



# Réseau gérontologique

**Gérard Cuny**

**RAPPORT D'ACTIVITÉ**

**2014**

## SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	2
IDENTITÉ DU RÉSEAU .....	3
OBJET DU RÉSEAU .....	3
PÉRIMÈTRE D'INTERVENTION DU RÉSEAU .....	11
CONSTITUTION DE L'ÉQUIPE DU RÉSEAU .....	11
CHANGEMENTS ÉVENTUELS INTERVENUS DANS L'ANNÉE.....	12
BILAN D'ACTIVITÉ DE L'ANNÉE .....	12
BUDGET REALISE.....	18
ANALYSE DE L'ACTIVITE DE L'ANNEE.....	20

## - IDENTITÉ DU RÉSEAU -

**Nom du réseau :** Réseau gérontologique Gérard Cuny

**Date de constitution :** Mai 2004

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

**Adresse :** 13/15 boulevard Joffre - Galerie des Chênes 54000 NANCY

**Téléphone :** 03.83.45.84.90

**Adresse de messagerie (courriel) :** secretariat@reseaugcuny.fr

**Site internet :** www.reseaugcuny.fr

## - OBJET DU RÉSEAU -

**Objectif principal :** 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.

### Actions :

OBJECTIFS SANITAIRES			
<b>Repérer la population âgée présentant des critères de fragilité</b>	Informers les professionnels et non professionnels sur les critères de fragilité via la diffusion d'une communication permanente	En continu sur 2014  Depuis le 1 <sup>er</sup> août 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impression et utilisation de nouveaux dépliants génériques du Réseau intégrant une grille SEGA-A détachable</li> <li>- Communication permanente tout au long de l'année lors des rencontres partenariales et aux domiciles des personnes suivies, via le site Internet <a href="http://www.geronto-sud-lorraine.com">www.geronto-sud-lorraine.com</a>.</li> <li>- Mise en application du volet A de la grille SEGA comme outil validé 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 de Lorraine depuis le 01/08/2012.</li> </ul>
	Participation à l'étude de validation scientifique par le CHU de Reims sur le « repérage de la fragilité des personnes âgées : validation psychométrique de la grille SEGA modifiée »	En continu sur 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise à disposition d'un enquêteur avec une évaluation à J0, J7, M6 et M12 – 12 patients inclus dans l'étude</li> </ul>

	Former les professionnels sur les critères de fragilité en gériatrie	En continu sur 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diffusion des critères de fragilité dans le cadre de formations : étudiants dentaires, élèves infirmiers, internes en médecine en stage au service d'accueil des urgences, étudiants de DESC Médecin d'urgence, assistants de soins en gérontologie, des médecins préparant la capacité de gérontologie, aides soignants etc.</li> <li>- <b>Sur 2014, 596 nouvelles personnes âgées fragiles ont été adressées au RGC (soit presque 50 / mois).</b></li> </ul>
<b>Coordonner la prise en charge globale des PA à risque de rupture à domicile</b>	Faire des visites à domicile pour effectuer des Evaluations Gérontologiques Standardisées (EGS) et analyser les EGS	En continu sur 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuite de la réalisation des EGS à domicile : parmi les 596 nouvelles personnes âgées fragiles signalées, <b>502 ont été des situations de prises en charge qui ont donné lieu à 465 premières visites d'évaluation gérontologique à domicile.</b></li> <li>- Adaptation des outils d'EGS à domicile selon l'objectif de dépistage retenu et les capacités de la personne.</li> <li>- Réalisation de visites de pré-admissions dans les foyers personnes âgées de Heillecourt, Vandœuvre-lès-Nancy et Tomblaine, <b>26 visites de pré-admissions</b> ont été effectuées.</li> </ul>
	Elaborer et suivre la mise en œuvre des Plans Personnalisés de Santé (PPS) : prendre les RDV, accompagner et partager des informations médicales et sociales	En continu sur 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration, suivi et réévaluation régulière des PPS pour l'ensemble des personnes de la file active</li> <li>- Centralisation des demandes des professionnels pour l'adaptation d'un PPS commun (depuis le modèle HAS)</li> <li>- Travail avec les différents partenaires (GCS Télésanté Lorraine et UPSL) sur le nouveau système d'information des réseaux (LIGO) et l'interface informatique intermédiaire de la CTA</li> </ul>
	Participer à la mise en œuvre de la Coordination Territoriale d'Appui	<b>Depuis septembre 2014</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aide à la création des premiers outils : script d'analyse et de recueil des données, logigrammes</li> <li>- Suivi de l'activité de la CTA : <b>depuis sa mise en place en octobre 2014, la CTA a reçu 190 appels téléphoniques donnant lieu à la création de 73 PPS.</b></li> </ul>
<b>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</b>	Renforcer la diffusion et l'utilisation de la Fiche Urgence Lorraine (FUL) auprès des partenaires extérieurs	En continu sur 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'objectif ici est de participer à la permanence des soins en mettant à disposition des informations sur les personnes suivies par le réseau, via la FUL créée automatiquement à partir des données saisies dans le logiciel Logireso et consultable à tout moment grâce à Internet.</li> <li>- L'évaluation des connexions réalisées sur 2014 montre que <b>la FUL a été ouverte 154 fois depuis l'extérieur</b> : 106 fois par l'EMLG du CHU, 34 fois par la Maison Hospitalière Saint Charles, 1 par un médecin Traitant et 13 par</li> </ul>

			l'infirmière de la cellule d'ordonnancement Art 70 de Nancy : un travail d'incitation auprès des sites utilisateurs se poursuit.
<b>Faciliter et sécuriser les sorties d'hospitalisation hors urgence</b>	Sécuriser le retour à domicile des personnes âgées fragiles en sortie d'hospitalisation, éviter les ré-hospitalisations	En continu sur 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les personnes hospitalisées <b>au CHU, ou prises en charge par le service d'accueil des urgences du CHU</b> : travail en collaboration avec l'équipe mobile de liaison gériatrique créée en 2007 : échanges d'informations, prises en charge par le RGC si la personne retourne à domicile (visite à son domicile après sa sortie), réunions régulières entre l'EMLG et l'équipe opérationnelle du réseau autour de situations communes</li> <li>- Pour les personnes hospitalisées <b>hors CHU</b> : 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</li> <li>- <b>En 2014, 106 personnes nouvellement incluses (soit 21,1 % des signalements) ont été orientées par les services hospitaliers ou cliniques privées</b> et ont fait l'objet d'une EGS et d'une prise en charge au retour à domicile.</li> </ul> <p>Dans le cadre de l'application de l'Art.70 du PLFSS 2012. 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 afin d'améliorer la gestion de la sortie et les suites d'une hospitalisation. <b>En 2014, sur le territoire de Nancy agglomération, 379 patients ont été repérés par la cellule. 67 sont sortis avec une FSH. 7 patients ont été ré-hospitalisés, 6 pour un autre motif et 1 pour le même motif.</b></p>
<b>Etre un recours pour la gestion des cas complexes</b>	Recueillir des éléments objectifs sur la situation / Dédramatiser la situation pour permettre de prendre du recul	En continu sur 2014	Les cas complexes sont gérés avec certains partenaires autour de situations de suivi communes : en 2014, 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

	Analyser de façon éthique des cas d'école	Depuis 2006, 4 à 6 réunions /an.	gestionnaires de cas MAIA et le service de « gérontopsy » du CPN. - En 2014, la commission éthique du RGC s'est réunie 5 fois. Thèmes des travaux : questions éthiques autour de l'expérimentation en application de l'Art.70 du PLFSS 2012 : consentement aux soins et au partage d'informations ; fin de vie des personnes âgées et loi Leonetti ; personnes âgées et sexualité.
<b>OBJECTIFS ECONOMIQUES</b>			
<b>Optimiser la prise en charge des personnes âgées fragiles.</b>	Connaître le coût / patient de fonctionnement du réseau	Depuis 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. <b>Ce coût reste à moins de 200 euros par an et par personne âgée incluse</b>
<b>Limiter les actes médicaux et les examens complémentaires redondants par la transmission d'informations.</b>	Participer à la réalisation du « Schéma Directeur des Systèmes d'Information des Réseaux de santé »	Depuis 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 qui a défini 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 et le choix de l'éditeur de logiciel (LIGO).
<b>OBJECTIFS ORGANISATIONNELS</b>			
<b>Décloisonner les relations entre les acteurs du réseau pour assurer une prise en charge continue sur toute la trajectoire du patient</b>	<b>Rencontrer les partenaires :</b> - Connaître (suivre les évolutions de l'offre sanitaire et médico-sociale) ; - Faire connaître (valoriser le paysage gériatrique de proximité)	En continu sur 2014	- <b>Rencontres partenariales</b> (nouvelles ou maintien de dynamiques existantes) : ARS de Lorraine ; EMLG de l'hôpital Central ; GCS Télésanté ; Conseil Général de Meurthe-et-Moselle ; CHU de Nancy ; France Alzheimer 54 ; OHS ; URPS Médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmiers et chirurgiens dentistes ; Commune de Nancy ; CUGN ; les 7 SSIAD du Grand Nancy ; Congrégation « Les sœurs de l'Alliance » ; IREPS, CISS Lorraine ; CPN ; Réseau LorAddict ; Nephrolor  - <b>Participation à des réunions partenariales</b> : 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 ; Table tactique MAIA ; Conférence de territoire de Meurthe-et-Moselle ; Réunions de travail autour du projet PAERPA

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Participation à des manifestations, colloques, congrès et formations locales et nationales tout au long de l'année</b></li> <li>- <b>Participation aux Assemblées générales</b> : Conseil d'Administration de la Société Gérontologique de l'Est ; Assemblée Générale du réseau ONCOLOR ; du CISS Lorraine ; de l'Union Nationale des Réseaux de santé ; du Collège des Professionnels de Gériatrie en Lorraine.</li> <li>- <b>Réunions de travail</b> dans le cadre de l'expérimentation en application de l'Art.70 du PLFSS 2012 : Groupe 2 pour le suivi de l'activité 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 ; Séminaires de travail à la HAS et évaluation/suivi du projet ; Comités de pilotage et réunions préparatoires ; Réunions Equipe Porteur de Projet ; Direction de la Sécurité Sociale ; Caisses de retraite (MGEN, CRCAS) ; ARS Lorraine</li> </ul>
<b>Assurer un rôle de veille et d'analyse des dysfonctionnements et des besoins non couverts.</b>	Relever et analyser les dysfonctionnements auprès des professionnels et des usagers	Depuis 2010  Depuis juillet 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunions de groupes de travail pour améliorer la coordination sur le terrain des intervenants à domicile : rencontres régulières réunissant les 7 SSIAD du grand Nancy dans le cadre de la plateforme d'orientation SSIAD du Grand Nancy</li> <li>- Organisation de réunions de supervision dans le cadre de l'Art.70 2 fois par mois pour veiller à l'amélioration des outils et régler les éventuels dysfonctionnements du système d'information, harmoniser les pratiques entre les deux IDE, et optimiser le recueil d'informations dans le cadre de la FSH</li> </ul>
	Relever et analyser les besoins non couverts	Depuis 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagnement de la révision du projet de soins des Sœurs de l'Alliance (revue de son efficience).</li> </ul>
<b>Etre moteur dans la coordination des réseaux gérontologiques au niveau de la région</b>	Co-animer les réunions du groupe « réseaux » du CPGL et piloter la mise en œuvre des activités mutualisées	En continu sur 2014	<p><b>4 réunions menées sur 2014 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Partages d'informations entre les réseaux gérontologiques</b> (nouveau, informations à diffuser), recherche de mutualisation des réseaux au travers d'un rapprochement régional de</li> </ul>

			<p>ressources.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Mises en place d'outils et de programmes communs depuis 2012:</b></li> <li>- Poursuite de l'alimentation du portail Internet commun, renforcement des liens ;</li> <li>- Soutien à la réalisation des auto-évaluations annuelles sur les réseaux sud Lorrains ;</li> <li>- Poursuite du travail de construction d'un modèle de Plan Personnalisé de Santé suivant les recommandations de la HAS ;</li> <li>- Mutualisation des modifications à apporter sur le logiciel métier Logiréso ;</li> <li>- Echange avec l'ensemble des réseaux sur le Schéma Directeur des Systèmes d'Informations des Réseaux de Santé.</li> <li>- Continuité du développement de l'installation de la « Fiche Urgences Lorraine » par les réseaux ;</li> <li>- Suivi des 2 programmes inter-réseaux et poursuites régionales sur la thématique du mésusage de l'alcool chez les personnes âgées et sur le dépistage des déficiences visuelles ;</li> <li>- Groupe de travail sur l'organisation fonctionnelle des réseaux dans le cadre du groupe « réseaux » du CPGL</li> </ul>
<b>Développer des réflexions et des pratiques communes au niveau national</b>	Co-piloter le groupe « réseaux » de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie	Depuis juin 2010	<p><b>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.</b></p> <p><b>Les activités et travaux du groupe « réseaux » de la SFGG en 2014 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation et animation de la 9<sup>ème</sup> rencontre nationale des réseaux de santé Personnes Agées (49 participants) sur le thème « Venez compléter votre boîte à outils ! », le 8 avril 2014 ;</li> <li>- Organisation et animation de la 10<sup>ème</sup> rencontre nationale des réseaux de santé Personnes Agées (47 participants) sur le thème « Venez compléter votre boîte à outils ! », le 2 décembre 2014 ;</li> <li>- <b>Partage d'expériences :</b> autour du médicament - conciliation médicamenteuse, outil PMSA et programme Omage - ; Fiche de Sortie d'Hospitalisation ; présentation et appropriation du PPS dans le cadre de PAERPA...</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation de l'étude de validation et diffusion nationale de la grille SEGA (Volet A)</li> <li>- 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) ;</li> <li>- Participation à l'animation du comité de liaison national réunissant l'Union Nationale des Réseaux de Santé, la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques et le Groupe « Réseaux » de la SFGG : représentation auprès des instances nationales, édition de communiqués de presse.</li> <li>- Participation au groupe de travail de la HAS concernant l'élaboration d'un modèle type de PPS et aux critères d'éligibilité à l'élaboration d'un PPS</li> </ul>
<b>OBJECTIFS QUALITES</b>			
<b>Participer à la diffusion de l'information sur la prise en charge de proximité des personnes âgées</b>	Recueillir de l'information sur l'existant, la mettre à jour, la diffuser	En continu sur 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rencontres de partenaires pour étayer la connaissance du paysage gériatrique de proximité</li> <li>- Diffusion large de ces informations via les annuaires et le portail Internet des réseaux gérontologiques du sud Lorraine : <a href="http://www.geronto-sud-Lorraine.com">www.geronto-sud-Lorraine.com</a>.</li> </ul>
<b>Faciliter les démarches des personnes âgées et de leur famille</b>	Accompagner les personnes âgées et leurs familles de façon individualisée	En continu sur 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagnements individualisés des personnes âgées fragiles et leurs familles dans le cadre de la mise en œuvre des PPS.</li> </ul>
<b>Susciter et conforter l'intérêt des libéraux à la mise en place et au suivi de référentiels de bonnes pratiques en gérontologie</b>	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"> <li>- Avec le groupe national « réseaux » SFGG : mise en œuvre de l'outil « PMSA – Réseaux » à partir des référentiels HAS</li> </ul>
<b>Mettre en œuvre des actions d'informations et d'éducation à la santé</b>	Promouvoir des actions d'éducation thérapeutique individuelle du patient et de son entourage	En continu sur 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Formation de l'IDE coordinatrice du réseau au programme OMAGE (Optimisation des médicaments chez les sujets âgés) pour une continuité du programme à domicile</li> </ul>
	Promouvoir des actions	En continu sur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place de programmes dans</li> </ul>

	collectives de formation, d'information	2014	le cadre de la mutualisation régionale (groupe « réseaux » du CPGL) : mésusage de l'alcool chez les personnes âgées fragiles et recommandations (2 formations sur 2014)
<b>Participer aux formations continues des professionnels de santé et médico-sociaux</b>	Participer à des actions de formation	En continu sur 2014	- Interventions lors de formations continues : étudiants dentaires, élèves infirmiers, internes en médecine, assistants de soins en gérontologie, assistantes sociales, psychologues ...
	Etre un lieu de stage pour les étudiants	En continu sur 2014	- Accueil d'Internes en médecine générale (SASPAS), élèves infirmiers de l'IFSI, capacitaires en gérontologie.
<b>Développer des actions de recherche en gérontologie et de prévention du mauvais vieillissement, en coopération avec d'autres réseaux de santé Personnes Agées</b>	Participer aux actions mutualisées entre réseaux gérontologiques, co-animer leurs réalisations	En continu sur 2014	- <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. fiche n°16 page 48 objectif « Développer des réflexions et des pratiques communes au niveau national ».</i>

## - PÉRIMÈTRE D'INTERVENTION DU RÉSEAU -

**Zone géographique couverte par le réseau** : le réseau Gérard Cuny intervient sur la Communauté Urbaine du Grand Nancy, soit 20 communes :

Art-sur-Meurthe, Dommartemont, Essey-les-Nancy, Fléville, Heillecourt, Houdemont, Jarville, Laneuveville devant Nancy, Laxou, Ludres, Malzéville, Maxéville, Nancy, Pulnoy, St Max, Saulxures, Seichamps, Tomblaine, Vandoeuvre, Villers-les- Nancy

**Population théorique** : le réseau Gérard Cuny intervient auprès des personnes âgées fragiles et de leurs aidants naturels.

Dans le cadre de PAERPA, le réseau accompagne les personnes âgées en risque de perte d'autonomie et leurs aidants naturels.

