du niveau de fragilité des personnes âgées en ambulatoire validé : grille SEGA-A
- Diffusion de l'outil SEGA-A et de la notice d'utilisation : comité de suivi, équipes hospitalières, site internet, CME, acteurs du domicile : médecins traitants, service PA/PH de Toul, SSIAD (54-55), EHPAD (Toul), IFSI, ASG, équipe géronto-psychiatrie, URPS, Conseils d'Administration des réseaux ...
- Elaboration du contenu de formation à destination des MT – Validation par l'AMPPU-54 et les responsables de la FMC-55 **ANNEXE 6**
- Elaboration du guide méthodologique à destination des formateurs : feuilles d'émargement, notes d'honoraires, document d'information sur la méthode « Abaque de Régnier », plaquettes « Vill'hop »
- 3 sessions de formation à destination des médecins libéraux organisées : partenariat avec l'AMPPU, des groupes de pairs et « Alopro-rempla » : participation de 38 médecins.
- Création de 23 nouveaux comptes d'accès à la Fiche Urgence Lorraine
- Présentation de la Fiche Urgence Lorraine : Services des urgences (Toul et Bar le Duc), cadres du CH de Toul, CME, IFSI
- Implantation de la FUL au CH de Toul et Bar le Duc
- Recueil et diffusion de 100 plaquettes Vill'Hôp auprès du CHU de Nancy

Module 2 : En sortie d'hospitalisation pour prévenir les ré-hospitalisations non justifiées

Elaboration d'un système d'information dédié à l'expérimentation

- Si Fiche de Sortie d'Hospitalisation opérationnel depuis août 2013, connecté à l'annuaire régional et développé en lien avec le GCS Télésanté et Dicsit
- Alimentation en continu de l'annuaire régional avec les informations saisies par les IDE de la cellule
- Apports de modifications au SI en continu : 18 réunions téléphoniques (durée moyenne : 1H) avec Dicsit et échanges réguliers de mails
- Réunions techniques entre le GCS Télésanté et Dicsit pour la sécurisation et la synchronisation des données avec l'annuaire régional et pour la communication avec les professionnels du domicile via la SI : envoi et réception de

données

- Déclaration CNIL : demande d'extension des autorisations pour chaque réseau impliqué, travail partenarial avec la juriste du GCS Télésanté
- Création des comptes utilisateurs au SI pour les IDE de la cellule et les IDE « relais », en lien avec le GCS Télésanté : transmission de fichiers de peuplement, mise à jour du fichier de peuplement en continu

○ **Mise en place et fonctionnement de la cellule d'ordonnancement**

- Recrutement – formation des 2 IDE de la cellule (au SI et supervision individuelle continue)
- Continuité des soins en l'absence des IDE de la cellule d'ordonnancement assurée par des IDE « relais » par territoire
- Présentation dans chaque hôpital et passage systématique des IDE de la cellule dans les services, information des personnels des services et des internes en continu
- Implantation de la cellule dans les hôpitaux expérimentateurs
- Création d'un courrier d'accompagnement de la FSH à destination du patient et de ses intervenants à domicile
- Création de comptes utilisateurs de la Fiche Urgence lorraine pour les IDE de la cellule d'ordonnancement
- Mise en place de réunions de supervision hebdomadaires depuis le 05/09/13 pour le suivi opérationnel du dispositif : 8 réunions de 3H00 donnant lieu à des relevés de décision
- Inclusion des patients à partir du 06/08/13 à Nancy et du 16/09/13 à Bar le Duc et Toul. Au 31/12/2013 :
 - 271 grilles de repérage transmises à la cellule d'ordonnancement par les services hospitaliers participants à l'expérimentation, pour 224 patients dont le retour à domicile est prévu sur le territoire de l'expérimentation
 - 77 patients tirés au sort
 - 44 patients inclus dans le dispositif dont 19 sont sortis avec une Fiche de Sortie d'Hospitalisation (pour les 25 autres patients : 11 sorties d'hospitalisation avant l'envoi de la FSH, 9 dossiers en cours de collecte d'information, 5 patients sortis du dispositif car transférés dans un autre secteur hospitalier ou pris en charge en HAD)
 - Transmission de la FSH à chaque patient et aux intervenants du domicile : médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes, professionnels paramédicaux libéraux, EHPAD, accueil de jour, SSIAD, structures d'aide à domicile, réseaux de santé. La transmission est réalisée par le moyen choisi par le professionnel destinataire : 48 envois par fax, 27 envois par courrier et 19 envois par messagerie (sécurisée ou non)
 - 1 patient ré hospitalisé dans les 30 jours pour le même motif et 1 patient décédé dans les 30 jours suivant la sortie d'hospitalisation

▪ **Actions de communication autour de l'expérimentation**

- Auprès des hôpitaux concernés par l'expérimentation et de leurs équipes : 23 réunions
- Auprès des professionnels libéraux : URPS, Comité de liaison des institutions ordinaires régionales, médecins libéraux
- Auprès des acteurs du domicile sur les 3 territoires des réseaux : SSIAD, EHPAD, Service personnes âgées/personnes handicapées, ESA, services d'aide à domicile, MAIA ...
- Auprès des adhérents de chaque réseau : acteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux
- Auprès de la gouvernance de chaque réseau : Assemblée Générale, Conseil d'Administration, Bureau
- Dans le cadre de la formation initiale et continue : IFSI, Assistants de Soins en Gérontologie, médecins
- Auprès du « Groupe Réseaux » du Collège des Professionnels de Gériatrie en Lorraine : information sur les avancées du projet et les outils mis en œuvre
- Sur le site internet www.geronto-sud-lorraine.fr – mise à jour bimensuelle
- Dans le cadre d'événements, colloques :
 - Intervention lors de 2 conférences à Bar le Duc
 - Poster pour la 3^{ème} édition des Etats Généraux de Santé en Région
 - 7^{ème} journée nationale du « Groupe Réseaux » de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (Paris – 26/11/13)
 - Intervention lors du Congrès de la Société de Gérontologie de l'Est « *Grandeurs et misères du parcours de soins des personnes âgées : filières, réseaux, interfaces* »
 - Journées Internationales de la Qualité en Santé
 - E
 - cole des Hautes Etudes en Santé Publique

▪ Suivi du dispositif

○ Au niveau territorial

- Equipe des porteurs de projet : 7 réunions organisées donnant lieu à des comptes-rendus
- Equipe de pilotage opérationnel du projet: Echanges réguliers avec le Dr L. Eckmann, pilote projet de l'ARS
- Participation au comité de suivi : 1 réunion
- Participation au comité de pilotage : 3 réunions

○ Au niveau local

- Suivi par la Haute Autorité de Santé et la Direction de la Sécurité Sociale : Visites sur site et rencontre des porteurs de projet à Paris, relecture des fiches « parcours » rédigées par la HAS, réponses aux documents d'évaluation d'étapes du projet, participation aux séminaires de travail de la HAS ...

Perspectives 2014 :

- **Poursuivre les sessions de formation des médecins** à l'utilisation des outils collaboratifs dans le cadre du module 1 : grille SEGA-A, FUL, dispositif Vill'Hôp
- **Adaptation en continu et mise en place de l'aspect communiquant du système d'information FSH** : en émission et réception de données
- **Alimenter en continu de l'annuaire régional** avec les informations saisies par les IDE de la cellule d'ordonnement
- **Poursuivre l'inclusion des patients par la cellule d'ordonnement**
- **Evaluer le niveau de satisfaction** auprès de 25 patients inclus et sortis avec une FSH et des professionnels ayant été destinataires d'une FSH pour ces mêmes patients.
- **Publier le thésaurus des prestations mobilisables en sortie d'hospitalisation**
- **Poursuivre les actions de communication** autour de l'expérimentation
- **Assurer le suivi opérationnel en continu** (tableaux de bord, réunions de l'Equipe Porteur de Projet, réunions de supervision...)
- **Participer aux réunions pour le suivi de l'expérimentation au niveau territorial et national**

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, 2011 et 2012 :

- **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 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 5 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 », « Bon usage des médicaments, rôle des réseaux », « venez compléter votre boîte à outils ».
- **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.
- **« La Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA) »** : le groupe « réseaux » de la SFGG a construit l'outil « PMSA-Réseau » pour l'alerte, le recueil et le partage d'informations. Il a été mis en place par les réseaux participants aux domiciles de 30 patients accompagnés par les réseaux. Une version pré-modélisée de l'outil a été présentée 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 32èmes journées annuelles de la SFGG (Paris la Défense, octobre 2012)

Calendrier réalisé :

- Poursuite des objectifs du groupe « réseaux » de la SFGG en continu sur l'année 2013

Résultats d'évaluation 2013 : 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 :**
 - **7^{ème} rencontre nationale des réseaux le 3 avril 2013** sur le thème « Venez compléter votre boîte à outils », cf. programme en **ANNEXE 7** ;
 - **8^{ème} rencontre nationale des réseaux le 26 novembre 2013** sur le thème « Venez compléter votre boîte à outils », cf. programme en **ANNEXE 8** ;
- **Participation à la validation de la grille de repérage la fragilité SEGA-A** : 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 :
 - Mise à disposition, par les réseaux, d'enquêteurs se rendant au domicile des personnes âgées pour réaliser une évaluation du patient et de son aidant principal selon un protocole défini (J0, J7, M6, M12).
 - 12 patients du réseau Gérard Cuny ont été inclus dans l'étude en 2013 avec une évaluation réalisée à J0, J7 et M6.
 - Le Comité de pilotage a annoncé la validation de l'outil SEGA-A comme outil de repérage du niveau de fragilité des sujets âgés en ambulatoire le 13 décembre 2013.
- **Mise en application de l'outil PMSA-Réseaux par 10 réseaux de santé Personnes Agées sur une période de 7 mois**
 - L'étude porte sur 131 outils PMSA-Réseaux complétés par les réseaux avec en moyenne :
 - Pour les critères d'alerte prédictifs d'un trouble de l'observance du traitement : 1,9 critères majeurs cochés / 6 et 3,5 critères mineurs cochés / 8
 - Pour les critères d'alerte prédictifs d'effets négatifs liés aux médicaments : 1,7 critères majeurs cochés / 3 et 3 critères mineurs cochés / 8
 - Un outil applicable à la fois par les réseaux médicalisés qui l'utilisent dans son intégralité (4 fiches/4 – observance du traitement et risque iatrogène) et pour les réseaux non médicalisés qui l'utilisent en partie (2 fiches/4 – observance du traitement).
 - Les réseaux partagent les informations avec les patients, l'entourage, les médecins, l'IDEL, les centres mémoire, les hôpitaux de jour, les acteurs de la coordination (réseaux, CLIC, MAIA), les pharmaciens.
- **Relecture et appropriation de l'outil Mobiquat « Dépression chez la personne âgée à domicile » par 4 réseaux de santé Personnes Agées**
- **Mise en place de réunions téléphoniques mensuelles pour le pilotage du Groupe « Réseaux » de la SFGG à partir de décembre 2013**
- **Poursuite 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.

Perspectives 2014

▪ Participation à :

Des groupes de travail de recherche et de réflexion

- Diffusion nationale 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. Publication sur les résultats de l'utilisation de l'outil par les réseaux
- Mise en place et animation d'un groupe de travail autour du PPS
- Participation au travail d'extension de l'étude autour de la grille SEGA-A comme outil prédictif de risque de perte d'autonomie au domicile

La création et l'animation d'espaces de dialogue et d'échange indépendants entre réseaux de santé Personnes Agées au niveau national

- Mise en place et animation de 2 rencontres nationales annuelles, rassemblant à chaque fois 40 à 50 réseaux d'une quinzaine de régions ; en 2014 se tiendront: la 9^{ème} rencontre nationale (8 avril 2014) et une 10^{ème} rencontre est prévue courant novembre.
- Poursuite de l'animation du Canal d'échange « G_reso »
- Mise à jour continue et diffusion permanente de l'annuaire français des 125 réseaux de santé Personnes Agées, communications diverses sur les missions et rôles des réseaux (JASFGG, journalistes, instances nationales, etc.)

La représentation des réseaux de santé Personnes Agées auprès des instances nationales : UNR Santé, Equipe Nationale MAIA, Haute Autorité de Santé, Ministère de la Santé, Collège Professionnel des Gériatres Français, notamment dans le cadre du Comité de Liaison national associant l'UNR Santé et la Fédération Nationale des Réseaux de Santé Gériologiques.

Aux réunions téléphoniques mensuelles pour le pilotage du Groupe « Réseaux » de la SFGG

**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		2013		
		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 2013 (arrêté comptable au 31/12/2013).

