

**ASSOCIATION GERIATRIQUE DE L'EST PARISIEN**  
Réseau pour la prise en charge des personnes âgées en ville



Tous les professionnels autour de la personne âgée et de sa famille  
Bureau : 2, Rue Plichon 75011 Paris { 01 46 36 08 12  
Email : agep@wanadoo.fr

## PROJET MIGAC

**Articulation sur le territoire 75-2 sud**  
**Hôpitaux Universitaires Paris Est - Réseau de santé**  
**géronologique**

### ACTEURS DU DISPOSITIF :

- Hôpitaux Universitaires de Paris Est :
  - Unités de Gériatrie Aiguë
  - Équipe Mobile Gériatrique
  - Soins de Suite et Réadaptation gériatriques
  - Services d'Accueil des Urgences
- Réseau de santé AGEP

### BENEFICIAIRES DU DISPOSITIF :

Les personnes âgées de 75 ans ou plus et/ou présentant des troubles cognitifs, résidents dans les 11ème, 12ème, 19ème ou 20ème arrondissements.

- Arrivées aux urgences, ne justifiant pas une prise en charge hospitalière mais dont l'évaluation révèle une fragilité médico-psycho-sociale non urgente: quelques troubles cognitifs, arrivées aux urgences itératives, stigmates d'isolement social, critères de malnutrition, hygiène précaire, absence de référent médical connu, chutes, etc.

- Hospitalisées, dont l'isolement social rend difficile la mise en œuvre du retour à domicile (absence de référent, documents non disponibles, nécessité d'un accompagnement de la sortie...).

## **OBJECTIFS:**

- Assurer la continuité et la cohérence de la prise en charge pluridisciplinaire des patients dans leur parcours de soins hôpital-ville et ville-hôpital, par une communication et une collaboration accrue entre les différents partenaires.
- Éviter les hospitalisations pour raisons sociales en consolidant l'ancrage des patients dans le réseau médico-social du territoire.
- Réduire la durée des séjours hospitaliers par une organisation conjointe des sorties d'hospitalisations.
- Favoriser le maintien au domicile, par une adaptation de la prestation de soins et de services au plus près des besoins évalués.
- Contractualiser le partenariat pour permettre une visibilité plus large de la collaboration entre la ville et les hôpitaux tant auprès des professionnels hospitaliers que des libéraux ainsi qu'en direction de la population du territoire.

## **MOYENS :**

- Élaboration d'outils de communication :
  - Fiche de signalement au réseau.
  - Fiche de synthèse patient.
- Mobilisation des partenariats locaux multi-professionnels.
- Activation de la filière gériatrique du 75-2
- Inclusion de patients dans la MAIA du 20ème arrondissement dans le cadre de la gestion de cas.
- Travail collaboratif entre les professionnels hospitaliers et les professionnels du réseau

## **QUELLE DEMARCHE :**

### Dans tous les cas :

- Mobilisation du réseau AGEPI à partir des constatations effectuées par l'équipe hospitalière par le biais de la fiche de signalement.
- Retour d'information aux services hospitaliers et aux Urgences des constats faits à domicile et des actions mises en place par le biais de la fiche de synthèse patient.

Dans le cadre des patients présentant une fragilité médico-psycho-sociale non urgente, ne relevant pas d'une prise en charge hospitalière :

- Évaluation pluridisciplinaire par le réseau au domicile, en fonction des éléments signalés par les services hospitaliers.
- Élaboration, mise en place et suivi du plan d'aide grâce aux partenariats locaux.

Dans le cadre de la mise en œuvre du retour à domicile :

- Poursuite et suivi des démarches sociales débutées en hospitalisation (finalisation des dossiers de financement, démarches de protection juridique, suivi de la mise en place et de l'efficacité du plan d'aide).
- Début de la prise en charge d'aval précoce, avec prise de contact des aidants au cours de l'hospitalisation et accompagnement du retour à domicile depuis l'hôpital (meilleure acceptation des aides, réinsertion au domicile favorisée).

## **CONCLUSION :**

S'il existe actuellement des actions de collaboration (sorties d'hôpital organisées par AGEF dans des délais qui diminuent la durée d'hospitalisation, signalements au réseau par les services sociaux des urgences ou l'antenne mobile gériatrique de situations de fragilité qui sont évaluées à domicile), elles ne sont pas formalisées et elles restent peu étendues.

L'inscription de ce projet dans le cadre du MIGAC doit permettre une formalisation, une évaluation et un développement de cette collaboration ainsi qu'une visibilité accrue auprès des différents acteurs du territoire : professionnels institutionnels ou libéraux, professionnels hospitaliers et population du territoire.

# **Demande de subvention**

**MIGAC**

**Centre Hospitalier de Versailles**

**Réseau EPSILON**

**Octobre 2010**

Le présent document est élaboré afin de mettre en avant la volonté de développer les liens existants entre le secteur de la Ville et celui de l'Hôpital, ainsi que les actions possibles en ce sens. Ce projet se développe sur le territoire du Grand Versailles.

## **I – LE CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES**

En 2009 le Centre Hospitalier de Versailles a pris en charge en 58 843 personnes dans le cadre de son service d'accueil des urgences (SAU) dont 6703 personnes âgées de plus de 75 ans.

Le CHV met en avant, d'une part, un besoin réel d'accompagnement des patients dans la préparation des sorties, et d'autre part, la nécessité de développer des actions de prévention et d'évaluation auprès des personnes âgées pour éviter certaines hospitalisations ou pour en améliorer les conditions.

Ainsi le CHV a notamment développé en interne une Equipe Mobile de Soins Palliatifs et une Equipe Mobile de Gériatrie, le CHV dispose, entre autres, d'un Court Séjour Gériatrique et d'un service d'Hémo-Oncologie.

Le CHV est établissement support de la filière gériatrique conjointement avec la Clinique Médicale de la Porte Verte, la filière a obtenu sa labellisation. Cette filière est opérationnelle et a pour but l'optimisation du parcours de soins. Concernant les patients âgés fragiles au domicile ses missions sont mises en œuvre en étroite collaboration avec le réseau EPSILON ; Sur le plan médico-social le CHV siège au conseil d'administration du CLIC COGITEY et en anime en alternance le comité technique.

Des synergies fortes et des collaborations étroites existent entre ces différentes structures permettant d'améliorer les prises en charge des patients âgés en situation de vulnérabilité (i.e sortie d'hôpital, situations déstabilisées au domicile). Le réseau EPSILON est intégré à ce dispositif.

## **II – LE RESEAU DE SANTE EPSILON**

Le réseau de santé EPSILON intervient auprès des patients en soins palliatifs ou soins de support pour promouvoir leur maintien à domicile. Par ailleurs, depuis mai 2010, il s'investit auprès des personnes âgées pour favoriser leur autonomie et/ou retarder le passage à la dépendance, les accompagner dans l'organisation du maintien dans leur lieu de vie, éviter les décompensations brutales.

Cette intervention du réseau ne peut avoir lieu qu'avec l'accord du patient (ou son entourage, sa personne de confiance) et celui de son médecin traitant.

Pour optimiser cette organisation, le réseau de santé EPSILON assure la coordination entre les différents intervenants autour du patient, qu'ils soient du secteur de la Ville ou de l'Hôpital. Médecin, infirmiers, psychologue du réseau accompagnent le patient et son entourage en proposant, en fonction des besoins et/ou demandes, l'intervention de professionnels de santé libéraux, d'auxiliaires de vie, l'implication d'un bénévole, la mise en place de matériels spécifiques, etc. Le réseau assure un suivi du patient par des contacts téléphoniques, des visites régulières et/ou des réunions de coordination suivant les besoins. Un lien est, par ailleurs, assuré avec les différentes structures locales impliquées dans la prise en charge comme les coordinations gérontologiques locales.

## II- LE DEVELOPPEMENT DES LIENS ENTRE LA VILLE ET L'HOPITAL

Le Centre Hospitalier de Versailles et le réseau de santé EPSILON éprouvent le besoin de poursuivre le développement des liens entre la Ville et l'Hôpital, sur le territoire du Grand Versailles.

Ainsi, ils proposent d'accentuer leur travail en commun afin de :

- préparer et organiser les sorties d'hôpital
- limiter ou éviter les hospitalisations

### 1. Préparer ou organiser les sorties d'hôpital

La préparation de la sortie de l'hôpital est indispensable pour que le patient puisse rentrer à domicile dans un environnement en cohérence avec ses besoins médicaux. Cette démarche aura un double impact, celui de favoriser le bien-être du patient et celui d'éviter une ré-hospitalisation en urgence.

Pour ce faire, le réseau de santé et l'hôpital doivent travailler en étroite collaboration et en anticipant au maximum les actions à mettre en œuvre.

Ainsi,

- pour les patients déjà connus par le réseau avant l'hospitalisation, ce dernier aura transmis à l'hôpital les informations nécessaires pour optimiser la prise en charge. Lors de la préparation de la sortie, des nouvelles seront transmises aussi souvent que nécessaire par l'hôpital au réseau. Ces transmissions pourront se faire par téléphone ou dans le cadre d'une réunion suivant les besoins. Dès qu'une date de sortie est prévue, l'organisation du retour à domicile se fera par les équipes.
- pour les patients en situation de fragilité ou requérant un plan de soins et non connus par le réseau, l'hôpital prendra contact dès que la sortie est envisagée afin d'organiser une rencontre et une réunion d'inclusion. L'inclusion nécessite l'accord du médecin traitant.