### **Critères d'inclusion des patients :**

Inclusion réseau :

- être âgé de 60 ans et plus
- habiter sur la Communauté Urbaine du Grand Nancy
- vivre à domicile
- être en situation de fragilité (grille SEGA : score supérieur ou égal à 9)

## - CONSTITUTION DE L'ÉQUIPE RÉSEAU -

Qualité	Part <b>financée sur le FIR (ARS)</b> En équivalent temps-plein (ETP)
<b>1 médecin coordonnateur - Dr Eliane Abraham</b>	<b>0,5</b>
<b>2 médecins adjoints - Dr Christine Beaudart et Dr Françoise Orsini</b>	<b>2 x 0.5 ETP = 1</b>
<b>1 infirmière coordinatrice - Mme Manuela Dante</b>	<b>1</b>
<b>1 secrétaire médico-sociale - Mme Sandrine Rouf</b>	<b>1</b>
<b>1 coordinatrice administrative - Mlle Joséphine Lo ré</b>	<b>1</b>
<b>1 chargée de projets - Mlle Julie Laurent</b>	<b>1</b>

## - CHANGEMENT ÉVENTUELS INTERVENUS DANS L'ANNÉE -

Dans le cadre du projet PAERPA, le réseau Gérard Cuny a changé de locaux au cours du mois de novembre 2014 pour venir s'installer au 13-15 boulevard Joffre - Galerie des Chênes à Nancy. Situé dans les locaux mitoyens du service territorial PA-PH du Conseil Général, cette implantation stratégique a permis l'installation de la Coordination Territoriale d'Appui (dans une partie des locaux commune aux deux structures).

Pour assurer le fonctionnement de la CTA, une infirmière à temps plein a été recrutée.

Parallèlement, l'expérimentation « article 70 » continue son déploiement, et bénéficie de la présence d'un temps infirmier pour accompagner les retours à domicile. La décision de généraliser la Fiche de Sortie d'Hospitalisation a été prise par le Directeur Général de l'ARS en septembre 2014.

## - BILAN D'ACTIVITÉ L'ANNÉE -

### Population prise en charge :

Nombre de personnes informées/orientées ponctuellement (sans coordination)	<b>94</b>
Nombre de personnes nouvellement incluses et ayant fait l'objet d'un PPS <sup>1</sup>	<b>502</b> <b>465</b>
File active : nouveaux personnes incluses en 2014 + celles incluses les années précédentes et toujours prises en charge – personnes dont le dossier a été complété au moins une fois dans l'année	<b>2107</b>
Ratio par sexe dans la file active	<b>1441 femmes (68.4%)</b> <b>666 hommes (31.6%)</b>
<b>Nombre de personnes sorties du réseau dans l'année</b>	<b>238</b>
Institutionnalisation	112
Décès en établissement	51
Décès à domicile	36
Refus de la personne	16
Hors critères d'inclusion	11
Déménagement	6
Refus par l'entourage	4
Maintien à domicile satisfaisant	2
Temps moyen de réponse après le premier signalement (= inclusion)	26 jours
<b>Provenance des demandes pour les personnes incluses dans l'année</b>	
professionnels libéraux	121
famille, entourage personnel, personne concernée	171
secteur médico-social et social	83
professionnels des établissements de santé	102
CLIC / APA	14

<sup>1</sup> Le plan personnalisé de santé (PPS) est le principal outil de la coordination. Il traduit les besoins du patient et établit le programme des interventions des professionnels de santé et personnels médico-sociaux nécessaires. Il comprend le plan de soins et le plan d'aide, le cas échéant. Il doit décrire, après une évaluation multidimensionnelle des besoins du patient : les objectifs fixés médicaux, éducatifs, psychologiques, sociaux, les différentes tâches à réaliser, les acteurs en charge de leur réalisation, le calendrier et la périodicité.

SSIAD	10
CARSAT	1
<b>Domiciliation du patient</b>	
A domicile	463 (92.2%)
A l'hôpital	39 (7.8%)
<b>Nombre moyen d'actes / patient (file active)</b>	<b>27</b>

**Commentaires :**

- File active : la file active continue à s'accroître cette année avec 2107 patients suivis, ce qui dépasse légèrement en nombre la population cible théorique du réseau sur le territoire couvert.
- Temps moyen de réponse après le premier signalement : ce délai continue à baisser cette année (28 jours en 2013 et 36 en 2012).
- Provenance des demandes :
  - Les **professionnels libéraux** appellent eux-mêmes le réseau ou font appeler les familles. Cette modalité d'accès au réseau représente donc **58.2 %** des appels pour inclusion.
  - Les établissements de santé représentent 20.3 % des appels pour inclusion au réseau.
  - Le secteur médico-social et social représente 16.5 % des appels pour inclusion.

Répartition de la file active par tranche d'âge	nombre de patients	%
1 mois - 16 ans (enfant /ado)		
17 – 35 ans		
36 – 55 ans		
56 – 65 ans	50	2.4%
66 – 75 ans	302	14.3%
+ 75 ans	1755	83.3%
TOTAL	2107	100%

→ Ici, nous pouvons observer que la file active du réseau est composée à **83.3 % de personnes âgées de 75 ans et plus**, soit 1755 personnes pouvant intégrer potentiellement le dispositif PAERPA.

→ En revanche, **16.7 % de la population incluse dans le réseau a moins de 75 ans**, est fragile et donc correspond aux critères d'inclusion en réseau de santé personnes âgées.

### Concernant le maintien à domicile

Répartition de la file active par GIR	Nombre de patients	%
GIR 1	3	0,20%
GIR 2	84	5,69%
GIR 3	143	9,69%
GIR 4	491	33,27%
GIR 5	218	14,77%
GIR 6	537	36,38%
<b>Total</b>	<b>1 476</b>	<b>100,00%</b>

→ Cette donnée est calculée sur les situations où le GIR a été renseigné. Ainsi, nous constatons que pour **84,5% des patients inclus au réseau, il s'agit d'une population en risque de perte d'autonomie (GIR 4 à 6).**

#### • Nombre de dossiers communs dans la file active :

- avec le CLIC : 566
- avec la gestion de cas MAIA : 21

→ Concernant la file active réseau, **28.5% des personnes sont connues par les équipes APA du Conseil Général au moment de leur inclusion dans le réseau.**

Ainsi, dans plus de 2 tiers des situations, le réseau intervient en amont de la dépendance, ou contribue au repérage de celle-ci en permettant aux personnes incluses de bénéficier des dispositifs d'aides et d'accompagnement existant sur le territoire (facilitation de l'accès aux soins).

### Professionnels adhérant au réseau :

Professions impliquées	Nombre de professionnels ayant signé la charte d'adhésion au réseau	Nombre de professionnels différents intervenant dans au moins un PPS au cours de l'année (base : file active)
<b>Professionnels de santé (total)</b>	<b>24</b>	<b>534</b>
Médecins généralistes libéraux	16	298
Médecins spécialistes libéraux		34
Médecins spécialistes hospitaliers		Non détaillé dans l'extraction
Infirmiers diplômés d'État (hors effectif salarié du réseau)	3	123
Masseurs-kinésithérapeutes	1	40
Chirurgiens-dentistes	1	-
Pharmaciens	3	39
<b>Établissements et services impliqués dans les PPS :</b>		Nombre de structures intervenant dans au moins un PPS au cours de l'année
Établissements de santé (CHU, CH, cliniques, HAD, SSR, réseau de SP)		26
Établissements médico-sociaux (EHPAD, Accueils de jour, accueil accompagnement aidants, ARS-Nancy)		11
Services médico-sociaux (SSIAD, ESA, SAD, CMP, prestataire de matériel médical)		42
Services sociaux (CCAS / Mairies, CMS, sociétés d'habitat, Caisses de retraite ...)		33
Conseil Général de Meurthe et Moselle		1
Associations d'usagers		5
Foyers-logement		7
Tutelles		14
Transport adapté		3

→ Le nombre de Médecins Généralistes libéraux sur le territoire est de 332 (données ARS 2015).  
Donc **90 % des MG libéraux** du territoire ont accepté de partager avec le réseau l'accompagnement d'au moins un de leurs patients.

**Formations réalisées par le réseau :**

Le réseau est-il enregistré comme organisme de DPC : non

**Indicateur synthétique de qualité (ISQ) :**

<u>Indicateurs</u>	<u>Réalisé (oui / non)</u>
<u>Mise en place systématique d'un dossier patient du réseau (pour 100% des patients adhérents du réseau et ayant un PPS)</u>	oui
<u>Intégration dans le PPS du médecin traitant pour 100% des patients du réseau (participation à l'élaboration ou validation)</u>	oui
Mise en place d'une procédure de vérification de l'utilisation du dossier patient par les professionnels	oui
Existence d'une procédure de réévaluation annuelle de la situation du patient	oui
Élaboration et maintenance de protocoles et référentiels de soins en cohérence avec les protocoles et référentiels existants (HAS, INCa, sociétés savantes...)	oui
Mise en place de procédures de vérification de l'application de ces protocoles	oui
Atteinte de l'objectif fixé par la convention de financement et relatif à la conformité du système d'information du réseau aux critères d'éligibilité définis dans le document du GMSIH (Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier)	oui
Existence d'une permanence téléphonique	oui
Mise en place d'un système de recensement, d'analyse et de suivi des évènements indésirables	non
Atteinte des objectifs fixés dans la convention concernant la mise en œuvre d'actions de mutualisation avec d'autres structures (réseaux, établissements de santé, CLIC, CSAPA...)	oui

## Focus sur la mise en œuvre opérationnelle des directives de l'Agence Régionale de Santé Lorraine dans le cadre de pilote projet PAERPA

Depuis le début du projet PAERPA, le réseau Gérard Cuny est très impliqué dans sa mise en œuvre opérationnelle.

Sur 2014, le médecin coordonnateur a notamment apporté son expertise et sa contribution technique pour :

### **Elaboration des premiers outils de la Coordination Territoriale d'Appui, initiation, rédaction et mise en place :**

- recueil de données
- check-list des objectifs et actions du PPS
- courrier d'accompagnement du PPS (pour le médecin traitant, les professionnels et le patient)
- logigrammes des différents process (versions 0) relus en groupe opérationnel de mise en œuvre ARS
- fiche synthèse hébergement
- classeur de supervision interne centralisant tous les documents et outils de la CTA
- tableau de bord hebdomadaire et tableau de suivi des réunions internes
- analyse et critique comparative de la fiche de sortie d'hospitalisation / document de sortie d'hospitalisation de la HAS

### **Accueil et formation par compagnonnage des infirmières de la CTA (Amina BENYAHIA, Sophie BISSON et Caroline CANOUIL)**

### **Système d'informations :**

- collaboration directe avec l'URPS Médecins pour la mise en place du SI préfigurateur à LIGO (Hygiène)
- conceptualisation et écriture du scénario du système d'information LIGO
- analyse des versions tests de LIGO
- présentation de LIGO à d'autres sites pilotes (territoire parisien entre autre)

### **Installation et mise en place :**

- réunions administratives avec le CLIC et la CTA (1h / jour)
- réunions hebdomadaires de supervision de la CTA
- appui technique aux infirmières de la CTA (1h à 1h30 / jour)

### **Participation en lien avec l'ARS Lorraine :**

- aux groupes opérationnels de mise en œuvre du projet tous les 15 jours
- à toutes les réunions organisées par micro-territoires
- aux comités consultatifs et stratégiques

**- BUDGET RÉALISÉ -**

<b>Budget FIR 2014</b>		
<b>Projet : Réseau gérontologique Gérard Cuny</b>		
POSTES DE DEPENSES	MONTANT ACCORDÉ AU TITRE DU FIR 2014	MONTANT CONSOMMÉ AU 31 12 2014
<b>INVESTISSEMENT</b>		
<b>EQUIPEMENT</b>		
achats d'équipements et installations techniques	2 015	1 651,81
équipement informatique		
autres		
<b>sous-total équipement</b>	<b>2015</b>	<b>1651,81</b>
<b>SYSTÈME D INFORMATIONS</b>		
coût de production ou acquisition de logiciels		
frais d'hébergement sur serveurs	730	730
frais de maintenance des logiciels et appareils	2 480	2 480
autre : hébergement et nom de domaine site Internet	160	160
<b>sous-total système d'informations</b>	<b>3 370</b>	<b>3 370</b>
<b>TOTAL INVESTISSEMENT</b>	<b>5 385</b>	<b>5 021,81</b>
<b>FONCTIONNEMENT GENERAL</b>	<b>364 407</b>	<b>364 407</b>
<b>Dépenses de personnels salariés du réseau</b>	<b>334 015</b>	<b>334 015</b>
Secrétaire 1ETP	23 808	23 808
Coordinateur administratif 1ETP	42 948	42 948
Chargé de projets inter-réseaux 1ETP	56 321	56 321
Médecin coordonnateur - 0.5 ETP	65 940	65 940
Médecins adjoints 2x0.5 ETP	95 951	95 951
Coordinateur paramédical 1 ETP	49 047	49 047
<b>sous-total charges de personnels</b>	<b>334 015</b>	<b>334 015</b>
<b>autres dépenses de personnels</b>		
dépenses de personnels par vacances	1 344	1 344
expert-comptable et commissaire aux comptes	6 265	6 265
<b>sous-total autres charges de personnels</b>	<b>7 609</b>	<b>7 609</b>
<b>autres dépenses</b>		
loyers + charges	8 733	8 733
consommables	1 590	1 590
location appareil multifonction		
location véhicule + entretien + frais essence	2 875	2 875
frais généraux (téléphone, assurances locaux et véhicule)	7 085	7 085
frais de déplacements	2 000	2 000
frais de réunions, conférences, séminaires		
frais de mission, réception	500	500
autres dépenses (à préciser)		
<b>sous-total autres dépenses</b>	<b>22 783</b>	<b>22 783</b>
<b>TOTAL FONCTIONNEMENT GENERAL</b>	<b>364 407</b>	<b>364 407</b>

<i>FORMATION</i>		
<i>TOTAL FORMATION</i>		
<i>DEROGATIONS TARIFAIRES</i>		
<i>REMUNERATION SPECIFIQUE DES PS LIBERAUX HORS SOINS</i>		
forfait de concertation médicale et pluridisciplinaire autour des dossiers de patients (cf barème joint) forfait de coordination du travail en réseau (copil, projets...) (cf barème joint)		
sous-total rémunération spécifique des PS libéraux HORS SOINS		
<i>REMUNERATION SPECIFIQUE DES PS LIBERAUX SOINS</i>		
sous-total rémunération spécifique des PS libéraux SOINS		
<i>TOTAL DEROGATIONS TARIFAIRES</i>		
<b>DEPENSES EXCEPTIONNELLES TRAVAUX ET DEMENAGEMENT</b>	<b>34 208</b>	<b>34 208</b>
<b>TOTAL BUDGET FIR 2014</b>	<b>404 000</b>	<b>403 636,81</b>

## - ANALYSE DE L'ACTIVITÉ DE L'ANNÉE -

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<sup>ère</sup> partie : les fonctions de proximité et d'appui auprès de la personne âgée fragile : 4 fiches d'évaluation (liste des fiches en page 21)**
  
- **2<sup>nd</sup>e partie : les fonctions de pilotage : 12 fiches d'évaluation (liste des fiches en page 29)**
  - Par un pilotage de proximité au niveau du réseau Cuny : 4 fiches d'évaluation
  - Par un pilotage inter-réseaux gérontologiques au niveau Lorrain : 7 fiches d'évaluation
  - Par un pilotage inter-réseaux gérontologiques au niveau national : 1 fiche d'évaluation

## **1ERE PARTIE : LES FONCTIONS DE PROXIMITE ET D'APPUI AUPRES DE LA PERSONNE AGEE FRAGILE**

**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 :**

**Fiche n°1 - page 22**

La place du médecin traitant : Transmission et partage d'informations avec le médecin traitant

**Fiche n°2 - page 24**

L'Evaluation gérontologique Standardisée : Réflexions sur la pertinence de réalisation d'une EGS au domicile

**Fiche n°3 - page 25**

Initiation des PPS : 2014 est une année de transition

**Fiche n°4 - page 27**

Usage de la Fiche Urgence Lorraine par les professionnels du Grand Nancy

## Fiche n°1 : Transmission et partage d'informations avec le médecin traitant - SI

<b>Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « 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 »</li> <li>- « 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 ».</li> </ul>
<b>Objectif(s) 2014 de l'action :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 ;</li> <li>- Centrer le médecin traitant dans le processus décisionnel de maintien à domicile des personnes âgées fragiles accompagnées dans le cadre du réseau Gérard CUNY ;</li> <li>- Répondre de façon individuelle aux attentes des médecins et de leurs patients.</li> </ul>

### 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, le médecin traitant est le premier professionnel qui signale un 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 gériatrique 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, des médecins gériatres ou neurologues impliqués au moment de l'inclusion.**

*Cf Annexe 1 - Partage d'informations entre le RGC et les médecins*

### 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, 2013 et 2014

### Résultats d'évaluation :

**De 2011 à 2014, 1502 questionnaires ont été réalisés auprès de 291 médecins traitants.**

- La Communauté urbaine de Nancy comptant 332 médecins traitants, **88% d'entre eux** ont donc échangé avec le RGC sur la situation de leurs patients au moment de l'inclusion dans le réseau.
- **Les attentes des médecins traitants recensées entre 2011 et 2013:**
  - **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.**

Le réseau Gérard Cuny d'adapte systématiquement aux attentes et besoins des médecins traitants en fonction des patients concernés.