	Dépenses réalisées 2013
EQUIPEMENT *	2 012,92 €
Achats d'équipements et installations techniques	2012,92 €
Matériel de bureau : <i>équipements informatiques et autres</i>	
Achats de locaux	
SYSTEME D'INFORMATIONS *	3 373,29 €
Coût de production ou d'acquisition de logiciels	
Frais d'hébergement sur serveurs	731,83 €
Frais de sous-traitance (conception, développement)	161,46 €
Coûts annexes : <i>frais de maintenance logiciels et appareils, abonnements</i>	2480 €
FONCTIONNEMENT *	366 469,52 €
Dépenses de personnels salariés *	334 774 €
<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 : <i>édition matériel de communication : plaquettes...</i>)	6 265 €
Loyer	11 384 €
Frais de secrétariat (<i>frais généraux et consommables</i>)	1 590 €
Autres frais généraux (Téléphone, Timbre...)	7 085 €
Frais de déplacement (+ <i>location véhicule / entretien / frais d'essence</i>)	4 871,52 €
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 *	371 855,73 €

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux	FSH : Fiche de Sortie d'Hospitalisation
AMCELOS : Association des Médecins Coordonnateurs d'EHPAD en Lorraine	FMC : Formation Médicale Continue
AMPPU : Association Médicale de Formation Continue Postuniversitaire	FNRG : Fédération Nationale des Réseaux Gériatologiques
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie	FPA : Foyer pour personne âgée
ARS : Agence Régionale de Santé	FREGIF : Fédération des Réseaux de Santé Gériatologiques d'Ile de France
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail	FUL : Fiche Urgence Lorraine
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale	GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
CDOI : Conseil Départemental de l'Ordre Infirmier	HAD : Hospitalisation A Domicile
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins	HAS : Haute Autorité de Santé
CGL : Collège des Gériatres Lorrains	HDJ : Hôpital De Jour
CH : Centre Hospitalier	IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé	IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
CHU : Centre Hospitalier Universitaire	IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
CIFGG : Congrès International Francophone de Gériatologie et de Gériatrie	IRTS : Institut Régional du Travail Social
CISS : Collectif Inter associatif Sur la Santé	LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
CLIOR : Comité de Liaison Inter-Ordre Régional	MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer
CMCAS : Caisse Mutuelle Complémentaire d' Action Sociale (agents des industries électrique et gazière)	MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale
CME : Commission Médicale d'Etablissement	MHSC : Maison Hospitalière Saint Charles
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés	MMSE : Mini Mental State Examination
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie	MSA : Mutuelle Sociale Agricole
CPGL : Collège des Professionnels de Gériatrie en Lorraine	MT : Médecin Traitant
CPN : Centre Psychothérapique de Nancy	ONPA : Office Nancéien des Personnes Agées
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens	OHS : Office d'Hygiène Sociale
CRCAS : Comité Régional de Coordination de l'Action Sociale	PA : Personne Agée
CROM : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins	PAIS : Point d'Accueil et d'Information Seniors
CUGN : Communauté Urbaine du Grand Nancy	PDS : Permanence Des Soins
DESC : Diplôme d'Etude Spécialisée Complémentaire	PH : Personne Handicapée
DMP : Dossier Médical Personnel	PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique
DSS : Direction de la Sécurité Sociale	PMSA : Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé
EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée	PPS : Plan Personnalisé de Santé
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique	PUOG : Post-Urgence Orientation Gériatrique
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante	RGC : Réseau Gérard Cuny
EMLG : Equipe Mobile de Liaison Gériatrique	SAD : Service d'Aide à Domicile
EMLG : Equipe Mobile de Liaison Gériatrique	SAU : Service d'Accueil des Urgences
EN3S : Ecole nationale supérieure de sécurité sociale	SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gériatologie
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles	SI : Système d'Information
ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer	SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
ESPIC : Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif	SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
ETP : Education Thérapeutique du Patient	UNR Santé : Union Nationale des Réseaux de Santé
	URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
	URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
	VAD : Visite A Domicile

ANNEXES

- ANNEXE 1 : Grille SEGA-A validée et sa notice d'utilisation
- ANNEXE 2 : Enquête sur l'utilisation des outils créés en région par les réseaux
- ANNEXE 3 : Outil « PMSA-Réseaux » sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé
- ANNEXE 4 : Article « L'expertise gériatrique en soutien aux équipes de proximité » *Concours Médical n° 8*
- ANNEXE 5 : Fiche synthétique d'exploitation de l'EGS et de définition du PPS
- ANNEXE 6 : Diaporama de formation à destination des médecins traitants
- ANNEXE 7 : Programme de la 7^{ème} journée nationale du Groupe « Réseaux » de la SFGG
- ANNEXE 8 : Programme de la 8^{ème} journée nationale du Groupe « Réseaux » de la SFGG

Comment repérer le niveau de fragilité ?

Grille SEGA - A

Cette grille peut être complétée par toute personne en contact avec une personne âgée vivant à domicile.

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la perte d'autonomie dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables (incapacités, chutes, hospitalisations, entrée en institution non souhaitée, ...).¹

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

	0	1	2	Score :
Age	74 ans ou moins	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
--	--	---

A QUI TRANSMETTRE ?

Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié.
Le réseau Gérard Cuny peut être alerté à tout moment au 03 83 45 84 90.

¹ Fiche points clés et solutions « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires » - Haute Autorité de Santé – juin 2013

Grille SEGA-A : guide d'utilisation

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.*

Continence : *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).*

Version SEGA-A modifiée pour le domicile (2014) – Validation par l'Université de Reims Champagne-Ardenne, Faculté de Médecine, EA 3797, Reims (France).

D'après version originelle de Didier Schovaerdt (2004) – Université catholique de Louvain (Belgique), adaptée par le Réseau REGECA (Réseau Champagne-Ardenne- France).

Avec le soutien de la CARSAT- Nord-Est, France.

1



UTILISATION DES OUTILS CRÉÉS EN RÉGION
Enquête auprès des réseaux gérontologiques lorrains

Réunion du groupe « Réseaux » du CPGL – 12 septembre 2013 à Villers-lès-Nancy

2

Rappel des outils créés dans le cadre du Groupe « Réseaux » du C(P)GL

- ✓ Logiréso – logiciel métier
 - ✓ Gestion des dossiers des patients
 - ✓ Extraction de données statistiques
- ✓ Modèle de rapport d'évaluation interne (2008)
- ✓ Annuaire des réseaux gérontologiques lorrains (depuis 2009, mise à jour régulière)
- ✓ EGS Lorraine (janv. 2010)
- ✓ Glossaire pour le codage des pathologies – CIM 10 (déc. 2010)
- ✓ Fiche Urgence lorraine (2011)

Enquête auprès des réseaux gérontologiques lorrains

3

Enquête sur l'utilisation des outils régionaux

- ✓ **Méthodologie**
 - ✓ Questionnaire par mail
 - ✓ Enquête téléphonique
- ✓ **12 réseaux interrogés**

Réunion du groupe « Réseaux » du CPGL – 12 septembre 2013 à Villers-lès-Nancy

4

Résultats de l'enquête sur l'utilisation des outils régionaux

- ✓ **Logiréso – logiciel métier des réseaux**
 - L'ensemble des réseaux interrogés utilise Logiréso dans ses fonctionnalités :
 - Gestion des dossiers des patients
 - Extraction de données statistiques
- ✓ **Modèle de rapport d'évaluation interne (2008)**
 - 9 réseaux utilisent le modèle
 - 2 réseaux n'utilisent pas le modèle dont 1 n'avait pas connaissance de l'outil
 - 1 réseau ne sait pas

Réunion du groupe « Réseaux » du CPGL – 12 septembre 2013 à Villers-lès-Nancy

5

Résultats de l'enquête sur l'utilisation des outils régionaux

- ✓ **Annuaire des réseaux gérontologiques lorrains (depuis 2009, mise à jour régulière)**
 - 10 réseaux utilisent l'annuaire ponctuellement ou régulièrement :
 - Orientation de patients
 - Contacts entre réseaux
 - 2 réseaux ne savent pas
 - L'annuaire national est aussi utilisé

Avec la territorialisation des réseaux, une mise à jour est nécessaire → un tableau sera transmis à chaque réseau pour mettre à jour leurs informations

Réunion du groupe « Réseaux » du CPGL – 12 septembre 2013 à Villers-lès-Nancy

6

Résultats de l'enquête sur l'utilisation des outils régionaux

- ✓ **EGS Lorraine (janv. 2010) – composée de 19 fiches**
 - 3 réseaux utilisent la totalité de l'EGS Lorraine
 - Les autres réseaux utilisent certaines fiches de l'EGS Lorraine
 - Utilisateurs des grilles : dépend de la composition des équipes opérationnelles

		OUI	NON	
Fiche 1	Fiche administrative et sociale	12		On ne remplit pas les données sur les ressources et aides financières
Fiche 2	Compte rendu	8	4	non connu Synthèse faite dans le courrier médical
Fiche 3	Fiche Urgence Lorraine	9	3	
Fiche 4	Grille Séga modifiée - Volet A	11	1	Fiche transmise au SAD pour repérage
Fiche 5	Mode de vie	10	2	Intégration dans CRR fiche interne Saisie directement dans Logiréso - version papier non utilisée
Fiche 6	Test psychométrique des 4 IADL	10	2	Utilisation d'une autre grille pour repérage puis orientation vers une consultation hospitalière
Fiche 7	Fiche médicale	9	2	Les pathologies sont demandées au niveau du médecin traitant et directement saisies dans Logiréso. Absence de médecin gériatre
Fiche 8	Fiche médicaments	10	2	Intégration dans CRR

Réunion du groupe « Réseaux » du CPGL – 12 septembre 2013 à Villers-lès-Nancy

Résultats de l'enquête sur l'utilisation des outils régionaux

✓ EGS Lorraine (janv. 2010) – composée de 19 fiches

		OUI	NON	
Fiche 9	Timed up & Go test / Test Unipodal	9	3	Intégration dans CRR
Fiche 10	MMSE	11	1	Utilisation d'une autre grille pour repérage puis orientation vers une consultation hospitalière
Fiche 11	5 mots de Dubois	8	3	Utilisation si MMSE perturbé Utilisation d'une autre grille pour repérage puis orientation vers une consultation hospitalière
Fiche 12	Test de l'horloge	10	2	Utilisation d'une autre grille pour repérage puis orientation vers une consultation hospitalière
Fiche 13	Evaluation de la douleur	10	2	Intégration dans CRR Grille utilisée rarement, en cas de douleur mais pas dans une logique de dépistage Utilisation d'une autre grille pour repérage puis orientation vers une consultation hospitalière
Fiche 14	Mini-GDS	11	1	Pas toujours utilisée. Grille difficile à réaliser
Fiche 15	MNA	11	1	Utilisation d'une autre grille pour repérage puis orientation vers une consultation hospitalière
Fiche 16	Grille de repérage de la consommation d'alcool	12		Utilisation partielle. Si dépistage de la consommation, alors réalisation du test
Fiche 17	Estimation AGGIR	12		
Fiche 18	Mini-Zarit	12		Pas systématique. Utilisée avec l'aide principal.
Fiche 19	Note d'information du patient	9	3	Utilisation d'une note d'information interne à GérontoNord difficulté à mettre en place lors de la 1ère visite, puis non systématique

Résultats de l'enquête sur l'utilisation des outils régionaux

✓ Glossaire pour le codage des pathologies – CIM 10 (déc. 2010)

- 8 réseaux utilisent le glossaire
- 3 réseaux ne l'utilisent pas
 - 2 n'avaient pas connaissance de l'existence de l'outil dont 1 utilise un outil interne
- 1 réseau ne sait pas

✓ Fiche Urgence lorraine (2011)

- Implantation dans 6 territoires, mais elle est peu consultée
- 6 réseaux n'ont pas implanté la FUL sur leur territoire

Réunion du groupe « Réseaux » du CPGL – 12 septembre 2013 à Villers-lès-Nancy



Outil « PMSA - RESEAUX »

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



RESEAUX ET PMSA, POUR QUOI ?

Dans le cadre du groupe « réseaux » de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, les réseaux de santé Personnes Agées ont réfléchi à la justification de prise en compte la problématique de la PMSA dans leur mission de coordination d'appui, ainsi qu'aux leviers d'actions possibles.

Les missions des réseaux de santé Personnes Agées : circulaire DHOS du 15 mai 2007 :

- Chapitre IV.1 : Elaboration du plan d'intervention personnalisé : le plan de soins est établi après évaluation de l'état clinique de la personne en assurant :
 - Une répartition des missions de chaque acteur,
 - Le suivi et l'adaptation du traitement par le médecin traitant.
- Chapitre VI : Evaluation du réseau :
 - Indicateurs d'activité : « Taux de revue d'ordonnance annuel : nombre d'ordonnances revues / nombre total d'ordonnances »
 - Indicateurs généraux : « PEC des patients dans le cadre du réseau, et l'impact de ce dernier sur les pratiques professionnelles »

Les niveaux d'intervention des réseaux autour de la prescription :

- **Repérer** : prescription « inappropriée » et « mésusage » (« overuse », « misuse ») : indications, contre-indications, associations, interactions, événements indésirables, automédication, mauvaise utilisation de la galénique, etc.
- **Repérer les mauvaises observances** : rapport entre les médicaments prescrit et pris.
- **Identifier les causes possibles** par l'Evaluation Gériatologique Standardisée : évaluation médico-psychosociale à domicile : observation des cofacteurs (ergonomie, autonomie, statut cognitif, sensoriel, financier, ADL, aidants ...)
- **Alerter les acteurs** :
 - De la Prescription : médecin (traitant, hospitalier, spécialiste, urgentiste)
 - De la Dispensation : pharmacien (génériques, automédication)
 - De l'Observance : entourage familial, PA, IDEL, SSIAD, ...
- **Proposer et suivre les actions correctrices (maîtrise de la prescription)** : Plan Personnalisé de Santé comprenant la priorisation des actions, la proposition d'alternatives médicamenteuses ou non médicamenteuses, l'anticipation des motifs de rupture, les réévaluations successives.