### 2. Limiter ou éviter les hospitalisations

- a – en communiquant davantage avec les médecins traitants

Dans le cadre de ses missions, le réseau de santé EPSILON travaille en étroite collaboration avec les médecins traitants, notamment pour les patients en soins palliatifs ou de support. Un travail de communication a déjà été réalisé pour informer les médecins de l'ouverture du réseau à la gériatrie mais tous n'ont pas encore le réflexe de solliciter EPSILON. Il semble donc indispensable d'aller rencontrer ces médecins, leur expliquer les démarches réalisables par le réseau pour rendre le maintien à domicile possible, éviter les hospitalisations et anticiper les situations de crise; cette rencontre permettra aussi d'insister sur les possibilités de suivi du patient et d'accompagnement dans la réflexion relative à sa prise en charge globale.

Cette action de communication sensibilisera donc les médecins et favorisera une prise en charge en amont du patient par le réseau. Notamment pour les personnes âgées, cette prise en charge reposera sur une évaluation gériatrique favorisant une prise en charge anticipée des

syndromes gériatriques (chutes, dénutrition, troubles cognitifs etc..). Ces évaluations seront réalisées en lien direct avec la Filière Gériatrique.

b – en développant la coordination

Au-delà de cette communication, il est indispensable que les patients et les personnes âgées puissent avoir un suivi régulier et qu'elles sentent une cohérence entre leurs différents interlocuteurs. Dans ce sens, il est nécessaire d'assurer une coordination précise et régulière autour de chaque patient, et d'en référer à son médecin traitant en fonction de l'évolution de la situation.

c – en développant la prévention

Le réseau de santé EPSILON peut, de par ses missions, développer la prévention auprès des patients.

- prévention des chutes chez les personnes âgées sous la forme d'ateliers
- prévention des escarres
- prévention de la iatrogénie médicamenteuse (en amont et en aval d'une hospitalisation)

### **III – MISE EN ŒUVRE DE CE DEVELOPPEMENT**

Le développement des liens entre la Ville et l'Hôpital ne pourra être effectif qu'avec un renforcement de l'équipe infirmière. En effet, le réseau de santé EPSILON favorise déjà au quotidien un travail en partenariat mais ne peut optimiser ces démarches faute de temps. En conséquence, la prévention, l'anticipation et la préparation des sorties d'hôpital sont parfois rendues complexes.

La présente demande permettra donc de s'appuyer sur les fondements existants, de les valoriser et de les développer pour instaurer un mode de fonctionnement optimal qui pourra, à moyen terme, devenir un processus courant.

Le Centre Hospitalier de Versailles et le réseau de santé EPSILON s'associent donc pour formuler la demande de mise à disposition d'une infirmière à temps plein, pour une durée de un an.

## Projet de plate-forme de coordination ville-hôpital du territoire 94-2

*Il s'agit d'un projet destiné à favoriser l'accès aux soins des patients âgés par la mise en place d'une plate-forme de coordination rassemblant les établissements de santé, les établissements médico-sociaux, et l'ensemble des partenaires de santé et du médico-social impliqués dans la prise en charge au domicile.*

*Le lien serait fait par une équipe médico-sociale de coordination accessible 24 heures sur 24 à un numéro de téléphone unique.*

### **1.- Position du problème**

Le territoire de santé 94-2 est un territoire comptant en 2010 : 419 990 habitants dont environ **30 613 sujets âgés de 75 ans et plus.**

**Le territoire est plutôt défavorisé sur le plan économique** (81% des bénéficiaires de l'APA touchent, du fait de faibles revenus, un taux supérieur à 50% de l'allocation maximum).

L'ORS prévoit une augmentation de la population des 75 ans et plus en Ile de France, dont en petite couronne de plus de 46% entre 2006 et 2030. Face à cette pression démographique, **l'offre de soin du domicile est déjà plutôt déficitaire et la situation va s'aggraver.**

### **Le territoire de santé manque de professionnels libéraux**

On note en particulier un sous-effectif notable de médecins, infirmiers et kinésithérapeutes libéraux. Nombre de sujets âgés n'ont pas ou plus de médecin traitant et n'ont pas de suivi médical. Les conséquences sont l'arrivée d'un contingent important de sujets âgés, aux Urgences principalement du CHU Bicêtre.

### **Les centres municipaux de santé suppléent en partie, sans action au domicile**

Le manque de professionnels libéraux, notamment de médecins spécialistes est traditionnellement compensé par l'existence des **centres de santé municipaux qui offrent aussi une prise en charge des soins dentaires à moindre coût.** Cependant, leur patientèle vieillit et ne peut plus se rendre en consultation au stade de la perte d'autonomie, il existe donc actuellement un **hiatus dans la prise en charge au domicile.**

**Les hôpitaux APHP du territoire de santé apportent une très importante offre de soins** en Unité gériatrique Aiguë, Soins de Suite et Réadaptation et Soins de Longue Durée, le CHU Bicêtre et l'hôpital Paul Brousse sont tournés vers la population du 94-2, mais sont saturés en permanence, notamment en Court Séjour.

Une augmentation du nombre de lits de Court séjour Gériatrique sera effective à Bicêtre au 1<sup>er</sup> octobre. Le Pôle interhospitalier de Gériatrie du groupe Bicêtre-Paul Brousse est en cours de constitution, rassemblant l'ensemble de la filière gériatrique hospitalière (labellisée en 2009).

**La filière gériatrique sera coordonnée dès le 4<sup>e</sup> trimestre 2010 par l'équipe mobile de Gériatrie** de ce pôle (constituée de 2 praticiens hospitaliers, intervenant

aux urgences de Bicêtre et dans les services de spécialités 5 jours sur 7). Cette équipe gèrera les admissions en gériatrie pour l'ensemble du groupe.

Ceci va permettre une **meilleure fluidité des flux de patients hospitalisés, avec un retour au domicile plus précoce**, celui-ci devant être coordonné si l'on veut éviter l'encombrement.

### ***Les partenaires du projet***

Ce sont les partenaires libéraux, les centres municipaux de santé, tous les réseaux de santé intervenant sur le même territoire (Revesdiab, Onco94, réseau Dep Sud, Réseau santé Dentaire ...), le réseau Créteil Solidarité, la MAIA du 94 (partageant ses locaux avec le CLIC 7), les établissements hospitaliers et cliniques du territoire, les HAD, les SSIAD, les établissements d'hébergement : EHPAD, foyers logements, foyers de travailleurs immigrés, les CCAS, le département du 94.

### ***Le projet***

La plateforme de coordination du territoire 94-2 est d'abord un lieu d'échanges et de mise en route de projets communs entre tous les partenaires concernés par la prise en charge des patients âgés fragiles sur le territoire de santé. Cependant, sur ce territoire socialement défavorisé, il est nécessaire d'élargir la prise en charge aux sujets prématurément vieillis, du fait d'accidents de la vie ou de pathologies chroniques graves.

Le projet consiste dans un premier temps en la mise en place d'un **numéro de téléphone unique** pour recevoir les appels des professionnels et du public concernant les problèmes de santé des personnes âgées (ou en précarité) rencontrés au domicile, les faire traiter au plus vite grâce à une procédure d'orientation établie de façon conjointe par les différents partenaires, **l'orientation étant réalisée par des professionnels de santé compétents en gériatrie, en psychologie, en soins palliatifs et en addictologie.**

L'équipe de coordination constituée d'un médecin mi-temps, d'une infirmière mi-temps, d'un psychologue mi-temps, d'une conseillère en économie sociale et familiale et d'une secrétaire temps plein, mettra en place le dispositif.

Elle devra dans les six premiers mois de fonctionnement avoir recensé les problèmes afférant à la prise en charge des sujets âgés fragiles au domicile et l'ensemble des ressources disponibles sur le territoire de santé.

Elle proposera ensuite aux partenaires de la plate forme territoriale des évolutions des pratiques pour améliorer le dispositif.

Une collaboration étroite avec l'équipe du département ambulatoire du Pôle Gériatrique Bicêtre-Paul Brousse, l'équipe mobile gériatrique responsable de la filière interhospitalière du Groupe hospitalier Bicêtre Paul Brousse permettra **d'éviter au maximum le passage aux urgences des sujets âgés fragiles et/ou en précarité.**

L'équipe de coordination organisera avec l'équipe mobile gériatrique responsable de la filière interhospitalière du Groupe hospitalier Bicêtre Paul Brousse des séjours hospitaliers pour le diagnostic et le traitement des pathologies mais aussi des séjours

de répit permettant aux aidants de tenir lors de pathologies chroniques avec troubles du comportement, en relation avec toutes les structures du domicile.

Une permanence d'accueil téléphonique serait assurée aux jours et heures ouvrables par l'équipe (8H30-18H30), une astreinte téléphonique de sécurité serait assurée en dehors des heures et jours ouvrables par l'astreinte médicale mutualisée des réseaux de santé.