- Sur 2014, parmi les 291 médecins partageant des situations avec le réseau, **chaque médecin a en moyenne 3 patients inclus** dans le RGC.
- Depuis septembre 2013, les médecins souhaitant recevoir le(s) compte(s) rendu(s) écrit(s) sont interrogés sur le **moyen qu'il souhaite utiliser pour recevoir cette transmission.**  
Parmi les 165 médecins traitant enquêtés de **septembre 2013 à décembre 2014, 133 ont indiqué le mode de transmission souhaité :**
  - **60% messagerie sécurisée (80/133)**
  - **38,5% courrier (51/133)**
  - **1.5% fax (2/133)**

**A noter que, pendant cette période, 31 médecins traitants qui avaient « l'habitude » de demander la transmission d'informations par courrier souhaitent désormais utiliser la messagerie sécurisée.**

**On constate donc un développement de l'utilisation d'une messagerie sécurisée par les médecins traitants sur le Grand Nancy, territoire du RGC. Le fax est quant à lui en voie de non-utilisation pour la majorité.**

#### **Perspectives 2015 :**

- Installer le logiciel collaboratif et plurithématique LIGO pour faciliter les échanges sécurisés avec les médecins et tout autre professionnel impliqué dans un PPS.
- Continuité de l'adaptation du réseau gérontologique aux attentes et aux besoins individuels en termes de partage d'informations.
- Continuer à favoriser l'utilisation de la messagerie sécurisée (Apycript et messagerie du GCS télésanté) pour le partage d'informations.

## Fiche n°2 : Réflexion sur la pertinence de la réalisation d'une EGS au domicile

<b>Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « 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 gériatologique »</li> </ul>
<b>Objectif(s) 2014 de l'action :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser une Evaluation Gériatrique Standardisée pour toute personne incluse dans le réseau en 2014 et nécessitant une prise en charge ou pour toute personne dont la situation a évolué et qu'il convient de réévaluer.</li> </ul>
<b>Description de l'action :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>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.</b></li> <li>- L'EGS est effectuée au domicile de la personne concernée avec son accord et avec l'accord du médecin traitant.</li> <li>- L'EGS réalisée par le réseau Gérard Cuny est une EGS harmonisée entre les réseaux gériatologiques lorrains, nommée « EGS Lorraine » applicable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010.</li> <li>- <b>Elle comprend :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Une évaluation clinique « classique » :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Evaluation de la marche et du risque de chute ;</li> <li>&gt; Evaluation du risque de dénutrition et de la consommation d'alcool ;</li> <li>&gt; Evaluation des fonctions cognitives ;</li> <li>&gt; Evaluation des affects dépressifs, de la prise en charge de la douleur et de ses conséquences fonctionnelles ;</li> <li>&gt; Evaluation du risque iatrogénique.</li> </ul> </li> <li>- <b>Tous ces éléments cliniques sont replacés dans le cadre de vie, dans le contexte de vie (spécificités d'un réseau se rendant au domicile) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Evaluation de la fragilité au domicile et de l'adaptation du domicile à cette fragilité (ergonomie) ;</li> <li>&gt; Evaluation de la dépendance au domicile (degré d'autonomie) ;</li> <li>&gt; Evaluation du mode de vie et des ressors mobilisables au domicile ;</li> <li>&gt; Evaluation de la qualité de la relation avec le ou les aidants</li> <li>&gt; Evaluation de la charge ressentie par l'aidant au quotidien.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	
<b>Calendrier réalisé :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisation des EGS aux domiciles des personnes âgées suivies par le RGC en continu sur l'année 2014</li> </ul>
<b>Résultats d'évaluation :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au cours de l'année 2014, <b>502 patients ont été nouvellement inclus</b> dans le RGC. Pour <b>465 d'entre eux</b> une première EGS a été réalisée (en visite à domicile) en 2014, soit <b>92.6%</b>.</li> <li>- <b>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.</b></li> <li>- <b>Intégration dans l'EGS Lorraine du volet A de la grille SEGA depuis le 1<sup>er</sup> août 2012 et intégration de la grille en version détachable sur les dépliants génériques du réseau (2014).</b> Cf. Annexe 2 - Dépliant du réseau Gérard Cuny</li> <li>- Exemple de dispositif de partage avec la filière hospitalière : Fiche Urgence Lorraine : voir fiche n° 4.</li> </ul>	
<b>Perspectives 2015 :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Poursuite de la réalisation des visites à domicile pour évaluation gériatologique, adaptation des outils d'EGS à domicile.</b></li> <li>- Formation continue de l'équipe opérationnelle du réseau aux outils de l'EGS à domicile</li> <li>- Diffusion continue de la grille SEGA-A validée et intégration dans l'EGS Lorraine</li> <li>- 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.</li> </ul>	

### Fiche n°3 : Initiation des PPS : 2014 est une année de transition

<b>Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :</b>	- « 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 »
<b>Objectif(s) 2014 de l'action :</b>	- Analyser les données recueillies lors de l'Évaluation Gériatrique Standardisée réalisée au domicile pour construire le Plan Personnalisé de Santé
<p><b>Description de l'action :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>L'EGS est réalisée par un médecin du réseau</b> au domicile de la personne concernée avec son accord et avec l'accord du médecin traitant. (cf. fiche n° 2 « Réflexion sur la pertinence de la réalisation d'une EGS au domicile »)</li> <li>- Jusqu'en juillet 2014, à l'issue de l'évaluation réalisée à domicile, le réseau faisait une synthèse des éléments recueillis à l'aide d'une <b>Fiche synthétique d'exploitation de l'EGS et de définition du PPS</b> créée en août 2012 (Cf <b>Annexe 3</b>) qui permettait de :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ relever les attentes des professionnels à court et long terme</li> <li>○ identifier des difficultés de faisabilité du PPS (disponibilités des professionnels, délais de mise en œuvre des actions prévues au plan d'action, ...)</li> </ul> </li> <li>- <b>A partir de juillet 2014, le réseau Gérard Cuny (suite à un groupe de travail rassemblant d'autres réseaux de santé PA lorrains) a adapté et s'est approprié le modèle de PPS de la Haute Autorité de Santé (Cf Annexe 4 - le Plan Personnalisé de Santé) :</b></li> </ul> <p>Selon des critères d'inclusion précis pour les PAERPA :</p> <p><b>(Cf Annexe 5 - Critères d'inclusion et questionnaire d'aide à la décision d'initier un PPS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ajout du poids de la personne (élément important à surveiller régulièrement)</li> <li>○ Ajout de la problématique liée à l'aidant familial et aux troubles thymiques</li> <li>○ Modification de l'ordre des pages pour plus de lisibilité</li> <li>○ Création d'une check-list d'objectifs / actions / critères d'atteinte des objectifs en matière d'aide et soins pour les rédacteurs de PPS en lien avec le MT. Cette liste sera incrémentée dans LIGO.</li> </ul> <p><b>(Cf. Annexe 6 - Check List d'aide et de soins)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Les médecins du réseau impulsent depuis juillet 2014 ce « nouveau » Plan Personnalisé de Santé en lien avec le médecin traitant :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ En identifiant les problématiques</li> <li>○ En s'accordant avec le patient, son entourage et les professionnels sur des <b>objectifs partagés</b></li> <li>○ En décrivant précisément et en priorisant <b>les actions</b></li> <li>○ En définissant <b>les intervenants chargés de la réalisation des actions</b></li> <li>○ En fixant des <b>échéances pour mesurer l'atteinte des objectifs des professionnels et le degré de réponse aux attentes de la personne</b></li> <li>○ <b>Le tout, depuis octobre 2014 en appui de la CCP et dans le cadre de son exercice au sein de l'équipe de la Coordination Territoriale d'Appui si besoin (Cf fiche n°5 - la CTA)</b></li> </ul> </li> </ul>	
<b>Calendrier réalisé :</b>	- 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 la moitié de l'année 2014. - Appropriation et utilisation du PPS de la Haute Autorité de Santé depuis juillet 2014.

**Résultats d'évaluation :**

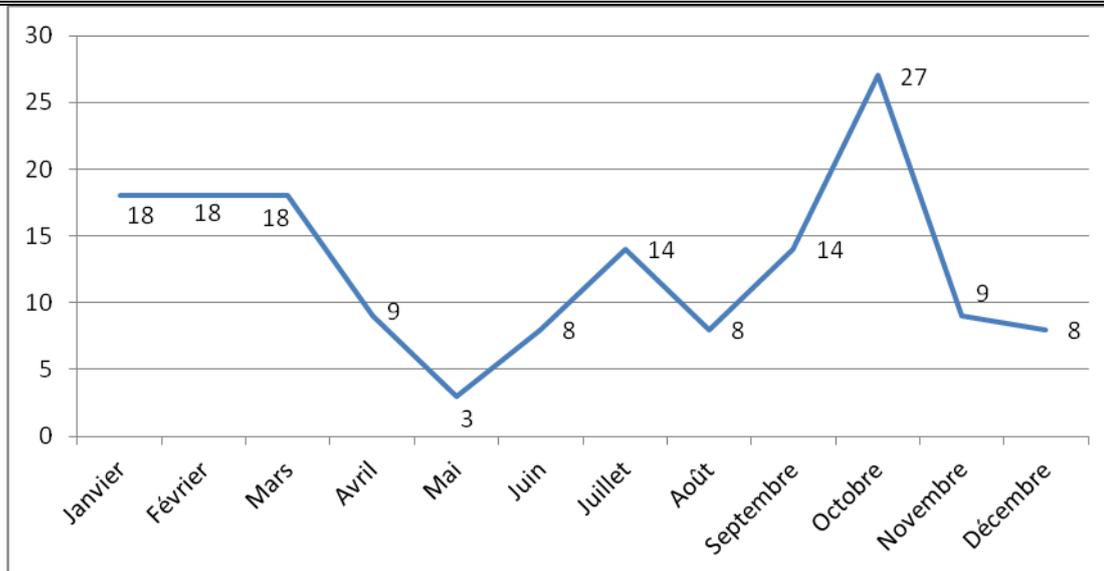
- Au cours de l'année 2014, 465 personnes âgées incluses en 2014 ont bénéficié d'un PPS.
- 2107 personnes âgées en file active ont bénéficié d'un suivi et d'une réévaluation si nécessaire de leur Plan Personnalisé de Santé.

**Perspectives 2015 :**

- Au fil de l'eau, basculer les anciens PPS vers le modèle HAS pour les patients de plus de 75 ans de la file active réseau.
- Suivre et réévaluer si besoin les PPS pour l'ensemble des personnes de la file active.
- Renforcer les liens et le travail en collaboration au sein de la Coordination Territoriale d'Appui

## Fiche n°4 : Usage de la Fiche Urgence Lorraine par les professionnels du Grand Nancy

<b>Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :</b>	- « 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 »
<b>Objectif(s) 2014 de l'action :</b>	- Renforcer la diffusion de l'utilisation de la Fiche Urgence Lorraine auprès des partenaires extérieurs
<p><b>Description de l'action :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les réseaux gérontologiques ont développé en 2009 avec la société informatique DICSIT <b>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.</b></li> </ul> <p>Les objectifs visés par les réseaux gérontologiques ont été définis comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimiser l'accueil et limiter le temps de séjour aux urgences ;</li> <li>- Eviter la « perte de chance » pour une personne âgée incapable de s'expliquer (syndrome confusionnel par ex.) ;</li> <li>- Adapter la conduite thérapeutique, humaine et sociale ;</li> <li>- Favoriser, anticiper, préparer le retour à domicile dans des conditions de sécurité optimales ;</li> <li>- Alerter, en retour, le réseau gérontologique concerné sur le passage aux urgences de la personne âgée suivie.</li> </ul> <p>- 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.</p> <p>L'outil est ainsi implanté : au service des urgences 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 contact avec le professionnel pour avoir des informations concernant l'hospitalisation et un éventuel retour à domicile avec l'intervention du réseau à la sortie.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>L'infirmière de la cellule d'ordonnancement est également utilisatrice de la FUL dans le cadre de la mise en place ou du suivi d'une Fiche de Sortie d'Hospitalisation.</p>	
<b>Calendrier réalisé :</b>	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.
<p><b>Résultats d'évaluation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'évaluation des connexions réalisée au 31 décembre 2014 <b>montre que la FUL a été ouverte 154 fois depuis l'extérieur</b> soit une moyenne de 12.8 connexions par mois :             <ul style="list-style-type: none"> <li>o 106 fois par l'EMLG du CHU de Nancy,</li> <li>o 34 fois par les professionnels de la Maison Hospitalière Saint Charles,</li> <li>o 13 par l'infirmière de la cellule d'ordonnancement article 70</li> <li>o 1 fois par un médecin traitant</li> </ul> </li> </ul>	



On peut constater que le nombre de connexions à la FUL est constant en début d'année mais varie beaucoup par la suite, avec un pic de consultations pour le mois d'octobre 2014.

**Perspectives 2015 :**

- 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**. **L'intégration de cet outil au logiciel LIGO devrait faciliter son déploiement et le nombre d'utilisateurs.**
- 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.**

## **2<sup>ND</sup>E PARTIE : LES FONCTIONS DE PILOTAGE**

**Ces fonctions de pilotage se déclinent selon 3 niveaux :**

### **Par un pilotage de proximité au niveau du réseau Gérard CUNY**

- **Fiche n°5 - page 30**  
La Coordination Territoriale d'Appui
- **Fiche n°6 - page 32**  
La commission éthique
- **Fiche n°7 - page 33**  
La plateforme d'orientation SSIAD du Grand Nancy
- **Fiche n°8 - page 35**  
Participation à la formation initiale des professionnels

### **Par une participation au pilotage inter-réseaux gérontologiques au niveau Lorrain**

- **Fiche n°9 - page 36**  
Le groupe « réseaux » du Collège des gériatres Lorrains
- **Fiche n°10 - page 38**  
Fiche Urgence Lorraine
- **Fiche n°11 - page 40**  
Modèle d'évaluation interne commun aux réseaux gérontologiques Lorrains
- **Fiche n°12 - page 41**  
Annuaire et cartographie des réseaux gérontologiques en Lorraine
- **Fiche n°13 - page 42**  
Site Internet des réseaux gérontologiques du sud Lorraine
- **Fiche n°14 - page 43**  
Programme « Personne âgée fragile et déficiences visuelles »
- **Fiche n°15 - page 45**  
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

### **Par une participation au pilotage inter-réseaux gérontologiques au niveau national**

- **Fiche n°16 - page 48**  
Le groupe « réseaux » de la SFGG

## Fiche n°5 : La Coordination Territoriale d'Appui

<b>Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « Faire fonctionner la CTA en co-pilotage avec le CLIC pour rapprocher et mettre en cohérence les approches sanitaire, médico-sociale et sociale tout en mobilisant les ressources du territoire. »</li> <li>- « Intégrer les dispositifs de coordination »</li> </ul>
<b>Objectif(s) 2014 de l'action :</b>	- Mettre en place la Coordination Territoriale d'Appui et assurer son fonctionnement

### Description de l'action :

- **Justification / origine** : dans la cadre de l'appel à projets PAERPA lancé par le Ministère des affaires sociales et de la Santé en 2013, l'ARS Lorraine a été choisie avec 8 autres ARS françaises pour être un site pilote du dispositif, et plus précisément, pour mener l'expérimentation sur le territoire du Grand Nancy, zone d'intervention du réseau Gérard Cuny.

- **Les objectifs du projet sont :**

- Accroître la pertinence et la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées
  - Améliorer l'efficacité de la prise en charge des personnes âgées dans une logique de parcours de santé
- Le tout, en tenant compte de l'existant et des besoins sur le territoire lorrain.

Ces objectifs peuvent se décliner en trois thématiques :

- Améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants
- Adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé de personnes âgées en risque de perte d'autonomie
- Créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs

Afin de mettre en œuvre ces objectifs, différents outils ont été déployés comme :

- le **développement d'un système d'informations collaboratif**
- **l'harmonisation de documents de transmission d'informations**
- la mise en place d'un **numéro unique d'appel** pour tout professionnel
- la **formalisation de PPS** avec les différents professionnels afin de coordonner au mieux le parcours de soins de la personne âgée (bénéficiaire du bon soin, au bon endroit, au bon moment) : identification de problématiques, d'objectifs partagés avec la personne, partage d'informations, intervention pluri-professionnelle.

- A ce titre, le réseau Gérard Cuny a été désigné pour porter conjointement avec le Service Territorial PA-PH de Nancy, la **Coordination Territoriale d'Appui, installée dans des locaux communs pour rapprocher les coordinations des deux entités**. La CTA, via le numéro unique d'appel :

- Informe et oriente les professionnels vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire
- Apporte un appui à l'élaboration des PPS (avec centralisation des informations, suivi, réévaluations...)
- Active les dispositifs de droit commun ou dérogatoires : activité physique adaptée, pilulier intelligent, ergothérapie, hébergement temporaire en EHPAD, aide à domicile en urgence ou en sortie d'hospitalisation...
- Mobilise des expertises (gériatriques, psychiatriques, sociales...)
- Assure la coordination du parcours de la personne âgée

*Cf Annexe 7 - les différents motifs d'appels téléphoniques de la plateforme CTA*

- Son équipe est composée de deux infirmières et d'une assistante administrative. Une des infirmières a été recrutée par le réseau Gérard Cuny, le reste de cette équipe est sous la responsabilité administrative du ST PA-PH.

