

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie – Paris VI

# LES RESEAUX GERONTOLOGIQUES DE LA REGION ILE DE FRANCE

ETAT DES PRATIQUES, EVOLUTIONS ET PERSPECTIVES

Mémoire en vue de l'obtention de la Capacité de Gériatrie

Présenté par le Dr Pierre-André COULON

Sous la Direction du Dr Matthieu DE STAMPA

Soutenance le 7 décembre 2011

Supprimé: ¶

¶

Supprimé: ¶

Supprimé: ¶

Supprimé: ¶

Supprimé: ¶

¶

Supprimé: ¶

¶

## Remerciements

- *au Dr Marie-France Maugourd, Présidente de la FREGIF, pour m'avoir accordé sa confiance*
- *au Dr Matthieu de Stampa, mon directeur de mémoire, pour la pertinence de ses remarques tout au long de ce travail*
- *à Mme Hélène Bas, Directrice administrative de la FREGIF, pour son soutien et sa participation logistique*

Supprimé: 9

Mis en forme : Police :(Par défaut)  
Berlin Sans FB, 14 pt, Gras, Couleur de  
police : Accent 1

- à l'équipe du réseau Hippocampes pour son aide et son soutien.

Supprimé:

## SOMMAIRE

I-	INTRODUCTION.....	3
II-	METHODOLOGIE.....	5
	2-1 Recueil des données.....	6
	2-2 Variables étudiées.....	6
III-	RESULTATS .....	7
	1- REPARTITION GEOGRAPHIQUE ET COUVERTURE TERRITORIALE .....	7
	2- MODES D'ORGANISATION.....	8
	3- OFFRE DE SERVICES.....	9
	3-1 Services auprès des personnes âgées.....	9
	3-2 Services auprès des aidants.....	9

3-3 Services auprès des professionnels .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
4- RECRUTEMENT- POPULATION SUIVIE ET FILE ACTIVE EN 2010 .....	10
4-1 Origine des signalements .....	10
4-2 Critères d'inclusion des patients dans le réseau .....	10
4-3 Critères d'évaluation .....	11
4-4 File active .....	11
4-5 Situations complexes .....	11
IV- DISCUSSION.....	13
V- CONCLUSION .....	19
BIBLIOGRAPHIE.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	20
ANNEXES .....	21

Supprimé: 

Mis en forme : Police :(Par défaut)  
Berlin Sans FB, 14 pt, Gras, Couleur de police : Accent 1

## I- INTRODUCTION

Le vieillissement de la population française représente une évolution positive de la société mais soulève d'importantes questions d'ordre économique et social. En 2006, l'Ile de France comptait 717 000 personnes de 75 ans et plus. Neuf sur dix vivaient à domicile dont la moitié seules [1]. L'avance en âge est associée à une augmentation du risque de fragilité avec une intrication de problématiques médico-psycho-sociales rendant cette population particulièrement sensible à la fragmentation du système de santé. Parmi ces situations de fragilité, la perte d'autonomie fonctionnelle et les troubles cognitifs sont extrêmement présents.

Répondre aux besoins de cette population nécessite la présence de plusieurs professionnels de l'aide et du soin au domicile avec une coordination de leurs interventions. Les réseaux de santé gérontologiques interviennent au bénéfice de cette population fragile pour lui permettre de vivre, dans la mesure de ses vœux, le plus

longtemps possible à domicile. Ces réseaux participent à l'effort de cohérence de la prise en charge sanitaire, psychologique et sociale de la population gériatrique et à la régulation des besoins en termes de structures hospitalières et d'hébergement collectif.

Leur mise en place a été possible à partir du milieu des années 1990 (Ordonnances Juppé) et, depuis une décennie, ils connaissent un essor important en particulier en Ile de France. Du fait de ce développement récent pas toujours bien structuré ni coordonné, on dispose de peu d'informations sur leur mise en place et sur leurs pratiques. L'évaluation de leurs actions est complexe bien qu'elle devienne aujourd'hui indispensable dans un contexte budgétaire contraint et dans le cadre des orientations récentes des politiques de santé.

Les réseaux de santé gérontologiques d'Ile de France, conscients de la nécessité d'une représentation régionale, se sont progressivement regroupés au sein de la Fédération des Réseaux Gérontologiques d'Ile-de-France (FREGIF) depuis 2007 afin d'organiser la concertation et la coordination des réseaux membres dans le strict respect de leur indépendance afin :

- de favoriser l'information des professionnels de santé et de la population sur leurs missions
- de les représenter à l'échelon régional auprès des pouvoirs publics et des autorités administratives
- de participer comme échelon de coordination régionale aux instances représentatives nationales des réseaux, des organisations et sociétés savantes gérontologiques et plus particulièrement à l'Union Nationale des Réseaux de santé (UNR santé) et de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG)
- de participer à la recherche et à la réflexion dans les domaines de la gérontologie et des politiques territoriales de santé.

La circulaire DHOS/CNAMTS du 18 mars 2007 relative au référentiel d'organisation nationale des réseaux de santé des personnes âgées a permis de définir leurs missions et leurs objectifs opérationnels. Ils s'adressent prioritairement à des personnes de 75 ans et plus, souffrant de pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance, souhaitant rester ou retourner à leur domicile. Ils ont pour objectif de repérer cette population âgée, de faire une évaluation médico-psycho-sociale de la

Supprimé: 

Mis en forme : Police :(Par défaut)  
Berlin Sans FB, 14 pt, Gras, Couleur de police : Accent 1

Supprimé:

Supprimé:

situation au domicile et d'élaborer un Plan Personnalisé de Santé (PPS), constitué d'un plan d'aide et de soin, en soutien aux aidants familiaux et professionnels [2]. Cette circulaire incite aussi ces réseaux à proposer des expérimentations de mutualisation axées sur la transversalité des prises en charge avec l'objectif d'une continuité des soins plus efficiente. Elle préconise un regroupement des acteurs de terrain dans une organisation commune, si possible dans un lieu unique. Pour les pouvoirs publics cette mutualisation est censée réduire la dispersion des acteurs, des énergies et des financements afin d'améliorer pour la population et les professionnels l'accessibilité et la visibilité des réseaux.

