



Groupe Réseaux SFGG – 2^{ème} rencontre nationale

8 octobre 2010 – FIAP Jean Monnet, 30 rue Cabanis, Paris 13^{ème}

Participants :

81 personnes, d'une quarantaine de réseaux gérontologiques français, pour 14 régions représentées sur le thème: "**De l'Evaluation Gérontologique Standardisée au Plan Personnalisé de Soins**".

INTRODUCTION DE LA JOURNÉE

- **Le Dr Eliane ABRAHAM**, référent du Groupe, introduit la journée par des rappels historiques :

> la **création du Groupe Réseaux en juin 2010**

> le **soutien de la SFGG** (Société Française de Gériatrie et Gérontologie) : le groupe devient « Groupe Réseaux de la SFGG » et développe sa propre communication (logo, annuaire, etc.).

- **Le Dr Yves PASSADORI**, référent du Groupe, énonce le souhait d'être un groupe expert de la SFGG :

1/Une société savante...

Le Groupe apporte la compétence savante et professionnelle en ce qui concerne les réseaux de santé. Il s'agit d'un groupe « technique ». Cet enjeu est majeur vu l'évolution du milieu gériatrique : mise en place des filières gériatriques/ volonté des Conseils Généraux de s'occuper des personnes âgées/ hétérogénéité sociale/ hétérogénéité des réseaux sur le territoire.

2/ ...qui se positionne dans le champ sanitaire

En tant que **société savante**, il y a tout intérêt à investir le champ « réseaux de santé ». Quel est alors le champ d'intervention « santé » des réseaux ? Comment se positionner sur le paysage ? Le défi étant d'avoir le moins de redondances possibles dans la prise en charge des personnes âgées à domicile par rapport à d'autres partenaires, avec des budgets de plus en plus contraints.

- **Le Dr Marie-France MAUGOURD**, marraine du Groupe, renouvelle son soutien à la démarche. Face à la mode de l'intégration, il y a tout intérêt à valoriser la spécificité gérontologique afin de ne pas la dissoudre dans des réseaux multithématiques ou d'autres regroupements. Il faut entre autres s'accorder sur des outils communs, spécialement adaptés au domicile. Le Dr MAUGOURD insiste également sur **l'importance de la recherche**, qui est à développer dans les Réseaux.

> Le rôle du Groupe Réseaux est de coordonner ces actions.

- **Le Dr Geneviève RUAULT**, Déléguée générale de la SFGG, explicite le soutien de la SFGG :

Face aux objectifs d'harmoniser les pratiques, d'être un lieu d'échanges, d'élaborer des réflexions de santé publique, de représenter les réseaux auprès des institutions etc., la SFGG apporte sa compétence au sein du Groupe. Elle rappelle notamment le partenariat liant la SFGG à la CNSA et au secrétariat d'Etat des Aînés.

> Propositions du Dr RUAULT au Groupe Réseaux :

- **création d'un espace « Groupe Réseaux national » sur le site Internet de la SFGG**
- **mise en contact du Groupe Réseaux avec la CNSA**, notamment pour travailler sur les outils comme l'évaluation, le plan standardisé de soins, etc.

- **représentation des Réseaux au sein des CPGR** (Collèges Professionnels des Gériatres Régionaux) : Il faudrait qu'il y ait des représentants des réseaux au sein de ces CGPR nouvellement créés.

Le Groupe doit notamment se concentrer sur la démonstration de l'efficacité des réseaux, et la définition des territoires.

> Les référents acceptent ces propositions avec enthousiasme et insistent sur l'importance de se positionner par rapport à la réflexion institutionnelle et d'y participer.

- **Jérôme DECRION, Lorraine**

Exposé des résultats d'une enquête nationale sur les Réseaux gérontologiques

➤ Couverture nationale :

L'enquête fait apparaître la grande disparité dans l'organisation et les types de regroupements régionaux : fédérations, unions, groupements... thématiques ou multithématiques.

➤ Mutualisation des actions des réseaux gérontologiques :

Par exemple l'EGS : certaines régions travaillent déjà sur une EGS commune, comme l'Alsace. 50% des régions ont déjà développé des actions mutualisées. Axes d'intervention : prévention, recherche, formation, communication, représentation, évaluation.