<b>Calendrier réalisé 2014 :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Eté</b> : rapprochement des DGS du Conseil Général de Meurthe-et-Moselle, du réseau Gérard Cuny et de l'ARS pour acter le rapprochement des deux structures</li> <li>- <b>Septembre</b> : recrutement de la première infirmière</li> <li>- <b>1<sup>er</sup> octobre</b> : ouverture officielle de la CTA et du numéro unique d'appel</li> <li>- <b>21 octobre</b> : recrutement de la 2<sup>nd</sup>e infirmière et d'une assistante administrative</li> <li>- <b>17 novembre</b> : déménagement des deux structures pour rapprochement physique</li> </ul>
----------------------------------	--

### Résultats d'évaluation :

Depuis sa mise en place au 1er octobre 2014 jusqu'au 31 décembre la CTA a :

- reçu **190 appels téléphoniques, dont 65 de médecins traitants**
- **créé 73 PPS**

Elle a également **déclenché les dispositifs dérogatoires de PAERPA** :

- 8 pour un pilulier intelligent
- 26 pour de l'ergothérapie à domicile
- 9 pour de l'activité physique adaptée
- 7 pour un hébergement temporaire en EHPAD
- 3 pour de l'aide à domicile en sortant d'hospitalisation

Afin de faciliter le recueil de données depuis la plateforme d'accueil téléphonique CTA, une fiche de recueil a été mise en place dès son ouverture et intégrée au système d'informations Hygiène utilisé par l'équipe (*Cf. Annexe 8 - Recueil de données plateforme CTA*)

### Perspectives 2015 :

- Accompagner le développement de la CTA et assurer l'accompagnement des IDE : expertise gérontologique autour de parcours individuels, connaissance de l'offre globale, liens partenariaux de proximité
- « Basculer » les PPS réseau vers des PPS PAERPA pour les personnes âgées de 75 ans et plus
- Continuer à venir en appui de tout professionnel
- Installer le logiciel LIGO afin de faciliter le partage d'informations et la communication autour des situations des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie, avec tous les professionnels intervenant dans leur parcours.
- Créer un véritable « Pool infirmiers » CTA : rassemblant  
les deux infirmières du numéro unique d'accueil CTA  
l'infirmière coordinatrice du Réseau Gérard Cuny  
l'infirmière de la cellule d'ordonnancement (article 70)  
l'infirmière de la cellule d'ordonnancement (PAERPA)
- Accueil et rencontre dans les locaux du réseau d'autres sites pilotes PAERPA

## Fiche n°6 : La commission éthique

<b>Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :</b>	- « Etre un recours pour la gestion des cas complexes : analyser de façon éthique des cas d'école »
<b>Objectif(s) 2014 de l'action :</b>	- Organiser la mise en place et animer 4 réunions de la commission éthique dans l'année

### Description de l'action :

- **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 :
  - Des risques de maltraitance des personnes, avec toutes les questions sur les notions de bienveillance 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'acquiescer un esprit d'analyse et de rechercher des repères à partir de situations concrètes.

**Elle se compose de 43 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, infirmière de la CTA, président et représentants du CODERPA, directeur de l'EHPAD Le Haut du Bois à Jarville, psychologue de la Plateforme de répit de l'OHS, présidente de l'association « Les Amis de la Maison Hospitalière Saint-Charles », président de l'EHPAD Hôtel Club à St Max, président de l'association « Ville & Services » à Villers-lès-Nancy, présidente de l'URPS Infirmiers, infirmière cadre et directeur de l'EHPAD Les Sablons, une infirmière coordinatrice et le directeur de la structure AVAD, présidente de l'URPS Masseurs Kinésithérapeutes, responsable médical du pôle Gérontologie Soins Palliatifs au C.H.U. de Nancy, Vice-présidente du Conseil Général 54, psychologue de la Maison Hospitalière Saint-Charles, directrice du Pôle Gérontologique du CCAS de Nancy, adjointe de direction de l'EHPAD Saint-Rémy, médecins généralistes, médecin au Centre Jacques Parisot (O.H.S.), ancien directeur d'EHPAD, directrice de l'O.N.P.A., médecin responsable de l'action gérontologique et un responsable de l'équipe médico-sociale à la direction PA / PH du Conseil Général 54, responsable du service seniors à la mairie de Vandœuvre-lès-Nancy, une infirmière à l'EHPAD Notre Maison, un infirmier libéral, directeur de l'EHPAD Korian Plaisance à Nancy, une conseillère municipale déléguée aux seniors à la Ville de Nancy, une assistance sociale de la polyclinique Pasteur à Essey, une gestionnaire de cas MAIA, une infirmière coordinatrice du SSIAD OHS

<b>Calendrier réalisé :</b>	Au cours de l'année 2014, la commission s'est réunie <b>5 fois</b> .
-----------------------------	--

### Résultats d'évaluation :

- L'objectif prévu de réunir au moins 4 fois la commission dans l'année est atteint en 2014, même s'il ne s'agit pas d'objectifs quantitatifs mais avant tout qualitatifs.
- 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 2014 ont porté sur :**
  - consentement aux soins et au partage d'informations dans le cadre du dispositif PAERPA et de l'article 70 de la LFSS 2012
  - fin de vie des personnes âgées et loi Leonetti
  - personnes âgées et sexualité

### Perspectives 2015 :

**Poursuivre l'organisation et l'animation de 4 réunions de la commission éthique sur l'année 2015, 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, ...).

## Fiche n°7 - La plateforme d'orientation SSIAD du Grand Nancy

<b>Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Décloisonner les relations entre les acteurs du réseau pour assurer une prise en charge continue sur toute la trajectoire du patient.</li> <li>- 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.</li> </ul>
<b>Objectif(s) 2014 de l'action :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grâce à la plateforme d'orientation SSIAD du Grand Nancy, mettre en adéquation besoins de santé et moyens existants :</li> <li>- Réguler la répartition des entrées en SSIAD (éviter l'inscription des patients en liste d'attente, assurer une répartition homogène entre les SSIAD) ;</li> <li>- Améliorer la visibilité et l'accessibilité aux SSIAD ;</li> <li>- Optimiser les parcours de soins des patients.</li> </ul>

### Contexte et historique :

- 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 2014 : fonctionnement en routine de la plateforme, évaluation en continu.

### Résultats d'évaluation 2014 :

- **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 inter-SSIAD : 1 réunion sur l'année 2014 (18 novembre 2014) :**
  - o Echanges avec les HAD du Grand Nancy (articulation de chacun lors de relais, critères d'admission...)
  - o 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 ;
  - o Mobilisation autour du projet PAERPA : présentation globale du projet, diffusion des vidéos présentant le logiciel collaboratif et plurithématiques LIGO, pilulier intelligent, présentation et utilisation pratique d'un PPS...
  - o Rappel de l'historique, des missions et du fonctionnement de la plateforme SSIAD pour les nouveaux arrivants (directeurs et IDE coordinatrices) ;

- Réflexions autour des difficultés rencontrées sur le territoire (réorientation des demandes en situation de "crise"...)
- Diffusion de la grille de repérage du niveau de fragilité des personnes âgées en ambulatoire : grille SEGA-A validée et décision d'un projet d'étude sur la population prise en charge par les SSIAD (patients et aidants)
- Analyse cartographie : localisation des PA de plus de 75 ans sur le territoire

- **Synthèse de l'activité 2014 de la plateforme :**

- **390 dossiers patients signalés et instruits** : femmes pour 61% des situations, 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), 43.1% de préparation et d'administration de traitements, 20% de pansements et 13,6% d'injections.
- Sur les 390 demandes instruites par la plateforme : **64,90% de prises en charge par les SSIAD**, 10% de non prise en charge par le SSIAD de secteur réorientées (IDEL, HAD, SAD, etc.), 17,9% de patients décédés ou hospitalisés ou entrés en institution au cours de l'instruction, 6,7% de refus de prise en charge et 0,5% 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 systématique des patients ne présentant pas les critères d'inclusion en SSIAD, recherche d'alternatives lorsqu'un à plusieurs SSIAD sont complets.**

**Perspectives 2015 :**

- Janvier : rencontre avec les assistantes sociales du CHU pour faire le bilan des situations adressées en 2014 et apporter des améliorations (notamment concernant le script d'analyse transmis à la plateforme des SSIAD) ; rencontre avec le personnel de la Coordination Territoriale d'Appui dans le cadre de PAERPA
- Février : rencontre prévue avec l'ARS Lorraine pour répondre aux questionnements et attentes des SSIAD et HAD dans les situations de relais
- Mars : rencontre avec l'ARS Lorraine, les partenaires opérationnels du projet PAERPA et l'équipe projet PAERPA
- Mars : réunion inter-SSIAD : difficultés rencontrées sur le territoire, présentation du bilan 2014
- Au cours du premier trimestre : rencontre avec l'ARS Lorraine pour présentation du bilan 2014
- 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 ...

**Fiche n°8**

**Participation à la formation initiale des professionnels**

<b>Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :</b>	- Participer aux formations continues des professionnels de santé et médico-sociaux
<b>Objectif(s) 2014 de l'action :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transmettre des connaissances, une culture gériatrique et des outils efficaces pour accompagner les personnes âgées et leur entourage auprès des professionnels en formation initiale</li> <li>- Diffusion des objectifs et des missions des réseaux</li> </ul>

**Description de l'action 2014 :**

**- Le réseau est intervenu dans le cadre de cursus de formation diplômant :**

- 4 Formations auprès d'élèves infirmiers de l'IFSI « Les réseaux, rôle de l'infirmier » et échanges autour de cas cliniques
- 1 formation auprès d'étudiants de la Fac de Droit « Travail en équipe et responsabilité, dimensions juridiques et organisationnelles, différents acteurs intervenant dans la prise en charge de la personne âgée ».
- 1 formation auprès des internes en médecine 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 et 1 autre session avec les internes du SAMU et SMUR
- 1 formation auprès des aides-soignantes de l'IFAS pour présenter le RGC
- Auprès de professionnels en DU ETP (CHU de Nancy) sur les spécificités de l'ETP du malade âgé et la présentation du RGC
- 1 formation auprès d'étudiants en master de psychologie sur le parcours gérontologique
- 1 formation à l'Ecole Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale (St Etienne) sur le Parcours des PAERPA

**- Le réseau CUNY est également lieu de stage. En 2014, le réseau a accueilli plusieurs stagiaires :**

- Internes en médecine générale dans le cadre de SASSPAS (Pr Boivin) : un interne par semestre
- Elèves infirmiers de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année de l'IFSI : 3 étudiants IDE sur l'année

**• Suivi de travaux de recherches dans le cadre de sujets de fin d'études :**

- **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 mémoires de DES Médecine Générale et 2 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.

**Calendrier réalisé :**

- En continu sur l'année 2014

**Perspectives 2015 :**

- **Poursuite de la direction d'une thèse de fin d'étude de médecine sur le thème :**
  - 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**
- **Continuité des enseignements auprès des professionnels dans le cadre de la formation initiale et continue**

Fiche n°9

Le groupe « réseaux » du Collège des Gériatres Lorrains

<p><b>Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer des réflexions et des pratiques communes avec d'autres réseaux de santé, mutualiser des moyens.</li> <li>- Organiser des actions de recherche et de prévention en coopération avec les autres réseaux gérontologiques.</li> <li>- Etre moteur dans la coordination des réseaux gérontologiques au niveau de la région Lorraine.</li> </ul>
<p><b>Objectif(s) 2014 de l'action :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Aider à l'intégration, au soutien et à la facilitation de l'installation des réseaux gérontologiques émergents en Lorraine.</li> <li>- Représenter les réseaux gérontologiques auprès des tutelles et des instances.</li> </ul>

**Description :**

- **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.

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.**

- **Composition :** le groupe Réseaux du CPGL regroupe une quinzaine d'entités membres, on y retrouve :

- 13 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 ; Réseau Maill'âge - Briey
- Et des membres invités : ARS de Lorraine, Conseil Général, juriste, informaticien, etc.

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 Corinne KREMER, Directrice du Réseau REGESA à Dieuze.

- **Le groupe « réseaux » du CPGL a servi de modèle pour la création en juin 2010 du groupe national de réseaux gérontologiques : le groupe « réseaux » de la SFGG.**

- 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><b>Calendrier réalisé :</b></p>	<p>Au cours de l'année 2014, le groupe « Réseaux » s'est réuni 4 fois : 20 février, 17 avril, 11 septembre et 11 décembre.</p>
------------------------------------	--

**Résultats d'évaluation : les actions du groupe « Réseaux » :**

- **Partages d'informations entre les réseaux gérontologiques** (nouveautés, informations à diffuser), recherche de mutualisation des réseaux au travers d'un rapprochement régional de ressources.

- Points clés abordés :

- **Mise en place d'outils et de programmes communs :**

- Travaux autour du PPS de la HAS : évolution, modifications à apporter, harmonisation et appropriation de l'outil... ;
- Formation des équipes opérationnelles réseaux aux outils communs (deux sessions de base et une session d'approfondissement) : EGS, grille SEGA-A, PPS, outil PMSA Réseaux, éthique et droit ;
- Echanges autour de la poursuite et extension du programme « mésusage de l'alcool chez le sujet âgé fragile » avec programmation de journées de formation en partenariat avec le réseau Loraddict : nouvelles recommandations en 2014 ;
- Echanges autour de la poursuite et extension du programme « repérage des déficiences visuelles chez le sujet âgé fragile » ;
- Echanges avec l'ensemble des réseaux sur le projet de Schéma Directeur des Systèmes d'Informations des Réseaux de Santé et notamment en lien avec l'arrivée du nouveau logiciel LIGO ;
- Sensibilisation et point d'avancement dans le dispositif PAERPA ;
- Poursuite de l'alimentation du portail Internet commun, renforcement des liens ;
- Soutien à la réalisation des auto-évaluations annuelles sur les réseaux sud Lorrains ;
- Réflexion autour de l'évolution des réseaux territoriaux et des réseaux régionaux à la demande de l'ARS de Lorraine ;
- Continuité du développement de l'installation de la « Fiche Urgences Lorraine » par les réseaux ;

- **Avec la régionalisation des politiques de santé, le groupe « réseaux » du CPGL 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 2015**

**Participation à :**

- Extension régionale du projet « déficiences visuelles et personnes âgées fragiles » : formation des médecins des réseaux au kit ophtalmologique et intégration dans l'EGS.
- Poursuite du programme « personnes âgées fragiles et consommation d'alcool » : formation complémentaire des équipes opérationnelles, diffusion continue du dépliant de repérage d'un mésusage de l'alcool chez la personne âgée fragile et formations proposées aux équipes intervenant à domicile (SAD, SSIAD...)
- Installation progressive dans les réseaux lorrains du logiciel LIGO et centralisation des demandes d'évolution
- Poursuite du travail et de la mobilisation des acteurs autour du dispositif PAERPA et de l'expérimentation en lien avec l'article 70 de la LFSS 2012.
- Réflexion quant à la nouvelle territorialisation en lien avec l'arrivée progressive de la Grande Région.

**Fiche n°10**  
**Fiche urgence Lorraine**

<b>Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Limiter les actes médicaux et les examens complémentaires redondants par la transmission d'informations.</li> <li>- Participer à la continuité des soins et optimiser le parcours de soins des personnes âgées.</li> <li>- 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.</li> </ul>
<b>Objectif(s) 2013 de l'action :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer le partenariat interdisciplinaire réseaux / services d'urgence.</li> <li>- Poursuivre et étendre la mise en application la <b>Fiche Urgence Lorraine (FUL)</b> 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.</li> <li>- Etendre la mise en application la <b>Fiche Urgence Lorraine (FUL)</b> 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.</li> </ul>

**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.

<b>Calendrier réalisé en 2014 :</b>	- 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.
<b>Résultats d'évaluation :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans le cadre de l'application de l'Art.70 du PLFSS 2012, le RGC a été retenu comme site pilote. <b>Sur le module 1 concernant l'aval de l'hospitalisation, la FUL est un des dispositifs sur lequel s'appui le programme</b> 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.</li> <li>- <b>En 2014, on dénombre 209 connexions à la FUL en Lorraine :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nancy : 154 consultations</li> <li>• Thionville : 44</li> <li>• Lunéville : 7</li> <li>• Bar-le-Duc : 3</li> <li>• Toul : 1</li> </ul> </li> </ul> <p>Le nombre de consultations de la FUL est en baisse sur 2014 (305 consultations en 2013). Un rappel pour re-mobiliser les acteurs est donc nécessaire.</p> <p>Cette problématique a été soulevée lors de la dernière réunion du "Groupe Réseaux" du CPGL en présence de l'ARS Lorraine qui se chargera prochainement de sensibiliser les acteurs quant à l'utilisation de cet outil sur les différents sites.</p>	
<b>Perspectives 2015 :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 <b>afin d'augmenter le recours à la FUL.</b></li> <li>- <b>Poursuivre le travail de collaboration avec le GCS Télésanté pour l'intégration de la FUL dans le futur système d'informations commun aux réseaux, LIGO.</b></li> </ul>	

Fiche n°11

Modèle d'évaluation interne commun

<p><b>Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer des réflexions et des pratiques communes avec d'autres réseaux de santé, mutualiser des moyens.</li> </ul>
<p><b>Objectif(s) 2008 à 2014 de l'action :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposer à l'ARS de Lorraine un modèle d'évaluation interne commun à l'ensemble des réseaux gérontologiques du sud Lorraine.</li> <li>- 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.</li> </ul>
<p><b>Description de l'action :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 ;</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- Pour les 4 réseaux gérontologiques du sud Lorraine : appui du chargé de projets mutualisé pour aider aux recueils et à l'exploitation des données d'évaluation de fonctionnements des réseaux.</li> </ul>	
<p><b>Calendrier réalisé :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- De 2008 à 2014 : utilisation de cet outil par les réseaux pour préparer leurs rendus d'évaluations internes annuelles.</li> <li>- Pour les 4 réseaux gérontologiques du sud Lorraine : soutien technique continu du chargé de projet depuis octobre 2008 à la réalisation des évaluations internes annuelles.</li> </ul>
<p><b>Résultats d'évaluation 2014 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation du masque d'évaluation par l'ensemble des réseaux gérontologiques concernés pour un rendu de leur activité annuelle interne.</li> <li>- Fonctionnement en routine pour les réseaux concernés, centralisation des demandes et questions par le chargé de projets inter-réseaux si besoin.</li> </ul>	
<p><b>Perspectives 2015 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suite à l'évolution du rapport d'activité effectuée par l'Agence Régionale de Lorraine, les réseaux n'utilisent plus qu'une partie du masque d'évaluation. Le chargé de projets centralise si besoin les demandes en lien avec les nouvelles données demandées.</li> <li>- Centralisation des autres besoins en statistiques des réseaux (activité régulière, besoins lors des Conseils d'Administration...) par le chargé de projets en vue de la transition vers le logiciel LIGO.</li> </ul>	

