

Equipe opérationnelle - 2011



Coordination d'appui

ACCUEIL INCLUSION



Sandrine ROUF,
Secrétaire



Joséphine LO RE,
Coordinatrice
administrative

EVALUATION COORDINATION SUIVI



Françoise ORSINI,
Médecin adjoint



Christine BEAUDART,
Médecin adjoint



Manuela DANTE,
Infirmière coordinatrice

SUPERVISION



Eliane ABRAHAM,
Médecin coordonnateur

Pilotage

DIRECTION PROJETS



Eliane ABRAHAM,
Médecin coordonnateur

DÉVELOPPEMENT PROJETS



Jérôme DECRION,
Chef de projets

SECRÉTARIAT



Joséphine LO RE,
Coordinatrice
administrative

Plateforme SSIAD

ACCUEIL INSTRUCTION



Françoise BAILLY
Médiatrice
Médico-sociale



Morgane AROLDI
Médiatrice
Médico-sociale

LOGISTIQUE DÉVELOPPEMENT



Jérôme DECRION,
Chef de projets

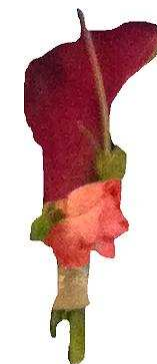
SUPERVISION



Eliane ABRAHAM,
Médecin coordonnateur



Assemblée Générale - Octobre 2011



Réseau Gérard Cuny :

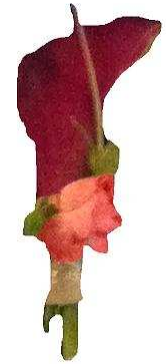
Réseau de santé personnes âgées
sur le territoire du Grand Nancy





Le RGC et ...

- 1) La coordination d'appui
- 2) Les relations partenariales
- 3) La filière gériatrique
- 4) Le groupe « réseaux » régional
- 5) Le groupe « réseaux » national
- 6) La plate-forme des SSIAD
- 7) L'évolution du réseau



La coordination d'appui :

Repérage - Evaluation - Anticipation -
Gradation - Partage d'informations





Circulaire DHOS/UNCAM du 15 mai 2007

référentiel national d'organisation des réseaux de santé « personnes âgées »

Objectifs opérationnels :

I. Assurer le **repérage** de la population répondant aux critères. Pour réaliser cette mission, le réseau doit disposer

- ⇒ Des informations recueillies par les équipes APA,
- ⇒ Des signalements effectués par les médecins traitants, les professionnels libéraux, les établissements de santé, les CCAS, les associations de service d'aide à domicile, les SSIAD...
- ⇒ Des signalements effectués par la personne âgée elle-même, l'entourage, la famille, les voisins ... »

2. Établir un plan personnalisé de soins (PPS) en équipe pluridisciplinaire

- ⇒ Assurer un **diagnostic** complet, médico-psycho-social : outil : l'**EGS**
- ⇒ Proposer le « **PPS** » le plus adapté
- ⇒ Apporter un **soutien** aux aidants et intervenants professionnels



Déroulement de l'EGS, tests utilisés

- Relevé des critères de fragilité (/20)
- Test psychométrique des 4-IADL, grille AGGIR
- Mode de vie (jour et nuit), ergonomie du domicile
- Fiche médicale : antécédents, suivis spécialisés, allergies, intolérances ...
- Traitement : prescrits/pris, facteurs d'observance
- Équilibre : « up and go » et test unipodal
- Évaluation douleur : échelle numérique simple, retentissement fonctionnel de la douleur
- Échelle de dépression mini-GDS
- Évaluation nutritionnelle : MNA, repérage de consommation d'alcool
- État cognitif : MMSE, horloge, 5 mots de Dubois
- Fardeau de l'aidant : mini-zarit
- note d'information patient à signer

= Diagnostic médico-psycho-social =



Indicateurs d'activité et de performance - année 2010

- Inclusions : 629, soient 52 /mois (+45%)
- Visites d'évaluation : 453 (+ 33 %)
- File active : 1605 personnes (+ 28 %)
(Effectif annoncé dans le dossier promoteur : 1000 , donc + 165 %)
- Délai moyen d'intervention : 29 jours
(urgences : 34 personnes ont été évaluées dans un délai < à 3jours)
- Nombres d'actes par personne sur l'année : 22
(Dans 92 situations, le réseau est intervenu plus de 50 fois)

Repérage (2010)

Origine de l'alerte	2010	2009
Professionnels libéraux	27 %	28.3 %
Entourage personnel	24 %	27.4 %
Secteur médico-social (hors CLIC - APA)	17.3 %	19.1 %
CLIC - APA	6.2 %	7.8 %
Etablissements de santé	23.8 %	16.8 %
SSIAD	1.6 %	0.5 %



Indicateurs de résultats (2010)