PRESENTATIONS : de l'Evaluation Gérontologique Standardisée (EGS) au Plan Personnalisé de Soins (PPS)

LES SUPPORTS DES PRESENTATIONS SONT DISPONIBLES SUR LES SITES :

www.fregif.org et www.geronto-sud-lorraine.com

Seuls quelques éléments des interventions sont repris ici.

1°/ Avant l'Evaluation Gérontologique Standardisée, réflexion sur les critères d'inclusion et d'exclusion dans un réseau gérontologique, définition de la file active.

- **Dr FOURNIER, Nord Pas de Calais**

Le Dr FOURNIER a participé à une réflexion sur les critères d'inclusion dans les Réseaux du Nord.

En 2007, 3 groupes de travail ont été créés afin de définir :

- les critères d'entrée / de sortie/ d'articulation avec le CLIC
- la définition d'un socle commun de fonctionnement
- une grille d'analyse de l'activité

Ces groupes de travail ont permis une harmonisation des pratiques et ont élaboré des **grilles de travail communes à tous les réseaux du Nord Pas de Calais.**

L'harmonisation n'est cependant jamais stricte et totale, au vu des différences entre départements.

- **Dr CANNEVA, Bretagne**

Le Dr CANNEVA rappelle d'abord la complexité des cas où le diagnostic n'est pas posé.

Les critères d'inclusion sont : âge (75), fragilité, entourage et situation sociale, perte d'autonomie...

Pour évaluer le besoin d'inclusion, les réseaux bretons utilisent des outils validés tels que PRISMA 7, SMAF, RAI, CHIPS...

S'il n'y a pas d'inclusion au Réseau, le dossier est envoyé au CLIC.

Questions et débat avec la salle

- De nombreuses questions sont posées sur l'articulation des réseaux avec les CLIC dans ces régions : statut des CLIC (personnel du CG ou bien associatif ?), nombre de CLIC, relations avec les Réseaux...

- Les participants s'accordent sur l'importance d'agir en amont de la dépendance afin d'avoir le temps de faire le travail, de faire venir des intervenants, de faire accepter l'aide.

2°/ Fragilité : évaluation avant inclusion, présentation d'une grille de repérage de la fragilité.

- **Dr QUIGNARD, Régéca, Champagne-Ardenne**

- Définition du concept de fragilité :

Un état instable et potentiellement réversible. Un syndrome clinique et non pas une maladie. Il s'agit d'un **concept dynamique**.

- Origine du projet et choix de l'outil

A l'origine du projet, l'**initiative du Pr NOVELLA et du Dr E.QUIGNARD** de proposer au groupe de travail sur le SROS de 2006 une grille unique, au vu de la pluralité de grilles existantes. Le choix du Pr NOVELLA et du Dr QUIGNARD s'est porté sur une grille belge, **la grille SEGA**, qu'ils ont eu l'autorisation de modifier, puisque cette grille concernait l'arrivée aux urgences.

- Critères

Au-delà des critères médicaux, l'étude a montré combien **les critères médico-sociaux et sociaux** sont importants pour le repérage de la fragilité.

- Intérêt de la grille de repérage :

Mettre en place une telle grille et ensuite un plan de soins et d'aide standardisé permet de **faciliter la coordination** avec les autres acteurs médico-sociaux. La grille permet d'**objectiver la situation**, notamment pour les acteurs sociaux, qui peuvent ainsi faire remonter précisément et de façon crédible au médecin traitant des informations sur le patient qui les prendra plus en compte.

- Intérêts collectifs du repérage :

- **auprès des CLIC**

- **auprès des tutelles** : facilite la compréhension du travail des réseaux, ce qui leur permet d'adapter leurs aides.

- **auprès des acteurs** : améliorer les pratiques professionnelles.

- **Dr Yves PASSADORI, Alsace**

- Expérimentation en Alsace :

Evaluation et repérage avant adhésion au réseau. (Le réseau est régional en Alsace).