**Fiche n°12**

**Annuaire et cartographie des réseaux gérontologiques en Lorraine**

<b>Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participer à la diffusion de l'information sur la prise en charge de proximité des personnes âgées</li> </ul>
<b>Objectif(s) 2012 à 2014 de l'action :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer et tenir à jour régulièrement un annuaire et une cartographie régionale des réseaux de santé Personnes Agées en Lorraine.</li> </ul>
<p><b>Contexte :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En 2009, dans le cadre du groupe « Réseaux » du Collège des Gériatres Lorrains (CGL), a été rapidement ressenti le <b>besoin de disposer d'une photographie régionale des réseaux gérontologiques Lorrains, régulièrement mise à jour</b>, pour plusieurs raisons :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 ;</li> <li>- 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 ;</li> <li>- Pour les tutelles : valoriser la construction d'une identité régionale, la recherche d'une coopération régionale des réseaux gérontologiques.</li> </ul> </li> <li>- 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 <b>une cartographie des territoires couverts, construite avec le concours de l'ARS de Lorraine</b>.</li> <li>- En 2011 : <b>mises à jour régulières de l'annuaire et de la cartographie des secteurs d'intervention des réseaux</b> et mises en ligne sur <a href="http://www.geronto-sud-lorraine.com">www.geronto-sud-lorraine.com</a> (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 diffusé très largement en juillet 2011.</li> </ul> <p><b>Description des actions de 2012 à 2014 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Mises à jour régulières de l'annuaire et de la cartographie des secteurs d'intervention des réseaux</b> et mises en ligne sur <a href="http://www.geronto-sud-lorraine.com">www.geronto-sud-lorraine.com</a> (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).</li> </ul>	
<b>Calendrier réalisé :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mises à jour de l'annuaire et de la cartographie, mises en ligne et diffusion en continu sur l'année 2014.</li> </ul>
<p><b>Perspectives 2015 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mises à jour de l'annuaire et des secteurs d'intervention des réseaux.</li> <li>- Mises en ligne et diffusion en continu sur l'année.</li> <li>- Réflexion quant à la nouvelle territorialisation en lien avec la Grande Région et éventuelle adaptation de l'outil.</li> </ul>	

Fiche n°13

Site Internet des réseaux gérontologiques du sud Lorraine

www.geronto-sud-lorraine.com

<p><b>Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer des réflexions et des pratiques communes avec d'autres réseaux de santé, mutualiser des moyens.</li> <li>- Participer à la diffusion de l'information sur la prise en charge de proximité des personnes âgées.</li> </ul>
<p><b>Objectif(s) 2013 de l'action :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Mutualiser, développer, mettre à jour et animer le site Internet des 4 réseaux gérontologiques du sud Lorraine.</b></li> </ul>

**Contexte :**

- Le site [www.geronto-sud-lorraine.com](http://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 7 300 visiteurs par mois. Il a obtenu lors de son ouverture le **Label HON code** (label qualité des sites d'information en santé).

**Calendrier réalisé :**

- En continu sur l'année 2014 : mises à jour régulières du site, alimentation progressive, évolution du site selon les changements survenus au sein des réseaux.

**Résultats d'évaluation 2014 :**

- **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 2014 de consultations du site Internet** (et comparaison avec les années précédentes) :

	Année 2014	Année 2013	Année 2012	Année 2011	Année 2010
<b>Nombre de visiteurs dans l'année</b>	87 375 visiteurs	88 018 visiteurs	86 319 visiteurs	78 517 visiteurs	56 277 visiteurs
<b>Nombre moyen de pages consultées par visite</b>	3,5 pages	2,4 pages	2,7 pages	2,5 pages	2,8 pages
<b>Temps moyen passé à consulter le site par visite (en secondes)</b>	101 secondes	119 secondes	116 secondes	133 secondes	113 secondes

En 2014, le nombre de visiteurs du site a légèrement baissé, cependant, le nombre de pages consultées a augmenté.

**Perspectives 2015 :**

- **Etude du rapprochement du site vers un portail Internet commun à l'ensemble des réseaux Lorrains et du Réseau Régional des Professionnels de Gériatrie en Lorraine** (gain de lisibilité pour l'utilisateur).
- Alimentation et mises à jour continues du site sur l'année.

Fiche n°14

Programme « Personne âgée fragile et déficiences visuelles »

<p><b>Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul>
<p><b>Objectif(s) de l'action :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Valoriser et faire connaître l'existant et les intervenants locaux dans le paysage gériatrique.</li> </ul>

**Historique du programme mené depuis 2009 :**

- **Définition d'un programme d'étude et d'action** sur la thématique « Personnes âgées fragiles et déficiences visuelles » :
  - Recherches bibliographiques sur le sujet (données épidémiologiques des déficiences visuelles, retentissements chez le sujet âgé) ;
  - Première analyse de l'existant sur nos 4 territoires (démographie médicale, accessibilité aux services d'ophtalmologie, etc.) ;
  - Rédaction d'un premier pré-projet qui a permis de préparer la présente demande de financement FNPEIS en 2009.
- **En 2009 : réalisation d'un état des lieux complet sur la prise en charge ophtalmologique du sujet âgé fragile et de ses conséquences fonctionnelles (territoire : sud Lorraine)**
  - Rencontre d'une quarantaine de partenaires : professionnels ressources en ophtalmologie, gériatrie et représentants des collègues des réseaux gérontologiques, autour des médecins coordonnateurs de nos réseaux avec pour objectif de compléter l'état des lieux local sur la problématique des déficiences visuelles du sujet âgé (ampleur du problème et réponses apportées) et de les mobiliser pour leur participation au programme ;
  - En parallèle, lancement d'une étude complémentaire sur le repérage et la prise en charge en USLD et EHPAD (2 USLD, 3 EHPAD) ;
  - Ecriture et finalisation de l'état des lieux, définition des actions à entreprendre sur les territoires.
  - Définition d'un premier plan d'action sur les territoires : objectifs recherchés, bénéficiaires, résultats attendus, méthodes.
- **En 2010 :**
  - **Réalisation des supports de communication** sur le programme : 6 pages synthétique présentant les résultats de l'état des lieux sur les déficiences visuelles du sujet âgé, fiches annuaire permettant de faire connaître les principaux intervenants sur la prise en charge des basses visions sur les territoires (CLER basse vision, Centre Florentin, services d'ophtalmologie du CHU de Nancy) ;
  - **Organisation et tenue de 4 réunions plénières de proximité** sur les territoires des réseaux gérontologiques du sud Lorraine : Nancy, Bar le Duc, St Nicolas de Port et Lunéville : communication sur les résultats de l'état des lieux auprès des partenaires, membres des réseaux, tutelles et politiques de santé, lancement des dynamiques locales d'actions.
- **En 2011 :**
  - **Expérimentation d'un repérage des déficiences visuelles chez la personne âgée fragile par les médecins gériatres** en partenariat avec le service d'ophtalmologie de Monsieur le Professeur Berrod, formation d'un petit groupe de 7 médecins au repérage d'une déficience visuelle via l'utilisation d'un « kit d'ophtalmologie » préalablement constitué.
  - **Recherche de modélisation d'un contenu de formation « minimale » en ophtalmologie et d'un kit de repérage**, 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 »
- **En 2013** :
  - **Utilisation en continu du kit ophtalmologique sur les 7 sites expérimentateurs**
  - **Projet d'extension 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 »

**Calendrier réalisé :**

Programme mené en continu sur l'année 2014.

#### Résultats d'évaluation 2014 :

- Rencontre avec les co-financeurs (caisses de retraite complémentaires) pour organisation d'actions de prévention communes sur 2015
- Finalisation des 30 nouveaux kits ophtalmologiques : création d'un visuel pour les mallettes, ajout d'une clé USB pour mettre à disposition en format numérique les documents nécessaires au déroulement de l'examen.

#### Perspectives 2015 :

- **Formation au kit ophtalmologique** pour les médecins des réseaux lorrains prévue en janvier 2015 (12 inscrits) et suivi de l'utilité du kit par la suite avec réajustements si nécessaires. Programmation d'une deuxième session si besoin.
- Organisation en partenariat avec les caisses de retraite complémentaires d'une **conférence sur les conséquences d'une déficience visuelle auprès d'une centaine d'allocataires. Dépistage des volontaires** lors d'un second temps (en présence d'au moins 3 médecins récemment formés pour mise en application des apprentissages).
- **Intégration du programme dans le cadre de PAERPA** à la demande de l'ARS Lorraine : engagement dans le projet « développer la prise en charge de la cataracte en ambulatoire ». Evaluation des patients et mobilisation des ressources en amont de l'hospitalisation et assurer une consultation postopératoire rapide grâce au kit ophtalmologique.

## Fiche n°15

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

<b>Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Développer des actions de recherche en gérontologie et de prévention du mauvais vieillissement, en coopération avec d'autres réseaux de santé Personnes Agées.</li></ul>
<b>Objectif(s) de l'action</b>	<p><b>Sur 3 territoires expérimentaux (Sud Meuse, Toulais et agglomération nancéienne) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 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) ;</li><li>- 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).</li></ul>
<b>Contexte de l'action :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Le parcours de la personne âgée fragile a été au cœur des débats sur la dépendance lors du 1er semestre 2011 ;</li><li>- 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.</li><li>- 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.</li></ul>	
<b>Réalisations 2012 :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Déposé courant janvier 2012, le dossier de candidature soutenu par l'ARS - Lorraine a été retenu au printemps 2012.</li><li>- Définition des instances de gouvernance à partir des recommandations formulées par l'ANAP</li><li>- Réalisation des diagnostics de santé des 3 territoires concernés</li><li>- Définition d'un protocole d'évaluation de l'expérimentation au niveau local, en concertation avec la HAS</li><li>- Création des premiers outils de suivi de l'expérimentation</li><li>- Initiation du renforcement de la communication sur les outils existant pour la mise en œuvre du module 1 : FUL, grille SEGA, dispositif « Vill'hôp ».</li></ul>	
<b>Réalisations 2013 :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Travaux des groupes de travail<ul style="list-style-type: none"><li>- 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.</li><li>- 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.</li></ul></li></ul>	
<b>- Module 1 : Eviter les hospitalisations non programmées non justifiées</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Validation et diffusion de l'outil SEGA-A et de la notice d'utilisation</li><li>- Formation de 38 médecins libéraux : logique de parcours PAERPA, grille SEGA-A, EGS, PPS, dispositif Vill'Hop, FUL, FSH...</li><li>- Création de 23 nouveaux comptes d'accès à la Fiche Urgence Lorraine et implantation au CH de Toul et Bar le Duc</li><li>- Recueil et diffusion de 100 plaquettes Vill'Hôp auprès du CHU de Nancy</li></ul>	

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

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

- Mise en place du système d'informations *Fiche de Sortie d'Hospitalisation* depuis août 2013 avec alimentation en continu de l'annuaire régional selon les informations saisies par les IDE de la cellule

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

- Recrutement – formation des 2 IDE de la cellule (au SI et supervision individuelle continue)
- 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
- Renforcement et adaptation des outils

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

Nombreuses réunions avec les acteurs : hôpitaux, professionnels libéraux, acteurs du domicile, adhérents des réseaux, Groupe Réseaux...

**- Suivi du dispositif**

<b>Calendrier réalisé 2014</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deux sessions de formation dispensées dans le cadre du module 1 auprès de médecins traitants sur les sites de Toul et Bar-le-Duc (28 médecins généralistes, 8 internes et 7 autres professionnels)</li> <li>- Participation aux deux comités de pilotage stratégique et au comité de suivi</li> <li>- Rencontres tout au long de l'année avec l'équipe des Porteurs du Projet</li> <li>- Rencontre avec l'équipe Opérationnelle du Projet</li> <li>- Rencontres régulières avec le personnel des établissements de santé pilotes pour une assurer une bonne appropriation des outils et réajuster les pratiques si besoin</li> <li>- Rencontre avec la Haute Autorité de Santé pour évaluer l'expérimentation (visite sur site, rencontre des porteurs de projets à Paris) et participation à des séminaires de travail</li> </ul>
--------------------------------	---

**- Réalisations 2014 :**

**Activité de la cellule d'ordonnancement :**

	NANCY	BAR LE DUC	TOUL	TOTAL
<b>Patients repérés</b>	<b>379</b>	<b>339</b>	<b>332</b>	<b>1050</b>
<b>Patients sortis avec une FSH</b>	<b>67</b>	<b>23</b>	<b>31</b>	<b>121</b>
<b>Patients sortis du dispositif après 30 jours</b>	<b>58</b>	<b>17</b>	<b>28</b>	<b>103</b>
<b>Patients ré-hospitalisés autre motif</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
<b>Patients ré-hospitalisés même motif</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		<b>2</b>
<b>Nombre de FSH diffusées</b>	<b>331</b>	<b>107</b>	<b>160</b>	<b>598</b>
<b>Par fax</b>	<b>44</b>	<b>36</b>	<b>57</b>	<b>137</b>
<b>Par courrier</b>	<b>56</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>103</b>
<b>Par mail</b>	<b>206</b>	<b>44</b>	<b>70</b>	<b>257</b>
<b>Par messagerie sécurisée</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>38</b>

→ **Le nombre de patients ré-hospitalisés pour le même motif représente 1.9% des patients sortis du dispositif après 30 jours, soit 2 patients / 103.**

**Concernant le mode de transmission de la FSH, l'utilisation de la messagerie sécurisée est encore peu développée.**

Sur 2014, la cellule d'ordonnancement a réajusté les outils utilisés pour optimiser leur utilité :

- modification de la lettre d'informations patient à la demande du CISS Lorraine pour une meilleure compréhension du dispositif (*Cf Annexe 9 - Lettre d'informations patient*)
- suppression du système de tirage au sort aléatoire des patients éligibles au dispositif afin d'augmenter le nombre de patients inclus dans le dispositif (suite à la décision de généraliser la FSH par M. Claude d'Harcourt, directeur de l'ARS

Lorraine)

- optimisation du système d'informations FSH (réunions régulières avec DICSIT pour demandes d'évolution)
- des relectures de FSH réalisées sont organisées plusieurs fois dans l'année pour optimiser en continu la rédaction des fiches.

- Depuis octobre 2014, l'expérimentation article 70 a évolué pour s'articuler avec le projet PAERPA en sortie d'hospitalisation. Ainsi, dès la sortie du patient, les infirmières de la cellule d'ordonnancement se mettent en relation avec la CTA pour impulser l'élaboration d'un PPS avant la fin de leur suivi (30 jours). Cette articulation permet d'assurer une continuité du suivi du parcours de santé de la personne sur le long terme. Ce process peut également se mettre en place dans le cas des sorties d'hospitalisation vers de l'hébergement temporaire en EHPAD avant retour à domicile (**Cf Annexe 10 - Procédure de sortie d'hospitalisation vers un hébergement temporaire en EHPAD**). Dans ce cadre, la FSH est désormais généralisée à l'ensemble des services du CHU et se poursuit à la Maison Hospitalière St Charles.

**Perspectives 2015 :**

- Janvier : arrivée d'une deuxième infirmière à temps plein sur le site de Nancy pour déployer de manière optimale l'utilisation de la FSH sur le site du CHU dans un premier temps et sur d'autres établissements de santé par la suite (Gentilly).
- Ancrer la notion de « navigateur » entre la ville et l'hôpital (**Cf Annexe 11, extrait du mémoire de DES de médecine générale du Dr Claire Bertrand, 2014-2015**)
- Continuer la mobilisation du personnel hospitalier autour de la rédaction des FSH.
- Généraliser la diffusion de la FSH par messagerie sécurisée.
- Diriger la thèse de fin d'études concernant le devenir de patients sortis avec et sans FSH.
- Intégrer le logiciel FSH à LIGO et à DXCare à l'hôpital pour un meilleur partage d'informations.
- Finalisation (avec intégration des dispositifs PRADO et PAERPA) et diffusion du thésaurus des prestations mobilisables en sortie d'hospitalisation auprès des établissements de santé des trois territoires et mise en ligne sur le site Internet du réseau.

fiche n°16

Le groupe « Réseaux » de la SFGG

<p><b>Objectif(s) opérationnel(s) du dossier promoteur auxquels l'action répond :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer des réflexions et des pratiques communes avec d'autres réseaux de santé, mutualiser des moyens.</li> <li>- Organiser des actions de recherche et de prévention en coopération avec les autres réseaux gérontologiques.</li> </ul>
<p><b>Objectif(s) de l'action :</b></p>	<p><b>Objectifs du groupe « réseaux » de la SFGG :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Harmoniser les pratiques, échanges ou créations d'outils communs.</li> <li>- Développer des réflexions scientifiques et de santé publique autour des réseaux gérontologiques et des équipes gérontologiques des réseaux multi thématiques.</li> <li>- Créer un espace de dialogue indépendant entre les réseaux gérontologiques au niveau national.</li> <li>- Organiser des rencontres régulières entre les équipes des réseaux.</li> <li>- Etre une interface de communication entre les réseaux et les instances nationales (UNR Santé, SFGG, CPGF, etc.)</li> <li>- Etre un lieu de réflexion et de recherche et d'amélioration des relations partenariales (hôpital, libéraux, usagers, EHPAD, ordres professionnels, tutelles, collectivités territoriales ...)</li> </ul>

**Contexte :**

- En amont, le groupe « réseaux » de la SFGG s'est créé sur le modèle du groupe « réseaux » du CGL : 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 : le RGC et le réseau Alsace-Gérontologie pilotent le groupe national,** la FREGIF parraine ce groupe. Depuis début 2014, le réseau de Lille rejoint le comité de pilotage.