L'infirmière, le médecin et le psychologue pourront assurer en cas d'urgence ou en second recours des visites au domicile pendant les jours ouvrables.

L'équipe sollicitera les moyens de toutes les structures sanitaires et sociales, de tous les réseaux de santé du territoire pour orienter les patients et les professionnels. Elle suivra le parcours de soins des patients hospitalisés et aidera à l'orientation ultérieure en relation avec les EHPAD, les foyers et les structures intervenant au domicile.

### **Conclusion**

Il s'agit d'une coordination ville-hôpital accessible en permanence, destinée à soutenir l'action des libéraux par une interaction de l'ensemble des partenaires concernés sur un territoire de santé bien déterminé à titre expérimental pour éviter toute hospitalisation indue, et favoriser le maintien au domicile.

Cette action peut être mise en place dès le premier semestre de l'année 2011.

# **Projet de développement des coopérations entre les services de gériatrie du GHEM et du CHA et le réseau Joséphine dans le territoire de santé 95-1**

## **I - Coopération des services de gériatrie du GHEM et du CHA**

Depuis plus de 15 ans les Hôpitaux du territoire de santé 95-1 (Argenteuil et Eaubonne-Montmorency) se sont engagés dans de nombreux projets gérontologiques visant non seulement la prise en charge globale des malades âgés durant leur séjour hospitalier, mais aussi le maintien à domicile des sujets les plus fragiles.

Les services, puis les pôles de gériatrie des deux hôpitaux ont soutenu activement la mise en place de dispositifs innovants (CLIC, réseau Joséphine, équipe mobile de psychogériatrie.....), ainsi que la création des filières gériatriques aujourd'hui labellisées. Ils se sont aussi impliqués dans de multiples formations à l'intention des acteurs de soins en gérontologie : médecins généralistes, médecins coordonnateurs d'EHPAD, infirmières, assistantes sociales.

Afin de conforter cette coopération entre la ville et l'hôpital, mais aussi entre les deux pôles de gériatrie hospitaliers, la création d'une fédération est envisagée. Cette fédération pourrait regrouper les pôles de gériatrie du GHEM et du CHA, l'association gérontologique Vallée de Montmorency-Rives de Seine et également le principal SSIAD du secteur (330 places) responsable de l'EPINAD, et d'une unité de réhabilitation Alzheimer à domicile. Des associations d'aide à domicile sont prêtes à rejoindre cette fédération.

La qualité de ces coopérations gériatriques inter et extra-hospitalières a été soulignée récemment par le rapport d'un conseiller général des établissements de santé (mission d'appui et de conseil au CHA)

Cette Collaboration est également marquée par la présence au conseil d'administration de l'association porteuse du réseau, de représentants des deux hôpitaux, des SSIAD, d'associations (Rapport d'activité).

En dépit de ces avancées indéniables dans l'organisation gériatrique du territoire de santé, des difficultés subsistent :

## II – Constat

- Les équipes d'évaluation gériatrique intra-hospitalières interviennent chaque jour au niveau des services d'urgence, des unités de très courte durée et sont impliquées dans le repérage des personnes âgées en situation de fragilité. Elles ne peuvent cependant assurer l'évaluation de tous les malades et préparer toutes les sorties d'hospitalisation, d'autant qu'elles sont également sollicitées par les autres services des hôpitaux (médecine et chirurgie) et qu'elles sont amenées à effectuer des visites à domicile afin d'approfondir les évaluations dans le cadre de vie habituel ou assurer, en lien avec le réseau Joséphine et les médecins traitants, le suivi des malades les plus complexes.

Plusieurs domaines pathologiques sont concernés par cette problématique : les atteintes cognitives, les chutes, les cancers, mais aussi les pathologies cardiaques ou pulmonaires évoluées.

- le réseau Joséphine, compte tenu de son équipe réduite et du nombre important de personnes âgées sur le territoire de santé, n'a pas aujourd'hui la possibilité de répondre à toutes situations médicales qui lui sont proposées par les hôpitaux et les médecins traitant, notamment en ce qui concerne les sorties d'hospitalisation, précaires.

- La carence d'évaluation est ressentie à différents niveaux. Un travail est actuellement en cours afin d'harmoniser au sein des deux hôpitaux, du réseau, des CLIC et des services de soin à domicile les échelles d'évaluation utilisées. Mais faute de temps médical suffisant, cette réflexion qualitative cherchant à fédérer les pratiques tarde à aboutir.

Dans la mesure de leurs moyens les pôles de gériatrie du GHEM et du CHA apportent donc une aide constante au réseau, de longue date, en mettant à disposition leurs structures (consultations, HDJ, hospitalisations) et également leurs moyens humains à titre bénévole, pour améliorer le service rendu aux personnes âgées. Il est possible et utile de développer ce soutien, limité actuellement par le temps professionnel disponible.

Bien qu'inscrit dans les textes concernant les équipes mobiles de gériatrie, le soutien extra-hospitalier est rendu difficile compte tenu de la charge de travail en interne, lorsqu'il existe il est, comme prévu, orienté vers les EHPAD.

- Les moyens du réseau étant limités, le rôle du gériatre est essentiellement un rôle de coordination, limitant le temps disponible pour les visites à domicile.

Il serait donc utile et certainement efficace de disposer de temps médical pour des visites à domicile pré ou post-hospitalisation, sur demande du gériatre du réseau et évidemment après une première évaluation à domicile.

Ce dispositif permettrait certainement d'éviter certaines réhospitalisations à court terme. Nous pouvons compter également sur l'*Equipe Paramédicale Itinérante de Nuit* à domicile pour consolider ce soutien.

### **III – Les réponses en cours :**

- L'association a, pendant plusieurs années, exercé une activité aux urgences du CHA qui dispose d'un outil d'évaluation gériatrique et utilise la grille ISAR pour objectiver chez les personnes âgées, les situations de fragilité.

La coordinatrice prenait contact de manière systématique avec les personnes concernées, après évaluation avec l'Assistante sociale des urgences.

Le même dispositif se met en place au GHEM.

En moyenne 250 personnes ont été concernées chaque année à Argenteuil mais depuis plus d'un an, nous sommes dans l'incapacité de poursuivre cette activité devant la charge de travail générée par les situations ayant dépassé le seuil critique.

Un temps consacré à développer ce travail de prévention auprès des personnes dépistées aux urgences des deux hôpitaux serait certainement utile.

Il s'articulerait logiquement avec la cellule d'évaluation CNAV de l'association, qui évalue à domicile les personnes âgées en petite perte d'autonomie (GIR 5 et 6) et qui, à travers 1200 évaluations en moyenne chaque année, dépiste des «situations instables » (financement CNAV)

- Comme indiqué plus haut, un travail est en cours pour élaborer un panel d'évaluation réalisable à domicile, adapté en fonction de leurs besoins aux CLIC, au Réseau, aux SSIAD

- L'activité d'évaluation à domicile et de coordination est bien réalisée actuellement par les coordinatrices des CLIC et du Réseau gériatrique mais elle pourrait être facilitée par la prise en charge de la communication avec les structures hospitalières, par exemple en organisant un passage en HDJ.

#### **IV – Les propositions :**

Nous pourrions donc proposer la création de :

- o *temps médical de gériatrie :*

- en soutien du temps médical du réseau, et permettant aux établissements de mieux évaluer l'urgence d'une hospitalisation (programmation), et en post-hospitalisation de vérifier avec les coordinatrices du réseau gériatrique, la qualité du maintien à domicile (diminution des réhospitalisations).

- Ce temps médical permettrait également de mettre en place beaucoup plus rapidement un tronc commun d'évaluation et des spécificités utiles à chaque type de structure (service de gériatrie, réseau, SSIAD, HAD...) (cf constat)

- De plus, plusieurs degrés de l'évaluation gériatrique doivent être envisagés. Le premier niveau concerne le dépistage durant un séjour hospitalier des sujets à risque de décompensation (confusion post-opératoire, dénutrition, chutes, dépression, régression, escarres etc). ou à risque de réhospitalisation lorsque la sortie est prévue (inadéquation entre l'état du patient et les aides mises en place). Un bilan préliminaire de débrouillage pourrait être pratiqué de manière beaucoup plus systématique par une infirmière formée à la méthode de *l'évaluation gériatrique standardisée*. Il serait ensuite, en cas de besoin, approfondi par un gériatre. Le but n'est pas de se substituer aux dispositifs déjà existants (consultations de gériatrie, consultations mémoire, hôpital de jour) mais de venir en appui des équipes mobiles gériatriques et des SAU qui ne peuvent mener à bien toutes leurs missions dans le contexte actuel de la demande. Ce renfort permettrait également de hiérarchiser les interventions, grâce à un dépistage précoce mieux codifié et plus systématique. L'objectif étant

de réinsérer au plus tôt les patients à domicile, les interventions seraient programmées dans ce sens.

- Dans le cadre de la constitution d'une fédération de gériatrie, cet équivalent temps plein, pourrait, dans son profil être un coordonnateur de Fédération en position idéale.