C'est dire tout l'intérêt actuel pour les expériences de mutualisation et d'intégration qui se développent actuellement et auxquelles participent activement les Réseaux de Santé Gérontologiques.

~~L'objectif principal de ce travail est de décrire le fonctionnement, la composition et les actions des 21 réseaux de santé gérontologiques membres de la FREGIF en 2010, afin d'apporter une vision globale de leur activité sur le territoire francilien.~~

L'objectif secondaire est de repérer leurs pratiques, leurs singularités, d'évaluer si elles répondent aux missions et objectifs fixés par les pouvoirs publics afin d'alimenter la nécessaire réflexion sur leur avenir et leurs perspectives à court terme.

Cette réflexion vient en complément de celle déjà engagée au sein de la FREGIF dans le contexte nouveau créé par la Loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) et le développement des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) inscrit dans le plan Alzheimer 2008-2012.

## II-METHODOLOGIE

Début 2011, la FREGIF a souhaité réaliser une enquête auprès des 21 réseaux de santé gérontologiques adhérents, décrire leur fonctionnement, leur organisation et leur activité afin d'apporter une vision globale sur l'ensemble de la région. Cette enquête descriptive a été élaborée à partir du recueil d'informations auprès des réseaux réalisé en deux temps au cours de l'année 2011.

Supprimé: ¶

Mis en forme : Police :(Par défaut)  
Berlin Sans FB, 14 pt, Gras, Couleur de police : Accent 1

Supprimé: ¶

Supprimé: 9

Mis en forme : Police :(Par défaut)  
Berlin Sans FB, 14 pt, Gras, Couleur de  
police : Accent 1

## 2-1 Recueil des données

Le choix de critères pouvant décrire le plus précisément possible la typologie des réseaux de santé gériatriques a été réalisé en cherchant à produire une modélisation de la réalité existante. L'enquête a été coordonnée par l'équipe de la FREGIF.

**Temps 1 :** Le recueil a été effectué sur deux mois en février-mars 2011 à partir d'un questionnaire standardisé délivré au cours d'un entretien de deux heures sur site avec le directeur de chacun des réseaux. Les données recueillies auprès de chaque réseau concernaient pour l'essentiel le territoire couvert et sa population, la file active, la proportion des situations complexes au sein de la file active, le service rendu et les partenariats (*voir annexe 1*). Le taux de participation a été de 19 sur 21.

**Temps 2 :** Au vu des résultats observés lors du recueil des données de ce premier questionnaire, un complément d'information a été recueilli à partir d'un deuxième questionnaire envoyé aux 21 professionnels cliniciens des réseaux (médecins et/ou non médecins) au mois de juillet 2011 (*voir annexe 2*). Ce questionnaire portait sur l'origine des signalements, les critères d'inclusion, les procédures concernant la visite d'évaluation au domicile et le suivi de la situation, les modalités de repérage de la fragilité, les critères de classification en situation complexe, les outils d'évaluation gériatrique utilisés et les supports du Plan Personnalisé de Santé. Dans certains cas les réponses aux questionnaires ont dû être clarifiées ou précisées lors d'un contact téléphonique.

Le taux de participation a été de 17 sur 21.

## 2-2 Variables étudiées

❖ Critères décrivant les aspects organisationnels d'un réseau :

- Structure juridique
- Année de création
- Sources de financement
- Mutualisations avec d'autres structures (nature, type)
- Nombre de communes et étendue du territoire d'intervention
- Partenaires sanitaires, sociaux et médicosociaux.

❖ Critères décrivant les aspects fonctionnels d'un réseau :

Supprimé:

- Ressources humaines et composition des équipes
- Origine du signalement
- File active du réseau
- Nature des prestations
- Critères d'inclusion
- Existence d'un outil de repérage de la fragilité
- Caractéristiques d'une situation complexe
- Professionnel(s) réalisant l'évaluation initiale
- Existence d'un PPS – Support du PPS
- Réalisation de réunions de coordination et/ou de concertation
- Nature des professionnels qui réalisent le suivi du PPS
- Implication du réseau dans des actions de formations, expérimentations, et d'éducation pour la santé.

Supprimé: ¶

Mis en forme : Police :(Par défaut)  
Berlin Sans FB, 14 pt, Gras, Couleur de police : Accent 1

### III- RESULTATS

#### 1- REPARTITION GEOGRAPHIQUE ET COUVERTURE TERRITORIALE

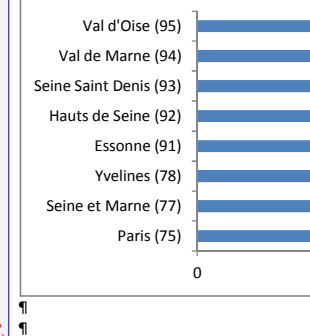
(voir annexe 3)

Supprimé: ¶

	Nombre de Réseaux couvrant le territoire (valeur absolue)	Pourcentage des 21 Réseaux couvrant le territoire (%)
<b>Paris (75)</b>	<b>6</b>	<b>27%</b>
Seine et Marne (77)	1	5%
<b>Yvelines (78)</b>	<b>6</b>	<b>27%</b>
Essonne (91)	1	5%
<b>Hauts de Seine (92)</b>	<b>4</b>	<b>18%</b>
Seine St Denis (93)	1	5%
Val de Marne (94)	1	5%
Val d'Oise (95)	2	9%
<b>TOTAL*</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