1. MAD à domicile après un an de suivi : 47,8%

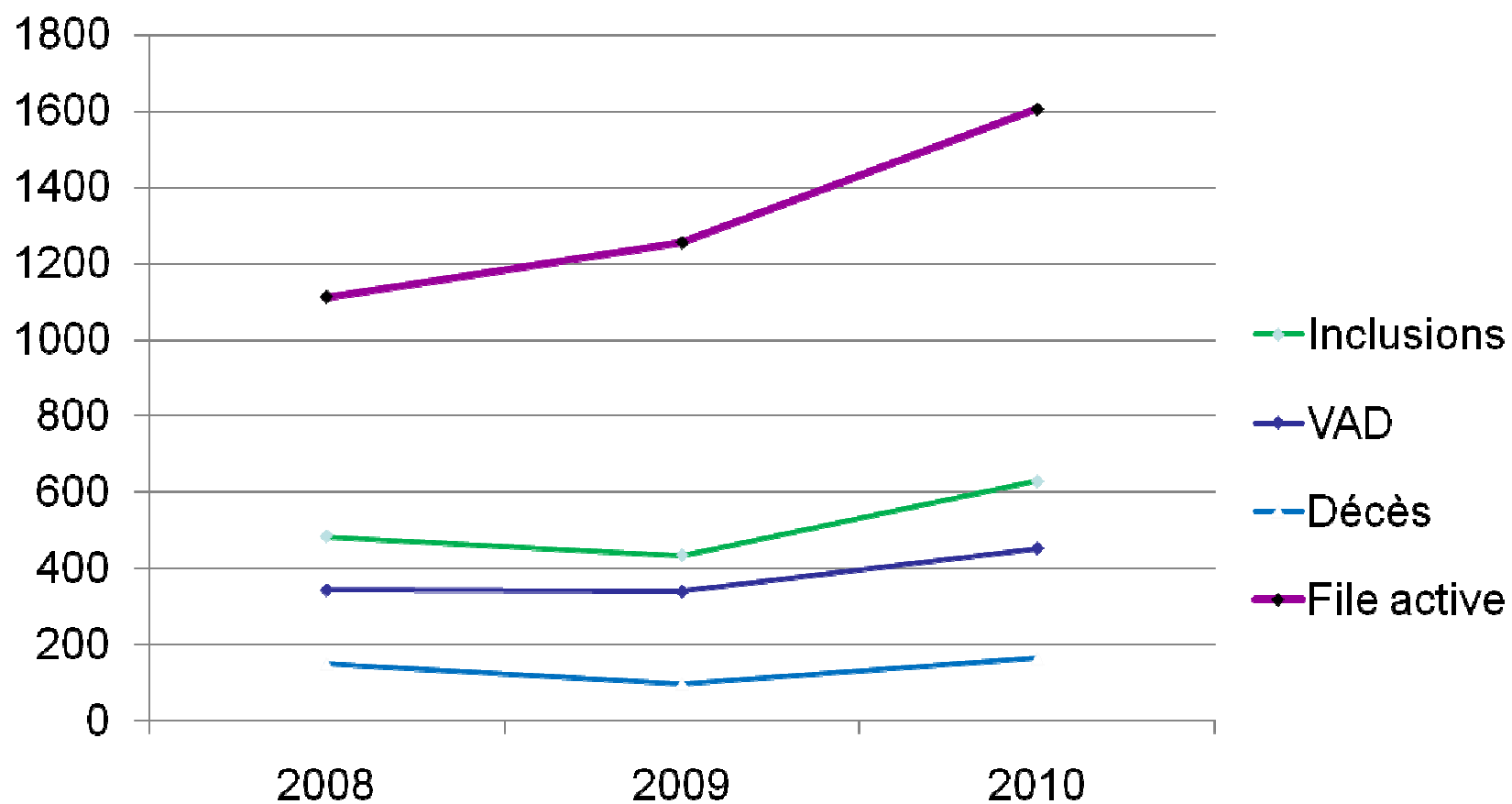
2. Institutionnalisations en 2009 : 11,2 %