**Réalisations de 2010 à 2013 :**

- **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 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-Réseaux » 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.  
**Mise en application de l'outil par 10 réseaux de santé Personnes Agées sur une période de 7 mois en 2013.**

- 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

Calendrier réalisé :

- Poursuite des objectifs du groupe « réseaux » de la SFGG en continu sur l'année 2014

**Résultats d'évaluation 2014** : 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 :**

9<sup>ème</sup> rencontre nationale des réseaux le 8 avril 2014 sur le thème « Venez compléter votre boîte à outils », (Cf. *Annexe 12 - Programme de la 9<sup>ème</sup> rencontre*)

Echanges et interventions autour des différents outils utilisés dans les réseaux (Grille SEGA-A, outil PMSA, PPS), retours d'expérience...

10<sup>ème</sup> rencontre nationale des réseaux le 2 décembre 2014 sur le thème « Venez compléter votre boîte à outils », (Cf. *Annexe 13 - Programme de la 10<sup>ème</sup> rencontre*)

Echanges et interventions autour du projet national PAERPA, autour du médicament (Omage Parcours, Omage en ambulatoire, articulations avec les dispositifs existants), présentation de thèses...

- **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.

- **Mise à jour continue de l'annuaire national des réseaux de santé.**

**Perspectives 2015**

- **Participation à :**

**Des groupes de travail de recherche et de réflexion avec la SFGG**

**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 nouvelles rencontres nationales annuelles.
- 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, l'ANC-CLIC et la Fédération Nationale des Réseaux de Santé Gériatologiques.

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

## LISTE DES ABREVIATIONS

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

## SOMMAIRE DES ANNEXES

**ANNEXE 1 - PAGE 53** : Partage d'informations entre le RGC et les médecins

**ANNEXE 2 - PAGE 54** : Dépliant du Réseau Gérard Cuny

**ANNEXE 3 - PAGE 57** : Fiche synthétique d'exploitation de l'EGS et de définition du PPS

**ANNEXE 4 - PAGE 59** : Le Plan Personnalisé de Santé

**ANNEXE 5 - PAGE 62** : Critères d'inclusion et initiation d'un PPS

**ANNEXE 6 - PAGE 63** : Check-list d'aides et de soins

**ANNEXE 7 - PAGE 67** : Les différents motifs d'appel à la CTA

**ANNEXE 8 - PAGE 68** : Le recueil de données CTA

**ANNEXE 9 - PAGE 69** : Lettre d'informations au patient

**ANNEXE 10 - PAGE 72** : Procédure de sortie d'hospitalisation vers un hébergement temporaire en EHPAD

**ANNEXE 11 - PAGE 75** : Extrait du mémoire de DES de médecine générale du Dr Claire Bertrand, 2014-2015

**ANNEXE 12 - PAGE 78** : Programme de la 9<sup>ème</sup> journée nationale du Groupe « Réseaux » de la SFGG

**ANNEXE 13 - PAGE 79** : Programme de la 10<sup>ème</sup> journée nationale du Groupe « Réseaux » de la SFGG



Art-sur-Meurthe		Malzéville
Dommartemont		Maxéville
Essey-lès-Nancy		Nancy
Fléville-devant-Nancy		Pulnoy
Heillecourt		Saint-Max
Houdemont		Saulxures-lès-Nancy
Jarville-la-Malgrange		Seichamps
Laneuveville-devant-Nancy		Tomblaine
Laxou		Vandœuvre-lès-Nancy
Ludres		Villers-lès-Nancy

**réseau gérard cuny**



**COORDONNER LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES**







# RÔLE

## LE RÔLE DU RÉSEAU GÉRARD CUNY

**LE PROFESSEUR DE MÉDECINE GÉRARD CUNY (1925-1996) A FORTEMENT CONTRIBUÉ AU DÉVELOPPEMENT DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA PRATIQUE DE LA GÉRONTOLOGIE HOSPITALIÈRE SUR LA LORRAINE ET DANS TOUTE LA FRANCE.**

Son action humaniste ne s'est cependant pas arrêtée aux portes des hôpitaux.

Il a en effet œuvré pour la santé et la meilleure prise en charge de la personne âgée à domicile en intervenant auprès des professionnels de l'aide et des soins, des familles et des associations de malades, avec un dévouement sans limites.

C'est pour lui rendre hommage et pour poursuivre son action dans le respect des valeurs qu'il nous a transmises, que nous avons donné son nom au réseau gérontologique de la Communauté Urbaine du Grand Nancy.



**COORDONNER LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES EN RÉPONDANT RAPIDEMENT SUR SIMPLE APPEL DANS LES SITUATIONS OÙ LE MAINTIEN À DOMICILE RISQUE D'ÊTRE COMPROMIS.**

- Être au service de la personne âgée, de son entourage, en soutien de son médecin et des professionnels.
- Réaliser et analyser une évaluation médico-psycho-sociale au domicile.
- Élaborer un Plan Personnalisé de Santé avec l'accord de la personne âgée en concertation avec l'ensemble des intervenants, et assurer son suivi.
- Accompagner le maintien à domicile dans les conditions sanitaires et sociales optimales.
- Assurer la coordination entre les intervenants du domicile, l'hôpital et les établissements d'hébergement.

## QUI ? POUR QUI ?

→ LA DEMANDE PEUT SE FAIRE PAR

- la personne âgée,
- l'entourage (famille, bénévoles, connaissances...)
- le médecin traitant,
- tout professionnel.

→ LE BÉNÉFICIAIRE DOIT

- avoir plus de 60 ans,
- habiter la Communauté urbaine du Grand Nancy,
- être en risque de perte d'autonomie.



→ L'INTERVENTION DU RÉSEAU N'ENTRAÎNE PAS DE FRAIS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PERSONNE ÂGÉE CONCERNÉE.

→ LE RÉSEAU INTERVIENT À DOMICILE EN APPUI AU MÉDECIN TRAITANT, TOUJOURS AVEC SON ACCORD.

## QUOI ? POUR QUOI ?

→ PARCOURS DE SANTÉ  
→ PARCOURS DE SOINS

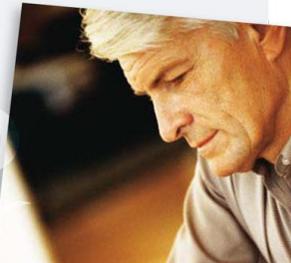
L'évaluation et le suivi pluriprofessionnels des personnes âgées fragiles peuvent réduire leurs risques de perte d'autonomie, d'hospitalisation et d'admission en institution.

Le bénéfice sur la prévention de la perte d'autonomie a surtout été montré chez les personnes ayant une fragilité débutante. Ceci incite à repérer la fragilité le plus tôt possible.

L'efficacité tient à la réalisation d'une évaluation globale médico-psycho-sociale, à son analyse, à la priorisation des interventions, à la régularité du suivi par des visites à domicile et à la coordination des acteurs'.

En lien avec le niveau régional et national, le réseau mène des travaux de recherche, de sensibilisation et de formation interprofessionnelles pour l'élaboration et la diffusion des bonnes pratiques à domicile dans le domaine de la santé.

*\*Inspiré de la publication de la HAS Fiche points-clés et solutions "Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?" - décembre 2013*



## COMMENT ? COMMENT REPÉRER LE NIVEAU DE FRAGILITÉ ? LA GRILLE SEGA-A

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

**INTERPRÉTATION**

<b>Score ≤ 8</b> Personne peu fragile	<b>8 &lt; Score ≤ 11</b> Personne fragile	<b>Score &gt; 11</b> Personne très fragile
--	--	---

**À QUI TRANSMETTRE ?**

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

## 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 ? Êtes-vous anxieux ? Êtes-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.

**Chutes durant les six derniers mois** | Au cours des six 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.

**Maladies associées** | La personne souffre-t-elle d'une ou plusieurs maladies nécessitant un traitement régulier ?

**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).

**Mobilité** | La personne a-t-elle des difficultés pour se lever et/ou pour marcher ? Cette zone explore l'indépendance de la personne dans les transferts de la position assise à la position debout et la marche. Le soutien peut être technique (cane, déambulateur) ou humain, on code (1). L'incapacité se définit par l'impossibilité de se lever et/ou de marcher, on code (2) dans cette situation.

**Contenance** | La personne a-t-elle des problèmes d'incontinence, utilise-t-elle des protections ? Si la personne n'a pas d'incontinence urinaire ni fécale, on code (0) ; si elle a des pertes occasionnelles ou une incontinence seulement la nuit, on code (1) ; si elle est incontinente urinaire et/ou fécale en permanence, on code (2).

**Prise des repas** | La personne a-t-elle des difficultés pour prendre ses repas, doit-elle être aidée, doit-on lui donner à manger tout au long du repas ? Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une préparation des aliments dans l'assiette et des instructions pour le repas, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète pour les repas, on code (2).

**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... 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 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*

## LE SECTEUR D'INTERVENTION DU RÉSEAU GÉRARD CUNY

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  
 Villers-lès-Nancy



## POUR NOUS CONTACTER



Une équipe de professionnels assure un accueil de 8 h à 17 h 30 du lundi au vendredi.

### L'équipe opérationnelle

**D' Éliane ABRAHAM** | [docteur@reseauuncy.fr](mailto:docteur@reseauuncy.fr)  
[eliane.abraham@sante-lorraine.fr](mailto:eliane.abraham@sante-lorraine.fr)  
 Médecin coordonnateur

**Julie LAURENT** | [projet.reseauuncy@orange.fr](mailto:projet.reseauuncy@orange.fr)  
 Chargée de projets

**D' Christine BEAUDART** | [c.beaudart@reseauuncy.fr](mailto:c.beaudart@reseauuncy.fr)  
[christine.beaudart@sante-lorraine.fr](mailto:christine.beaudart@sante-lorraine.fr)  
**D' Françoise ORSINI** | [f.orsini@reseauuncy.fr](mailto:f.orsini@reseauuncy.fr)  
[francoise.orsini@sante-lorraine.fr](mailto:francoise.orsini@sante-lorraine.fr)  
 Médecins adjoints

**Manuela DANTE** | [m.dante@reseauuncy.fr](mailto:m.dante@reseauuncy.fr)  
[manuela.dante@sante-lorraine.fr](mailto:manuela.dante@sante-lorraine.fr)  
 Infirmière coordinatrice

**Joséphine LO RE** | [secretariat@reseauuncy.fr](mailto:secretariat@reseauuncy.fr)  
 Coordinatrice administrative

**Sandrine ROUF** | [s.rouf@reseauuncy.fr](mailto:s.rouf@reseauuncy.fr)  
 Secrétaire

### La Présidente du conseil d'administration

**D' Marie-Yvonne GEORGE**  
[my.george@saint-charles.fr](mailto:my.george@saint-charles.fr)

**Réseau Gérard CUNY**  
 13-15, boulevard Joffre | 54000 Nancy  
 Tél. : 03 83 45 84 90 | Fax : 03 83 45 84 89  
 Mail : [secretariat@reseauuncy.fr](mailto:secretariat@reseauuncy.fr)  
[www.reseauuncy.fr](http://www.reseauuncy.fr)



03 83 45 84 90

www.reseauuncy.fr

Conception : [www.traidunion-com.fr](http://www.traidunion-com.fr)

EGS → PPS

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



Code patient logirés : \_\_\_\_\_ 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		

**Annexe 3 - Fiche synthétique d'exploitation de l'EGS et de définition du PPS (2/2)**

**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)
<b>Pour répondre à l'objectif 1 :</b>			
<b>Pour répondre à l'objectif 2 :</b>			
<b>Pour répondre à l'objectif 3 :</b>			
<b>Pour répondre à l'objectif 4 :</b>			

Annexe 4 - PPS (1/3)

La personne et ses contacts utiles				Nom :			
				Prénom :			
				Date de naissance :		Sexe :	
				N° Sécurité sociale :		Poids :	
Numéro du PPS		Date de la version en cours		ALD :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui motif ALD : _____	
Coordonnateur du PPS		Profession :		Nom :			
Informations sur la personne				Numéro de sécurité sociale			
Adresse de la personne				Mesure de protection		<input type="checkbox"/> Oui Laquelle : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
Aidant		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Nombre : Nom(s) :		Tél.		email	
Recherche d'hébergement en cours						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Référénts familiaux/amicaux		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Nombre : Nom(s) :		Tél.		email	
Financement : APA / CARSAT / Autre						<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Non	
Personne de confiance				Tél.		email	
Directives anticipées						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Caisse de retraite		Nom : <input type="checkbox"/> pension <input type="checkbox"/> pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)		Mutuelle		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui nom de la mutuelle :	
Contacts utiles							
	Nom	Téléphone	email		Participants à l'élaboration du PPS : mettre une X		
Médecin traitant							
Infirmier libéral ou coordonnateur SSIAD							
Pharmacien d'officine							
Kinésithérapeute							
Autre professionnel :							
Infirmière ETP							
Géiatre							
SSIAD/SAD/SPASAD							
Coordonnateur d'appui (réseau, équipe mobile)							
Tuteur / curateur							
Travailleur social et son service							
Consentement à l'échange d'informations contenues dans le PPS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							

<b>Check-list d'aide à l'identification des priorités des professionnels (oui/non/?)</b>							
<b>Problèmes</b> (fréquents, transversaux et modifiables)	<b>Suivi</b>			<b>Problèmes</b> (fréquents, transversaux et modifiables)	<b>Suivi</b>		
	Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2		Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2
<b>Problèmes liés aux médicaments</b>				<b>Précarité</b>			
- accident iatrogène				- financière			
- automédication à risque				- habitat			
- prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, anti-thrombotiques, hypoglycémiants)				- énergétique			
- problème d'observance				<b>Aidant en difficulté (épuisé, fragile ...)</b>			
- adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiants)				<b>Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne</b>			
				- soins personnels/toilette			
<b>Organisation du suivi</b>				- habillage			
- pas de déplacement à domicile du médecin traitant				- aller aux toilettes			
- multiples intervenants				- continence			
- investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes				- locomotion			
				- repas			
<b>Problèmes de mobilité</b>				<b>Troubles nutritionnels/Difficultés à avoir une alimentation adaptée</b>			
- risque de chute							
- chute(s)				<b>Difficultés à prendre soin de soi</b>			
- phobie post-chute				- difficultés à utiliser le téléphone			
- problèmes de mobilité à domicile				- difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments			
- problèmes de mobilité à l'extérieur				- difficultés à voyager seul			
				- difficultés à gérer son budget			
<b>Isolement</b>				- refus de soins et d'aides			
- faiblesse du réseau familial ou social							
- isolement géographique				- situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause			
- isolement ressenti							
- isolement culturel				<b>Troubles de l'humeur</b>			

Annexe 4 - PPS (3/3)

<b>La personne</b>		<b>Date d'initiation du PPS</b> <i>.....</i>	<b>Nom :</b>			
			<b>Prénom :</b>			
			<b>Date de naissance :</b>	/ /	<b>Sexe :</b>	
			<b>N° Sécurité Sociale :</b>		<b>Poids :</b>	
<b>Numéro du PPS</b>		<b>Préférences de la personne</b>				
<b>Référent du PPS</b>		<b>Priorité actuelle de la personne</b>				

<b>Plan de soins</b>					
Problèmes classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux ( <i>check-list</i> )	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des résultats et commentaires

<b>Plan d'aides</b>					
Problèmes classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux ( <i>check-list</i> )	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des résultats et commentaires

**Critères d'inclusion PAERPA et initiation d'un PPS**

**Les critères d'inclusion propres au territoire de l'expérimentation PAERPA :**

- Personne âgée de 75 ans et plus présentant un risque de perte d'autonomie
- Habitant sur la Communauté Urbaine du Grand Nancy
- Nécessitant que plusieurs professionnels interviennent dans son parcours

**Questionnaire d'aide à la décision d'initier un PPS  
chez une personne âgée à risque de perte d'autonomie**

**- 1<sup>ère</sup> étape : identifier une ou plusieurs situations à problèmes pouvant relever d'un PPS**

Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces six questions : Initier un PPS pourrait avoir un intérêt			
La personne :	Oui	Non	?
A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?			
A-t-elle une polyopathie (n ≥ 3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> ou une polymédication (n ≥ 10) ?			
A-t-elle une restriction de ses déplacements, dont un antécédent de chute grave ?			
A-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions), ne lui permettant pas de gérer son parcours ou mettant en difficulté l'aidant/l'entourage ?			
A-t-elle des problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?			
A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?			

<sup>1</sup> Insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

**- 2<sup>nde</sup> étape : décider d'initier un PPS**

Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces deux questions : Un PPS peut être initié			
La personne :	Oui	Non	?
Vous paraît-elle nécessiter l'élaboration d'un PPS (suivi pluriprofessionnel impliquant le médecin traitant et au moins deux autres professionnels) ?			
Accepte-t-elle l'initiation d'un PPS ?			