75 : 6 réseaux couvrant la totalité du département  
 78 : 6 réseaux ne couvrent que partiellement le département essentiellement répartis sur le Nord avec deux réseaux sur Versailles et Saint Germain en Laye  
 92: 4 réseaux couvrent la moitié environ du département  
 95: département très faiblement couvert par 2 réseaux  
 77 : 1 réseau qui couvre toute la moitié sud du département  
 91 : 1 seul réseau couvrant l'ensemble du département  
 94 : couverture partielle du département par un seul réseau  
 93 : un seul réseau dans la région de Sevran  
 \*ALOIS intervient sur le 75 et 92

Supprimé: <sp>



Supprimé:

Supprimé: 9

Mis en forme : Police :(Par défaut)  
Berlin Sans FB, 14 pt, Gras, Couleur de police : Accent 1

## 2- MODES D'ORGANISATION

Un réseau sur deux est récent avec moins de 4 années d'ancienneté gériatologique.

Huit réseaux sur dix ont plus de 7 années d'ancienneté mais certains n'avaient pas d'activité gériatologique spécifique lors de leur création. L'écart d'ancienneté varie de moins d'un an pour les plus récents à environ 10 ans pour les plus anciens.

### Caractéristique thématique des réseaux

Réseaux monothématiques	11	52%
Réseaux polythématiques	10	48%
Total	21	100%

40% des réseaux de santé gériatologiques d'Ile-de-France intègrent la thématique soins palliatifs. Les autres thématiques fréquentes sont l'oncologie et le handicap.

### COMPOSITION DES EQUIPES DES RESEAUX (sur 20 réseaux \*\*)

\* Equivalent Temps Plein  
\*\* Gériatologie 15-7 non renseigné

#### Professionnels sanitaires

Professionnels sociaux

Professionnels administratifs

TOTAL

Nombre ETP* déclaré	Pourcentage de l'équipe du réseau	Nombre moyen d'ETP par réseau
<b>59</b>	<b>59%</b>	<b>3</b>
8	8%	0,4
33	33%	1,7
99	100%	5,1

Supprimé: 11

### COMPOSITION DES EQUIPES DES RESEAUX (sur 20 réseaux \*)

Professionnels du SANITAIRE

Professionnels du SOCIAL

Professionnels ADMINISTRATIF

TOTAL

Nombre d'ETP** déclaré	Pourcentage de l'équipe pluridisciplinaire	Nombre moyen d'ETP par réseau
<b>59</b>	<b>59%</b>	<b>3</b>
8	8%	0,4
33	33%	1,7
99	100%	5,1

### 3- OFFRE DE SERVICES

#### 3-1 Services auprès des personnes âgées

	Nombre de Réseaux dispensant la prestation (valeur ajoutée)	Pourcentage des Réseaux dispensant la prestation
<b>Informations, recommandations</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>
<b>Plan Personnalisé de Santé</b>	<b>18</b>	<b>95%</b>
Evaluation ergothérapeutique	9	47%
<b>Evaluation sociale et environnementale</b>	<b>16</b>	<b>84%</b>
Atelier mémoire	3	16%
<b>Consultation, soutien psychologique</b>	<b>12</b>	<b>63%</b>
<b>Education pour la santé</b>	<b>10</b>	<b>53%</b>
Autres*	6	32%

\*Autres : Astreinte téléphonique médicale, atelier équilibre, consultation mémoire, évaluations diététique + stomatologique, kinésithérapie à domicile, psychogériatrie, psychiatrie

#### 3-2 Services auprès des aidants

	Nombre de réseaux dispensant la prestation (valeur ajoutée)	Pourcentage des réseaux dispensant la prestation
Groupe de parole	7	37%
Ateliers relaxation	3	16%
<b>Consultation et soutien psychologique</b>	<b>12</b>	<b>63%</b>
<b>Annuaire ressources professionnels</b>	<b>13</b>	<b>68%</b>
Autre*	4	21%

\* Aide aux aidants, bibliothèque, formation, prévention

Supprimé: 9

Mis en forme : Police :(Par défaut)  
Berlin Sans FB, 14 pt, Gras, Couleur de police : Accent 1

Supprimé:

Supprimé: ¶

Supprimé:

### 3-3 Services auprès des professionnels

	Nombre de Réseaux dispensant la prestation (valeur ajoutée)	Pourcentage des Réseaux dispensant la prestation
<b>Expertise gériatrique et psychologique</b>	<b>18</b>	<b>95%</b>
<b>Formations spécifiques et transversales</b>	<b>18</b>	<b>95%</b>
Groupes professionnels	11	58%
<b>Réunion de concertation à domicile</b>	<b>14</b>	<b>74%</b>
<b>Coordination des partenaires</b>	<b>17</b>	<b>89%</b>
<b>Entrée et sortie d'institutions</b>	<b>16</b>	<b>84%</b>
Autres *	5	26%

\* Astreinte téléphonique, café pluridisciplinaire hebdomadaire, psychogériatrie, réunions de

### 4- RECRUTEMENT- POPULATION SUIVIE ET FILE ACTIVE EN 2010 **4-1 Origine des signalements**

Secteur d'origine	Moyenne des signalements /file active	Nombre de réseaux concernés	Moyenne des signalements des réseaux concernés
Médecin traitant	26%	14	28%
Hôpital	18%	11	26%
Médico-social (CLIC-PPE)	18%	11	28%
Secteur social	9%	9	17%
Entourage	20%	14*	24%
Autres	7%	6	10%

\*2 réseaux n'incluent que sur signalement professionnel

### 4-2 Critères d'inclusion des patients dans le réseau

- o Dans 7 sur 17 des cas (40%) les seuls critères retenus sont l'âge et/ou le besoin d'expertise gériatrique avec ou sans demande d'un professionnel (deux réseaux n'interviennent que sur demande d'un professionnel).
- o Dans 10 sur 17 des cas (60%) il est fait référence à des critères particuliers : la perte d'autonomie (ou handicap ou GIR < 4) est citée 8 fois, le besoin de plusieurs intervenants au domicile est cité 2 fois (proche de la notion de perte d'autonomie), une situation complexe est citée 5 fois et les polyopathologies 3 fois.
- o Enfin d'autres critères ne sont cités qu'une ou deux fois : maladie neurodégénérative, fragilité, souffrance psychologique de l'aidant ou du patient, troubles comportementaux, logement inadapté, risque ou existence de maltraitance, trouble nutritionnel, chutes.