- Objectif du groupe de travail alsacien :

Utiliser un **outil commun aux différentes offres de service**, notamment la coordination (CLIC) et la gestion de cas. Il s'agissait d'élaborer des outils compréhensibles afin d'avoir un diagnostic partagé. Mais il n'était pas question de faire le travail des travailleurs sociaux ou des gestionnaires de cas, chacun restant dans son domaine de compétence.

- Principes :

Repérer les incapacités, trouver les mesures pour les combler, les suppléances à mettre en œuvre.

- Outils :

Le SMAF ne répondait pas à ces besoins.

Quant à l'outil des gestionnaires de cas, il était trop long pour un coordinateur. L'idée fut de le reprendre mais en l'adaptant au coordinateur d'un réseau gérontologique.

- Critères :

Le choix des critères de cette grille s'est fondé sur l'importance de **repérer des syndromes gériatriques**, de compléter par des **éléments de santé psychique** etc.

Questions et débat avec la salle

Des questions sont posées sur l'acceptation par le patient du plan d'aide.

Les critères de la Grille de fragilité sont débattus, certains participants alertant que la nécessité d'y introduire des éléments psycho-sociaux et de ne pas se fonder sur les seuls indicateurs médicaux.

3°/ Evaluation Gérontologique Standardisée : quels outils ? quels supports ? quelles utilisations ? Par qui, quand et où ?

- **Dr Eliane ABRAHAM – L'EGS Lorraine**

- Origine du projet :

L'élaboration d'une EGS Lorraine a été faite par le Groupe Réseaux du Collège des Gériatres Lorrains.

- Objectifs généraux de l'EGS :

- améliorer/permètre le diagnostic
- améliorer/permètre la prise en charge
- mettre en place un plan de soins

➤ Caractéristiques de l'EGS Lorraine :

Durée : De 1h30 à 2h la première visite

Outils : fiches à remplir

Utilisateurs : selon chaque réseau

Support à domicile : papier ou informatique

Support au réseau : Logiréso

Utilisations : Elaboration du PPS / Référence pour le suivi / Transmission au Médecin Traitant

➤ Contenu de l'EGS Lorraine :

Outils et tests classiques (MMS, horloge, etc.) et quelques critères comme la sédentarité, etc. Différentes fiches ont été élaborées, par exemple : fiche évaluation de la douleur/ fiche médicaments/ grille de repérage de la consommation d'alcool...

➤ Premier bilan d'utilisation :

Cette EGS n'est **pas normative**, et chaque réseau l'utilise en partie ou en totalité. La volonté était d'avoir un **outil mutualisé et mutualisable** avant tout.

Questions et débat avec la salle

- Difficulté pour les non-médecins ? Cela peut faire réfléchir à la mise en place d'une EGS simplifiée comme l'a fait la Bretagne.

- Des questions sont posées sur la définition du rôle du réseau gérontologique et de ses niveaux d'intervention, qui peuvent varier d'un réseau à l'autre :

1°/ intervention pour une évaluation

2°/ intervention avec mise en place d'un plan de soins pour accompagner le médecin traitant et effectuer un suivi que le médecin traitant n'a pas le temps de faire.

- Plusieurs participants s'accordent sur le fait qu'il faudrait des infirmières avec une formation spécifique, au vu de leur rôle considérable dans le suivi.

- Quelle utilisation des outils médicaux ? Certains alertent sur l'attention à porter aux délégations de compétence.

Au niveau régional (ARS Bourgogne) et au niveau national (UNRSanté et Ordre des Infirmiers), des projets de délégation de compétences sont en cours. Elles pourraient notamment concerner l'EGS.

• **Dr Isabelle LAVANOU-THEVENIN, Provence-Alpes-Côte d'Azur : Consensus sur l'EGS ?**

➤ Origine et objectif du projet :

Le groupe de travail s'est constitué à la demande de la MRS-PACA. 9 des 11 réseaux de la région ont participé. L'objectif était la création d'un référentiel d'évaluation des réseaux gérontologiques.

➤ Principes :

Volonté de consensus : chacun repart avec **la même « boîte à outils »**. L'EGS facilite la mise en place d'un plan d'intervention personnalisé par le médecin traitant, sous la responsabilité du réseau. Si elle est la boîte à outils du médecin, l'assistante sociale fera de son côté une évaluation sociale poussée, et l'infirmière complètera par une vision du domicile. L'objectif du réseau reste bien entendu de

coordonner médical et social, et de faire valoir cette pluridisciplinarité. La finalité est d'avoir un **compte-rendu pluridisciplinaire de la situation**.