3. Décès : 164

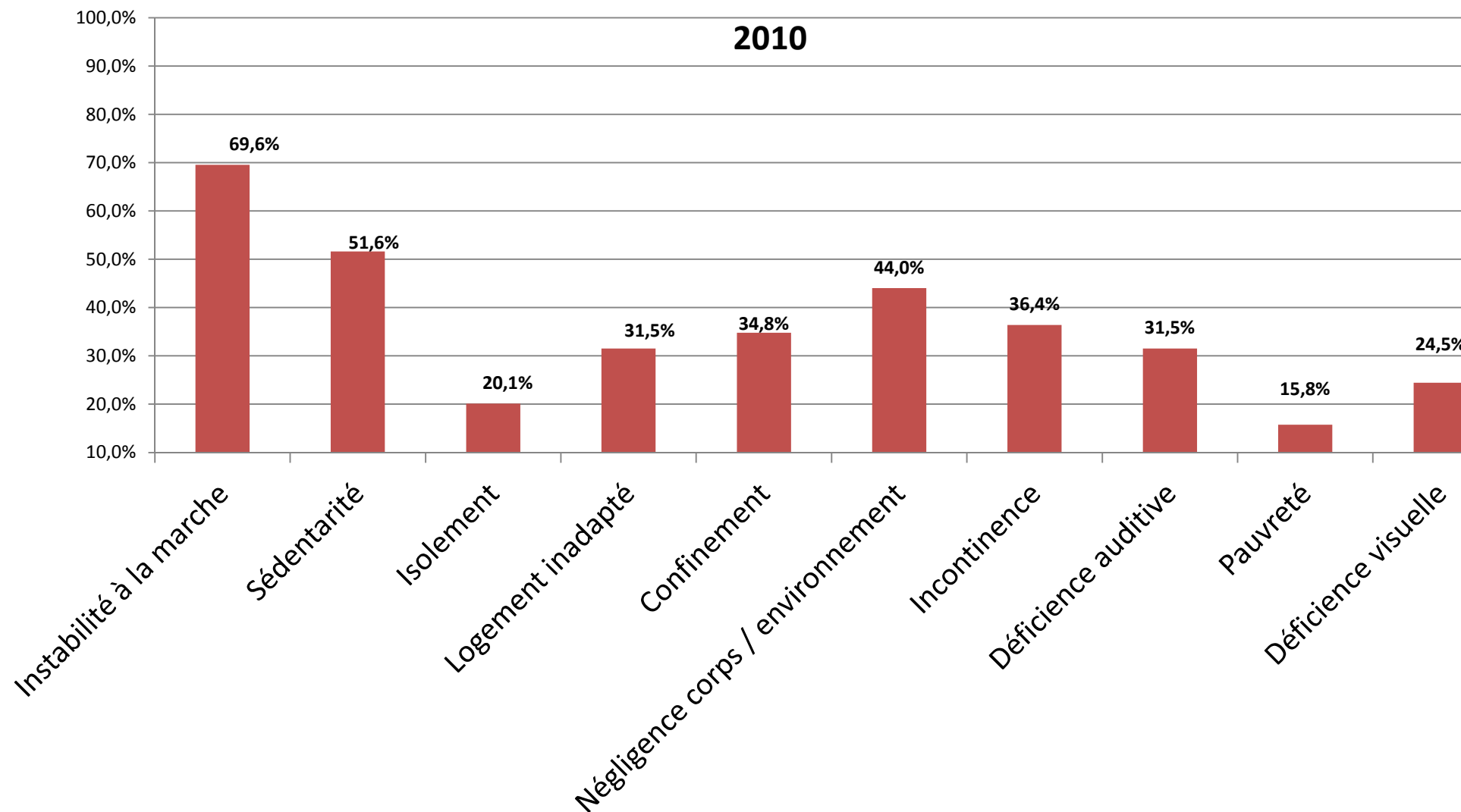
- Dont décès à domicile : 43.3%
- Dont décès à l'hôpital : 56.7 %

A titre de comparaison, au niveau national, 28 % des personnes âgées terminent leur vie à domicile (*source : INSERM / IGAS : « La mort à l'hôpital », article publié dans « Le Monde » le 23 février 2010 annonçant la création de l'Observatoire national de fin de vie*).

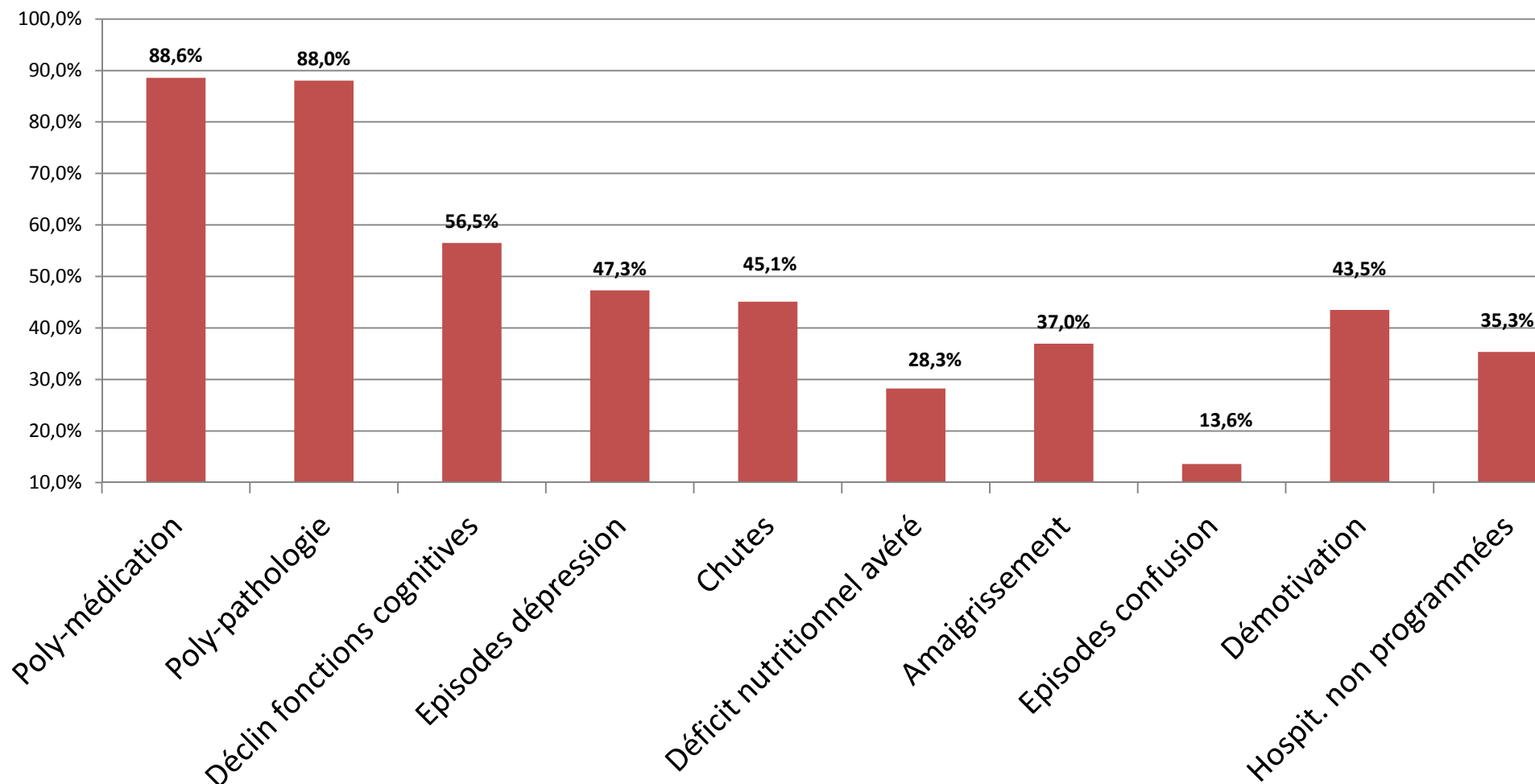
Synthèse (2008-2009-2010)