RESEAUX ET PMSA, QUAND ?

La prise en compte de la problématique de la PMSA par les réseaux nécessite de définir les situations justifiant :

- Le périmètre des actions directement menées par l'équipe opérationnelle du réseau : repérage, évaluation, analyse de la situation ;
- La transmission et le partage de l'information aux partenaires de l'accompagnement (hôpital de jour, consultation mémoire, médecin traitant) et la préconisation d'actions correctives.

L'objectif de la démarche est de réfléchir à systématiser l'intégration du thème de la PMSA dans le compte-rendu de l'Evaluation Gérontologique Standardisée, dans le Plan Personnalisé de Santé et dans les compte-rendus des réévaluations.

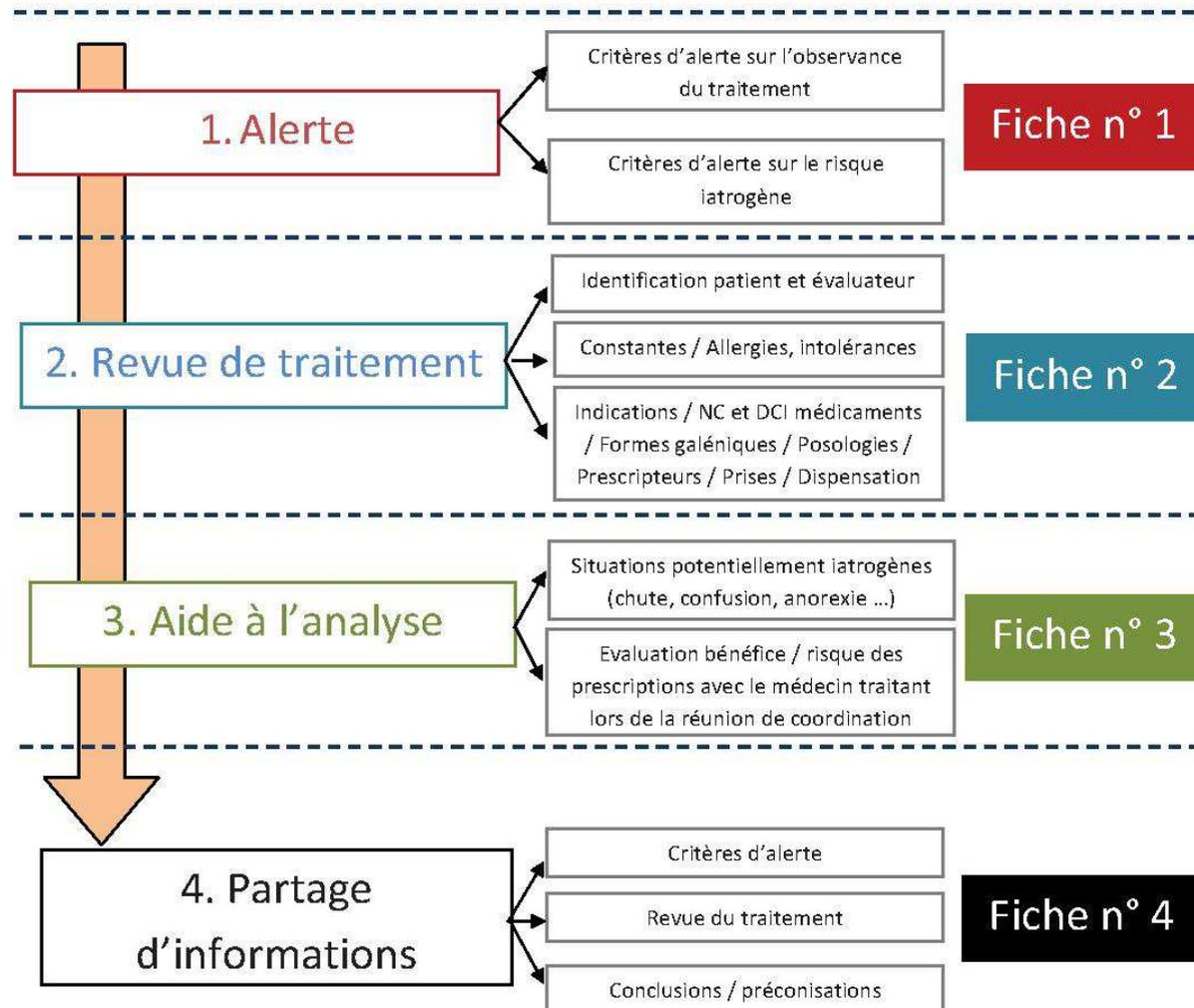
RESEAUX ET PMSA, COMMENT ?

Le groupe « réseaux » de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie propose donc ici un outil qui vise à permettre :

- Le recueil des données pertinentes, minimales et suffisantes,
- Le partage d'informations,
- Les réévaluations dans le temps, les réactualisations successives.

Cet outil, construit dans un premier temps sous forme de fiches papier, est proposé aux réseaux souhaitant l'expérimenter dans leurs pratiques en quotidien. Dans un second temps, après cette phase de test, il devra être modélisé : intégration dans les systèmes d'information des réseaux, diffusion auprès des utilisateurs cibles associés, etc.

Démarche proposée par l'outil « PMSA – Réseaux » :

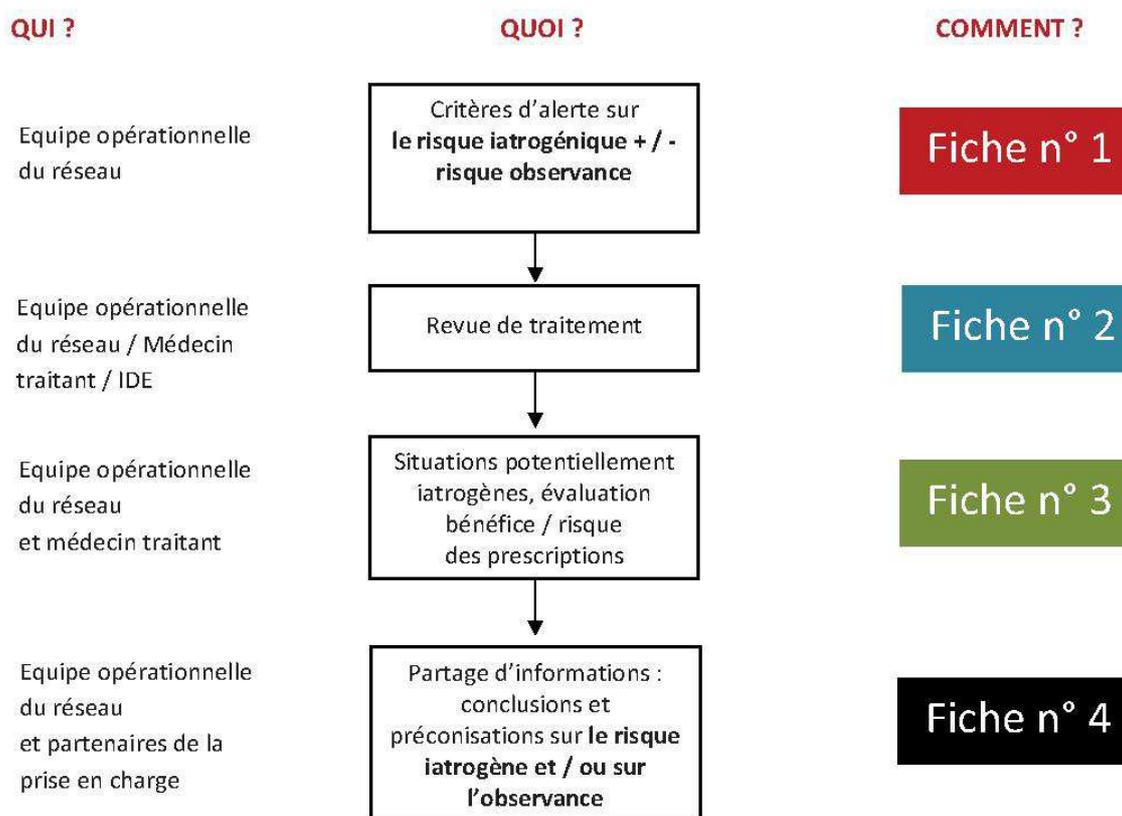


Logigramme d'utilisation des fiches de l'outil « PMSA – Réseaux » :

Premier schéma : à partir d'une alerte observance :



Second schéma : à partir d'une alerte iatrogène + / - observance :



> **Objectifs et principe de la fiche** : identifier, lors de l'EGS et de l'enquête d'environnement, l'ensemble des facteurs listés ci-dessous **constituant les critères d'alerte** sur la PMSA lorsqu'ils sont retrouvés.

Les critères d'alerte sont classés en 2 catégories distinctes :

- **Ceux prédictifs d'un trouble de l'observance** et nécessitant par la suite la mise en place de mesures correctives pour notamment l'aide à l'administration du traitement ;
- **Ceux prédictifs d'un risque iatrogène** et nécessitant par la suite que le réseau installe une concertation avec les médecins prescripteurs.

Selon les compétences et les ressources professionnelles du réseau pouvant être mobilisées lors de l'EGS, il pourra être relevé à minima les critères d'alerte d'un trouble de l'observance.

> **Items à remplir :**

IDENTIFICATION

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

Date d'évaluation : _____ Evalueur (nom et fonction) : _____ Médecin traitant : _____

CRITERES D'ALERTE

CRITERES D'ALERTE PREDICTIFS D'UN TROUBLE DE L'OBSERVANCE (EN ROUGE : CRITERES MAJEURS - EN VERT : CRITERES MINEURS)	CRITERES D'ALERTE PREDICTIFS D'EFFETS NEGATIFS LIES AUX MEDICAMENTS (EN ROUGE : CRITERES MAJEURS - EN VERT : CRITERES MINEURS)
Refus du traitement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prise de médicaments « cibles »* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Présence de médicaments périmés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Situations à risque * <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Stock de médicaments non proportionné à la prescription <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Perte de poids non justifiée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ecart médicaments prescrits / pris <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prise d'au moins 6 médicaments <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mésusage de l'alcool <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Polypathologie complexe <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Plusieurs génériques pour une DCI <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
IADL altérés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Chute dans les 6 derniers mois <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles visuels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Comportement inhabituel / bizarre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles cognitifs (ex : MMS < 25) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prescription ressentie comme inadaptée par le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Incapacités physiques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Modification récente du traitement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Isolément <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Existence de plusieurs ordonnances différentes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sortie d'hospitalisation récente <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Précarité financière <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Pas d'aide humaine à l'administration du traitement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

* Cf. fiche n° 3 « AIDE A L'ANALYSE »

Total niveau d'alerte observance : ____ / 14

Total niveau d'alerte ordonnance : ____ / 11

Fiche n° 2

REVUE DE TRAITEMENT



> **Objectifs et principe de la fiche :** établir précisément un bilan des prises médicamenteuses du patient (Nom Commercial et Dénomination Commune Internationale des médicaments, formes galéniques, posologies, horaires de prises) au regard des prescriptions établies existantes (ordonnances, prescriptions particulières). L'évaluateur réalise la revue du traitement à partir de l'interview du patient, de l'observation des médicaments présents à domicile et du recueil des ordonnances disponibles.

➔ **Bénéfice du suretage au domicile par le réseau.**

> **Items à remplir :**

CONSTANTES
 Poids : _____ Clairance : _____ Albuminémie : _____ MMS : _____ Troubles de la déglutition : Oui Non
 Allergies / intolérances médicamenteuses : _____

ADMINISTRATION / PREPARATION
Préparation :
 Traitement préparé par : La personne elle-même Une autre personne ou un professionnel, qui ? _____
 Périodicité de préparation : Plusieurs fois par jour Une fois par jour Une fois par semaine

Surveillance :
 Vérification de la prise correcte par : La personne elle-même Une autre personne ou un professionnel, qui ? _____
 Périodicité de surveillance : Plusieurs fois par jour Une fois par jour Une fois par semaine

REVUE DE TRAITEMENT

Indications (selon le patient)	Médicaments			Nom du prescripteur (1)	Posologies prescrites				Non respect prescription (2)	Relevés des écarts prescriptions / prises (3)								
	Nom commercial	Molécule (DCI)	Forme galénique		Précautions et durée du traitement selon le patient					Matin	Midi	Am	Soir	Nuit				

							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>

- (1) Coter 0 s'il s'agit d'une automédication
- (2) Cocher la case si la prise du médicament ne correspond pas à la prescription disponible
- (3) A renseigner uniquement si la prise du médicament ne correspond pas à la prescription disponible

> **Objectifs et principe de la fiche** : répertorier, à l'issue de la revue de traitement, les facteurs susceptibles de produire un accident iatrogénique qu'ils soient induits par la nature des médicaments pris, par l'association de médicaments pris au regard de l'état clinique du patient ou par la forme galénique des médicaments pris.