➤ Bilan d'utilisation :

L'utilisation de l'EGS s'est affirmée avec le temps.

L'approche de l'EGS est très différente selon qu'on est médecin généraliste ou médecin gériatre clinicien, selon qu'on est médecin coordinateur d'EHPAD ou de réseau, etc. L'EGS reste une boîte à outils d'une consultation **médicale**, qui se fait dans une approche gériatrique. Elle donne une **valeur ajoutée aux actions de prise en charge** des personnes âgées fragiles du réseau de santé, par une expertise médicale spécialisée, à domicile.

Questions et débat avec la salle

- L'EGS est-elle uniquement médicale ?

A propos des polémiques sur les spécialités médicales, la question, selon le Dr LAVANOU-THEVENIN, n'est pas de savoir si l'EGS est faite par un gériatre ou un généraliste, mais savoir si les réseaux ont les moyens de faire des évaluations gériatriques à domicile.

- Des questions sont également posées sur la mutualisation avec les autres acteurs locaux.

• **Dr CANNEVA, Bretagne : L'Evaluation Gériatrique Standardisée Simplifiée (EGSS)**

➤ Origine du projet :

L'EGSS a été expérimentée au sein du Réseau GERONT'EMERAUDE.

➤ Principes :

Toutes les EGSS sont faites en coordination gériatre/infirmière ; même si le gériatre ne va pas toujours à domicile, il a le compte-rendu de l'infirmière. L'EGSS permet de faire un diagnostic. C'est une **boîte à outils simplifiée**. L'EGSS **permet aux gestionnaires de cas de donner l'alerte** au médecin traitant.

➤ Bilan d'utilisation :

- **Les médecins-traitants utilisent l'EGSS.**

- **240 personnes** ont été formées. Former des professionnels à une évaluation de première ligne est très utile.

- Après l'EGSS : toute personne qui nécessite par un screening une évaluation gériatrique non simplifiée, subit alors une EGS complète.

Questions et débat avec la salle

- Le problème de la démographie médicale (manque de gériatres et manque de médecins traitants) est soulevé. D'autres intervenants de première ligne pourraient-ils pratiquer l'EGS ? Si le bilan gériatrique relève seulement de la compétence du médecin, nombreux sont ceux favorables à ce que l'évaluation gériatrique soit faite par les infirmières.

- Des questions reviennent sur les rôles respectifs du CLIC et du Réseau ; plusieurs participants rappellent qu'il n'y a pas de réseau-type et que chaque réseau est du sur-mesure.

4°/ Le Plan Personnalisé de Soins : définition, objectif, moyens.

Quel support ? Quelle diffusion ?

- **Dr Albert SERVADIO, Ile-de-France**

- Qu'est-ce que le PPS ?

- Le plan doit être **approuvé par le médecin traitant** qui est au centre du dispositif. Si les personnes, notamment en situation complexe, n'ont pas de médecin traitant, le réseau s'y substitue.

- **Le plan est personnalisé** parce qu'il succède à un bilan spécifique individuel.

- Ce plan doit **régler une situation particulière**. On ne va pas tout traiter en même temps.

- Le plan de soins **préconise les actions** à mener et décide **qui mène ces actions**. L'équipe ne peut être que pluriprofessionnelle.

Dans le réseau AGEP, les équipes ont été formées afin que chacun puisse être apte à dépister une situation et la signaler au reste de l'équipe, pour décider ensuite de l'entrée dans le réseau.

- Le plan de soins

Il est uniquement adressé aux professionnels médicaux et paramédicaux.

- Le plan d'accompagnement

Il est élaboré d'une part selon le niveau de dépendance, et d'autre part selon l'accès aux aides, et le niveau de ces aides.

- Le programme personnalisé de soins

Il prend la forme d'un document synthétisant le **parcours thérapeutique prévisionnel** issu de la concertation pluridisciplinaire.

- Pourquoi un PPS ?

Parce que les personnes âgées ont besoin d'une pratique médicale adaptée à leurs pathologies multiples, complexes et intriquées.