- *Temps infirmier* : malgré la bonne qualité des relations avec les services de gériatrie, il reste utile, sur la base d'un langage commun, de disposer d'un temps de communication et d'organisation des contacts avec le milieu hospitalier, afin de gagner du temps sur le terrain (réseau). Pour les personnes âgées les plus en difficultés (troubles cognitifs, isolement social) l'accès aux consultations spécialisées et aux HDJ est difficile en termes d'organisation...

Un temps infirmier comme celui proposé permettrait un réel accompagnement dans ces démarches, optimiserait l'utilisation de ces structures et permettrait à ce type de population, l'accès à des explorations, hors situation de crise.

Disposant de compétences gériatriques, cette infirmière pourrait également prendre en charge les relations avec les personnes fragiles dépistées aux urgences des deux hôpitaux (ISAR) et celles dépistées par la cellule d'évaluation CNAV.

- *Ergo* : L'ergothérapeute par son expertise contribue à côté de l'IDE et du gériatre à l'évaluation et à la prise en charge des déficits d'ordre psychique, somatique ou intellectuel à l'origine d'une désadaptation de la personne âgée à son environnement.

Après une évaluation de la personne âgée : bilan fonctionnel articulaire, musculaire, gestuel et des fonctions supérieures et bilan d'autonomie (actes de la vie quotidienne, loisirs), elle effectue une visite à domicile ou une mise en situation pour concrétiser les difficultés de la personne âgée lors d'une activité de la vie quotidienne.

Au cours de cette visite à domicile elle effectue un bilan de l'environnement humain (niveau d'aide, isolement) et matériel (architecture et aides techniques par barres d'appui et rehausseurs de WC par exemple), et donne des conseils de prévention des chutes accidentelles.

Elle propose les solutions techniques nécessaires : aménagement du domicile, communication (téléalarme), habillage, hygiène...

La prise en charge consiste alors à solliciter les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles des personnes âgées pour permettre de maintenir la meilleure autonomie individuelle possible.

## V – Budget

Prévisionnel *	2010
Praticien hospitalier 1 ETP	106 438
IDE 1 ETP	50 900
Ergothérapeute 0.5 ETP	24 300
Autres frais de fonctionnement	4 000
Total	185 638 €

\* Coûts moyens (chargés) fonction publique hospitalière.

Ce personnel serait partagé par le GHEM et le CHA et interviendrait en appui des pôles de gériatrie des mêmes hôpitaux et du Réseau gérontologique 95-1 « Joséphine ».

L'activité comportant beaucoup de déplacements chronophages (visites à domicile, deux sites) nécessite un équivalent temps plein. Même remarque pour l'infirmière.

- L'implantation (locaux), les moyens de déplacement, l'informatique sont encore à préciser mais pourraient être mutualisés avec les structures existantes, GHEM, CHA, Réseau, CLIC...)

Pour mémoire

Avec un PMCT (poids moyen du cas traité) moyen de 5 888 €, il suffit d'éviter, ou d'écourter dans les mêmes proportions seulement 31 hospitalisations par an sur l'ensemble du territoire de santé, pour « rentabiliser » ce dispositif.

Pour mémoire également : 600 entrées/an en court séjour gériatrique au CHA sans compter les chiffres du GHEM.

## VI – Conclusion

Ce dispositif aurait une articulation naturelle avec les moyens et les structures gériatriques disponibles sur le territoire de santé 95-1 (CLIC, Réseau Joséphine, HDJ, hospitalisation, EPINAD...)

Il permettrait :

- Une accélération de la mise en place d'outils d'évaluation communs
- Une meilleure utilisation des structures par les médecins traitants
- Une meilleure appropriation des structures disponibles dans le cadre du maintien à domicile par les services non gériatriques

### Lieu / durée

Paris-Diabète, Paris 19  
2 heures

### 15 participants

Réunion menée par **Pierre-Yves Traynard** et Claire Suzanne-Lamarre, Réseau Paris-Diabète et FREDIF  
**URPS Kinésithérapeutes** **CPAM 95** **Centre de santé** 92-Nanterre  
**Réseaux de santé** : Diabète : Paris-Diabète /Dianefra /REVESDIAB Néphrologie : RENIF  
**Gérontologie** : Réseau AGEP + FREGIF **Drépanocytose** : ROFSED **Accès aux soins** : ASDES

### 1/ Le Pôle de Ressources en ETP

- **Rencontre avec l'ARS** : L. Chambaud, E. Baillon Javon, P. Teyregeol

Intérêt : le Pôle correspond aux plateformes transversales du PSRS - Plan Stratégique Régional de Santé.

Mais aucun budget pour la création d'une nouvelle structure.

Confusion sur la territorialité : le Pôle de Ressources sera acteur du développement mais non promoteur de l'ETP dans des territoires où elle est inexistante.

- **Autres Pôles de Ressources en ETP en France** : Nantes / Franche-Comté / Aquitaine

Notions communes : échange, mise à disposition d'ingénierie en ETP, soutien aux formateurs, liens avec la recherche

- **Structure du Pôle de Ressources Ile-de-France**

Partenariats : Adosser le Pôle à des structures partenaires (Réseaux, Centres, Pôles de santé...)

Ressources : aucun financement. Ressources humaines du Réseau Paris-Diabète.

### 2/ Ingénierie en ETP

- **Mise en commun de supports** : plateforme internet documentaire, commun avec le Pôle de Nantes
- **Collection d'outils éducatifs « Pédagothèque »**. Lieu : Paris-Diabète
- **Mise à disposition des programmes (540 validés en IDF dont 45% hospitalier, 15% ambulatoire)** :
  - ✓ Supports des programmes et méthodes d'animation
  - ✓ Professionnels animateurs
  - ✓ Prestations (ateliers)

**Missions du Pôle de Ressources IDF** : **identification** des promoteurs de programmes et de leurs partenaires effecteurs et **mise en lien**

### 3/ Formation et sensibilisation

- **Permanences ETP** (entraînement et non pas formation initiale) – 20 personnes en moyenne - Bimensuelles

Contenu : rester sur l'entraînement aux pratiques d'ETP, très peu développé (+ conflits d'intérêt pour formation initiale) / Packages sur une action spéciale, pour des collaborateurs de Réseaux par exemple ?

Lieux : à diversifier (Paris sud)

Financement : Abonnements payants ?

- **Sensibilisation**

Organiser des demi-journées de sensibilisation à l'ETP auprès de professionnels : pharmaciens, kinésithérapeutes, diététiciennes, etc. Nécessité d'un agrément formation.

### 4/ Organisation de rencontres

- **Journée régionale sur l'ETP ambulatoire en Ile-de-France – Fin nov/déc** - Faculté de Pharmacie, Paris 6. 9h-14h
- **3<sup>ème</sup> salon des outils éducatifs, fin janvier 2012**, Faculté de Pharmacie, Paris 6 – Stands. 10h-15h

### 5/ Partenariats de recherche

- Laboratoires de recherches : appel à travaux de recherche
- Associations de patients

**Prochaine étape** : 3<sup>ème</sup> Co-Pil : novembre 2011

# Comité de Pilotage

## Pôle de ressources en ETP. 12 / 07 / 2011

---

La deuxième réunion du Comité de Pilotage du Pôle de Ressources en ETP a eu lieu le 12 juillet à 18h, dans les locaux de la FREDIF.

### *Etaient présents :*

BELISSA Emma, BRUGEROLLES Héléna, COCHARD Philippe, GUYOT Francis, LAFEUIL Delphine, LE DELEH Danielle, LELONG Anne Sophie, MASSERON Sandrine, MOULIN Chloé, PAYET Marlène, QUINIO Christiane, REIBEL Olivia, SERVADIO Albert, SUZANNE-LAMARRE Claire, TERRA Claire, TRAYNARD Pierre-Yves, VAGNARELLI Stéphane, VOIZARD Pierre

### **Le pôle de ressources en ETP**

Une rencontre avec Madame Baillon Javon, Messieurs L. Chambaud et P Teyregeol s'est tenue le 9 Juin 2011. Le pôle de ressources peut s'intégrer dans les projets de plate forme du PRSP, et dans les projets de développement de l'ETP « en ville ». Il n'y a pas actuellement de source de financement dûment identifiée.

### *Les autres pôles*

Deux pôles du même type sont en cours de construction :

A Nantes, un pôle de ressources en ETP est constitué sur la collaboration de plusieurs réseaux (asthme, insuffisance cardiaque, mucoviscidose), d'une association de formation à l'ETP et de l'IREPS. Il n'a pas de financement propre à l'heure actuelle.

En Franche Comté, à la demande de l'ARS, le réseau Gentiane est missionné pour concevoir un pôle de ressources en ETP.

Ces 2 pôles ont élaboré des projets d'actions similaires au notre.

### *Structure*

Il est convenu qu'un accord de principe fixe les bases du partenariat entre les structures membres du pôle. Il doit être contractualisé sur des principes simples de conception des pratiques de l'ETP. Un travail de rédaction d'un protocole de coopération va être réalisé par e-mail dès la rentrée de septembre, pour être signé au prochain comité de pilotage.

En attendant d'autres possibilités de financement, la « structure porteuse administrative » reste la FREDIF, titulaire de la fin du projet FNPEIS.