➔ **Comment éviter une situation de crise dont la réponse sera « le réflexe iatrogénique »** (cf. mémo de l'HAS sur le réflexe iatrogénique, [sur ce lien](#)).

> **Items à remplir :**

AIDE A L'ANALYSE

> **Situations potentiellement iatrogènes (chute, confusion, anorexie, etc.) :**

○ **Dues aux médicaments (prise de médicaments-cibles) :**

- Psychotropes (Benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs)
- Anti-HTA, association d'anti-HTA
- Vasodilatateur cérébral
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- Anti-Vitamines K
- Association anticholinergique + Anticholinestérasique
- Association diurétique + neuroleptique
- Association anti-Vitamines K + antibiotiques
- Associations de médicaments contre-indiqués
- Traitements antidiabétiques

○ **Dues à des événements dangereux (situations à risque) :**

- Infection (+ / - déshydratation, + / - diurétique, + / - psychotropes, etc.)
- Troubles de la déglutition et / ou mauvais état buccodentaire (revoir galéniques des médicaments)
- Évènements climatiques extrêmes (canicule, grand froid)
- Dénutrition, déshydratation
- Insuffisance rénale, hépatique
- Chutes, confusion
- Mésusage de l'alcool
(Seuils OMS : + de 21 verres / semaine pour l'homme, + de 14 verres / semaine pour la femme)
- Décompensation d'une pathologie chronique
- Hypotension orthostatique
- Bradycardie
- Troubles ioniques (kaliémie, natrémie, etc.)
- Automédication
- Rupture sociale (ex : veuvage récent), stress psychologique

> **Evaluation du bénéfice /risque des prescriptions avec le médecin traitant** lors de la réunion de coordination :

> **Objectifs et principe de la fiche** : synthétiser les informations collectées à partir des fiches 1 à 3 et formuler des préconisations qui permettront d'organiser l'information à partager avec l'ensemble des partenaires acteurs de la prise en charge : médecin traitant, établissements de santé, entourage et patient lui-même.

> **Items à remplir** :

INFORMATIONS A PARTAGER

ALERTES	PRECONISATIONS

L'expertise gériatrique en soutien aux équipes de proximité

1
2
3
4
5

Dr Sophie Lacaille¹ (sophie.lacaille@bch.aphp.fr), Dr Mélanie Sebbagh-Eczet², Dr Éliane Abraham³, Dr Marie-France Maugourd³, Dr Yves Passadori³

1. Hôpital de jour, service de gériatrie, hôpital Bichat, hôpitaux universitaires Paris-Nord - Val-de-Seine (HUPNVS), AP-HP, Paris ; 2. Hôpital de jour, service de gériatrie, hôpital Bretonneau, HUPNVS, AP-HP, Paris ; 3. Référénts du groupe réseaux de la Société française de gériatrie et gérontologie, Suresnes

Le médecin généraliste est le pivot de l'organisation des soins des personnes âgées en risque ou en perte d'autonomie (PAERPA). Le recours à l'expertise gériatrique peut l'assister dans la prise en charge souvent complexe de ces personnes âgées fragiles et/ou polypathologiques. Plusieurs structures peuvent répondre à cette demande en offrant des compétences pluriprofessionnelles et multidisciplinaires : le pôle ambulatoire gériatrique (qui associe la consultation et l'hôpital de jour [HDJ]), le réseau de santé « personnes âgées » et plus rarement l'équipe mobile gériatrique se déplaçant à domicile (cette situation ne sera donc pas envisagée ici).

L'hôpital de jour gériatrique : optimisation diagnostique et thérapeutique par une équipe pluridisciplinaire

L'hôpital de jour d'évaluation gériatrique (encadré 1) a pour mission essentielle de dispenser une évaluation gériatrique médico-psychosociale. L'hospitalisation de jour est le plus souvent sollicitée directement par le médecin traitant, mais elle peut être aussi proposée après une consultation gériatrique ou une hospitalisation, ou après une évaluation par le réseau gérontologique après accord du médecin traitant.

Le médecin traitant reste la source d'information primordiale pour préparer la journée d'HDJ et mobiliser les ressources les plus à même de répondre aux besoins repérés à domicile. Dans les situations non urgentes (pour le bilan de troubles cognitifs, par exemple), une consultation gériatrique, le plus souvent sollicitée par l'entourage ou le médecin traitant, permet de déterminer l'intérêt ou non d'une évaluation en HDJ. Certaines situations nécessitant principalement une expertise médicale peuvent ainsi être gérées intégralement en consultation de gériatrie.

Caractéristiques générales et fonctionnement de l'HDJ d'évaluation gériatrique

L'HDJ présente plusieurs caractéristiques adaptées à la prise en charge des personnes âgées fragiles ou polypathologiques : multidisciplinarité, expertise médicale gériatrique, accès au plateau technique et aux spécialistes hospitaliers, adaptabilité de la structure aux besoins spécifiques du patient et réalisation d'une synthèse transmise aux différents acteurs de la prise en charge.

La multidisciplinarité permet une évaluation globale et systémique (médicale, psychologique et sociale) pertinente, notamment dans le cas

1. Différents types d'hôpitaux de jour gériatriques

Les premiers HDJ gériatriques ont vu le jour dans les années 1970 et, en 1987, la création de l'Association pour la promotion des hôpitaux de jour pour personnes âgées (APHJPA) a regroupé ces structures. Les évolutions ont été nombreuses et précisées par diverses réglementations⁽¹⁾ aboutissant actuellement à des structures hétérogènes dans leur fonctionnement, leurs objectifs, la population accueillie et le financement. Ainsi, on distingue actuellement⁽²⁾ les hôpitaux de jour de psychogériatrie qui proposent un suivi spécifique des patients ayant des troubles cognitifs, les hôpitaux de jour de réadaptation (HDJ SSR) qui proposent des séances répétées dans le cadre d'une activité de rééducation et les hôpitaux de jour d'évaluation (HDJ MCO) qui proposent des évaluations diagnostiques ponctuelles.

de la polypathologie et de la perte d'autonomie. Divers outils sont utilisés (encadré 2). L'équipe de l'hôpital de jour, outre les soignants (médecin gériatre et infirmier), comporte souvent un travailleur social, un psychologue clinicien, des rééducateurs (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien) qui évaluent l'autonomie fonctionnelle, un neuropsychologue qui réalise un bilan cognitif ou encore un diététicien qui optimise la prise en charge nutritionnelle. En prati-

que, la composition des équipes varie d'un HDJ à l'autre^(2,3), et peut être complétée par l'intervention de médecins spécialistes (psychiatre, médecin rééducateur, neurologue, cardiologue).

L'expertise médicale gériatrique est systématique, et le gériatre a un rôle de prescripteur. L'évaluation médicale cible le repérage des pathologies gériatriques (notamment cognitives, thymiques, nutritionnelles et sensorielles), mais est aussi axée sur la réévaluation de la polypathologie. Si besoin, des explorations à visée diagnostique sont réalisées. Les traitements médicamenteux sont réévalués avec un regard particulier sur les difficultés d'observance, l'iatrogénie et les prescriptions inappropriées⁽⁴⁾. Le gériatre définit et hiérarchise les différents axes de la prise en charge. L'optimisation diagnostique et thérapeutique est donc au cœur de l'évaluation médicale effectuée en HDJ gériatrique.

L'accès au plateau technique hospitalier se fait selon les possibilités locales : le patient peut bénéficier d'examens divers (biologie, radiologie, fibroscopie, médecine nucléaire, etc.). Il peut accéder aux avis de spécialistes hospitaliers qui viennent s'intégrer à l'évaluation globale, notamment dans le cadre de l'oncogériatrie et de l'évaluation gériatrique préopératoire avant un acte chirurgical lourd. Des actes nécessitant une surveillance hospitalière, comme les transfusions, peuvent aussi être réalisés.

L'hôpital de jour gériatrique se caractérise également par son **adaptabilité** permettant une prise en charge « sur mesure » de la personne âgée et de ses aidants. En effet, l'organisation spécifique de cette structure met à disposition une équipe et des ressources « à géométrie variable » dont la composition est déterminée à l'avance, lors de la programmation du bilan, en fonction des besoins de santé du patient.

Une **synthèse** coordonnée par le gériatre est réalisée durant la journée d'évaluation en HDJ, les différents intervenants interagissant constamment entre eux et contribuant à cette synthèse. Des préconisations d'aides et de soins, prenant en compte de façon hiérarchisée tous les besoins de la personne, sont formulées. Les modifications de prise en charge peuvent porter sur les traitements médicamenteux, les modalités de suivi médical, la nutrition, la rééducation, la prise en charge sociale et l'intervention d'aidants professionnels à domicile.

2. Outils de l'évaluation gériatrique standardisée

(d'après Stuck AE, Slu AL, Wieland GD, et al. *Comprehensive geriatric assessment : a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993;342:1032-6*).

- Évaluation sociale : mode de vie, ergonomie du domicile, aides
- Évaluation de la fragilité (grille Segal)
- Évaluation de l'autonomie : activités simples de la vie quotidienne (ADL de Katz¹), activités complexes de la vie quotidienne (IADL de Lawton²), grille AGGIR
- Évaluation des pathologies : antécédents, suivis spécialisés, allergies, intolérances...
- Traitement : prescrits/pris, facteurs d'observance, risque iatrogène, interactions, automédication...
- Évaluation cognitive : MMSE (Mini Mental Status Examination^{3,4}), test de l'horloge, 5 mots de Dubois⁵
- Évaluation de la dépression : GDS (Geriatric Depression Scale⁶) ou mini-GDS
- Évaluation de l'équilibre et de la marche : Timed up and go test⁷ ; vitesse de marche ; appui monopodal⁸
- Évaluation nutritionnelle : MNA (Mini Nutritional Assessment⁹), repérage de consommation d'alcool
- Évaluation de la douleur : échelle numérique simple, Algoplus¹⁰, Doloplus¹¹ ; retentissement fonctionnel de la douleur
- Évaluation du fardeau de l'aidant : Zarit¹² ou mini-Zarit.

1. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Jama*.1963;Sep 21:185:914-9.
2. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. Autumn 1969;9(3):179-86.
3. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-Mental State». A practical method for grading the clinician. *J Psychiat Res* 1975;12:129-98.
4. Kalafat M, Hugonot-Diener L, Poitrenaud J. Standardisation et étalonnage français du «Mini Mental State» (MMS) version GRECO. *Rev Neuropsychol* 2003;13(2):209-36.
5. Dubois B. L'épreuve des cinq mots. Fiche technique. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. Année 1. Février 2001 ; 40:2.
6. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatric Res* 1983;17:37-49.
7. Podsiadlo D, Richardson S. The timed « up and go »: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:142-8.
8. Hurvitz E., Richardson JK, Werner R, et al. Unipedal Stance Testing as an indicator of fall risk among older outpatients. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81:587-91.
9. Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, et al. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol* 2001;56A(6):M366-72.
10. Rat P, Nguyen L, Gauquelin F, et al. et le collectif Doloplus. Développement d'une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë du sujet âgé: Algoplus. *La Revue canadienne du vieillissement* 2000;vol 25, Suppl.1:141.
11. <http://www.doloplus.com>
12. Zarit SH, Reever KE, & Bach-Peterson J (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist* 20:549-55.

À l'issue du bilan, les préconisations sont transmises à tous les acteurs intervenant au domicile : médecin traitant (contact téléphonique le jour de l'évaluation), patient, aidant familial, etc. Dans les situations complexes, ces préconisations contribueront à l'élaboration par les équipes de proximité du plan personnalisé de santé (PPS).

Quelques exemples de l'activité des HDJ

Une grande part de cette activité concerne les pathologies cognitives type maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, avec un temps diagnostique, un temps d'annonce dédié et un accompagnement spécifique du patient et de ses aidants⁽³⁾. Chez les patients atteints de troubles cognitifs, il faut noter la fréquence des comorbidités somatiques dont la prise en charge est rendue difficile par l'existence de ces troubles cognitifs et la perte d'autonomie consécutive (difficultés d'observance et refus de soins, etc.). De plus, les modalités de prise en charge des pathologies somatiques peuvent être modifiées par l'existence des troubles cognitifs. Les troubles psychocomportementaux, la perte d'autonomie, l'épuisement des aidants entraînent souvent des hospitalisations en urgence. Ces situations de crise peuvent être anticipées par la mise en place et la coordination de relais efficaces à domicile : aidants professionnels, accueils de jour, soutien aux aidants, plate-forme de répit, anticipation de l'institutionnalisation, etc. Le devenir à moyen terme des patients est envisagé pour limiter la survenue de situations de crise et/ou les hospitalisations en urgence. L'anticipation et l'accompagnement vers la décision d'entrée en maison de retraite ou le recours à des structures d'accueil de jour afin de privilégier le plus possible le maintien à domicile peuvent contribuer à limiter le recours à des hospitalisations non adéquates.