Critères de fragilité des personnes incluses dans le réseau



2010



- Critères de fragilité :

	2008	2010
Critères de fragilité (Nombre sur 20 possibles)	Moyenne = 7,6 Médiane = 7	Moyenne = 10,8 Médiane = 11

- Fonctions cognitives :

	2008	2010
MMSE Proportions des PA dépistées avec un score critique : ≤ 25	58.0 %	59.0 %

- Risque de chutes : 2/3 des personnes évaluées

- Evaluation de l'humeur :

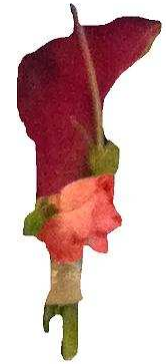
	2008	2010
Mini-GDS Proportions des PA dépistées avec un score critique : > 0	61.3 %	62.3 %

- Evaluation nutritionnelle :

	2008	2010
MNA Proportions des PA dépistées avec un score critique : ≤ 17	46.0 %	15.8 %

- Evaluation de la dépendance:

	2008	2010
Moyenne des GIR (sur 6) 2008 : grille AGGIR 2010 : grille new AGGIR	4.5	4.4



Les relations partenariales





MT - Groupes de travail

- Demande systématique du mode relationnel avec le MT
- Groupes de travail :
 - Éthique et bientraitance
 - SAD/SSIAD/CDOI 54
 - Plaquette « violette »
 - Réflexion pluridisciplinaire sur les situations extrêmes de MAD
 - A venir : travail autour de la plaquette alcool (Pr Paille)
 - RTGN
 - Plate forme SSIAD



Rencontres régulières avec les équipes

- CCAS Nancy
- CPN, service de géro-psycho-geriatrie
- Hôpital de jour – MHSC
- APA – CG 54
- Gestionnaires de cas – MAIA 54
- Assistantes sociales – CHU



Rencontres de nouvelles structures, visites de locaux

- Aides à domicile
- Infirmières libérales
- Ergothérapeutes libérales
- EHPAD
- CHU : UCC, PUOG



Accueil de stagiaires

- Internes en médecine générale : entrée dans un SASPASS
- Elèves IDE
- DIU accompagnement médico-social MA et apparentées



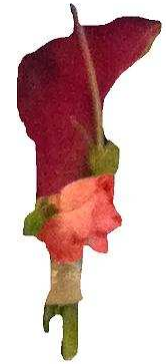
Travaux de recherche

- Thèses :
 - (Dr) Poupon : chirurgie dentaire : « L'état bucco-dentaire de la personne âgée et ses répercussions sur la nutrition ».
 - (Dr) Petitdemange : alcool
 - Dr Durand : suicide et fonctions exécutives
- Mémoire(s) :
 - Dr Petitdemange : repérage précoce du mésusage d'alcool chez les personnes âgées et intérêt de l'intervention brève.
 - En cours : portage des repas, liens avec les MT



Interventions

- Mars 2010 : Droit et sexualité
- Médecins traitants :
 - liens EHPAD/Hôp de jour
 - Loi Léonetti, information du patient
 - Présentation du réseau (médecins remplaçants)
- IFSI, IRTS, Internes urgence, Assistants de soins en gériatrie, DIU de gériatrie (Strasbourg), Faculté de chirurgie dentaire, Capacité de gériatrie, DESC médecine d'urgence
- Inter réseaux :
 - REGECA (Cézanne) : démarche de réseau
 - Lunéville, Bar le Duc, St Nicolas de Port, Nancy : troubles visuels