Supprimé: 9  
 Mis en forme : Police : (Par défaut)  
 Berlin Sans FB, 14 pt, Gras, Couleur de police : Accent 1

Supprimé:

### 4-3 Critères d'évaluation

Lors de l'évaluation au domicile la plupart des réseaux utilisent les grilles et tests classiques de l'évaluation gériatrique standardisée (ADL-IADL-AGGIR pour la dépendance, MMSE, les Cinq mots et l'Horloge pour les cognitions, appui unipodal et "Timed up and Go" pour l'équilibre, GDS pour la dépression, miniZarit pour le fardeau familial, mini MNA/MNA pour la nutrition, Norton pour le risque escarre, Doloplus pour la douleur etc.). Les pratiques reposent globalement sur l'identification de facteurs de fragilité. Deux réseaux déclarent utiliser la grille SMAF (Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle). Aucun réseau n'utilise une grille d'évaluation multidimensionnelle standardisée. Dans tous les cas il est réalisé un Plan Personnalisé de Santé sous forme de propositions ou de recommandations écrites.

### 4-4 File active

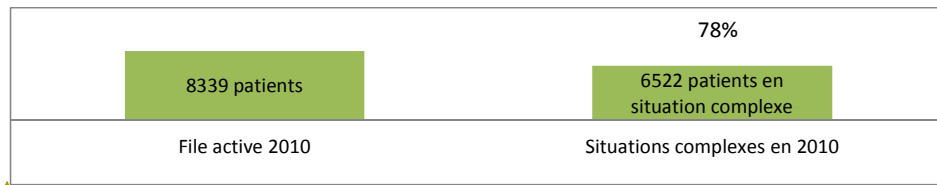
Supprimé: 9  
 Supprimé:

Réseaux déclarant prendre en charge les situations au domicile *	File active annuelle	File active// population gériatrique en IDF	Situations complexes (en cumulé)	situations complexes// file active	File active moyenne par réseau
18	8339	8%	6522	78%	463

\*Données manquantes : Geronto15,7 + Regal / Données 2009 : Osmose

### 4-5 Situations complexes

La file active d'un réseau est constituée de plusieurs centaines de situations mais toutes n'ont pas la même complexité.



Les 18 réseaux retenus ayant une ancienneté suffisante de plus d'un an déclarent une file active cumulée de 8339 patients âgés fragiles pris en charge dont près de 80% sont considérés comme des situations complexes. Il s'agit de données déclaratives et les critères, définissant la complexité d'une situation, utilisés par chacun des réseaux sont spécifiques à chaque réseau. Un seul réseau fait référence à une liste de 6 critères dont 3 suffisent à caractériser une situation complexe.

#### Répartition des situations complexes

% de situations complexes	Nombre de réseaux
80 à 100% de situations complexes	14
25 à 30% de situations complexes	3
10 % de situations complexes	1

Plus de 75% (14 sur 18) des réseaux déclarent entre 80 et 100% de situations complexes, et parmi eux, 10 sur 14 déclarent 100% de situations complexes.

Les critères utilisés par les réseaux pour définir et caractériser une situation dite "complexe" sont actuellement très divers :

- Les critères sanitaires (intrinsèques) les plus fréquemment cités sont par ordre décroissant les polyopathologies ou pathologies lourdes [7], les démences ou troubles cognitifs diagnostiqués [6], les troubles comportementaux [3], le refus de soin ou le Diogène [2], un syndrome gériatrique [2].

- Les critères socio environnementaux (extrinsèques) les plus fréquemment cités sont l'isolement social [8], la précarité ou des difficultés sociales [5], un logement insalubre ou inadapté [3], l'épuisement de l'aidant [2].
- Les critères d'autonomie sont la perte d'autonomie [4] et troubles de la marche ou chutes [2]

## IV- DISCUSSION

Les réseaux de santé gérontologiques d'Ile de France ne couvrent pas l'ensemble du territoire régional. Ils sont majoritairement récents et tendent à devenir plurithématiques. Leurs pratiques correspondent dans l'ensemble aux procédures et missions décrites dans la circulaire de 2007 en intervenant auprès de la population âgée fragile ou dite en situation complexe. Mais il existe d'importantes disparités concernant l'étendue des territoires, la composition des équipes et l'utilisation des outils d'évaluation.

Globalement près de 60% des communes ou arrondissements d'Ile de France (758 sur 1281 communes) sont actuellement couvertes par les réseaux de santé gérontologiques soit une moyenne de 36 communes par réseau mais avec des écarts parfois très importants (de 1 commune ou arrondissement à 192 communes). Certains réseaux se sont créés avec une vocation locale autour d'une ou plusieurs communes ou d'un ou plusieurs arrondissements parisiens, répondant à la volonté de partenaires travaillant ensemble souvent de longue date, de formaliser et d'organiser leurs actions. D'autres ont d'emblée défini un territoire départemental ou demi-départemental au moment de leur création. Le territoire de santé qui correspondait jusqu'ici exclusivement au découpage géographique des soins hospitaliers voit, depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite Loi HPST), son champ de compétences redéfini comme l'unité première du découpage de l'offre de soins des établissements de santé mais également des soins de premier recours et des prises en charge médicosociales. Ce territoire devient désormais l'unité première de déclinaison du plan régional de santé coordonné par une Agence Régionale de Santé (ARS) qui a mission de décloisonnement entre la ville et l'hôpital, le sanitaire et le social, le privé et le public avec un objectif d'optimisation des moyens. La mise en œuvre de ce dispositif va poser la question des différences de territoire d'intervention des