Le patient qui chute est aussi à haut risque d'hospitalisation : l'évaluation et la prise en charge des facteurs favorisant la chute (adaptation du traitement médicamenteux, prise en charge nutritionnelle, prise en compte des troubles sensoriels, programme de rééducation, éducation du patient et des aidants, aménagement du domicile) peuvent être réalisées en HDJ avec une évaluation spécifique par l'équipe des rééducateurs (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien).

En cas d'insuffisance cardiaque, d'altération de l'état général ou d'une anémie, la consul-

tation de médecins spécialistes, la possibilité de réaliser des examens complémentaires et des transfusions permettent de limiter le recours à une hospitalisation traditionnelle.

Le réseau de santé personnes âgées : de l'évaluation gériatrique à domicile à la co-construction du plan personnalisé de santé

La nécessité de coordination sanitaire, et donc des réseaux, est née de la conjonction de plusieurs éléments :

- l'émergence des maladies chroniques dans une organisation du système de santé orienté vers la maladie aiguë ;
- la volonté des patients et de leurs proches d'avoir un accompagnement moins fractionné ;
- le souhait de certains professionnels de santé d'être moins isolés.

La coordination d'appui aux professionnels de terrain : une des missions des réseaux

Créés par les ordonnances Juppé de 1996, les réseaux ont fait l'objet d'une circulaire en 2007⁽⁶⁾ et d'un guide méthodologique de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) en 2011⁽⁶⁾. Ce dernier précise les missions des réseaux notamment en ce qui concerne la coordination d'appui aux professionnels de terrain.

Caractéristiques générales des réseaux « personnes âgées »

Les réseaux naissent de l'initiative d'acteurs de terrain, qui fédèrent les différents partenaires d'un territoire autour d'une initiative commune. La majorité des réseaux de santé « personnes âgées » sont organisés sur un modèle associatif regroupant l'ensemble des acteurs impliqués auprès des personnes âgées sur un territoire⁽⁷⁾.

Dans un premier temps, les réseaux établissent un diagnostic de territoire. Leur relative souplesse de fonctionnement leur permet de s'adapter aux dysfonctionnements constatés dans le parcours de santé des personnes âgées sur chaque

territoire. Le réseau se dote ensuite d'une équipe opérationnelle dont la composition est variable en fonction du territoire. Elle est systématiquement pluridisciplinaire, avec du temps gériatrique et

Évaluer la personne en situation de vie quotidienne

infirmier, et du temps de secrétariat et peut associer d'autres professionnels paramédicaux ou médico-sociaux (psychologue, ergothérapeute, diététicienne, assistante sociale...).

Plusieurs étapes successives sont à considérer dans le fonctionnement d'un réseau

1. « Atteindre » la population, qui peut bénéficier d'une intervention du réseau sur le territoire concerné en utilisant des outils de repérage et d'alerte.

La population cible est composée de personnes âgées souffrant fréquemment de plusieurs maladies chroniques, avec un impact social ou médico-social. Ces personnes mobilisent de nombreux intervenants dont les actions sont parfois insuffisamment coordonnées, ou au contraire ne sont connues d'aucune structure. Dans les deux situations, il existe un risque de rupture du maintien à domicile. Pour prévenir ce risque, ces personnes requièrent une évaluation gériatrique globale.

Longtemps, les réseaux se sont investis auprès des malades les plus complexes, et souvent en situation de perte d'autonomie : la réflexion actuelle sur les parcours de santé conduit ces structures à agir plus en amont, en accord avec les équipes de soins primaires, notamment les médecins généralistes.

Pour pouvoir intervenir plus tôt dans le parcours de la personne âgée fragile ou polypathologique, il est nécessaire de proposer aux professionnels de ville des outils de repérage et d'alerte permettant d'orienter les personnes âgées vers le réseau de santé, après avis du médecin généraliste. Ces outils peuvent être utilisés par les infirmières, les aides à domicile, les travailleurs sociaux, les familles et/ou le médecin traitant. L'outil de repérage le plus souvent utilisé est la grille Segs (*Short emergency geriatric assesment*)⁽⁸⁾. Mais, du fait de sa longueur, elle n'est pas adaptée à la pratique de nombreux acteurs, dont les médecins généralistes. La grille du Gérontopôle de Toulouse, plus simple, peut être utilisée (voir p. 618).

D'autres situations peuvent conduire à une intervention du réseau : une diminution récente des activités de la vie quotidienne (ADL) ou une modification dans les interventions des aides à domicile (la Haute Autorité de santé a mis en ligne une « fiche de modification de situations à domicile »)⁽⁹⁾. Les personnes âgées de 75 ans et plus à risque de réhospitalisation peuvent aussi être repérées par les équipes mobiles gériatriques lors de leur séjour hospitalier *via* le *Triage risk screening tool* (encadré 3).

2. Avec l'accord du médecin traitant, procéder à une évaluation globale à domicile.

La spécificité des réseaux est de permettre une évaluation à domicile, donc en situation de vie quotidienne, des diverses pathologies cognitives, thymiques, nutritionnelles et sensorielles, et de la situation médico-sociale. L'évaluation permet ainsi de confirmer ou d'infirmer *de visu* la réalité des données fournies lors du signalement (réfrigérateur vide ou comportant des aliments avariés ; médicaments accumulés, réalisation en autonomie des AVQ...).

Le choix du ou des professionnels intervenant à domicile est guidé par la situation de la personne âgée. L'évaluateur s'appuie sur les informations disponibles *via* les différents profes-

3. Triage risk screening tool (TRST)

Le TRST est composé de six items nécessitant une réponse du type oui/non. Le score obtenu varie de 0 (pas de risque) à 6 (à très haut risque). Le score seuil de prédiction du risque d'hospitalisation, de passage aux urgences ou d'institutionnalisation est de 2 ou plus.

- Présence de troubles cognitifs
- Troubles de la marche, difficultés de transfert ou chutes récentes
- Polymédication (utilisation de cinq médicaments ou plus)
- Antécédents d'hospitalisation (ou d'admission aux urgences)
- Évaluation fonctionnelle réalisée par une infirmière
- Isolement social

Meldon SW, Mion LC, Palmer RM et al. A brief risk stratification tool to predict repeat emergency department visits and hospitalizations in older patients discharged from the emergency department. *Acad Emerg Med* 2003;10:224-32.

sionnels qui ont été en contact avec la personne et son entourage (voir paragraphe 1 alerte et repérage). L'évaluateur dispose (avec l'accord de la personne, bien sûr) d'un droit de « furetage » au domicile.

Les outils utilisés sont ceux de l'évaluation gériatrique standardisée (encadré 2) ou d'autres outils (kits MOBIQUAL[®] [douleur, dépression, maladie d'Alzheimer, dénutrition...], outils concernant la polymédication issus des référentiels PMSA de la HAS⁹¹ (figure).

3. Établir des préconisations d'aides et de soins en équipe pluridisciplinaire.

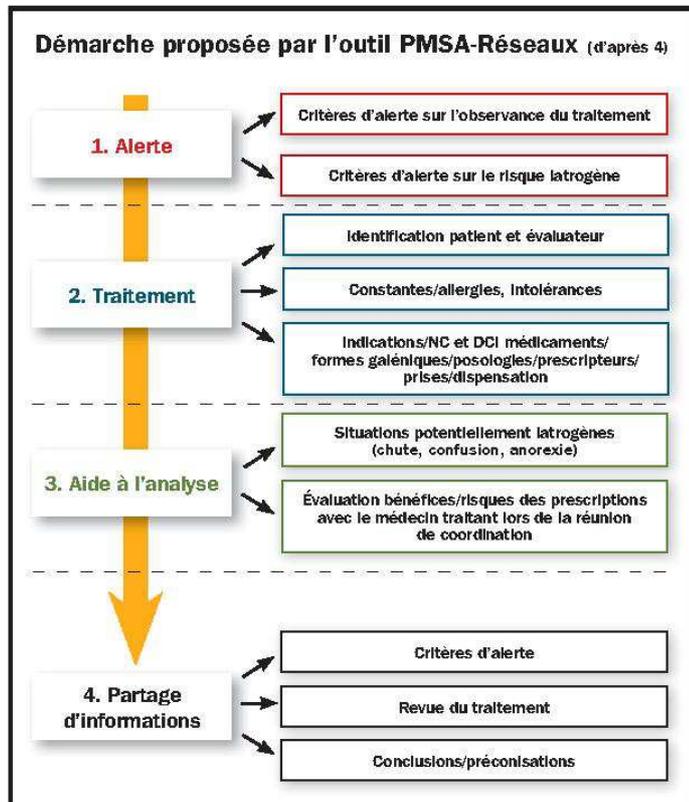
L'analyse des résultats de l'évaluation à domicile permet de dégager les points forts (supports, leviers) et points faibles (freins) en rapport avec la demande initiale pour :

- évaluer les risques de rupture de maintien à domicile ;
- définir des objectifs consensuels à court, moyen et long termes tenant compte des préférences de la personne et de son entourage, des réalités socio-économiques et culturelles, ainsi que de l'offre existant sur le territoire, de son coût et de sa disponibilité. Ces préconisations d'aide et de soins sont transmises au médecin traitant qui décidera des modifications de prise en charge : hospitalisation de jour pour bilan, activation du centre local d'information et de coordination (CLIC), mise en place d'une psychothérapie ou d'une prise en charge diététique (actes non nomenclaturés, mais parfois rendus accessibles financièrement par certains réseaux dans le cadre de prestations dérogatoires).

4. À la demande du médecin traitant, co-construire et suivre le plan personnalisé de santé (PPS) avec l'équipe de proximité.

Le PPS, élaboré par l'équipe de proximité (médecin traitant, pharmacien, infirmier et/ou autre intervenant) doit permettre à la personne de bénéficier non seulement des soins mais aussi des aides adaptées à ses besoins au bon endroit et au bon moment. Le médecin traitant peut déléguer son élaboration et sa coordination à un tiers, notamment un infirmier du réseau.

Cette co-construction du PPS au domicile offre un temps spécifique de conciliation avec les patients. Pour leur permettre de se positionner et pour bien séquencer chronologiquement les



actions, il faut savoir prendre le temps de l'explication, de la réflexion dans leurs valeurs de vie, et respecter leur espace décisionnel et leur intégrité affective. Ce temps est indispensable, notamment chez les personnes souffrant de troubles cognitifs.

Le coordonnateur du PPS organise la communication utile entre les intervenants et l'entourage de la personne. La mise en œuvre des actions préconisées peut faire appel à d'autres professionnels paramédicaux comme des ergothérapeutes et des masseurs-kinésithérapeutes, à des professionnels médico-sociaux, à des bénévoles. Cette mise en œuvre repose sur les professionnels de proximité, chacun d'entre eux contribuant *via* sa compétence propre à appliquer le plan d'actions avec une co-responsabilité vis-à-vis du patient.

Un dossier « chevet », le cas échéant un dossier de liaison, est constitué et permet de suivre la personne en cas d'hospitalisation.



Photo

Mieux prévenir les situations de rupture et le recours aux urgences en sollicitant plus tôt l'expertise gériatrique.

Complémentarité entre réseau de santé personnes âgées et hôpital de jour

L'hôpital de jour d'évaluation gériatrique et le réseau de santé « personnes âgées » sont des structures différentes mais complémentaires ; leur l'objectif est de favoriser et d'optimiser le maintien à domicile et de limiter les hospitalisations.

Les HDJ et les réseaux travaillent ensemble pour offrir l'intervention la plus adaptée aux besoins des patients. Ainsi, un patient en rupture de prise en charge médicale, refusant de venir à l'hôpital, peut bénéficier d'une première évaluation par le réseau, laquelle pourra amener dans un deuxième temps à la réalisation d'un bilan complémentaire hospitalier.

À l'inverse, une prise en charge initiale en HDJ peut se prolonger par une évaluation ou un suivi ultérieur par le réseau, ce qui permettra de recueillir des informations précieuses sur la réalité au domicile (logement, aidant, autonomie...).

Le médecin gériatre de l'HJD peut prescrire les examens nécessaires pour optimiser les diag-

nostics et prescrire les modifications thérapeutiques. Le réseau, plus limité sur le plan de la réévaluation diagnostique et thérapeutique, est, quant à lui, en lien direct avec le terrain et intervient au domicile ; le réseau peut suivre la mise en œuvre des préconisations ou du PPS lui-même et participer aux ajustements.

Actuellement, en France, les territoires de santé ne sont pas tous couverts par un HDJ et un réseau gérontologique. Ainsi, en fonction des possibilités locales, les missions des uns et des autres peuvent varier, afin de pouvoir offrir au patient l'évaluation adaptée à ses besoins.

En conclusion, l'expertise gériatrique, dont la finalité est d'optimiser l'état fonctionnel de la personne âgée et d'améliorer sa qualité de vie, ainsi que celle de son aidant, vient en appui des médecins généralistes et des équipes de soins primaires de proximité pour optimiser le maintien à domicile des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Il est nécessaire que cette expertise soit sollicitée plus tôt dans le parcours que dans la pratique actuelle, pour mieux prévenir les situations de rupture et diminuer le recours en urgence à l'hôpital. •

Éliane Abraham déclare avoir été prise en charge (transport, hôtel, repas) par le laboratoire Novartis à l'occasion d'un déplacement pour le congrès des hôpitaux de jour gériatriques - APHJPA (Lille, Juin 2012).