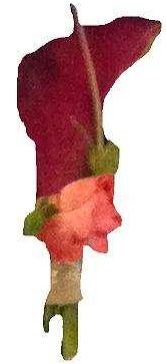
La filière gériatrique





Liens avec l'hôpital

- Travail en amont et en aval des hospitalisations (SAU, Services d'hospitalisation) : court, moyen, long séjour - EHPAD
- Liens avec les hôpitaux de jour
- Fiche Urgence Lorraine
- *A venir, travail accentué autour de :*
 - Sorties d'hospitalisation
 - Soins ambulatoires



Le groupe « réseaux » régional





FOCUS :

Prévalence de la consommation d'alcool chez les personnes prises en charge dans les réseaux de santé PA en Lorraine

étude transversale sur 1200 cas
Thèse : A. Petitdemange

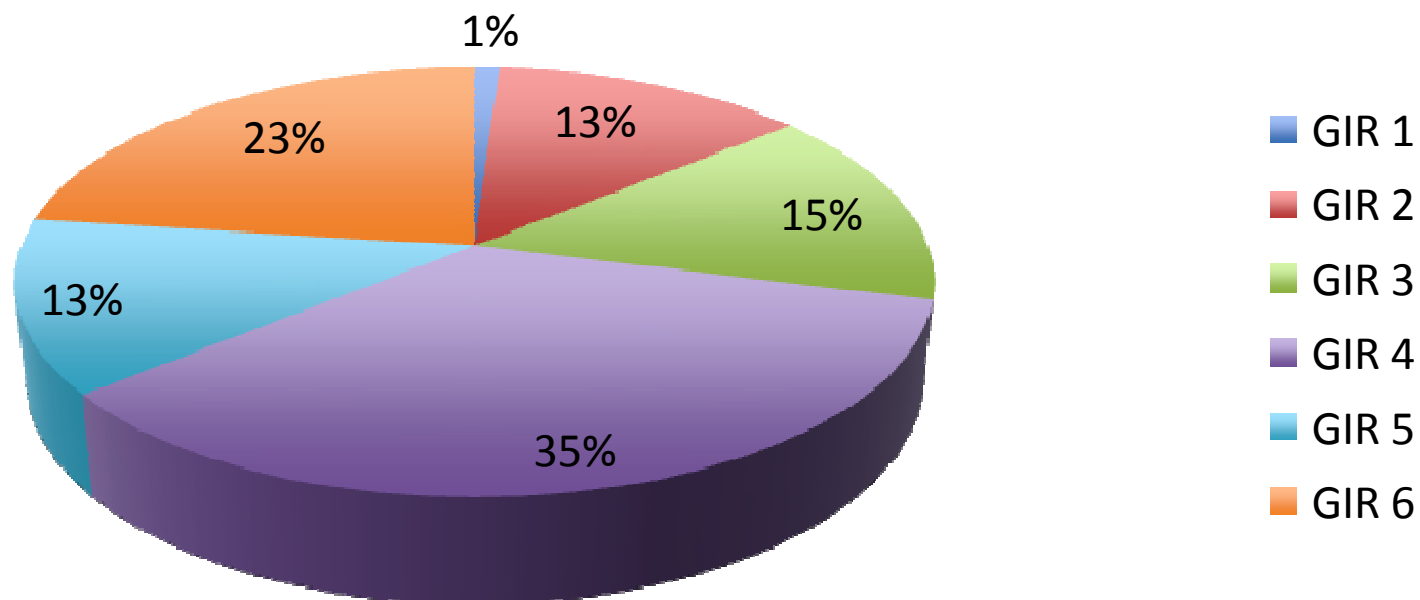


Caractéristiques de la population lorraine incluse en réseau de santé PA (n = 1200)

- Age, sexe, situation matrimoniale:
 - Age moyen : 80,7 ans +/- 7,6
 - Femme : 65,5% (N= 814)
 - Situation matrimoniale : 57,1 % (N=531) vivent seuls
- MMSE :
 - Moyenne du MMSE : 21 +/- 6,8

Caractéristiques de la population lorraine incluse en réseau de santé PA (n = 1200)

Répartition par groupes iso-ressources (GIR)