Supprimé: 

Mis en forme : Police :(Par défaut)  
Berlin Sans FB, 14 pt, Gras, Couleur de police : Accent 1

Supprimé:

Supprimé: 

Mis en forme : Police :(Par défaut)  
Berlin Sans FB, 14 pt, Gras, Couleur de police : Accent 1

professionnels du champ sanitaire et du champ social et de la définition de la territorialité compétente pour articuler les champs et territoires d'action des divers services existants. Pour une coordination efficiente avec leurs différents partenaires opérationnels, les réseaux vont devoir s'adapter aux territoires de santé tels que définis par la loi.

En ce qui concerne les critères d'inclusion dans le réseau, 40% des réseaux ne déclarent pas de critère spécifique et 60% font référence à des critères d'inclusion de formulation variable. Même si les pratiques des réseaux tendent à reprendre les procédures décrites dans la circulaire de mars 2007 et à homogénéiser leurs pratiques, les critères pour définir la population fragile et/ou en situation dite complexe varient d'un réseau à l'autre alors que le repérage de ces populations et de ces situations est une priorité de leur action. Cela ne signifie pas pour autant que les personnes âgées fragiles ne sont pas repérées ni que des actions visant à prévenir leur évolution vers une situation instable ne sont pas mises en œuvre. Mais faute d'une définition et de caractéristiques consensuelles pour les identifier, il est difficile d'avoir une idée précise de la fréquence réelle des situations complexes et du niveau de fragilité des populations prises en charge par les réseaux. Parmi les critères d'inclusion énoncés par la FREGIF, deux font implicitement référence à la notion de fragilité : « les patients âgés de plus de 75 ans atteints de plusieurs pathologie chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique rendant critique le maintien ou le retour au domicile » et « les personnes se trouvant dans une situation de rupture socio-sanitaire nécessitant le recours à des aides venant à la fois du champ sanitaire et social ».

Pour les réseaux qui font référence à des critères de fragilité, la perte d'autonomie est citée prioritairement alors que les maladies neurodégénératives ne sont citées que deux fois. Le terme de "fragilité" a connu de nombreuses définitions dans la littérature gériatrique depuis son émergence il y a un peu plus d'une quinzaine d'années. Bien que ce terme soit de plus en plus utilisé, aucune définition consensuelle n'est actuellement établie car c'est un état difficile à définir avec précision [3].

Pourtant des programmes de repérage et de prévention sur une ou plusieurs de ses composantes ont démontré leur efficacité sur l'amélioration de l'état de santé de ces populations et sur la réduction des situations de rupture du maintien au domicile.

Tous les réseaux déclarent un nombre variable de situations complexes (entre 10% et 100% de leur file active) mais les critères déclarés par les réseaux pour définir une situation complexe sont là aussi particulièrement hétérogènes :

- Un tiers des réseaux (6 sur 18) considèrent qu'ils ne prennent en charge que des situations complexes au motif que l'appel au réseau serait en lui-même un critère suffisant de difficulté du maintien à domicile.
- Deux tiers des réseaux (12 sur 18) déclarent une liste de critères caractérisant la complexité d'une situation mais un seul réseau définit un nombre minimum de critères pour caractériser la situation de "complexe". Parmi les critères cités par ces réseaux, 28 sont d'ordre médico psychologique, 21 sont socio environnementaux et 6 ont un lien avec la perte d'autonomie. Certains considèrent le nombre d'intervenants au domicile comme le principal facteur définissant la complexité (complexe si au moins 3 intervenants au domicile). D'autres se basent sur le niveau de dépendance dont on sait qu'il ne suffit pas à lui seul à rendre compte d'une situation complexe.

Mais qu'est-ce précisément qu'une situation complexe ?

Selon un travail mené par S. Pau-Montero [4] au sein du réseau AGEP (Association Gérontologique de l'Est de Parisien), ce concept ne fait appel à aucune définition médicale ou scientifique. C'est un "terme générique, galvaudé et non précis mais il permet de pallier à l'absence de terme précis pour parler des états des personnes rencontrées dans le cadre des réseaux de santé gérontologiques et d'alerter sur le fait que leur prise en charge ou/et leur accompagnement ne va pas être simple". Il en donne pourtant une approche sous la forme : "Les personnes en situation complexe sont fragiles et ont des problèmes médico-sociaux". "Elles peuvent être isolées et en danger à leur domicile, avoir des moyens financiers modestes, avoir traversé plusieurs crises qui ont conduit à des hospitalisations."

La situation serait donc complexe lorsqu'elle associe une fragilité de la personne avec des difficultés médicosociales. Consciente de l'importance d'identifier les personnes âgées fragiles au domicile avec des critères validés, la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) mène avec les réseaux de santé gérontologiques volontaires sur le territoire national une expérimentation de la grille SEGA (Short

Supprimé: ¶

Mis en forme : Police : (Par défaut)  
Berlin Sans FB, 14 pt, Gras, Couleur de police : Accent 1

Supprimé:

Supprimé:

Supprimé: ¶

Supprimé:

Emergency Geriatric Assessment) utilisée jusqu'ici dans les services d'urgence hospitaliers, pour étudier sa validité dans le cadre du domicile.

La composition des équipes d'intervention est très variable avec pour certaines des organigrammes professionnels réduits à des temps de travail très partiels.

Ces équipes sont pluridisciplinaires dans 80% des cas, composées d'au moins deux types ou plus de professionnels, le plus souvent infirmière et médecin. Néanmoins, un réseau sur cinq ne dispose pas de médecin, un sur quatre n'a pas d'infirmière, les 2/3 n'ont pas d'ergothérapeute et/ ou de travailleur social.