Sophie Lacaille et Mélanie Sebbağ-Eczet déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

Marie-Françoise Maugeud déclare avoir participé à des interventions ponctuelles pour l'entreprise Eisai et l'entreprise Lundbeck et avoir été prise en charge (transport, hôtel, repas), à l'occasion de déplacement pour congrès, par Eisai et Lundbeck.

Yves Passadori déclare participer ou avoir participé à des interventions ponctuelles (actions de formation...) pour le laboratoire Novartis.

1. Circulaire DH05/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.
2. Durand Gasselien B, Pellerin J, Kruczek E, et al. Les hôpitaux de jour en France. Description et typologie. *Revue de gériatrie* 2002;27:319-22.
3. Lacaille S, Delpierre S, Karoubi E, et al. L'hôpital de jour d'évaluation gériatrique: l'expérience de l'hôpital Bichat-Claude-Bernard Paris. *Revue de Gériatrie* 2007;32:585-92.
4. Haute Autorité de santé. Programme pilote PMSA « Prescrire mieux sujets âgés » http://www.has.santite.fr/portail/jcms/c_927419/fr/indicateurs-de-pratique-clinique-programmes-et-messages-cles-pmsa
5. Circulaire DH05/02/03/UNCAM no 2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation nationale des réseaux de santé « personnes âgées ».
6. Guide méthodologique DG05 « améliorer la coordination des soins: comment faire évoluer les réseaux de santé » 2011.
7. Passadori Y, Abraham É, Decron J, et al. 31^e Journées annuelles de la Société française de gériatrie et gérontologie : Symposium « groupe réseaux personnes âgées de la SFGG ». *Revue de gériatrie* 2012;1: 74-5.
8. Short Emergency Geriatric Assessment (Sega). Schoevaerdts D, Bietlot S, Malhomme B, et al. *La Revue de Gériatrie* 2004;29(3):169-78.
9. HAS. Points clés et solutions. Organisation des parcours. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? Juin 2013.
10. <http://www.mobiquial.org>

EGS → PPS

Fiche synthétique d'exploitation de l'EGS et de définition du PPS



Code patient logiréso : _____ Professionnel du RGC référent de la situation : _____

Etape 1 : exploitation de l'EGS

Rappel du motif de la demande et des objectifs de prise en charge souhaités par le demandeur :

--

Points positifs et négatifs de l'EGS en rapport avec la demande initiale détaillée ci-dessus :

Points positifs de l'EGS	Points négatifs de l'EGS
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Etape 2 : risques identifiés de rupture du maintien à domicile :

--

Etape 3 : définition des objectifs du PPS :

Objectifs :	Temporalité :
- Objectif n° 1 :	<input type="checkbox"/> Court terme <input type="checkbox"/> Moyen terme <input type="checkbox"/> Long terme
- Objectif n° 2 :	<input type="checkbox"/> Court terme <input type="checkbox"/> Moyen terme <input type="checkbox"/> Long terme
- Objectif n° 3 :	<input type="checkbox"/> Court terme <input type="checkbox"/> Moyen terme <input type="checkbox"/> Long terme
- Objectif n° 4 :	<input type="checkbox"/> Court terme <input type="checkbox"/> Moyen terme <input type="checkbox"/> Long terme

Etape 4 : attentes et demandes :

	A court terme	A long terme
Attentes et demandes exprimées par le patient		
Attentes des professionnels		

Etape 5 : définition des modalités d'actions

Actions, à détailler précisément en précisant les initiales de l'effecteur RGC (CB, FO, MD, MA, JL, SR, EA)	Justification	Difficultés de faisabilité identifiées	Echéance pour sa mise en place (date limite)
Pour répondre à l'objectif 1 :			
Pour répondre à l'objectif 2 :			
Pour répondre à l'objectif 3 :			
Pour répondre à l'objectif 4 :			

1

Réduire le risque d'hospitalisation et de réhospitalisation des « Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie » (PAERPA)

Le 9 décembre 2013 – CDOM à Villers-lès-Nancy
Dr Eliane ABRAHAM, médecin coordonnateur du Réseau Gérard Cuny

Concepteurs :
Dr Eliane ABRAHAM, médecin coordonnateur et Fanny MENGEL, chef de projet du réseau Gérard Cuny
Dr Maria RIFF, médecin généraliste / Dr Denis EVRARD, AMPPU 54

2

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

Dossier de candidature soutenu par l'ARS de Lorraine

Participants au projet :
réseaux de santé Personnes Agées
Gérard CUNY (Nancy, 54), Resapeg (Toul, 54) et Age et Santé (Bar le Duc, 55)

3

Vers une médecine de parcours...PAERPA

(Merci au Pr LEGRAIN)

Acteurs Du secteur Ambulatoire, Médico-social Et social	MT IDE pharma kiné	Psycho/ Ergo / Diététicien/ psychomot	SAAD SSIAD	Coordination territoriale d'appui	Gest. de cas
Autonomie Santé PAERPA	Autonomie Médicament à risque iatrogénique	PA en situation de fragilisation	Autonomie pour les AVQ	Polyopathie et/ou pathologie chronique sévère.	En perte d'autonomie Polyopathie et/ou pathologie chronique sévère.
Mobilisation des acteurs	[Diagram showing actor mobilization across stages]				
Etapes de la PAERPA	1	2	3	4	5
Réponses	Prévention	ETP	PPS+ Aide à dom ETP	PPS+ Aide à domicile ETP	Aide à la toilette / soins infirmiers
Hôpital	Plus l'entrée est tardive, plus la réponse de l'hôpital doit être précise et adaptée aux besoins de la PAERPA.				

4

Niveau 3 : 5% des PA
Nature des besoins : [Triangle icon]

Niveau 2 : 15% des PA
Nature des besoins : [Triangle icon]

Niveau 1 : 80% des PA
Nature des besoins : [Triangle icon]

Niveau 3 : 5% = Personne Agée complexe
Poly pathologies complexes et/ou avancées avec incapacité lourde. Recours élevé des services hospitaliers (3 ou + hospitalisations, recours souvent aux urgences, etc.)
Gestion de cas à domicile (Représenté par ?)

Niveau 2 : 15% = PAERPA
Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie
Poly pathologies, dont 1 complexe à risque de décompensation ou incapacité lourde. Besoins d'accompagnement médico-social et risque d'hospitalisation et recours aux urgences
Anticipation des ruptures, accompagnement (ex. Représenté par SE.GA à plus EGS à domicile)

Niveau 1 : 80% = Personne Agée Autonome
Une ou plusieurs maladies chroniques simples et/ou incapacité et/ou fragilité. Prise en charge en ville
Prévention, auto-soin, ETP (ex. Représenté par Vitessse de marche)

Secteur sanitaire (médico) **Secteur social**

Secteur ambulatoire sanitaire : Cs, HDJ ...
Structures d'hébergement et de soins : Hôpital, EHPAD, FPA ...
Secteur ambulatoire médico-social et social : SAD, SSIAD, CCAS, ...

5

Hospitalisations et réhospitalisations évitables

Quels sont les points de rupture dans le parcours ? Où faut-il agir ?

Diminuer les hospitalisations évitables et le recours aux urgences
= repérage précoce, aide à la décision médicale

Préparer et suivre les sorties – diminuer les réhospitalisations évitables

Coordination et système d'information partagé

Points de rupture

6

Patients en risque de perte d'autonomie : comment les repérez-vous ?



A partir de la situation du dernier patient âgé de 75 et + vu à votre cabinet ou à domicile

Complétez la grille SEGA-A
(puis discussion avec supports diapos ci après)



Cas pratique



Madame F., 82 ans, est veuve depuis 2 ans.

Elle vit seule en maison individuelle, dans un lotissement de l'agglomération nancéenne.

Elle a trois enfants, qui habitent en région parisienne. Un petit-fils fait ses études sur Nancy, en école d'ingénieur, et l'accompagne quand il peut au supermarché faire ses courses.

Elle a des antécédents d'HTA bien équilibrée sous traitement, de diabète de type 2 non insulino-requérant stable, et a bénéficié d'une arthroplastie de hanche il y a 9 mois, suite à une chute.



Depuis, elle a peur de tomber de nouveau et ne sort plus qu'avec une canne. Elle a l'habitude de se rendre avec un cercle d'amis au foyer-club de la commune de façon hebdomadaire.

Vous suivez Mme F. depuis plusieurs années, elle vient vous voir à votre cabinet en consultation une fois tous les 2 mois.

Vous n'êtes pas allé à son domicile depuis 2 ans, mais une voisine, qui est également une de vos patientes, vous rapporte qu'elle semble depuis quelques mois ne plus s'intéresser beaucoup à son intérieur, qui se dégrade petit à petit, et qu'elle participe de moins en moins aux activités du foyer-club.



Vous passez en voiture devant son domicile, et vous rendez compte que le jardin n'est plus entretenu.

Mme F. arrive maintenant soit en retard, soit en avance à vos rendez-vous. La dernière fois, elle s'est même trompée de jour pour sa consultation.

Lorsque vous l'interrogez, elle vous répond que pour elle « tout va bien, comme d'habitude. » Cependant, elle a perdu 3 kg en 5 mois, sa TA est fluctuante, et l'HbA1C revient au dernier dosage à 8.5%. Elle a une grande confiance en vous et s'inquiète de ses résultats.

Cas pratique
Affirmation n°1

Je pense envoyer la patiente aux urgences : il n'y a que comme ça que je peux avoir un bilan correct.

- D'accord
- Pas tout à fait d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion

Cas pratique
Affirmation n°2

Elle refuse l'hospitalisation, je lui fais comprendre que le maintien à domicile sera plus facile si elle bénéficie d'un bilan gériatrique global. Je la fais adhérer au réseau gériatrique de proximité.

D'accord
 Pas tout à fait d'accord
 Pas d'accord
 Sans opinion

Cas pratique
Affirmation n°3

Elle a refusé les préconisations du réseau gériatrique, et suite à une chute elle a été hospitalisée pendant 10 jours. Elle revient de l'hôpital et demande à me voir trois semaines après sa sortie. Elle est asthénique +++. Compte tenu du risque chez cette patiente fragile et poly pathologique, je prescris un bilan sanguin qui montre une fonction rénale très altérée, sans signe de déshydratation ni d'infection. Je la fais réhospitaliser.

D'accord
 Pas tout à fait d'accord
 Pas d'accord
 Sans opinion

Cas pratique
Réponse n°1

Je décide d'envoyer la patiente aux urgences : il n'y a que comme ça que je peux avoir un bilan correct.

D'accord
 Pas tout à fait d'accord
 Pas d'accord
 Sans opinion

Prévalence des hospitalisations
Etat des lieux

  Les patients âgés de 75 ans et + sont fréquemment hospitalisés et souvent de façon non programmée

Selon les données de la CNAMTS :

- 33 % des personnes âgées de 75 ans ou plus ont été hospitalisées en service de MCO pendant l'année 2010
- 44 % de ces hospitalisations ont eu lieu en urgence (ATIH).
- Nombre moyen de jours d'hospitalisation : 12 jours, vs 7 jours pour les patients âgés de 60 à 74 ans

Références :
Note méthodologique et de synthèse bibliographique « Comment réduire le risque de réhospitalisation évitables des personnes âgées 7+ » - HAS, avril 2013
Fiche parcours « Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées » - HAS, juin 2013

Cas pratique
Réponse n°2

Elle refuse l'hospitalisation, je lui fais comprendre que le maintien à domicile sera plus facile si elle bénéficie d'un bilan gériatrique global. Je la fais adhérer au réseau gériatrique de proximité.

D'accord
 Pas tout à fait d'accord
 Pas d'accord
 Sans opinion

Grille de repérage de la fragilité : SEGA-A

Volet A	Profil gériatrique et facteurs de risques		
	0	1	2
Age	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé
Perception de sa santé	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 / perte de poids	Dénutrition franche
Maladies associées	Pas de maladie connue et traitée	1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies
AIVQ (PAQUID)	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	Normales	Peu altérées	Très altérées

TOTAL Volet A

< ou = 8 : Peu fragile
 9 à 11 : Fragile
 > ou = 12 : Très fragile

18

Le repérage de la fragilité du sujet âgé Intérêt de l'outil SEGA-A

A partir de quelques questions :

- Identifier les déterminants de la fragilité
- Agir sur ces déterminants afin de retarder la dépendance dite « évitable »
- Prévenir la survenue d'événements défavorables
- Cibler les indications d'une Evaluation Gériatrique Standardisée → Réseau de santé PA si besoin

Le repérage de la fragilité du sujet âgé Intérêt du repérage ?