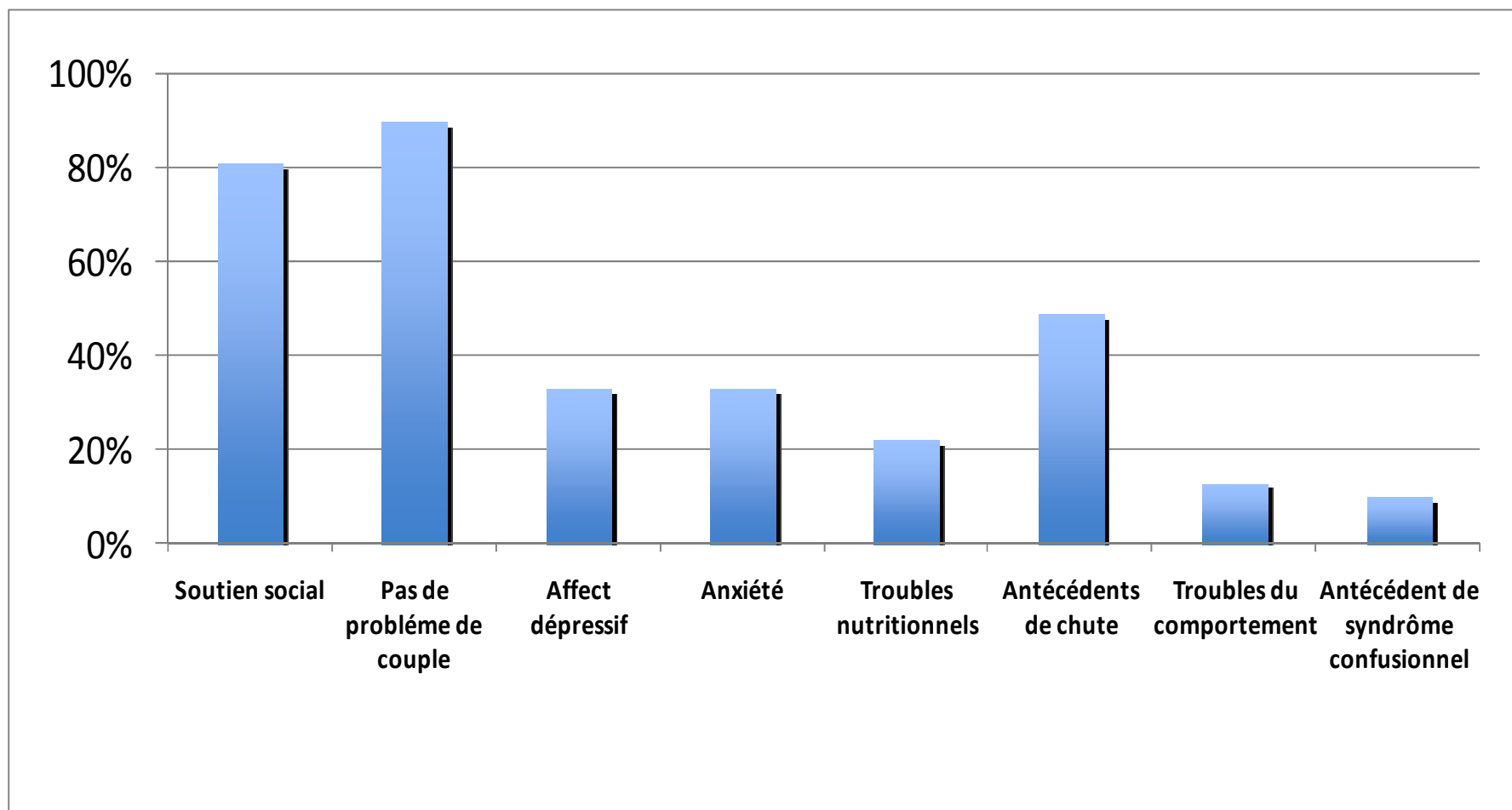




Caractéristiques de la population lorraine incluse en réseau de santé PA (n = 1200)

- Catégories socio-professionnelles :
 - Ouvriers 38,9%
 - Employés 29,1%
 - Cadres et professions intellectuelles 12,3%
 - Artisans, commerçants 9,2%
 - Agriculteurs 6%
 - Professions intermédiaires 4,4%

Caractéristiques de la population lorraine incluse en réseau de santé PA (n = 1200)





Les consommateurs et les non consommateurs

- **2/3 ne consomment pas d'alcool (N=824):**
 - 27% sont des hommes et 73% sont des femmes
- **1/3 consomme (N=257):**
 - 50% des consommateurs sont des femmes (N=207)
 - Une consommation quotidienne est retrouvée chez 20,3% (n=257)
 - Parmi les consommateurs 13,6% ont un mésusage selon les seuils retenus par l'OMS
 - La consommation moyenne est de 10 verres par semaines (Max : 98 v/s)
- **Une différence significative du MMSE (p=0,018):**
 - Non consommateurs : moyenne de 20,7
 - Consommateurs : moyenne de 21,8

PA fragile et alcool

- Des données concordantes avec la littérature :
 - Sexe masculin
 - Soutien de l'entourage moins satisfaisant
 - Troubles du comportement
 - Troubles nutritionnels
- Des données citées dans la littérature, non confirmées par notre étude :
 - Difficultés dans la gestion de la vie quotidienne
 - Troubles de l'humeur, anxiété, affects dépressifs
 - Troubles mnésiques
 - Confusion mentale
 - Chutes répétées, accidents ou fractures

Vade-mecum destiné à l'entourage



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

1 J'observe

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

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

2 J'y pense

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

Par exemple :

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

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

3 J'en parle

De façon adaptée selon la fonction que l'occupe.