Comme l'a formulé P. Bonafini (2006), le développement des réseaux de santé relève d'une "injonction paradoxale" [5]. Ils ont certes fait l'objet d'une reconnaissance institutionnelle par la loi de mars 2002 (Loi Kouchner) mais en même temps, trop de problèmes n'ayant pas été réglés, les réseaux de santé constituent souvent des "bricolages organisationnels" [6].

L'essentiel de l'activité des réseaux gérontologiques de la région auprès des populations âgées porte sur l'évaluation médico-psycho-sociale de la personne âgée et de son environnement, la coordination des intervenants du domicile et les services hospitaliers, ainsi que sur le soutien psychologique auprès des malades et/ou des aidants.

Au-delà de cette relative homogénéité des prestations offertes par les réseaux gérontologiques de la région, l'hétérogénéité de la taille des territoires et de la composition des équipes n'est sans doute pas sans influence sur les pratiques et les capacités d'intervention qui de ce fait restent difficiles à comparer d'un réseau à l'autre. Cette singularité propre à chaque réseau, en lien direct avec son histoire, influe sur le mode de fonctionnement, la nature du suivi des situations et les capacités de coordination des intervenants du territoire couvert. Malgré des disparités dans leurs capacités à coordonner les intervenants du domicile, plus de la moitié des réseaux enquêtés travaillent en concertation avec les secteurs sanitaire, médico-social et social.

L'analyse de l'origine des signalements par le secteur sanitaire montre l'absence de signalement par l'hôpital pour 30% des réseaux et l'absence de signalement par la médecine de ville pour 20% des réseaux. En ce qui concerne le secteur social,

Supprimé: 

Mis en forme : Police :(Par défaut)  
Berlin Sans FB, 14 pt, Gras, Couleur de police : Accent 1

seuls 50% des réseaux signalent une orientation par un acteur social. Bien que l'accord du médecin traitant pour l'intervention du réseau soit demandé par tous et alors qu'il est le premier destinataire du compte-rendu d'évaluation et du Plan Personnalisé de Santé, le taux de participation des médecins traitants lors de la visite au domicile reste trop souvent insuffisant. Il faut signaler que la moitié des réseaux a moins de 4 ans d'ancienneté de coordination gériatrique, ce qui peut participer à ce déficit de reconnaissance des partenaires sur le terrain. A ce propos, l'enquête de l'IGAS de Mai 2011 sur le fonctionnement des réseaux gériatriques sur le territoire national montrait [7] la grande disparité des modes de coopération entre les acteurs autour du grand âge, à tous les niveaux et pour tous les modes d'organisation. Selon cette enquête, les pratiques de coopération les plus abouties sont celles qui s'appuient sur une histoire construite dans la durée notamment au sein de GCSMS (Groupements de Coopération Sanitaire et Médico-sociale) avec le développement d'une culture partagée.

Les réseaux de santé gériatriques regroupés au sein de la FREGIF veulent faire valoir auprès des décideurs politiques et de l'ARS les services rendus auprès de la population et des professionnels dans l'amélioration de la coordination du parcours de santé de la personne âgée [8]. Trois réseaux sur quatre ont mis en place des réunions de coordination au domicile réunissant les différents intervenants autour du patient âgé et un réseau sur deux organise ou participe à des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP). Ces réunions pluridisciplinaires participent au décloisonnement des pratiques grâce au partage d'expériences entre des professionnels de métier et d'institutions différentes venant du privé, du public et du milieu associatif.

La participation du médecin traitant dans l'évaluation au domicile et l'élaboration du plan de santé reste insuffisante pour la majorité des réseaux. Les contraintes professionnelles, le mode de rémunération à l'acte, la culture libérale sont autant d'obstacles à leur participation active à un travail en réseau. Leur mission de santé publique bien que régulièrement évoquée n'est toujours pas officiellement reconnue et encore moins rémunérée par l'Assurance Maladie. Les ARS auront à se pencher sur cet état de fait car il n'est pas envisageable de coordonner le parcours de santé des populations âgées fragiles sans une participation beaucoup plus active de la médecine de ville.

Supprimé: 

Mis en forme : Police :(Par défaut)  
Berlin Sans FB, 14 pt, Gras, Couleur de police : Accent 1

Supprimé:

Supprimé: 

Mis en forme : Police :(Par défaut)  
Berlin Sans FB, 14 pt, Gras, Couleur de  
police : Accent 1

De fait, l'organisation du système de santé français avec la séparation du sanitaire et du social ne facilite pas la coordination d'intervenants de cultures professionnelles hétérogènes. La fragmentation du parcours de santé gériatrique a incité les décideurs et acteurs professionnels à chercher des solutions de coordination entre la ville et l'hôpital, le sanitaire et le social [9]. Ainsi les pouvoirs publics ont-ils créé sur une partie du territoire les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), financés par les Conseils Généraux et les communes, tandis que parallèlement ils formalisaient et finançaient les réseaux de santé avec l'allocation d'un budget dépendant de l'Assurance Maladie. Le développement et le financement de ces structures ont été faits sans modifier les niveaux de gouvernance si bien que répondant à des logiques et des tutelles différentes, elles n'ont pu remplir en totalité leurs missions de coordination. Si aucun réseau de santé gériatrique de la région n'a actuellement totalement intégré l'ensemble des services à la personne âgée sur son territoire, certains sont plus "avancés" que d'autres dans l'organisation et la coordination d'une offre globale de services sur un territoire donné (Ancrage, Osmose, RSG4, Paris Nord) et trois réseaux ont intégré un CLIC dans leur structure (Emile, Joséphine et RGS77).