- Fragilité = facteur prédictif indépendant sur 3 ans d'une évolution vers la survenue de chutes, perte d'autonomie, hospitalisation et décès (Fried 2001)
- Etude SHARE suivi à 2 ans de sujets fragiles :
 - Développement des troubles chez des sujets fragiles indemnes d'incapacité : risque x 3,07 de développer des troubles de la mobilité, risque x 5,52 d'acquies une anomalie d'une activité instrumentale et un risque x 5,13 d'être atteint d'une anomalie d'une AVQ ;
 - Aggravation des troubles existants : risque d'aggravation des troubles de la mobilité x 2,94, des anomalies des activités instrumentales x 4,43 et des anomalies des AVQ x 4,53
- 28% des décès à domicile causés par la fragilité

Références :
Note méthodologique et de synthèse documentaire et Fiche Parcours « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires 7 » - HAS, mai et juin 2013

Le repérage de la fragilité du sujet âgé Intérêt du repérage ?

- La fragilité n'est pas spontanément réversible : la prévention de la perte d'autonomie ou de son aggravation nécessite des interventions.
- Chez des sujets âgés en moyenne de 80 ans et vivant à domicile, une intervention gériatrique fondée sur la réalisation d'une EGS et la coopération entre gériatres et acteurs des soins de premier recours (médecins et infirmières)
 - augmente la réversibilité de la fragilité à 18 mois qui est obtenue chez 28 % des sujets en les comparant aux 13,5 % dans le groupe contrôle
 - le risque de décès et d'institutionnalisation sont réduits.

Références :
Note méthodologique et de synthèse documentaire et Fiche Parcours « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires 7 » - HAS, mai et juin 2013

Evaluation à domicile : EGS-Lorraine

- Relevé des critères de fragilité (grille SEGA-a)
- Test psychométrique des 4-IADL, grille AGGIR
- Mode de vie (jour et nuit), ergonomie du domicile
- Fiche médicale : antécédents, suivis spécialisés, allergies, intolérances ...
- Traitement : prescrits/pris, facteurs d'observance
- Équilibre : « up and go » et test unipodal
- Évaluation douleur : échelle numérique simple, retentissement fonctionnel de la douleur
- Échelle de dépression mini-GDS
- Évaluation nutritionnelle : MNA, repérage de consommation d'alcool
- État cognitif : MMSE, horloge, 5 mots de Dubois
- Fardeau de l'aidant : mini-zarit
- Note d'information patient, à signer

= Diagnostic médico-psycho-social =

EGS → PPS
Fiche synthétique d'exploitation de l'EGS et de définition du PPS

Code patient Ingres : _____ Prof/colonneur du ROC référent de la situation : _____

Etape 1 : exploitation de l'EGS

Rappel du motif de la demande et des objectifs de prise en charge souhaités par le demandeur :

Points positifs et négatifs de l'EGS en rapport avec la demande initiale détaillée ci-dessus :

Points positifs de l'EGS	Points négatifs de l'EGS

Etape 2 : risques identifiés de rupture de maintien à domicile :

Etape 3 : définition des objectifs du PPS :

Objectifs :	Temporaliés :
- Objectif n° 1 :	<input type="checkbox"/> Court terme <input type="checkbox"/> Moyen terme <input type="checkbox"/> Long terme
- Objectif n° 2 :	<input type="checkbox"/> Court terme <input type="checkbox"/> Moyen terme <input type="checkbox"/> Long terme
- Objectif n° 3 :	<input type="checkbox"/> Court terme <input type="checkbox"/> Moyen terme <input type="checkbox"/> Long terme
- Objectif n° 4 :	<input type="checkbox"/> Court terme <input type="checkbox"/> Moyen terme <input type="checkbox"/> Long terme

Etape 4 : attentes et demandes :

	A court terme	A long terme
Attentes et demandes exprimées par le patient		
Attentes des professionnels		

Fiche synthétique d'exploitation de l'EGS et de définition du PPS - Janvier 2013

Plan Personnalisé de Santé (PPS)

10 points clés pour réaliser un Plan Personnalisé de Santé
Haute Autorité de Santé - juillet 2013

- 1) Désigner un coordonnateur du PPS
- 2) Identifier les situations à problèmes sur la base d'une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne
- 3) Prioriser les situations où une intervention est à la fois nécessaire et possible
- 4) Recueillir les préférences et attentes du patient, et en tenir compte
- 5) Négocier des objectifs communs avec le patient

Références :
Les Parcours de Soins « Plan Personnalisé de Santé (PPS) » - HAS, juillet 2013

Plan Personnalisé de Santé (PPS)

10 points clés pour réaliser un Plan Personnalisé de Santé
Haute Autorité de Santé - juillet 2013

- 6) Planifier des interventions pour atteindre ces objectifs
- 7) Désigner des effecteurs chargés de la réalisation de ces interventions
- 8) Déterminer des critères permettant d'évaluer les processus et les résultats
- 9) Fixer des dates de révision des interventions
- 10) Organiser des procédures d'alerte en cas de problème intercurrent

Références :
Les Parcours de Soins « Plan Personnalisé de Santé (PPS) » - HAS, juillet 2013

Cas pratique

Réponse n°3

J'apprends qu'elle a refusé les propositions du réseau gérontologique, et que suite à une chute elle a été hospitalisée pendant 10 jours. Elle revient de l'hôpital et demande à me voir trois semaines après sa sortie. Elle est asthénique +++. Compte tenu du risque chez cette patiente fragile et polypathologique, je prescris un bilan sanguin qui montre une fonction rénale très altérée, sans signe de déshydratation ni d'infection. Je la fais réhospitaliser.

- D'accord
- Pas tout à fait d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion

Prévalence des ré-hospitalisations Etat des lieux



- 50% des réadmissions en urgence surviennent dans les 30 jours après la sortie.
- 14 % des personnes âgées de 75 ans ou plus ont été ré-hospitalisées de façon non programmée à 30 jours (2010).
- Taux de ré-hospitalisation à 30 jours : 24,8 % pour l'insuffisance cardiaque, 19,9 % pour l'infarctus et de 18,3 % pour les pneumonies.
- 2/3 des ré-hospitalisations surviennent dans les 15 jours suivant la sortie.

Références :
Note méthodologique et de synthèse bibliographique « Comment réduire le risque de réhospitalisation évitables des personnes âgées ? » - HAS, avril 2013
Fiche parcours « Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées » - HAS, juin 2013

Les réhospitalisations évitables Définition et étude



➤ Définition de la HAS de la réhospitalisation évitable

- Hospitalisation non programmée
- En lien avec le séjour hospitalier précédent
- Survenant dans les 30 jours suivant la sortie

➤ Proportion de réhospitalisations évitables estimée à 23% (van Walraven 2012)

Références :
Note méthodologique et de synthèse bibliographique « Comment réduire le risque de réhospitalisation évitables des personnes âgées ? » - HAS, avril 2013
Fiche parcours « Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées » - HAS, juin 2013

Risques de réhospitalisation précoce Critères associés



- Hospitalisation en rapport avec une insuffisance cardiaque, une pneumonie ou une exacerbation de BPCO, un syndrome coronaire aigu
- « Syndrome gériatrique » : dénutrition, dépression, chute, confusion mentale, escarre
- Existence d'une dépendance pré-existante à l'hospitalisation, dans les ADL
- Antécédent d'hospitalisation non programmée depuis 6 mois
- Situation sociale défavorable (précarité, isolement)
- **Cut off** : présence de deux ou plus de ces facteurs = nécessité d'évaluer et d'élaborer un PPS

Références :
Note méthodologique et de synthèse bibliographique « Comment réduire le risque de réhospitalisation évitables des personnes âgées ? » - HAS, avril 2013
Fiche parcours « Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées » - HAS, juin 2013

Dispositif Vill'Hôp

03 83 85 94 94

C'est sur ce numéro prioritaire que vous sondez la plate-forme téléphonique du CHU de Nancy pour tout renseignement sur des spécialités non mentionnées, ou pour tout autre motif d'appel que les soins médicaux.

Merci de conserver ces numéros sans les diffuser aux patients et au public

Pour toute information ou suggestion sur le dispositif :
relations.partenaires@chu-nancy.fr
relations.partenaires.chu.nancy@medicall.geront.org

Grâce à Vill'Hôp, vous bénéficiez d'une mise en contact immédiate ou rapide avec les seniors de la majorité des spécialités du CHU, qui se sont engagés à mettre tout en œuvre pour vous répondre dans les meilleurs délais et dans les meilleurs délais.

Conseil Médical Senior CHU de Nancy

LES NUMÉROS VILL'HÔP SONT DES NUMÉROS DESTINÉS AUX MÉDECINS DE VILLE. ILS VOUS PERMETTENT D'ÉCHANGER AVEC UN DE NOS MÉDECINS SENIORS POUR UN AVIS MÉDICAL.

Vill'Hôp la ligne ville-hôpital

CONTACT PRIVILÉGIÉ, connaissance des équipes du CHU de Nancy : deux éléments essentiels dans la mise en œuvre du parcours de soins.



CHU NANCY

Dispositif Vill'Hôp

HÔPITAUX URBAINS

Centre Paul Spillmann
03 83 85 92 13
Cardiologie gériatrique et gériatrie
03 83 85 99 84
Chirurgie thoracique
03 83 85 99 84
Chirurgie orthopédique et traumatologique (OTI)
03 83 85 93 23
Chirurgie orthopédique et traumatologique (OTI)
03 83 85 93 21
Chirurgie orthopédique et traumatologique (OTI)
03 83 85 93 22
Médecine interne, immunologie clinique et allergologie
06 12 17 38 63
Médecine interne et médecine 11
03 83 85 99 92
Neurologie
03 83 85 99 86
Neurologie
03 83 85 93 35
Neurologie (Bipartiment)
03 83 85 93 18
Neurologie diagnostique
03 83 85 93 17
Néonatalogie
03 83 85 93 19
Unité de soins de longue durée
03 83 85 99 91

HÔPITAUX DE BRABOIS

Cardiologie médicale
03 83 15 78 68
Chirurgie cardiaque et thoracique
03 83 15 78 65
Chirurgie générale et digestive et endocrinologie
03 83 15 78 66
Chirurgie vasculaire et endocrinologie
03 83 15 78 65
Dermatologie
06 22 52 60 68
Endocrinologie
03 83 15 78 69
Généraliste
06 22 52 61 04
Généraliste (médecine B)
03 83 15 78 46
Hématologie Adulte
03 83 15 78 47
Hépatito-gastro-entérologie
03 83 15 78 45
Maladies et réanimation respiratoires
03 83 15 78 53
Maladies infectieuses et tropicales
06 12 17 43 25
Médecine G (diabétologie, nutrition, maladies métaboliques)
06 22 52 60 60
Néphrologie
03 83 15 78 90
Pharmacologie
06 12 17 44 95
Pneumologie
03 83 15 78 70
Urologie
03 83 15 78 73

HÔPITAL D'ENFANTS

Tous les pédiatres
03 83 15 47 27
Cardiologie infantile
03 83 15 78 67
Chirurgie infantile vasculaire
03 83 15 78 49
Médecine infantile 2 (Généraliste pédiatrique et transplantations hépatobiliaires)
03 83 15 78 48
Pédiatrie de l'enfant et SA Pédiatrie
03 83 15 78 71

URGENCES ADULTES
Service d'accueil des urgences
24/24
03 83 85 93 16

NUMÉRO D'ACCUEIL GÉNÉRAL PRIORITAIRE
24/24
03 83 85 94 94

Module 1 : éviter les hospitalisations non programmées non justifiées : OBJECTIFS EN LORRAINE : déployer les outils existants auprès des professionnels du premier recours

Déclencheur : MT ou effecteur de PDS

VAD : Fragilité ?

Situation d'urgence

Reprise fragile → Grille SEGA → fragile

Aide à la décision / CAT → Dispositif Vill'Hôp → Inclusion réseau / filière → Hospitalisation urgente

Arrivée au SAU → Fiche urgence Lorraine au SAU → Retour à domicile +/- Réseau (inclusion / ré-alerte)

VAD effecteur de PDS → Fiche urgence Lorraine à domicile → Hospitalisation urgente +/- Réseau (inclusion / ré-alerte)

Hospitalisation urgente

Hospitalisation urgente

= PPS et intervention des acteurs de proximité (filiale, médico-social ...)





La Fiche Urgence Lorraine : Outil dédié aux professionnels des urgences et aux effecteurs de la permanence des soins

Fiche Urgence lorraine Principe et objectifs

- > Fiche de synthèse des données-patients
- > Mise à disposition 24 h / 24 - 7 j / 7 grâce à une connexion Internet sécurisée
- > Eviter « la perte de chance » pour une PA fragile dans l'incapacité de s'expliquer (syndrome confusionnel par ex.)
- > Aide à la décision
- > Adapter la conduite thérapeutique, humaine et sociale
- > Alerter, en retour, le réseau gérontologique concerné

FICHE URGENGE LORRAINE

Fiche gériatrique à destination des urgences

Utilisateur
Mme L O RE J
Paramètres
Déconnexion

Fonctionnalités
Recherche

Données issues de l'adhésion au RESEAU GERONTOLOGIQUE G. CUNY en date du 22/12/2011
Mise à jour le 27/01/2012 par / qualité /

Mme D. [REDACTED] Madeleine née le 05/07/1923
N° identifiant santé : Non renseignés.