- Avec qui ? Partenaires du PPS :

SSIAD, PPE-CLIC, Hôpital de l'APHP, MAIA, Fondation Nationale de Gérontologie

Questions et débat avec la salle

Débat autour de la formation du personnel non médical : certains pointent la nécessité de former les professionnels, car il n'y a pas toujours de gériatre dans les réseaux : l'égalité d'accès aux soins est alors en péril.

- **Dr KILEDJIAN, Rhône-Alpes : un support informatique**

- Origine et objectifs du projet :

Un travail a été mené depuis la création du réseau VISage avec les financeurs pour construire un outil de partage d'information, un « **dossier communiquant réseaux** », qui permettrait également d'obtenir des **indicateurs de qualité**. L'outil devra donc avoir un double objectif : une base de données partagée et un outil de communication.

Cet outil permettra de créer du lien dans la prise en charge, ainsi qu'une continuité du suivi.

- Critères d'élaboration :

- Ergonomie et simplicité afin de faciliter l'utilisation.
- Confidentialité et authenticité des données.
- Exigences de la pluridisciplinarité et de l'interdisciplinarité :

- **coopération des professionnels**
- **partage des informations**
- **confiance partagée** : le réseau a élaboré une **charte** afin que l'information soit partagée de façon **éthique**.

- Caractéristiques de l'outil :

Le PPS est la synthèse de ces informations auxquelles s'ajoutent le **résumé** et les **observations** faites par la cellule de coordination.

- **Sécurité** : site sécurisé https ; 2 types d'authentification : forte/faible
- Avertissement en cas de modification du dossier patient : les professionnels reçoivent un mail semi-automatique.
- Incrémentation automatique du nom de l'auteur dans chaque zone de texte libre.
- **Onglet évaluation gériatrique**
- **Document de synthèse** : l'outil offre la possibilité d'imprimer une synthèse en format pdf, et de l'envoyer aux professionnels qui travaillent en support papier.
- **Confidentialité** : le système est verrouillé entre les documents propres à chaque profession, sauf pour l'évaluation gériatrique où peuvent écrire les 4 intervenants : médecin, Conseil Général, infirmière, gériatre ou médecin coordinateur du réseau.

Questions et débat avec la salle

- Des questions sont immédiatement posées sur les possibilités de mutualisation de ce logiciel. La politique des SIS de Rhône-Alpes a permis la mutualisation de ce logiciel avec d'autres réseaux.
- Mutualisation vers d'autres régions de France ? **VISage est propriétaire** de ce dossier communicant mais le donne gratuitement ; par contre le SIS Rhône-Alpes souhaite des négociations.
- Les participants se montrent fortement intéressés par une application test.

FIN DE LA JOURNÉE ET ÉTAPES SUIVANTES

Qu'envisager pour l'évolution du groupe ? Quelles sont les attentes ?

➤ **Thématiques de réflexion**

- **établir un glossaire** : redéfinir les termes et missions des réseaux de santé gérontologiques.
- **définir un minimum commun** des réseaux.
- **lancer un appel à candidatures autour des outils** : évaluation, repérage ; grille d'évaluation : partir de la grille de Régéca comme point de départ.

➤ **Modalités de fonctionnement**

- **Financement** :

- indemnités de déplacement par la SFGG ? La SFGG donne des indemnités de déplacement à ses groupes « experts » (composés de 6/7 personnes)
- appel aux laboratoires ?
- financement sur le fonds des Réseaux ? Envisager une adhésion de chaque réseau à la SFGG ? Les participants proposent d'adhérer à la SFGG sur le budget des Réseaux.
- compte sanctuarisé ?
- participation financière à la prochaine Journée sous forme de droit d'inscription ?
- les Journées rentrent dans le cadre du droit à la formation puisque la SFGG est un organisme de formation.

- **Représentants régionaux**

Chaque fédération ou regroupement régional enverra un référent.

- **Groupes de travail**

Constitution de groupes de travail sur les thématiques de réflexion.
Chaque groupe de travail définira ses modalités propres.

- **Prochaine réunion** :

A Paris, au **printemps 2011**. Objectif : état des lieux des groupes de travail.