## Ingénierie en ETP

### *Mode de partages*

Dans les conditions actuelles il est convenu de privilégier des actions visant à faciliter les partages d'expérimentations d'ETP :

- Une plate forme internet permettant le dépôt et la consultation de supports écrits et imagés :
  - Dépôt avec référencement des auteurs et mention du Pôle de ressources
  - Outils éducatifs en versions PDF.
  - Liste des programmes validés par l'ARS à partager
- Une « collection » d'outils éducatifs et de documents vidéo est en cours de réalisation au siège du Pôle de ressources
- La conception des principes de mise en commun et des règles de partage devra être réalisée au cours des prochaines réunions des coordinateurs de programmes d'ETP.

### *Partenariats*

Il est souligné l'importance de tracer les partenariats qui rentrent dans les missions du pôle de ressources (faciliter le développement des pratiques d'ETP dans des structures qui n'ont pas de programme validé). On peut actuellement en identifier au moins quatre :

- Mise à disposition de supports
- Mise à disposition de supports et de professionnels formés
- Mise à disposition de supports et méthodes si les professionnels sont déjà formés
- Prestations d'ETP

Un recensement des types de partenariats opérés dans le cadre des programmes des structures membres du pôle sera régulièrement fait, dans l'optique de faciliter leur promotion.

Un travail de rapprochement avec des structures hospitalières sur la complémentarité des programmes doit être facilité.

## Formation/entraînement/sensibilisation

### *Permanences de l'ETP*

La poursuite du programme des permanences est validée pour la fin de l'année.

Etant donnée l'affluence de participation à ces permanences il est envisagé de programmer des cycles « payant à prix coutant » qui permettront d'en augmenter la fréquence.

Une offre de possibilités de cycles d'entraînement aux pratiques d'ETP « délocalisés » va être faite.

Une demande d'agrément de formation va être faite.

### *Actions de sensibilisation*

Une proposition de formats de sensibilisation aux pratiques d'ETP va être faite pour une aide à la mise en œuvre dans le cadre des structures qui le désireraient.

Le pôle ne peut pas fournir de liste d'organismes de formation à l'ETP, aux professionnels qui les demandent. Il n'y a pas actuellement de recommandations officielles sur les programmes et formats de formation professionnelles aux pratiques d'ETP

## **2) Organisation de rencontres**

*Deux rencontres peuvent être organisées :*

*Une rencontre régionale sur le développement de l'ETP ambulatoire*

Fin Novembre – début Décembre (faculté de Pharmacie de Paris)

*Le Salon des outils éducatifs*

Co organisé avec l'IREPS – Pôle de Ressource des pays de Loire, le réseau Diabète Haute Cote d'or et l'IPCCEM, En janvier 2012, dans le grand Hall de la faculté de pharmacie.

Un prochain comité de pilotage est prévu en novembre



#### La Dépendance des Personnes Agées : Un problème posé mais non résolu

L'espérance de vie à 80 ans est actuellement de 8 ans pour les hommes et 10 ans pour les femmes, c'est dans cette population que le risque de dépendance est le plus élevé. Or le nombre d'octogénaires devrait encore être multiplié par 4 à l'horizon 2050.

En 2010, au plan national le **coût de la dépendance** atteignait 24,7 milliards d'euros, soit **1,3% de la richesse nationale**. Le Débat National Dépendance a été ouvert, mais il est reporté à 2012... Cependant, la lutte contre la dépendance doit devenir une priorité de santé publique et sociétale.

Il s'agit de faire croître plus vite **l'espérance de vie en santé** que ne progresse l'espérance de vie.

L'accent est mis par les Pouvoirs Publics et l'ARS Ile de France en particulier sur le **maintien à domicile des Personnes Dépendantes**, l'Exercice Coordonné de la médecine de ville, l'Education Thérapeutique des malades chroniques et de leur entourage, le Soutien aux Aidants...

Au plan pratique, cette politique se heurte à la baisse des effectifs des Médecins Généralistes, à l'évolution des modes d'exercice (réduction des visites à domicile), aux inégalités sociales et territoriales dans l'accès aux soins.

**La complexité de la prise en charge des patients âgés fragiles réclame une évaluation gériatrique, une expertise et un soutien aux Médecins et soignants de premier recours.**

Le développement des **Réseaux de Santé Gérontologiques** apporte une **solution médicale** innovante et pertinente pour lutter contre la dépendance générée par les maladies chroniques. Au service des patients et des professionnels de santé, ils assurent une prise en charge globale, qui s'appuie sur une évaluation et une **expertise gériatrique pluridisciplinaire à domicile**, la mise en place et le suivi d'un Plan de Santé Personnalisé, la coordination des acteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux, le soutien des aidants. **Les Réseaux de santé Gérontologiques** améliorent la coordination entre la ville et l'hôpital, et accompagnent les acteurs sanitaires dans leur pratique quotidienne. Ils développent la nécessaire médicalisation du domicile, et retardent l'entrée dans la dépendance.

#### VENEZ LES RENCONTRER AU 4<sup>e</sup> COLLOQUE ANNUEL DE LA FREGIF

4<sup>e</sup> colloque annuel FREGIF :

**« La vie chez soi : améliorer les pratiques au domicile » :**

**Jeu**di 13 octobre 2011 à l'auditorium de l'**Hôpital Européen Georges Pompidou\***,  
sous le Haut Patronage et en présence de **Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN**,  
Ministre des Solidarités et de la Cohésion Sociale

\*20 rue Leblanc Paris 15<sup>e</sup>me

#### La FREGIF

Fédération des Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France.

Les 22 Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France sont regroupés au sein de la FREGIF.

Ses missions se structurent autour de 3 axes :

- **Coordonner, développer et mutualiser** les outils et le savoir-faire des Réseaux de santé Gérontologiques

- **Assurer leur représentation** auprès des pouvoirs publics et des autorités administratives

- **Promouvoir les Réseaux** et leurs actions auprès des professionnels de santé et du grand public.

#### Conférence de presse

**Jeu**di 13 octobre 12h-12h30

**LE RÉSEAU DE SANTE GERONTOLOGIQUE,**

facteur clé de succès du dispositif **MAIA** :  
FREGIF - Dr Albert SERVADIO

**Les Réseaux et la RECHERCHE médicale :**

EA2506, UVSr - Pr Joël ANKRI/ ARS - M. Gilles  
POUTOUT / FREGIF - Dr Marie-France MAUGOURD

**« MON DOMICILE, REPAIRE ET REPERE » :**

Fondation Nationale de Gérontologie/HABEO -  
Mme Geneviève LAROQUE

Contact Presse :

[oliviareibel@fregif.org](mailto:oliviareibel@fregif.org) - 06 34 52 18 70

#### LA DÉPENDANCE DES PERSONNES AGÉES EN ILE-DE-FRANCE

On estime à 100 000 le nombre de Personnes Agées dépendantes en Ile de France, elles seront 25% de plus à l'horizon 2020.

Si la très grande majorité des personnes de 80 ans et plus est en bonne santé et autonome, certaines souffrent de perte d'autonomie liée à des pathologies chroniques, ce sont les **«PERSONNES AGEES FRAGILES»**. L'évolution démographique conduit à l'accroissement de cette population et nécessite le développement d'**innovations organisationnelles** pour répondre à ses besoins.

Subventionnés par l'Assurance Maladie, les **RESEAUX DE SANTE GERONTOLOGIQUES** font face à cet enjeu, en coordonnant en Ile-de-France 4722 acteurs du sanitaire, 420 acteurs médico-sociaux, et 747 acteurs du social, issus de l'hôpital (338 partenaires) ou de la ville (4383 professionnels de santé), avec pour objectifs communs de faciliter l'accès aux soins et le **MAINTIEN A DOMICILE**.

Cette coordination d'experts permet d'effectuer un suivi **MEDICAL INDIVIDUALISE A DOMICILE**, qui optimise la prise en charge existante.

#### CHIFFRES CLÉS :

- **1000 €** : coût moyen annuel d'un patient pris en charge par un Réseau

- **59 %** des communes d'Ile-de-France couvertes

- **8339** personnes âgées

« fragiles », prises en charge

- **5889 partenariats** tissés depuis 4 ans d'exercice (en moyenne)

- **80% des formations** dispensées par les Réseaux répondent à une priorité de santé publique

[www.fregif.org](http://www.fregif.org)

**Facilitons la vie des personnes âgées à leur domicile**

### Lieu / durée

Espace Saint Martin, 3<sup>ème</sup>  
9h30-18h

### 80 participants

- issus des Réseaux: plusieurs Réseaux de santé « toute » France – RESPALIF – FREGIF – RESODIF  
- issus des tutelles : DGOS (H GILARDI) - ARSIF (P OUANHNON, S CHAPUIS, G POUTOUT)

### « Réflexion sur l'accompagnement des Réseaux de santé dans le dispositif de santé actuel »

**Objectif :** définir les bases d'un dossier à présenter au financement du FIQCS National sur 2 ans afin que l'UNRSanté puisse accompagner les Réseaux en y associant les unions et fédérations régionales de Réseaux.