**CHECK-LIST DES ACTIONS DE SOINS**

Les objectifs partagés	Les actions Évaluation globale (EGS)	Critères d'atteintes des objectifs
<u>Assurer les soins d'hygiène, de confort et de l'intégrité de la peau.</u>	Évaluation Gériatologique Standardisée Mise en place de matériels médicaux Soins de pédicurie. Aide technique avec PM Aide technique sans PM Les soins de nursing Toilette médicalisée Réfection de pansements.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Installation adaptée pour la personne âgée</li> <li>- Hygiène corporelle correcte</li> <li>- État cutané muqueux satisfaisant</li> <li>- Aide financière attribuée</li> </ul>
<u>Assurer le contrôle des paramètres utiles.</u>	Évaluation Gériatologique Standardisée Surveillance hebdomadaire du poids Surveillance hebdomadaire de la tension Surveillance des glycémies	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compte rendu régulier au médecin traitant</li> <li>- Adaptation des paramètres aux protocoles personnalisés</li> </ul>
<u>Assurer la mobilité et prévenir les chutes.</u>	Mise en place de matériels médicaux Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté. Soins de pédicurie Adapter le domicile Aide technique avec ou sans PM Rééducation sur PM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation du périmètre de marche</li> <li>- Correction des troubles sensoriels</li> <li>- Maintien/amélioration du tonus musculaire</li> <li>- Isolement rompu</li> <li>- Vie sociale plus importante</li> <li>- Absence ou réduction des chutes</li> <li>- Autonomie développée</li> <li>- Amélioration de capacités physiques</li> <li>- Sécurisation de la personne âgée ou du domicile.</li> <li>- Aide financière attribuée</li> <li>- Installation adaptée pour la personne âgée</li> <li>- Déplacements extérieurs</li> </ul>
<u>Assurer un environnement adapté.</u>	Évaluation Gériatologique Standardisée Aide Technique médicale Adapter le domicile Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Milieu de vie propre et sécurisé</li> <li>- Aide technique mise en place</li> <li>- Déplacements sécurisés (intérieur/extérieur)</li> <li>- PA en confiance dans son environnement</li> <li>- Aide financière attribuée</li> </ul>
<u>Rompre l'isolement</u>	Corriger les troubles sensoriels Évaluation Gériatologique Standardisée Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté. Prendre en charge une dépression	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation des sorties</li> <li>- Visites gériatologie psy régulières</li> <li>- Appels réguliers</li> <li>- Vie sociale plus importante</li> <li>- Projet de vie atteint</li> <li>- Transport assuré du patient pour ses déplacements</li> <li>- Traitement adéquat</li> <li>- Aide financière attribuée</li> </ul>

*Annexe 6 - Check-list des actions d'aide et de soins 2/4*

<p><u>Assurer une prise correcte du traitement.</u></p>	<p>Contrôler et gérer les stocks. Éduquer le patient sur le traitement Évaluation Gériatologique Standardisée Surveillance de l'observance Consultation à l'hôpital de jour pour accompagner le projet de vie Pilulier intelligent Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté. Sécuriser la prise du traitement par un tiers Adapter les traitements Mise en place de bas de contention</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence d'iatrogénie</li> <li>- Respect de la prescription</li> <li>- Education thérapeutique du patient abouti</li> <li>- Amélioration du retour veineux</li> </ul>
<p><u>Assurer la coordination et la continuité des soins.</u></p>	<p>Coordination des interventions Évaluation Gériatologique Standardisée Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté. Demander la visite à domicile régulières par le médecin traitant Vérifier et permettre l'accès aux droits et l'accès aux soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordination adaptée</li> <li>- Aide financière attribuée</li> <li>- Acceptation des aides et des soins</li> </ul>
<p><u>Assurer le soutien de l'entourage.</u></p>	<p>Évaluation Gériatologique Standardisée Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientation et formation de l'aidant</li> <li>- Accompagnement de l'aidant</li> <li>- Maintien de la vie sociale et relationnelle de l'aidant</li> <li>- Participation active aux prestations de répit ou de soutien</li> </ul>
<p><u>Assurer le bien-être psychologique (dépression, maltraitance, troubles cognitifs...)</u></p>	<p>Évaluation Gériatologique Standardisée Intervention d'une équipe spécialisée Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté. Prendre en charge une dépression</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration de la qualité de vie satisfaisante</li> <li>- Epanouissement de la personne</li> <li>- Entretien avec un professionnel pour maintenir le bien être psychologique</li> <li>- Protection et sécurité du patient</li> <li>- Accompagnement adapté pour ses démarches</li> <li>- Aides financières attribuées</li> <li>- Participation active aux prestations proposées</li> <li>- Patient protégé et sécurisé</li> </ul>
<p><u>Assurer les actes de la vie quotidienne (course, budget, téléphone...)</u></p>	<p>Évaluation Gériatologique standardisée Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté. Mise en place des actions de socialisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintien d'un milieu propre</li> <li>- Maintien de l'autonomie de la personne</li> <li>- Soutien et soulagement de la personne âgée</li> <li>- Aide financière attribuée</li> </ul>

Annexe 6 - Check-list des actions d'aide et de soins 3/4

<u>Assurer un apport nutritionnel suffisant.</u>	Évaluation Gériatologique Standardisée Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté Intervention d'une IDE pour Hydratation sous cutanée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aide financière attribuée</li> <li>- Stabilité du poids</li> <li>- Apport hydrique suffisant</li> <li>- Prise de repas régulière</li> <li>- Restriction hydrique assuré</li> <li>- Disposition d'aliments en quantité suffisante</li> </ul>
--	---	--

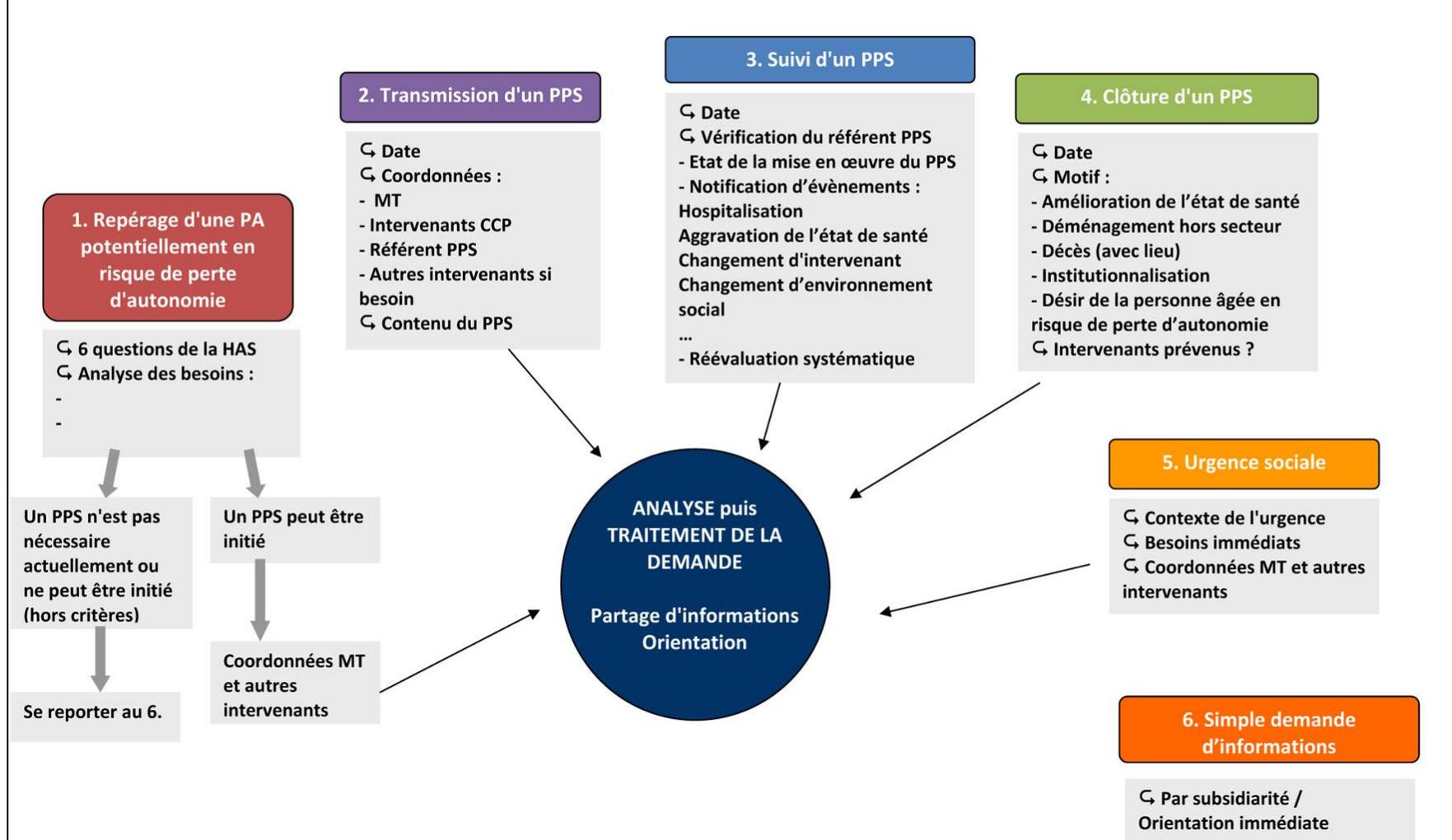
**CHECK-LIST DES ACTIONS D'AIDE**

<b>Les objectifs partagés</b>	<b>Les actions Évaluation globale (EGS)</b>	<b>Critères d'atteintes des objectifs</b>
<u>Assurer les soins d'hygiène, de confort et de l'intégrité de la peau.</u>	Soins de pédicurie. Aide technique avec PM Aide technique sans PM Aide financière Les soins de nursing Aide à la toilette	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Installation adaptée pour la personne âgée</li> <li>- Hygiène corporelle correcte</li> <li>- État cutané muqueux satisfaisant</li> </ul>
<u>Assurer le contrôle des paramètres utiles.</u>	Surveillance hebdomadaire du poids	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compte-rendu régulier au médecin traitant</li> <li>- Adaptation des paramètres aux protocoles personnalisés</li> </ul>
<u>Assurer la mobilité et prévenir les chutes.</u>	Adapter le chaussage. Corriger les troubles sensoriels (vue/audio) Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté. Soins de pédicurie Activité physique adaptée Adapter le domicile Aide technique avec ou sans PM Rééducation sur PM Aide financière Téléassistance Système de géolocalisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation du périmètre de marche</li> <li>- Correction des troubles sensoriels</li> <li>- Maintien/amélioration du tonus musculaire</li> <li>- Isolement rompu</li> <li>- Vie sociale plus importante</li> <li>- Absence ou réduction des chutes</li> <li>- Autonomie développée</li> <li>- Amélioration de capacités physiques</li> <li>- Sécurisation de la personne âgée ou du domicile.</li> <li>- Aide financière attribuée</li> <li>- Installation adaptée pour la personne âgée</li> <li>- Déplacements extérieurs</li> </ul>
<u>Assurer un environnement adapté.</u>	Aide Technique médicale Adapter le domicile Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté Demander une aide financière	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Milieu de vie propre et sécurisé</li> <li>- Aide technique mise en place</li> <li>- Déplacements sécurisés (intérieur/extérieur)</li> <li>- Personne âgée en confiance dans son environnement</li> <li>- Aide financière attribuée</li> </ul>
<u>Rompre l'isolement</u>	Orienter vers un dispositif	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation des sorties</li> </ul>

Annexe 6 - Check-list des actions d'aide et de soins 4/4

	<p>d'accompagnement adapté. Prendre en charge une dépression Mise en place d'un accompagnement social (dont mesure de protection juridique) Mise en place des actions de socialisation (orientation vers des actions de loisirs etc.) Mise en place d'aides à la sortie du domicile Demande d'une aide financière</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visites géronto psy régulières</li> <li>- Appels réguliers</li> <li>- Vie sociale plus importante</li> <li>- Projet de vie atteint</li> <li>- Transport assuré du patient pour ses déplacements</li> <li>- Traitement adéquat</li> <li>- Aide financière attribuée</li> </ul>
<p><u>Assurer une prise correcte du traitement.</u></p>	<p>Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté. Sécuriser la prise du traitement par un tiers</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence d'iatrogénie</li> <li>- Respect de la prescription</li> <li>- Education thérapeutique du patient abouti</li> <li>- Amélioration du retour veineux</li> </ul>
<p><u>Assurer la coordination et la continuité des soins.</u></p>	<p>Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté. Demander la visite à domicile régulières par le médecin traitant Vérifier et permettre l'accès aux droits et l'accès aux soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordination adaptée</li> <li>- Aide financière attribuée</li> <li>- Acceptation des aides et des soins</li> </ul>
<p><u>Assurer le soutien de l'entourage.</u></p>	<p>Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté. Soutenir psychologiquement l'aidant Mise en place d'un accompagnement social Demande d'une aide financière Incitation à participer aux associations ou groupes de parole. Mise en place des aides à domicile pour « présence responsable » Soulager l'aidant</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientation et formation de l'aidant</li> <li>- Accompagnement de l'aidant</li> <li>- Maintien de la vie sociale et relationnelle de l'aidant</li> <li>- Participation active aux prestations de répit ou de soutien</li> </ul>
<p><u>Assurer le bien-être psychologique (dépression, maltraitance, troubles cognitifs...)</u></p>	<p>Signaler une suspicion de maltraitance Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté. Prendre en charge une dépression Mise en place un accompagnement social Mise en place des actions de socialisation Demande d'une aide financière Mettre en place une téléassistance//Système de géolocalisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration de la qualité de vie satisfaisante</li> <li>- Épanouissement de la personne</li> <li>- Entretien avec un professionnel pour maintenir le bien être psychologique</li> <li>- Protection et sécurité du patient</li> <li>- Accompagnement adapté pour ses démarches</li> <li>- Aides financières attribuées</li> <li>- Participation active aux prestations proposées</li> <li>- Patient protégé et sécurisé</li> </ul>

**MATRICE PLATEFORME D'ACCUEIL TÉLÉPHONIQUE CTA = identification des motifs d'appels**



- RECUEIL DE DONNÉES PLATEFORME D'ACCUEIL TÉLÉPHONIQUE CTA -

Date de l'appel : \_\_\_\_\_

**LE PROFESSIONNEL APPELANT = QUI ?**

- NOM / Prénom : \_\_\_\_\_
- Fonction et structure : \_\_\_\_\_
- Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_
- Mail et mail sécurisé : \_\_\_\_\_

**LA PERSONNE SIGNALÉE = POUR QUI ?**

- NOM / Prénom : \_\_\_\_\_
- NOM de jeune fille : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_
- Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° Sécu : \_\_\_\_\_
- Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Téléphone Fix : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_
- Personne ressource et lien : \_\_\_\_\_
- Localisation de la personne au moment de l'appel :  
 Domicile  Etablissement : \_\_\_\_\_
- Conditions de vie :  Vit seul(e)  Vit en collectivité  Vit avec une personne plus jeune  
 Vit avec une personne du même âge  Vit avec un parent
- Accès au logement :  Escaliers  Ascenseur  Plain-Pied
- Ergonomie des lieux :  Adaptés à la mobilité réduite  Non adaptés à la mobilité réduite
- Connu de la filière gériatrique hospitalière :  OUI  NON
- Connu du réseau de santé :  OUI  NON Du Conseil Général :  OUI  NON
- Si oui bénéficie t-elle d'une PEC financière (APA/PCH) : \_\_\_\_\_
- Accepte les interventions à domicile :  OUI  NON  PARTIELLEMENT :  
\_\_\_\_\_
- Accepte le signalement à la CTA :  OUI  NON
- ⇒ L'intervention est-elle urgente ?  OUI  NON

**MOTIF DE L'APPEL = POURQUOI ?**

- Repérage personne en risque de perte d'autonomie  Transmission d'un PPS
- Suivi d'un PPS  Clôture d'un PPS  Urgence sociale  Demande d'informations
- Quelles sont vos attentes ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## LETTRE D'INFORMATION AU PATIENT

Lisez attentivement cette notice et posez toutes les questions qui vous sembleront utiles.  
Vous pourrez alors décider si vous voulez participer à ce dispositif ou non.

### Nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours des soins des personnes âgées visant à prévenir leur réhospitalisation et à favoriser la gestion de leur sortie d'hôpital

Pilote du dispositif : Agence Régionale de Santé Lorraine (ARS)

Madame, Monsieur,

Vous allez quitter l'hôpital. L'équipe du service hospitalier estime que vous remplissez les conditions pour participer à un dispositif visant à éviter une ré-hospitalisation des patients âgés de plus de 75 ans, dans les 30 jours qui suivent leur sortie d'hôpital.

Pour participer à cette initiative, votre consentement est indispensable.

Une infirmière vous rencontre pour recueillir ce consentement, ainsi que des informations utiles pour préparer votre sortie. Elle collectera aussi toutes les informations nécessaires vous concernant auprès du service hospitalier : médecin, assistant(e) social, infirmier(ière), kinésithérapeute, aide-soignant(e)...

Ces informations seront transmises à votre médecin traitant et, selon leur métier, aux professionnels qui interviendront à votre domicile après votre sortie de l'hôpital.

**Dans les 72 heures** qui suivront votre retour à domicile, l'infirmière (Marie-Françoise JOB) joignable au 06.34.57.43.64 prendra contact avec vous ou l'un de vos proches par téléphone afin de s'assurer du bon déroulement de la prise en charge à domicile et des difficultés que vous pourriez rencontrer.

**Dans les 4 à 6 semaines** qui suivront votre retour chez vous, une visite de réévaluation sera effectuée par un professionnel issu du dispositif pour s'assurer de votre sécurisation dans votre lieu de vie et éventuellement pour adapter les aides. Cela marquera la fin de votre participation à ce dispositif expérimental.

Votre accompagnement sera poursuivi en lien avec votre médecin traitant.



Vous pouvez être assuré(e) que votre participation à ce dispositif n'entraînera aucun risque potentiel, ni inconfort. Il doit au contraire permettre d'éviter une ré-hospitalisation pour le même motif, dans le mois qui suit votre sortie. Votre acceptation n'entraîne, pour vous, aucune charge financière particulière.

A son issue, vous serez informé(e) des résultats globaux de la recherche.

Le Docteur Éliane ABRAHAM, médecin coordonnateur du Réseau Gérard Cuny – Immeuble Joffre Saint Thiebault, 13/15 boulevard Joffre 54000 NANCY, 03 83 45 84 90 – est chargée de coordonner la mise en œuvre de ce dispositif sur le territoire du Grand Nancy.

Dossier informatisé et confidentialité : En application de la loi « informatique, fichiers et liberté » du 06 janvier 1978 modifiée, le fichier informatique utilisé pour réaliser la présente expérimentation a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés). Seules les données nécessaires à l'expérimentation seront recueillies. Vous avez néanmoins le droit de vous opposer à ce que les données vous concernant fassent l'objet d'un traitement informatisé. Si vous acceptez, vous aurez à tout moment le droit d'accéder aux données vous concernant. Vous aurez également le droit de demander à ce que les données inexactes ou devenues inexactes soient rectifiées.