Adresse
[REDACTED]
LANEUVILLE DEVANT NANCY (54)
Tel : 03 83 [REDACTED]

Accès au logement
Escalier
Ergonomie des lieux
Non adapté à une mobilité réduite

Médecin traitant
Dr LAINE C
30 RUE ANATOLE FRANCE
54210 SAINT NICOLAS DE PORT
Tel : 03 83 481 4590

Plan garantie Non
Directives anticipées Non

Personne à prévenir en cas d'urgence Personne de confiance
Mme D. [REDACTED] Sylvie
Autume.

Condition de vie
BRETAGNE
Tel : 02 9 [REDACTED]
Port : 06 [REDACTED]

Ce patient est-il bien celui présent aux urgences ?
Cliquez sur **oui** si le patient correspond, pour afficher le reste des informations
Cliquez sur **non** si le patient ne correspond pas, pour retourner à la page de recherche.

Oui Non

Accepte l'évaluation gériatrique standardisée	Accepte des interventions à domicile	
Oui	Oui	
Derniers traitements connus		
CORDARONE 200MG CPR	1 0 0 0	
STILNOX 10MG CPR	0 0 1 0	
ACTONEL 35MG CPR		
KARDEGIC 75MG PDR ORALE SACHET	0 1 0 0	
KENZEN 8MG CPR	1 0 0 0	
RISPERDAL 1MG CPR	0 0 1 0 0	
SEROPLEX 20MG CPR	0 0 1 0	
MACROGOL	1 0 0 0	
Allergie / Intolérance médicamenteuse	Principaux antécédents et pathologies courantes	
Aucune allergie renseignée.	Trouble dépressif récurrent, sans précision	
	Fracture de côte	
	Fracture de l'épaule et du bras	
	Fracture au niveau du poignet et de la main	
	Difficulté à la marche, non classée ailleurs	
Déficit auditif	Déficit visuel	Troubles de la continence
Non	Non	Non
Troubles cognitifs	Troubles thymiques	Troubles du comportement
Sévières	Oui	Oui
Etat nutritionnel à risque : Non connu Poids : 64-66		
Instabilité à la marche	Fausses routes	Transferts / déplacements
Oui	Non	Aide humaine
Aide humaine	Aide technique	
Oui	Oui	
Connu par la filière gériatrique	Connu d'un autre réseau	
Non	Non	
IDF	SSIAD	
MORCEL NELLY	Aucun	
49 RUE GEN PATTON		
LANDEVILLE DEVANT NANCY (54)		
Dossier APA Oui	GIR estimé 3	
Aide à domicile	Portage repas	Téléalarme
VILLE ET SERVICES	Aucun	Non
112 AVENUE DU GÉNÉRAL LECLERC		
VILLERS LES NANCY (54)		

Fiche Urgence lorraine

rgc
Réseau de Santé

Demandez vos codes d'accès à la Fiche Urgence Lorraine

Contactez le réseau de santé de votre territoire en lui communiquant : votre nom, prénom et adresse mail

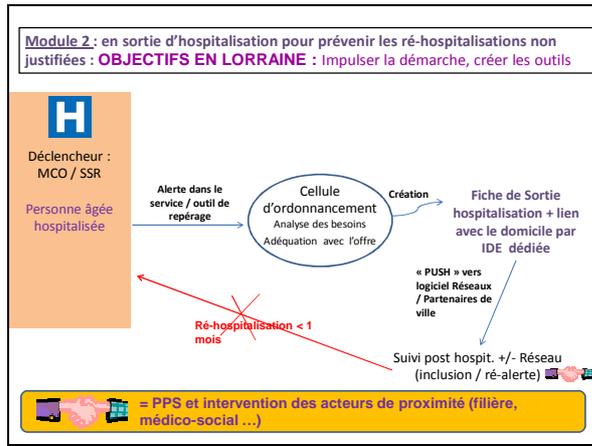
Diminuer les réhospitalisations évitables
Comment ?

➤ **Par l'amélioration de la transition hôpital-domicile** (11 programmes expérimentés aux Etats-Unis)

- 20 à 45% de baisse de taux de réadmissions à 30 jours observable jusqu'à 6 mois ;
- 20 à 50% de réduction du recours aux urgences ;
- Diminution de la durée de séjour d'environ 10% ;
- Impact économique ;
- Réduction du risque d'institutionnalisation et de déclin fonctionnel

➤ **Par la combinaison de plusieurs actions aux 3 étapes de transition : pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie et après la sortie**

Références : Note méthodologique et de synthèse bibliographique « Comment réduire le risque de réhospitalisation évitables des personnes âgées ? » - HAS, avril 2013
Fiche parcours « Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées » - HAS, juin 2013



Fiche de Sortie d'Hospitalisation
transmise aux partenaires de ville : médecins, IDEL, pharmaciens, kiné, SSIAD...

FICHE SORTIE D'HOSPITALISATION (FSH) – DATE : _____
Éléments recueillis dans le service de : _____
Séjour du : _____ au : _____

EMETTEUR

Cellule d'ordonnancement (nom du code de santé / IDE) : _____
Numéro de téléphone direct : _____

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE / ENTOURAGE / LOGEMENT

Nom / Prénom : _____
Date de naissance : _____ Age : _____ ans
Adresse complète : _____
Numéro de téléphone : _____ ou _____
Personne ressource proche :
Nom / Prénom : _____ Tel : _____
Adresse email : _____@_____

Conditions de vie : Vit avec un de ses parents Vit avec une personne du même âge
 Vit avec une personne + jeune Vit en collectivité Vit seul(e)

Accès au logement : Plain-pied Ascenseur Escalier Ne sait pas

Ergonomie des lieux : Adapté à une mobilité réduite Non adapté à une mobilité réduite Ne sait pas

ACTEURS DE SOINS CONNUS

	NOM DU PROFESSIONNEL / STRUCTURE	ADRESSE / CP VILLE	TELEPHONE / FAX	AVERTI
• Médecin traitant :			Tel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Fax : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Infirmier libéral :			Tel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Fax : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Pharmacien :			Tel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Fax : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Masseur Kiné :			Tel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Fax : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• SSIAD :			Tel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Fax : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Autre :			Tel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Fax : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Connu de la filière gériatrique hospitalière ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
• Connu du réseau territorial ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
• Connu du Conseil Général (APA / Gestion de cas) ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
• Accepte les interventions à domicile ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement		

AIDES A DOMICILE

- Aide humaine : Oui Non Ne sait pas
Si oui, nom du prestataire / de l'aide : _____
Adresse : _____
Tel : _____
- Portage de repas : Oui Non Ne sait pas
Si oui, nom du prestataire : _____
Adresse : _____
Tel : _____
- Téléalarme : Oui Non Ne sait pas
Si oui, nom du prestataire : _____
Adresse : _____
Tel : _____

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX ET NON MEDICAMENTEUX (NE VAUT PAS PRESCRIPTION)

A L'ENTREE	A LA SORTIE
TRAITEMENT DE FOND : * * TRAITEMENT PONCTUEL : * * TRAITEMENTS SI BESOIN : * * TRAITEMENT NON MEDICAMENTEUX : * *	TRAITEMENT DE FOND : * * TRAITEMENT PONCTUEL : * * TRAITEMENT SI BESOIN : * * TRAITEMENT NON MEDICAMENTEUX : * *
▪ Allergie(s) / Intolérance(s) médicamenteuse(s) : _____	

ETAT GENERAL

- GIR estimé : ____ / 6
- Déficit auditif : Oui Non Ne sait pas
Prothèses Droite Non Oui portées Oui non portées
Gauche Non Oui portées Oui non portées
- Déficit visuel : Oui Non Ne sait pas
Lunettes Non Oui portées Oui non portées
- Fausses routes : Oui Non Ne sait pas
- Etat nutritionnel à risque : Oui Non A surveiller Poids : ____ kg, d'âge ____
- Etat bucco-dentaire adapté / mastication : Oui Non A surveiller
Prothèses Haut Non Oui portées Oui non portées
Bas Non Oui portées Oui non portées
- Troubles de la continence : Oui Non Ne sait pas
- Troubles de la mémoire : Débutants Modérés Sévères Non Ne sait pas
- Tristesse, pleurs : Oui Non Ne sait pas
- Comportement : Manque d'initiatives Refus d'aides Opposition Agressivité
- Instabilité à la marche : Oui Non Ne sait pas
- Transferts / déplacements : Aide humaine Aide technique Confiné lit / fauteuil Seul
 ▪ Si aide aux déplacements : Rollator Canne simple / anglaise / tripode
 ▪ Si aide aux transferts : Cadre de marche Fauteuil roulant Autre : _____
 Lit médicalisé Autre : _____

PRINCIPAUX PROBLEMES A L'ADMISSION ET LORS DE L'HOSPITALISATION (AYANT UNE INCIDENCE A LA SORTIE)

Problèmes	Modalités de suivi : qui ?	RDV programmés (le cas échéant) :
•	<input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Masseur Kiné <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> aide à domicile <input type="checkbox"/> proche aidant <input type="checkbox"/> Autre : _____ Autres intervenants informés : _____	Précisez le(s) type(s) de RDV, le(s) date(s) et lieu(x) :
•	<input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Masseur Kiné <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> aide à domicile <input type="checkbox"/> proche aidant <input type="checkbox"/> Autre : _____ Autres intervenants informés : _____	Précisez le(s) type(s) de RDV, le(s) date(s) et lieu(x) :
•	<input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Masseur Kiné <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> aide à domicile <input type="checkbox"/> proche aidant <input type="checkbox"/> Autre : _____ Autres intervenants informés : _____	Précisez le(s) type(s) de RDV, le(s) date(s) et lieu(x) :
▪ Données spécifiques et utiles (biologiques, kinésithérapie...) : _____		

PATHOLOGIES CHRONIQUES ET ANTECEDENTS SPECIFIQUES (AYANT UNE INCIDENCE A LA SORTIE)

- Antécédents spécifiques avec n°ALD (si ALD) : _____

- Pathologies chroniques avec n°ALD (si ALD) : _____



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

« Venez compléter votre boîte à outils ! »

Mercredi 3 avril 2013

Programme

SEFOREX – 97 rue Jean Jaurès – 92 300 Levallois Perret

9h30 : 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 – 11h30 : Programme Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé

- Présentation de l'outil final
- Groupe de travail : mode opératoire et évaluation de l'outil au niveau du groupe réseaux SFGG

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

11h30 - 11h45 : Pause

11h45 - 12h30 : Dépression du sujet âgé et réseau de santé

- Quel repérage ?
- Quelle place dans l'EGS / PPS ?
- Quelles interactions avec les spécialistes du domaine ?

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

12h30 - 14h00 : Déjeuner

14h00 - 16h00 : Quoi de neuf pour les réseaux ? Actualités et évolutions récentes

- Parcours de soin et réseau : expérimentations article 70 Dr E. Abraham, Lorraine
- Avis sur les fiches parcours de la HAS Dr Michel VARROUD-VIAL, Haute Autorité de Santé
- Évaluation médico économique des réseaux : quelles nouvelles ? Dr B. Nagard, UNR-Santé
- Intérêt du « Balance of care » pour les réseaux ? Dr MD Lussier, ANAP

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 :

Mme Fanny MENGEL

Tél. 03 82 82 72 57

mengel@gerontonord.fr



Numéro de formateur SFGG : 11 75 360 22 75



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

« Venez compléter votre boîte à outils ! »

Mardi 26 novembre 2013

Programme

SEFOREX – 97 rue Jean Jaurès – 92 300 Levallois Perret

9h30 : Accueil des participants

10h00 - 10h15 : 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

10h15 - 11h15 : Retour d'utilisation de l'outil « PMSA- Réseaux » par les réseaux

- **Présentation de l'outil** – Dr Eliane ABRAHAM, Groupe « Réseaux » de la SFGG
- **Synthèse de l'utilisation de l'outil par les réseaux** – Fanny MENGEL, Réseaux Gériatologiques Lorrains
- **Commentaires et ressentis des utilisateurs**

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

11h15 - 11h45 : Pause

11h45 - 13h00 : Quoi de neuf pour les réseaux ? Actualités et évolutions récentes

- **Retour sur l'Assemblée Générale de l'UNR Santé** – Valérie CHEREAU-CORNU, UNR Santé
- **Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) : Fiches Parcours de la HAS et Grille SEGA-Volet A**
- **Le Développement Professionnel Continu (DPC) des professionnels de santé et les réseaux**
Dr Yves PASSADORI, Groupe « Réseaux » de la SFGG

13h00 - 14h15 : Déjeuner

14h15 - 15h30 : L'outil MobiQual « Dépression chez la personne âgée à domicile » et les réseaux

- **Présentation des outils Mobiqual, Comment se les procurer ?** Dr Yves PASSADORI, Groupe « Réseaux » de la SFGG
- **Synthèse de l'appropriation de l'outil par les réseaux** – Fanny MENGEL, Réseaux Gériatologiques Lorrains
- **Commentaires et ressentis des réseaux**

15h30 - 16h00 : Echanges/débat avec la salle

Modérateur : Dr Yves PASSADORI, référent 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 :

Mlle Fanny MENGEL

03 83 45 84 90

projet.reseaugcuny@orange.fr

Numéro de formateur SFGG : 11 75 360 22 75