- **Le point de vue de la DGOS sur les Réseaux de santé**

- Renforcer le rôle des Réseaux dans la coordination des soins => 4 enjeux: performance+ maladies chroniques+PeC globale+1<sup>er</sup> recours/ 2 obstacles: définition + multiplicité des acteurs porteurs /3 questions : quel objectif ? quel niveau territorial ? quels acteurs ?
- **2 axes prioritaires : organisation du PSP (de l'évaluation au suivi) + organisation des entrées et sortie de l'H**

Réseaux de santé = **COORDINATION D'APPUI au MT** (patients complexes + intervenants)

⇒ **Guide méthodologique + révision de la circulaire 2007 (?)** > transmission aux ARS (oct2011) des axes d'évolution stratégique à l'égard des Réseaux pour 2012

- **Retours d'expériences sur les plateformes territoriales**

- Eliane ABRAHAM – Lorraine [docteur@reseaugcun.fr](mailto:docteur@reseaugcun.fr)
- Gérard MICK – Rhône Alpes [ge.mick@wanadoo.fr](mailto:ge.mick@wanadoo.fr)
- Bruno NAGARD - Bretagne [bruno.nagard.respev@laposte.net](mailto:bruno.nagard.respev@laposte.net)

- **Axes prioritaires du point de vue de l'UNRSanté**

- Coordination d'appui => 1<sup>er</sup> recours+MT+fonction support « intelligence collective »
- Regroupement des Réseaux accompagné par l'ARS => plateformes territoriales
- Articulation avec les acteurs du 1<sup>er</sup> recours
- Articulation avec les Réseaux régionaux
- Optimiser les acteurs locaux
- Cohésion historique, territoriale et nationale

- **Un programme d'accompagnement des Réseaux de santé dans le dispositif de santé actuel**

- Répondre aux attentes des Réseaux et tutelles => comment faire de la coordination d'appui ? Comment créer une synergie entre les Réseaux sur un même territoire ? Comment concilier politique nationale (DGOS) et régionale (ARS) ? LOBBYING
- Identifier les déterminants de l'évolution des Réseaux => « armer les Réseaux » outils : CLS, CPOM, contrats territoriaux, etc..
- Etre les effecteurs du projet commun ORGANISATION

#### Prochaine étape :

- Financement DGOS : 1% FIQCS
- Gouvernance : COPIL national DGOS + UNCAM + CNSA + Groupe national Association des Maires de Frce + Ateliers Santé-Ville + FHF + FNEHAD+ FEHAP...
- Equipe : 1 chef de projet (cabinet conseil extérieur) + 6 à 8 délégués régionaux Terrain « Unions régionales »
- Agenda : 13/9 = Présentation du projet pour 3 ans

**A vos agendas ! 8 et 9 décembre2011 : Etats généraux des Réseaux (en province)**

#### Plus d'info :

[Présentation des objectifs de la journée](#)

Compte Rendu : le 31/7 en ligne sur <http://www.unrsante.fr/>

# LES RÉSEAUX DE SANTÉ GÉRONTOLOGIQUES EN ILE-DE-FRANCE

P-A. COULON, M. DE STAMPA, H. BAS, O. REIBEL, M.-F. MAUGOURD

Fédération des Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France, Villejuif (94), France

**D**epuis une décennie, les Réseaux de santé Gérontologiques sont en cours d'implantation sur le territoire français et particulièrement dans la région Ile-de-France. Ces Réseaux Gérontologiques interviennent auprès d'une population âgée fragile, en perte d'autonomie, vivant à domicile et se doivent de collaborer de façon rapprochée avec les professionnels et les aidants informels. Ces Réseaux ont comme missions d'identifier les patients en situation de rupture sanitaire et sociale, de réaliser une évaluation globale en équipe pluridisciplinaire, d'établir un Plan de Santé Personnalisé et de coordonner les différents intervenants. Mais on dispose de peu d'information sur leur développement et leurs pratiques actuelles.

## Objectif

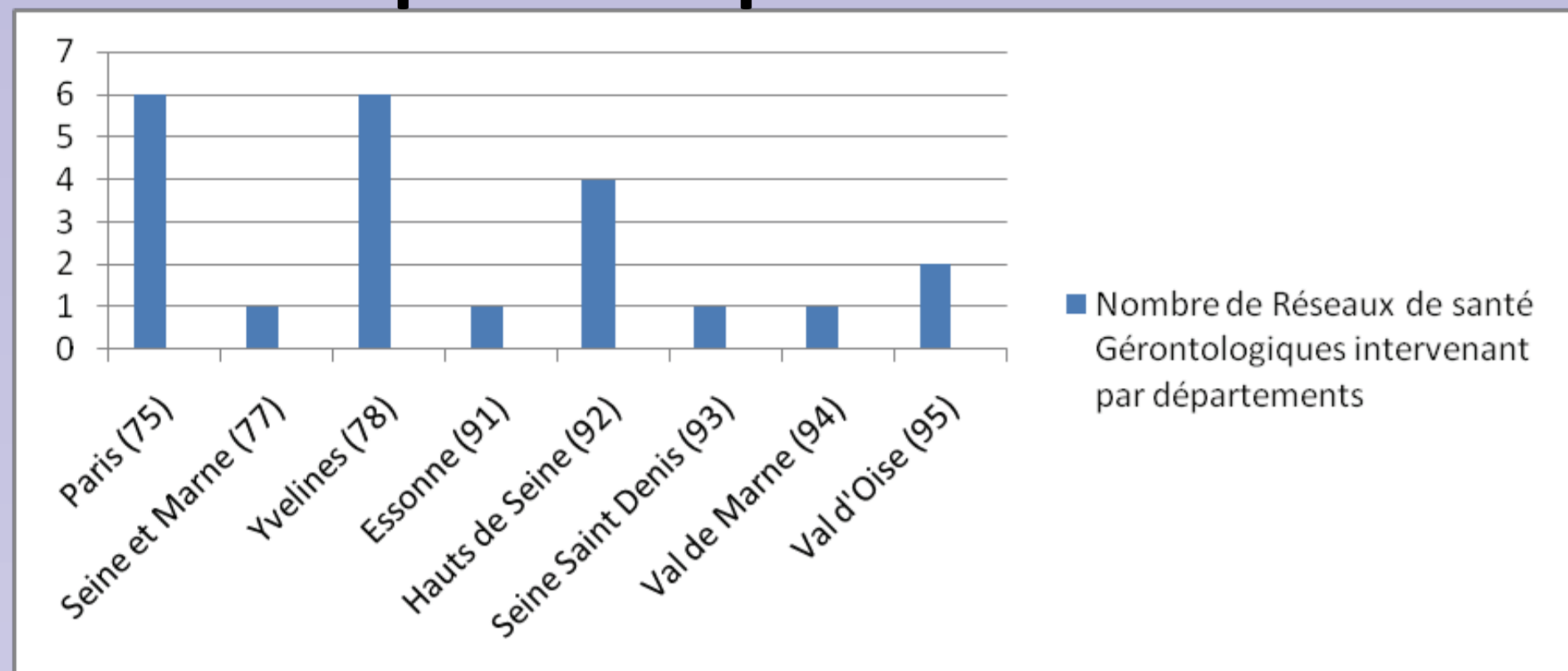
Décrire le fonctionnement des Réseaux de santé Gérontologiques membres de la FREGIF (Fédération des Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France) et comparer leur développement sur l'ensemble du territoire.

## Matériel et méthode

Enquête menée en **janvier-février 2011** sous forme de **questionnaires et entretiens** face à face auprès de **18 Réseaux** sur 21 avec **recueil des données** concernant le territoire, la population d'intervention, la file active et le partenariat. (On compte depuis 22 Réseaux de santé Gérontologiques en Ile-de-France).

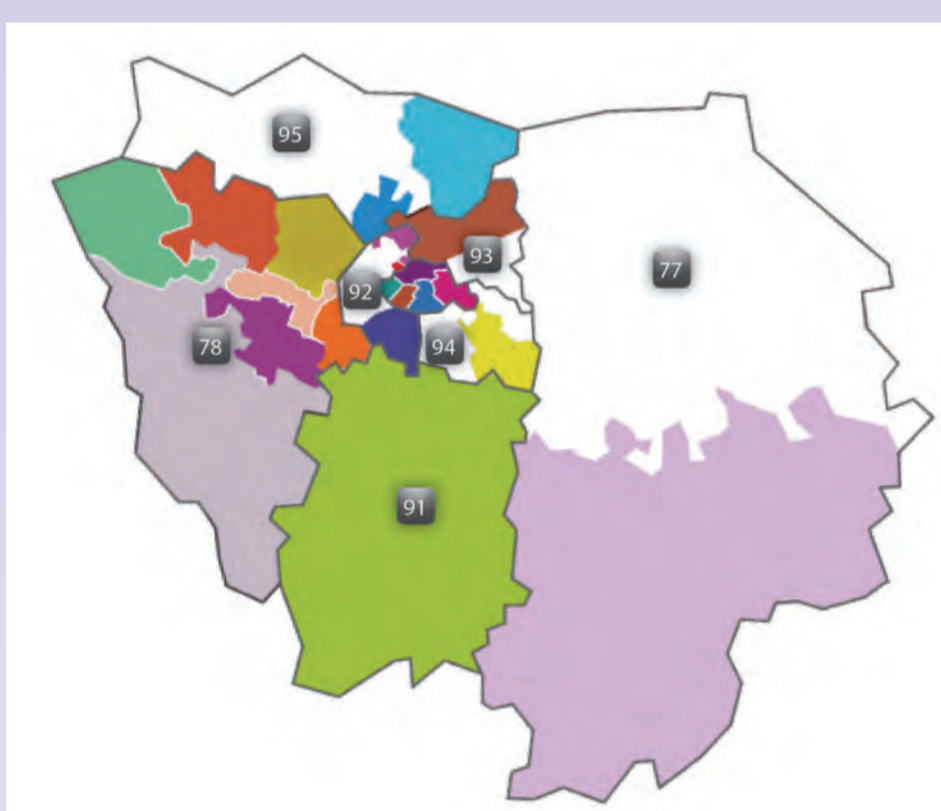
## Résultats

### Répartition par territoire



Les 21 Réseaux de santé Gérontologiques couvrent 59% du territoire de l'Ile-de-France avec 6 réseaux implantés sur Paris et le reste sur la petite et la grande couronne.