Le rapport PRISMA France en 2008 notait que "les CLIC, les réseaux de santé gériatriques, les filières gériatriques hospitalières assuraient à leur niveau des coordinations partielles sans qu'aucune ne soit légitimée ni par les pouvoirs publics ni par l'ensemble des services d'un territoire pour suivre la personne âgée tout au long de son parcours de santé" [10]. Or il existe une population gériatrique confrontée à des problématiques multiples particulièrement sensible à la fragmentation du système ce qui rend son maintien à domicile plus difficile et instable.

A la suite de ce rapport, les politiques publiques veulent développer aujourd'hui les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA). Il ne s'agirait pas de créer de nouvelles structures mais de potentialiser les structures existantes en évitant les redondances avec la création d'un guichet unique, la gestion de cas et l'utilisation d'outils communs [11]. Trois réseaux de santé Gériatriques de la région Ile de France, AGEF (75), Automne (95) et RSG4 (94), ont participé à la phase expérimentale qui a débuté depuis 2009. Les MAIA vont poursuivre leur développement en 2011 sur le territoire national avec 40 implantations supplémentaires. Trois réseaux sur l'Ile de France y participent.

Supprimé: 

Mis en forme : Police :(Par défaut)  
Berlin Sans FB, 14 pt, Gras, Couleur de  
police : Accent 1

Le choix d'une enquête déclarative a permis d'avoir une approche sur le terrain de la réalité des activités et du fonctionnement des réseaux. L'absence d'analyse concomitante des rapports d'activité des réseaux peut être un biais dans l'interprétation des résultats. Cette étude a permis également de mieux appréhender, malgré la diversité des caractéristiques des réseaux sur de nombreux points, un socle commun d'activités et de pratiques cliniques orientées vers la prise en charge des personnes âgées fragiles en difficulté au domicile. Le questionnement portant sur l'origine des signalements, les procédures d'inclusion, les modalités pratiques de la visite d'évaluation au domicile et les critères utilisés pour définir des populations fragiles et des situations complexes a permis de mettre en évidence d'une part l'intérêt des interlocuteurs pour ces questions mais aussi leurs difficultés pour y apporter des réponses précises. C'est sans doute sur ce point que ce travail, du moins nous l'espérons, devrait apporter aux réseaux de la région matière à réflexion en vue de préciser des concepts et des outils communs.

## V-CONCLUSION

Cette enquête descriptive est une première étape pour identifier l'avancée de la mise en place des réseaux de santé gérontologiques sur le territoire d'Ile de France. Malgré leurs spécificités locales, leur historique, il apparaît un début d'homogénéisation des pratiques inspirée des textes règlementaires et coordonnée au sein de la FREGIF comme lieu de débat et d'échanges entre les réseaux.

A ce jour, un certain nombre de réseaux franciliens ont l'opportunité de participer à l'implantation de MAIA dont l'enjeu est la réorganisation profonde du partenariat entre les services sur un territoire donné avec l'objectif de mieux répondre aux besoins de la population âgée fragile et/ou en situation complexe. La FREGIF, de par son positionnement régional, apparaît comme l'interlocuteur privilégié pour accompagner ces transformations structurelles et l'évolution des pratiques professionnelles.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1- INSEE 2007 - estimations localisées de population au 1er janvier 2006
- 2- DE STAMPA M, et al, Fédération des réseaux gérontologiques d'Ile de France. Gérontologie

Supprimé: ¶

Mis en forme : Police : (Par défaut)  
Berlin Sans FB, 14 pt, Gras, Couleur de police : Accent 1

- et Société 2008 ; n°124 : p109-11
- 3- BLANCHARD François , La Fragilité du sujet âgé - Gérontologie et Société – n°109 - juin 2004 ,
  - 4- PAU-MONTERO S. (2010), Les personnes âgées en auto-négligence : un des défis de la médecine ambulatoire. Analyse de l'expérience du réseau de gériatrie AGEP et de la littérature médicale, Université Pierre et Marie Curie, faculté de médecine Pierre et Marie Curie
  - 5- BONAFINI P., 2006, Le développement des réseaux de santé : une injonction paradoxale ? Actes du colloque « La métamorphose des organisations », Université Nancy 2 GREFIGE-CEREMO, 23-24 novembre 2006 <<http://www.univ-nancy2.fr/COLLOQUES/METAMORPHOSE>.
  - 6- SCHWEYER F.-X., 2005, « Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils », dans M.-H. CABE , « La santé en réseaux. Quelles innovations ? », *Sociologies Pratiques*, PUF, n°11, p. 103
  - 7- Rapport de l'IGAS de Mai 2011 " L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge"
  - 8- *FREGIF, édition 2011, Les réseaux gérontologiques d'Ile de France, état des lieux et perspectives*
  - 9- GUISSSET M.-J. & PUIJALON B. (2002). La coordination : une longue histoire mouvementée. Réseaux et coordination, Paris, FNG coll. Gérontologie et société, 100 : 13-23.
  - 10- Rapport PRISMA France décembre 2008 Intégration des services aux personnes âgées : la recherche au service de l'action, Paris, La documentation française
  - 11- HUGUES L, Le gestionnaire de cas. Une fonction innovante pour l'accompagnement de la personne âgée vivant à son domicile. Deux exemples français. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de l'Ingénierie Sociale (DEIS) ; 1<sup>er</sup> mars 2011
  - 12- DUPONT Olivier, Chef de projet, équipe projet nationale MAIA, Les MAIA Maisons pour l'Intégration des Malades d'Alzheimer, un dispositif d'intégration à l'épreuve de la fragmentation des territoires, rapport du CNSA, Paris

Supprimé: ¶

## SIGLES ET ABREVIATIONS

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

- PPS : Plan Personnalisé de Santé
- UNR : Union Nationale des Réseaux
- SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie
- FREGIF : Fédération des Réseaux Gérontologiques d'Ile-de-France
- HPST : Hôpital-Patient-Santé-Territoire
- MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
- SMAF : Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle
- ARS : Agence Régionale de Santé
- SEGA : Short Emergency Geriatric Assessment
- PRISMA : Projet et Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie
- RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
- GCSMS : Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-sociale
- CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