Vous pourrez à tout moment exercer ces droits auprès de Madame le Docteur ABRAHAM Eliane au 03 83 45 84 90.

Pour toutes les informations de nature médicale, ces droits pourront être exercés directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix.

Toutes les données et informations vous concernant resteront strictement confidentielles.

Les données vous concernant ne seront accessibles qu'aux personnes participant à cette expérimentation et aux personnes chargées par le promoteur de contrôler la qualité de l'étude; le cas échéant elles pourront également être transmises aux autorités sanitaires habilitées. Dans tous les cas, elles seront exploitées dans les conditions garantissant leur confidentialité.



## LETTRÉ DE PARTICIPATION PATIENT

*Objet : consentement à la participation au dispositif d'accompagnement de sortie d'hospitalisation par un partage d'informations utiles entre professionnels, afin d'éviter une réhospitalisation précoce.*

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons un accompagnement dès votre sortie de l'hôpital. Dans une précédente lettre d'informations, nous vous avons expliqué en quoi consiste ce dispositif. En effet, il renforce le partage d'informations auprès des professionnels que vous avez choisis, pour parfaire l'organisation de votre retour dans votre lieu de vie. Le but est de pouvoir continuer à vous suivre avec autant d'attention que lors de votre hospitalisation.

Pour cela, nous avons besoin de votre accord pour participer à la mise en place de ce dispositif.

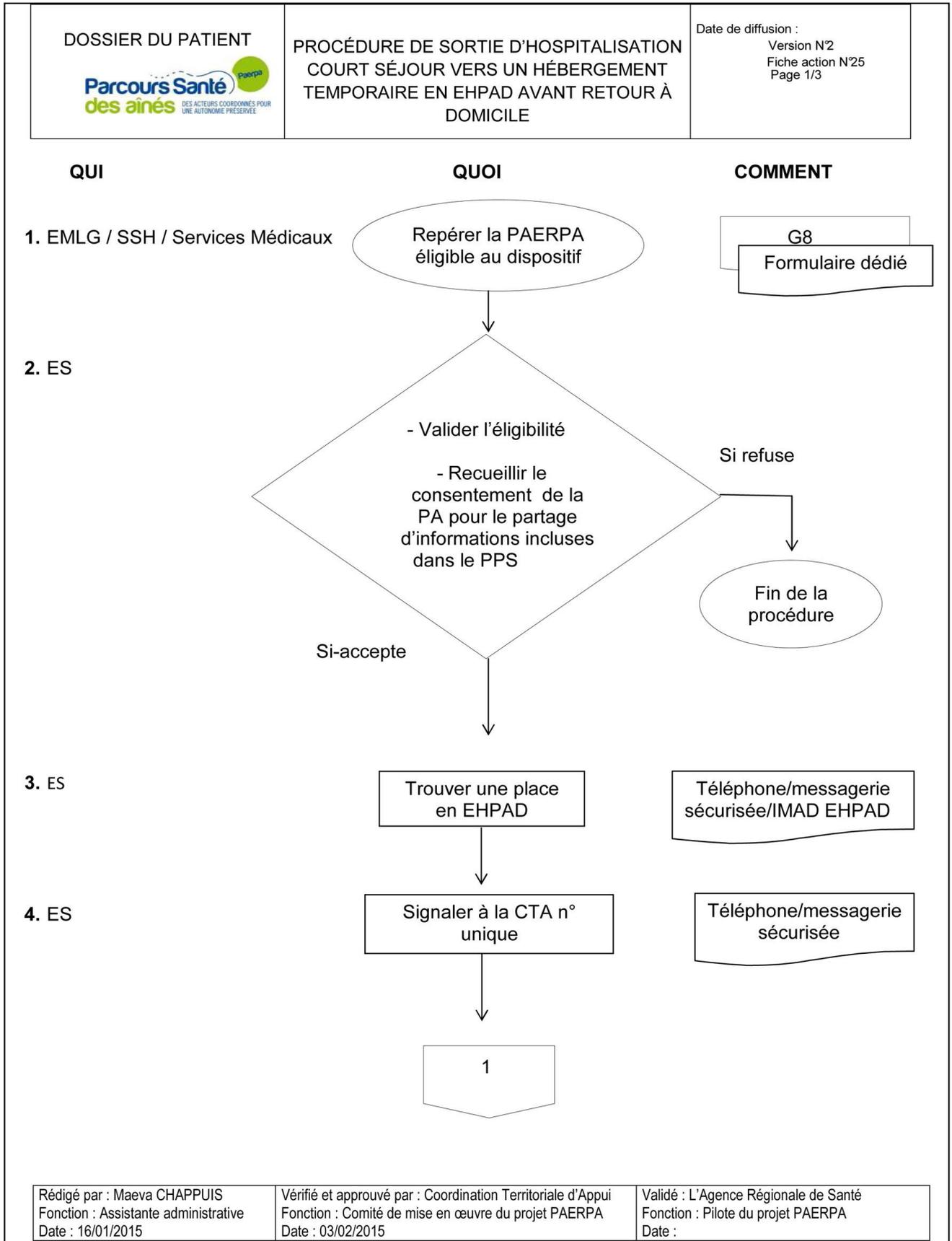
### - ACCEPTATION -

**Je, soussigné(e)..... ai bien compris ce qui m'a été expliqué et qui est écrit ci-dessus.**

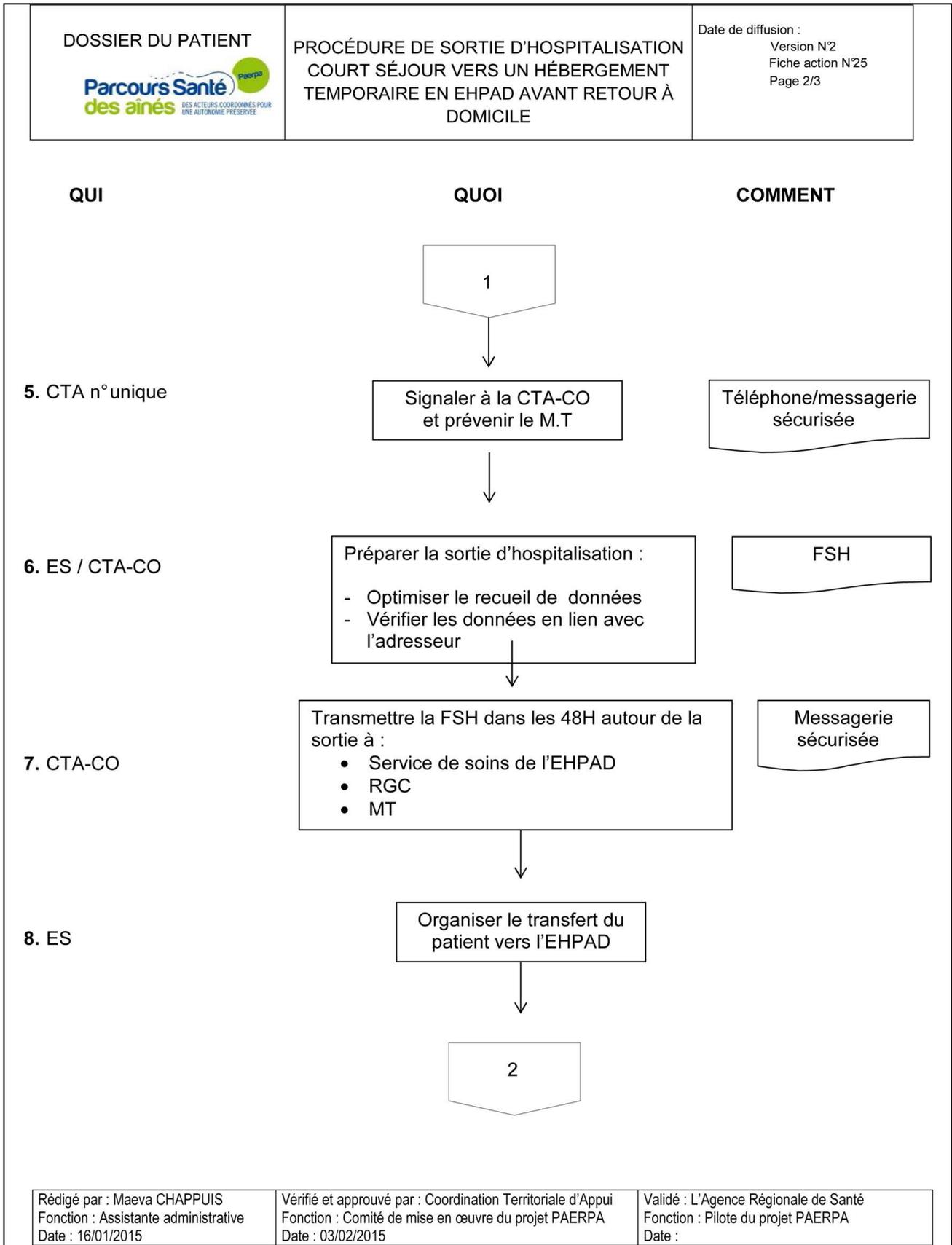
- J'accepte
  - Je n'accepte pas
- de bénéficiér de ce service**

*Date - signature*

**Annexe 10 - Procédure de sortie d'hospitalisation vers un hébergement temporaire en EHPAD (1/3)**



**Annexe 10 - Procédure de sortie d'hospitalisation vers un hébergement temporaire en EHPAD (2/3)**





UNIVERSITE DE LORRAINE  
2014/2015

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

## **MEMOIRE DE MEDECINE GENERALE**

**Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale**

Par

Claire Bertrand

Session avril 2015

**Sous la direction du Dr Eliane Abraham**

**« Parcours de soin et coordination ville-hôpital : le repérage et l'accompagnement des patients âgés à risque de réhospitalisation précoce permettent-ils de réduire le nombre de réhospitalisations non justifiées à 30 jours ? »**

.....Extrait :

### **A. Objectifs des interventions, lieux et moyens des interventions :**

#### 1. Objectifs : diminuer les réhospitalisations à 30 jours.

Dans la majorité des études l'objectif est de diminuer les réhospitalisations à 30 jours.

Parfois l'objectif peut être également de diminuer le recours aux urgences ou le risque de déclin fonctionnel.

Une revue de la littérature (méta-analyse) de 2002 (25), montre que le risque de réadmission est significativement diminué lorsqu'une intervention à lieu (Readmission Risk Ratio (RRR) 0.851; 95% CI, 0.760 to 0.953; p= 0.005; 35 essais).

#### 2. Lieux des interventions: plus efficace si elles ont lieu à l'hôpital et au domicile.

Les interventions uniquement hospitalières sont peu efficaces. Cette même méta-analyse de 2002 (25) montre que les interventions ayant lieu à la fois à l'hôpital et au domicile sont plus efficaces sur le risque de réadmission (RRR: 0.829;95% CI, 0.690 to 0.995; p= 0.045; 15 essais) que les interventions ayant lieu uniquement à l'hôpital (RRR 0.931; 95% CI, 0.795 to 1.091;p= 0.377; 6 essais) ou uniquement au domicile (RRR 0.795; 95% CI, 0.613 to 1.032; p= 0.085; 10 essais).

De même les interventions se déroulant par téléphone (RRR 0.919;95% CI, 0.446 to 1.893; p= 0.819; 3 essais) sont moins efficaces que les interventions ayant lieu à la fois à l'hôpital et au domicile.

Les interventions les plus efficaces sont donc celles ayant lieu à la fois à l'hôpital et au domicile du patient (25)(26).

#### 3. Moyen des interventions:

##### a. Elaboration d'un plan de sortie:

D'après une revue de la littérature de 2013 (27), un plan de sortie structuré et personnalisé permet de réduire la durée de séjour de 9% (différence moyenne pour la durée du séjour de -0,91, IC à 95%, entre -1,55 et -0,27, 10essais) et les taux de réadmission des patients âgés de 18% (Taux de réadmission, RR de 0,82, IC à 95%, entre 0,73 et 0,92, 12essais). L'effet est difficile à établir sur les coûts et le risque de décès.

b. Mise en place d'un « navigateur » :

Le plan de sortie est plus efficace lorsqu'il fait intervenir un «navigateur» (paramédical ou coordinateur de soins). Celui-ci contacte le patient à l'hôpital, assure la transition et le suit à domicile après la sortie (26).

Il s'agit de stratégie de coordination intervenant à la fois à l'hôpital et au domicile, avant et après la sortie du patient avec l'aide d'une personne dédiée.

Références :

25. Parker SG, Peet SM, McPherson A, Cannaby AM, Abrams K, Baker R, et al. A systematic review of discharge arrangements for older people. Health Technol Assess Winch Engl. 2002; 6(4):1-183.
26. Rennke S, Nguyen OK, Shoeb MH, Magan Y, Wachter RM, Ranji SR. Hospital-Initiated Transitional Care Interventions as a Patient Safety Strategy A Systematic Review. Ann Intern Med. 2013; 158(5\_Part\_2):433-40.
27. Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 1:CD000313.



## 9<sup>ème</sup> rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées

« Venez compléter votre boîte à outils ! »

Mardi 8 avril 2014

### 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 – 11h00 : Quoi de neuf pour les réseaux ? Actualités et évolutions récentes

- **Présentation des travaux de validation de la Grille SEGA-A**  
Dr Moustapha DRAME, Pôle Recherche et Innovations au CHU de Reims
- **Echanges/débat avec la salle**  
Modérateurs : Dr Eliane ABRAHAM et Dr Yves PASSADORI, référents du Groupe « Réseaux » de la SFGG

#### 11h00 – 11h30 : Retour d'utilisation de l'outil « PMSA- Réseaux » par les réseaux

11h30 - 11h45 : Pause

#### 11h45 – 12h30 : Retour d'expérience des réseaux sur des systèmes de communication interprofessionnels

- La Fiche de Sortie d'Hospitalisation en Lorraine  
Marie-Françoise JOB, Réseau Gérard Cuny
- Le Dossier de Coordination régional des Réseaux Poitou-Charentes  
Jean-Luc PEFFERKORN et Damien DAUGER, Réseaux gériatriques du Grand Poitiers et de la Vallée du Clain
- La Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication santé (PAACO)  
Maïa ETCHART, Réseau gériatrique Gaves et Bidouze

#### 12h30 - 13h00 : Echanges/débat avec la salle

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

13h00 - 14h15 : Déjeuner

#### 14h15 – 14h30 : Présentation du PPS de la HAS

Dr Céline DELECLUSE, Réseau de soins gériatriques Lille Hellemes Lomme

#### 14h30 – 15h30 : Relecture et appropriation du PPS de la HAS par les réseaux

Régions Rhône-Alpes, Bretagne, PACA, Languedoc-Roussillon

#### 15h30 – 15h45 : Présentation de la thèse « Suivi des recommandations faites par le réseau de soins gériatriques Lille-Hellemes-Lomme »- Dr Alice MARTIN, gériatre

#### 15h45 - 16h00 : Echanges/débat avec la salle

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

16h00 : Clôture de la journée



Accès au lieu de la rencontre,  
hébergement et transport à proximité :  
[www.seforex.fr](http://www.seforex.fr), rubrique « ESPACE SEFOREX LEVALLOIS »



Inscriptions, renseignements :

Mlle Fanny MENGEL  
03 83 45 84 90

[projet.reseaugcuny@orange.fr](mailto:projet.reseaugcuny@orange.fr)



Numéro de formateur SFGG : 11 75 360 22 75



Mardi 2 décembre 2014  
De 9h30 à 16h00

- PROGRAMME DE LA JOURNÉE -

# 10<sup>ème</sup> rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées

## « Venez compléter votre boîte à outils ! »



Espace Seforex  
97 rue Jean Jaurès  
92300 LEVALLOIS PERRET  
[www.seforex.fr](http://www.seforex.fr)

Inscriptions et renseignements :  
Mlle Julie LAURENT - Chargée de projets  
03.83.45.84.90 - [projet.reseaugcuny@orange.fr](mailto:projet.reseaugcuny@orange.fr)  
N° formateur SFGG - 11 75 360 22 75



### 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, Marraine du Groupe « Réseaux » de la SFGG

#### 10h15 - 12h15 : Autour du médicament

- Le programme Omage - Parcours
- Omage en ambulatoire
- Articulation pratique entre les dispositifs PMSA, Omage et la conciliation médicamenteuse en pharmacie d'officine

Pr Christine PERRET-GUILLAUME - service de gériatrie du CHU de Nancy

- Présentation de deux thèses :

« Contenu des armoires à pharmacie et analyse des interactions médicamenteuses »  
par les réseaux de santé gérontologiques du Nord Pas-de-Calais

Dr Alice PELISSET VANHERSECKE

« L'évaluation de la prescription médicamenteuse chez les aidants conjoints ou concubins de personnes âgées en risque de perte d'autonomie vivant à domicile »

Préparé par le Dr Frédéric PRALET - Présenté par le Dr Eliane ABRAHAM

- Echanges/débat avec la salle

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

### 12h15 - 13h30 : Déjeuner

#### 13h30 - 14h30 : Retours sur le projet PAERPA

Dr Eliane ABRAHAM, Groupe « Réseaux » de la SFGG

#### 14h30 - 15h00 : Echanges/débat avec la salle

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

#### 15h00 - 15h45 : Evolution politique des réseaux

Quel positionnement politique pour l'Union Nationale des Réseaux de Santé ?  
Quel rôle et quelle place pour les réseaux dans la loi sur l'autonomie des personnes âgées ?

Préparé par le Dr Gérard MICK de l'Union Nationale des Réseaux de Santé - Présenté par le Dr Eliane ABRAHAM

#### 15h45-16h00 : Echanges/débat avec la salle

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

### 16h00 : Clôture de la journée