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

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

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

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

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

> Comment en parler ?

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

Quelques pistes :

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

> À qui transmettre ?

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

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

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

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

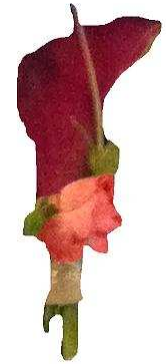
Ces situations à risque peuvent être les suivantes :

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

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



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



Le groupe « réseaux » national





Modèle : groupe de travail

- Rassembler les réseaux gérontologiques, les fédérations et regroupements de réseaux de santé PA sous l'égide de la société savante
- Apprendre à se (re)connaître
- Mener une réflexion commune sur les moyens et outils de prise en soins des personnes âgées fragiles
- Harmoniser les pratiques ...
- ... Définir des référentiels de bonne pratique par la suite



Modèle : groupe de travail

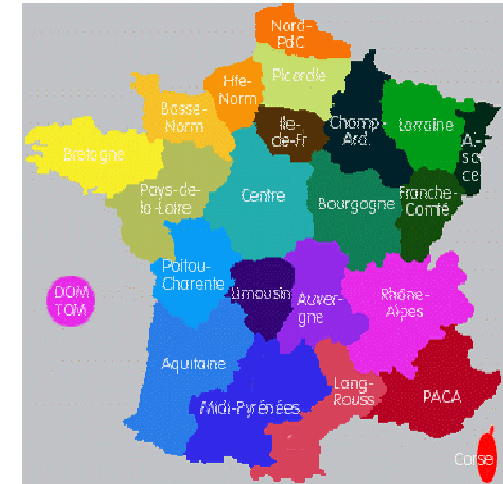
- Développer des réflexions de santé publique et scientifiques autour des réseaux de santé PA
- Créer un espace de dialogue indépendant entre les réseaux de santé PA, pour permettre :
 - une interface de communication avec les instances nationales
 - Réfléchir à l'amélioration des relations partenariales (ville-hôpital, libéraux, EHPAD, ordres professionnels, tutelles, collectivités territoriales ...)

Rencontres nationales

« De l'Evaluation Gérontologique Standardisée au Plan Personnalisé de Santé » : 8 octobre 2010

« Les réseaux de santé Personnes Agées au cœur des évolutions actuelles » : 24 mai 2011

« L'éducation thérapeutique en réseaux de santé Personnes Agées » : 29 novembre 2011



...45 à 50 réseaux participant
de plus de 16 régions françaises...

Et au quotidien, création d'un canal d'échanges fermé (emails)
(Partage d'infos : actualités, recherche, conseils, échanges ...)

Enquête nationale (67 % des réseaux)

Missions « Coordination d'appui »

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

Enquête nationale (67 % des réseaux)

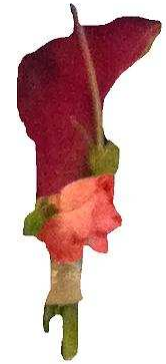
Missions dites « de pilotage »

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

Comité de Liaison national « Réseaux de santé PA »



- Promouvoir les réseaux de santé PA
- Représenter les réseaux de santé PA au sein d'instances et de groupes de travail (ASIP santé)
- Développer une réflexion commune
- Dialoguer avec les pouvoirs publics : DGOS, CNSA
- Echanger des informations, documentations et pratiques : CPOM, Indicateurs d'activités
- Créer des outils communs
- Mener des actions communes de communication, sensibilisation, promotion des réseaux



La plate-forme des SSIAD

(avril 2010)





Caractéristiques des personnes signalées

- Nombre de signalements : $n = 364$ dont 22 hors critères d'inclusion pour un SSIAD
- Nombre d'inclusions : $n = 340$ inclusions pour 342 dossiers instruits (2 ré-inclusions)

Age moyen ($n=340$)	86 ans
Répartition hommes / femmes ($n=340$)	Femmes : 65 % Hommes : 35 %
Répartition des motifs d'appels (Plusieurs motifs possibles) ($n=342$)	Aggravation de la dépendance : 72 % Sortie d'hospitalisation : 52 % Crise aigüe : 6 %
Répartition de la localisation de la personne entre domicile / établissement ($n=342$)	Domicile : 58 % Etablissement : 42 %



Description des décisions d'orientation

➤ **Caractéristiques :**

- **2 /3** des demandes = prises en charge effective en SSIAD
- presque 1 **demande sur 5** : orientation hors SSIAD
 - ↔ rôle essentiel de réorientation vers les partenaires, et suivi

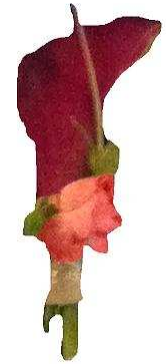
➤ **Plus-values de la PF** : gain de temps pour l'appelant

- assouplissement de la sectorisation
 - mise en place d'un numéro unique d'appel
 - respect des critères d'inclusion en SSIAD
-