Supprimé: 

Mis en forme : Police :(Par défaut)  
Berlin Sans FB, 14 pt, Gras, Couleur de police : Accent 1

## ANNEXES

### Annexe 1

Fiche de recueil d'information

Supprimé: 9

Mis en forme : Police : (Par défaut)  
Berlin Sans FB, 14 pt, Gras, Couleur de police : Accent 1

Code de champ modifié

**NOM DU RESEAU :**

	<u>Thématiques</u>	<u>Département</u>
année de création	Gérontologie	Paris (75)
communes prises en charge	Soins palliatifs	Seine et Marne (77)
financement annuel (en K.euros)	Oncologie	Yvelines (78)
Année de création	Handicap	Essonne (91)
Nombre de patients pris en charge (file active 2010)	Autres : (lesquelles ?)	Hauts de Seine (92)
		Seine Saint Denis (93)
	Monothématique	Val de Marne (94)
	Plurithématique	Val d'Oise (95)

**PRESTATIONS**

<b>PATIENTS</b>	<b>AIDANTS</b>	<b>PROFESSIONNELS DE SANTE</b>
Informations, recommandations	Groupe de parole	Informations, recommandations
PPS : Diagnostic et suivi	Ateliers relaxation	Expertise gériatrique et psychologique
médico-psycho-social à domicile	Consultation et soutien psychologique	
Evaluation ergothérapeutique		Formations spécifiques et transversales
Evaluation sociale et environnementale	Annuaire ressources de professionnels	
	Autres :	Groupes professionnels Réunion de concertation à domicile
Atelier mémoire		
Consultation, soutien psychologique		Coordination des partenaires
Education pour la santé		Entrée et sortie d'institutions
Autres : évaluations diététicienne		Autres : Réunions de synthèse
SITUATIONS COMPLEXES (%)		

**EQUIPE de coordination (ETP)**

<b>MEDICALE</b>	<b>SOCIALE</b>	<b>ADMINISTRATIVE</b>
Géronte/ Méd. Coordinateur	Assistante sociale	Directrice
Infirmière coordinatrice	Coordinatrice sociale	Secrétaire
Psychologue	Travailleur social	Chargé de mission
Ergothérapeute		
Autres :		Administrateurs

**LES PARTENAIRES de la prise en charge coordonnée des personnes âgées**

<b>SANITAIRE</b>	<b>MEDICO-SOCIAL</b>	<b>SOCIAL</b>
Hôpitaux publiques et privés	EHPAD et maisons de retraite	<u>Services sociaux :</u>
HAD	Accueil De Jour	CCAS
SSIAD	CLIC/PPE	Délégation Territoriale ARS
SSR		Equipe APA
<u>Professionnels de santé :</u> Médecins généralistes	<u>Réseaux de santé Territoriaux :</u>	Autres :

## Annexe 2

### QUESTIONNAIRE DE RECUEIL D'INFORMATION SUR LA PRISE EN CHARGE GERIATRIQUE PAR LES RESEAUX GERONTOLOGIQUES EN ILE DE FRANCE

## POPULATION GERIATRIQUE

- 1- Quelle est la population globale du territoire couvert par le réseau :
- 2- Quelle est la population gériatrique du territoire couvert ?
  - > 65 ans :
  - > 75 ans :
  - > 85 ans :
- 3- La prise en charge par le réseau s'adresse aux personnes de  
> 60 ans > 65ans > 75 ans (*entourer la réponse*)

ORIGINE DES SIGNALEMENTS Répartition de l'origine des signalements entre les patients, les familles et les divers professionnels (en pourcentage) :

CRITERES D'INCLUSION DES PERSONNES AGEES :

PREMIERE VISITE AU DOMICILE (*entourer la réponse*)

- 1- Sollicitation du médecin traitant : oui non
- 2- % de présence du MT lors de la visite
- 3- Présence systématique du médecin du réseau : oui non
- 4- Qui et comment se décide la visite d'évaluation ?
- 5- Qui est présent habituellement à cette visite
- 6- Quels sont les Outils d'évaluation gériatriques utilisés :
- 7- Lesquels sont systématiques :  
Lesquels sont variable selon les cas :
- 8- Etablissement d'un Plan Personnalisé ? oui / non
- 9- Critères retenus pour le classement de la situation en cas « dit complexe »

SUIVI DE LA SITUATION (*Entourer la réponse*)

- 1- Fréquence :  
Existence d'une fréquence minimale ou d'un schéma de suivi minimal
- 2- Sous quelles formes s'effectue le suivi ?
  - Contact téléphonique ? Visite de suivi ? systématique ? selon la situation ? *Si systématique dans quels délais ?*
- 3- Référent de la prise en charge dans le réseau : oui / non si oui quel(s) professionnels est (sont) en charge du suivi et de quelle façon est-il choisi ?
  - 4- Modalités de réalisation du Suivi du Plan Personnalisé :
    - délégation de tâches ?
    - partenariat avec d'autres institution en charge de suivre le plan en tout ou partie ?
      - 5- Réunions de concertation ? oui / non – avec qui ? systématique / selon les cas

## Annexe 3

Supprimé: ¶

Mis en forme : Police :(Par défaut)  
Berlin Sans FB, 14 pt, Gras, Couleur de police : Accent 1

Supprimé: ¶

Mis en forme : Paragraphe de liste,  
Retrait : Gauche : 1 cm

Supprimé:

Mis en forme : Police :(Par défaut)  
Arial, 22 pt, Gras

**Supprimé:** 

**Mis en forme :** Police : (Par défaut)  
Berlin Sans FB, 14 pt, Gras, Couleur de  
police : Accent 1