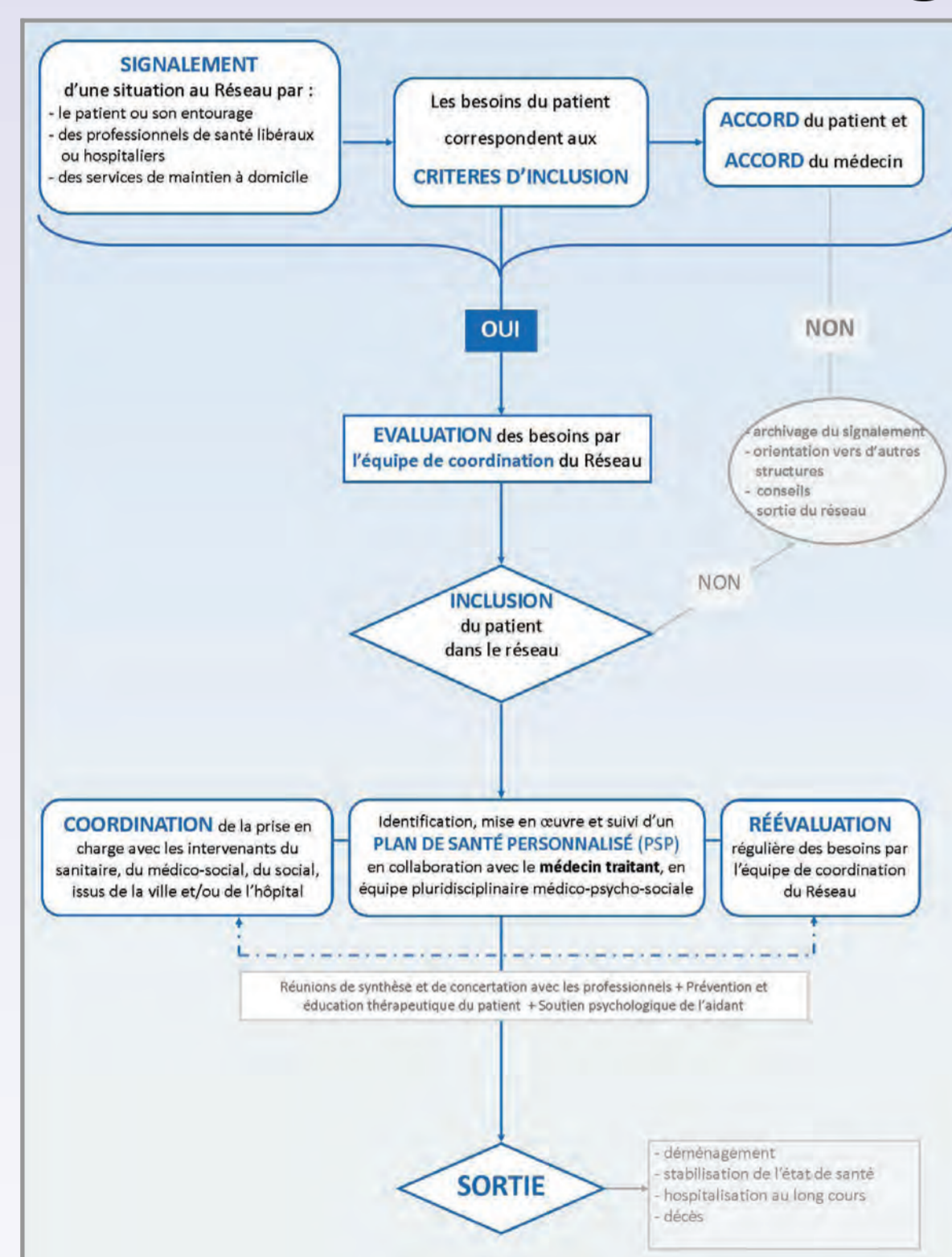
Tous les départements ont au moins 1 Réseau de santé Gérontologique.



Il existe des Réseaux de santé Gérontologiques dans les 8 départements franciliens.

3 départements sont totalement couverts : Paris-75, Yvelines-78, Essonne-91.

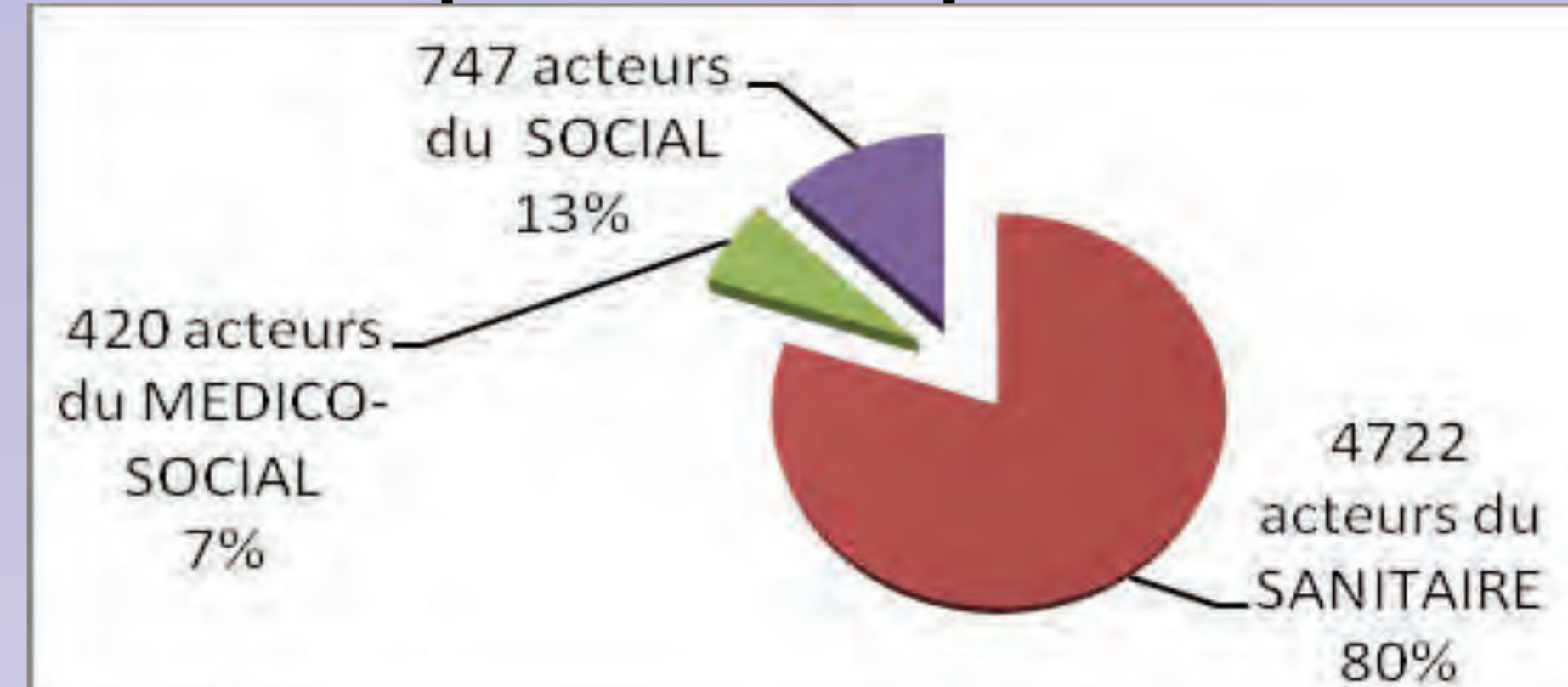
### Parcours du patient dans un Réseau de santé Gérontologique