Procédures mises en place pour garantir la qualité du dispositif

- > **Suivi des évènements indésirables** et des solutions apportées
 - > **Suivi interne du travail de la plateforme** : réunions de supervision
 - > **Réunions inter-SSIAD** : réunions de concertation régulières
 - > **Développement d'un logiciel partagé avec les SSIAD** : « Attentum SSIAD » : saisie des données patients, envoi des dossiers instruits aux SSIAD, édition en temps réel d'un état des occupations des places, édition de statistiques d'activité
 - > **Evaluation en continu de la PF**
-



L'évolution du réseau



I) RESEAU TERRITORIAL DU GRAND NANCY

2) GROUPE D'APPUI ET D'ACCOMPAGNEMENT
DES RESEAUX TERRITORIAUX

Dr Jean-Paul SCHLITTER – Secrétaire du RGC
17/10/2011

RESEAU TERRITORIAL DU GRAND NANCY(RTGN)

- 5 réunions depuis MAI 2011
- But : élaborer le socle du futur réseau territorial du GRAND NANCY
- Quelques points actés :
 - la construction du futur RTGN doit se faire avec l'adhésion volontaire des réseaux existants
 - Désignations de référents au sein du groupe d'appui ARS :
Dr Abraham et Dr Schlitter
 - Objectif du réseau territorial : améliorer la prise en charge des pathologies complexes en lien étroit avec le médecin traitant, leur repérage d'abord puis leur suivi

GROUPE D'APPUI ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RESEAUX TERRITORIAUX : ARS

- Pour rappel : ce groupe est composé d'un référent des réseaux de proximité par territoire, des animateurs territoriaux de l'ARS, d'invités différents selon le thème abordé.
- Objectif : travailler en groupe restreint en vue de la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'ARS et les nouveaux réseaux territoriaux (JUIN 2012 dernier délai)

GROUPE D'APPUI ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RESEAUX TERRITORIAUX : ARS (1/2)

1^o rencontre : 8/9/2011 : Présentation (Dr MORVAN)

- Réseaux de santé territoriaux se situent dans le volet ambulatoire du SROS (entre autres)
- Missions obligatoires des réseaux territoriaux :
 - favoriser le maintien à domicile
 - coordonner l'offre d'ETP sur le territoire
 - intégrer les soins palliatifs et l'addictologie
 - articuler les réseaux territoriaux avec les réseaux régionaux

GROUPE D'APPUI ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RESEAUX TERRITORIAUX : ARS (2/2)

- Etat des lieux dans les 18 territoires de santé de proximité (TSP)
- Pour TSP 16 : Territoire de Nancy et agglomération
 - Projet du RTGN rassemblant 7 des 9 réseaux présents sur le territoire (sauf ICALOR et LORSEP) avec réunions effectives depuis Mai 2011.

GROUPE D'APPUI ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RESEAUX TERRITORIAUX : ARS

2^{ème} rencontre Jeudi 27 Octobre 2011: Ecriture du projet de réseaux sur chaque territoire

3^{ème} rencontre Jeudi 24 Novembre 2011 : Missions obligatoires des réseaux territoriaux

4^{ème} rencontre Jeudi 15 Décembre 2011 : Communication et relations partenariales

5^{ème} rencontre Jeudi 26 Janvier 2012 : Aspects juridiques et financiers de la construction des réseaux territoriaux

GROUPE D'APPUI ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RESEAUX TERRITORIAUX : ARS

6^{ème} rencontre Jeudi 1^{er} Mars 2012

→ Modalités d'inclusion du patient dans le réseau territorial, en relation avec les médecins traitants

→ Dossier patient et systèmes d'information

7^{ème} rencontre Jeudi 29 Mars 2012 :

→ démarche qualité des réseaux territoriaux, articulation avec les professionnels libéraux

→ construction de l'évaluation : indicateurs d'activité par an, CPOM

8^{ème} rencontre Jeudi 26 Avril 2012 : lien ville-hôpital

Merci pour tout ...

Coordination d'appui

ACCUEIL INCLUSION



Sandrine ROUF,
Secrétaire



Joséphine LO RE,
Coordinatrice
administrative

EVALUATION COORDINATION SUIVI



Françoise ORSINI,
Médecin adjoint



Christine BEAUDART,
Médecin adjoint



Manuela DANTE,
Infirmière coordinatrice

SUPERVISION



Eliane ABRAHAM,
Médecin coordonnateur

Pilotage

DIRECTION PROJETS



Eliane ABRAHAM,
Médecin coordonnateur

DÉVELOPPEMENT PROJETS



Jérôme DECRION,
Chef de projets

SECRÉTARIAT



Joséphine LO RE,
Coordinatrice
administrative

Plateforme SSIAD

ACCUEIL INSTRUCTION



Françoise BAILLY
Médiatrice
Médico-sociale



Morgane AROLDI
Médiatrice
Médico-sociale

LOGISTIQUE DÉVELOPPEMENT



Jérôme DECRION,
Chef de projets

SUPERVISION



Eliane ABRAHAM,
Médecin coordonnateur

RESEAU GERARD CUNY

13/15 Bd Joffre – J – 54 000 NANCY

www.reseaugcuny.fr

docteur@reseaugcuny.fr

03.83.45.84.90