### Données marquantes de l'étude :

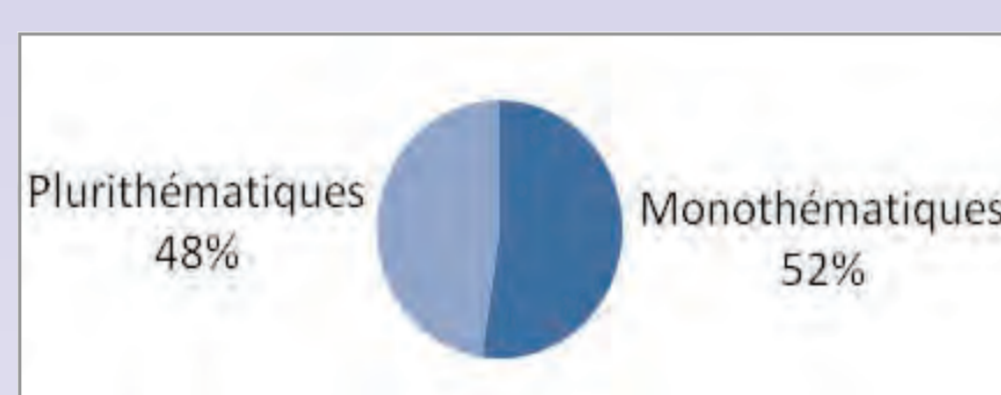
- 979 € : coût moyen annuel d'un patient dans un Réseau
- 59 % des communes d'Ile-de-France couvertes
- 8339 personnes âgées « fragiles » prises en charge
- 5889 partenariats tissés depuis 4 ans d'exercice (en moyenne)
- 80% des formations dispensées par les Réseaux répondent à une priorité de santé publique
- 10% des personnes âgées en Ile-de-France prises en charge par des Réseaux de santé Gérontologiques

### Répartition des partenariats



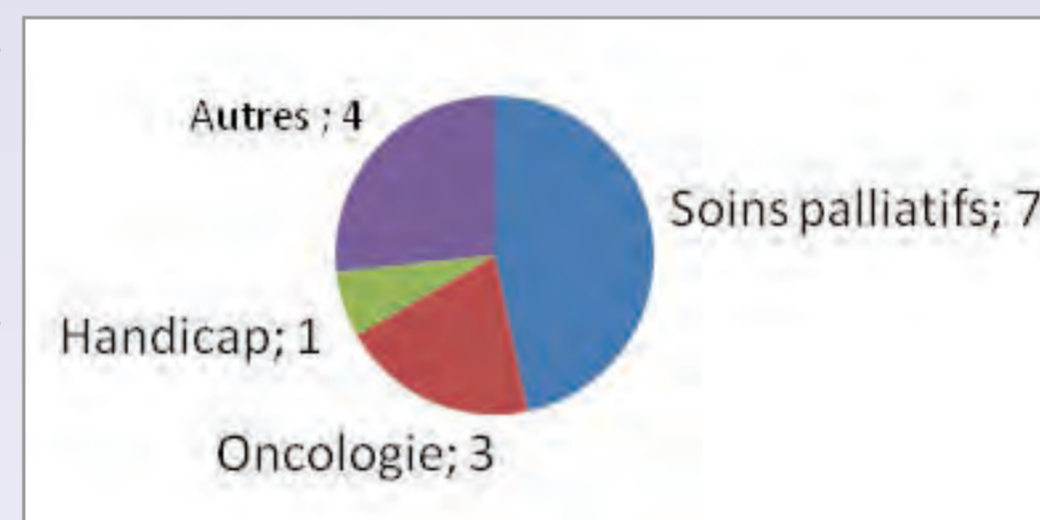
Sur l'ensemble des Réseaux, le partenariat intéresse les champs sanitaire, médico-social et social et les **médecins traitants sont très fortement représentés**, avec au total 2114 médecins généralistes.

### Répartition par thématique



Sur les 21 Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France, 11 Réseaux, soit 52%, sont monothématiques.

Sur les 10 Réseaux qui sont plurithématiques, on identifie principalement les soins palliatifs (7 Réseaux, soit 40% des Réseaux Gérontologiques) puis l'oncologie (3 Réseaux), suivies du handicap (1 Réseau), des douleurs chroniques, addictions, maladies infectieuses, accès aux soins, mémoire.



### File active et situations complexes

En 2010, 8339 personnes âgées fragiles ont été suivies par un Réseau de santé Gérontologique.

**6522 étaient en situations complexes\*, soit 78% des patients.**

\*situations complexes : personnes souffrant de polyopathologies entraînant une dépendance physique et/ou psychique, en rupture sanitaire et/ou sociale, isolées, dont la prise en charge est au long cours et requiert de nombreux intervenants.

La majorité de la population âgée fragile et dépendante vit à domicile. Elle mobilise une grande diversité d'acteurs médicaux, paramédicaux, médico-sociaux, sociaux, issus de la ville ou de l'hôpital, dont les Réseaux de santé favorisent le décloisonnement.

### Partenariats avec les professionnels du sanitaire, du médico-social et du social en Ile-de-France

**Champ sanitaire : 4722 acteurs** dont :

- 384 Professionnels de santé
- 168 Hôpitaux publics et privés
- 99 SSIAD - Services de Soins Infirmiers à Domicile
- 42 SSR - Soins de Suite et Réadaptation
- 29 HAD - Hospitalisation à domicile

**Champ médico-social : 420 acteurs** dont :

- 189 EHPAD - Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- 67 CLIC - Centres Locaux d'Information et Coordination
- 65 Accueils de jour
- 63 Réseaux de santé Territoriaux
- 23 Réseaux de santé Régionaux

**Champ social : 747 acteurs** dont :

- 373 services sociaux
- 316 services d'aide à domicile
- 58 associations

## Conclusion

Les Réseaux de santé Gérontologiques apportent une expertise gériatrique aux personnes âgées fragiles, en lien avec l'ensemble des partenaires médico-psycho-sociaux de proximité, de ville et des hôpitaux. Ils coordonnent le parcours des patients dans le cadre du Plan de Santé Personnalisé. Une partie d'entre eux a initié une approche plurithématique avec des équipes de compétences diverses.

L'évaluation de cette approche permettra d'envisager des perspectives de mutualisation départementale et régionale à moyen terme.

## 22 Réseaux de santé Gérontologiques en Ile-de-France



## 20 participants

GCS D SISIF  
Rue d'Athènes, 9<sup>ème</sup>  
Durée : 3h

### Réseaux présents :

- Fédérations (RESPALIF/FREGIF/FREDIF/ONCORIF/FEDERASIF/ Réseaux Périnatalité/ RESODIF)
- GCS D SISIF : Pierre BOIRON
- Eurogroup : Juliette LESAGE 06 46 46 75 37 [juliette.lesage@eurogroupconsulting.fr](mailto:juliette.lesage@eurogroupconsulting.fr)

## Objectif : désigner un représentant des Réseaux de santé d'IDF

Séminaire EMERGENCE les 6 et 7/10 pour mettre en place les objectifs : (santé et médico social : système d'information)

- J6/10 pm: situation des différents acteurs + dîner = occasion d'échanger
- V7/10 : atelier d'échange avec discussion « cas » : thème= accompagner portage, prise de décision

### Historique du GCS :

Créé en 2008 pour porter les SI partagé en IdF (6 collèges à l'origine : APHP, public, public privé, commerciaux, centre K, méd libéraux) donc surtout des personnes issues de l'ensemble du paysage. Difficile, dès qu'on a voulu créer un projet, souvent très important, avec la nécessité de professionnaliser les équipes. (Ex R-Mes : équipe pas suffisamment consolidées, ou Projet sans film demandant d'accompagner le développement important).

> Limite du GCS : ne peut porter tous les projets car le GCS doit servir ses membres. Ensuite il manque une structure d'exploitation, et qui assure l'vie de la solution. Pas d'équipe en mesure d'assurer la pérennité : il manque un bout, les acteurs ne sont pas tous représentés, besoin de s'ouvrir au champ médicaux social...

Des points positifs : a pu construire des SI partagés : bilan qui vient d'être fait pendant les 6 premiers mois. Première recommandations sur ce qu'il faut faire pour couvrir l'ensemble des fonctions des SI médico social.

Le but d'Emergence : Au départ projet de l'ASIP de faire définir les maitrises d'ouvrages dans chaque région.

### ➤ Objectif du séminaire :

- Séminaire de présentation et de travail.

Présenter l'état des lieux, Eurogroup va présenter les recommandations. Emergence va construire la nouvelle gouvernance, quelle fonction, comment suivre les projets, comment valider le financement des projets.

- Les projets seront régionaux mais possibilités de projet inter région tel que Trajectoire .
- Pour les Réseaux : décider des représentants au séminaire, Valérie Cornue désignée par UNR Santé + un représentant IdF : Sylvie ROYANT-PAROLLA unique candidate et désignée à l'unanimité par les fédérations.

Actuellement en IdF , le projet R-Mes (3 millions d'euros, compliqué dans sa situation) exprime typiquement le problème . Les Réseaux de santé n'étant pas membres du GCS, pas de décision, voire même blocage. Solution qui ne correspond pas au besoin, le GCS l'a récupéré pour le solder : il y a eu directement un contentieux, pour lequel c'est le GCS qui paye (ou qui a payé... ?)

EMERGENCE définira :

- Structure de gouvernance
- Mode de financement
- Ressources humaines
- Pilotages des projets

Séminaire : pas lieu décisionnaire, création ensuite de groupes de travail.

**MEMO réalisé à partir des notes de Sylvie ROYANT-PAROLLA**  
représentante RESODIF et Fédération désignée / Présidente du Réseau de santé MORPHEE