

JOURNEE DES RESEAUX GERONTOLOGIQUES

18 janvier 2007



COMPTE RENDU

La Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques (FNRG), en partenariat avec la MSA, a souhaité organiser une journée d'échanges avec les réseaux de santé gérontologiques et leurs soutiens locaux, référents administratifs et médicaux des caisses de MSA. L'objectif était à la fois de :

- réaffirmer la plus-value d'une prise en charge en réseau organisée autour d'acteurs incontournables : le médecin généraliste traitant et l'hôpital local ; et d'étapes indispensables : le « bilan initial d'inclusion », le « plan personnalisé », l'« outil de liaison »¹...
- faire le point sur le dispositif de prise en charge médico-sociale des personnes âgées dépendantes issu de l'expérimentation 2000/2004 afin de réfléchir à de possibles évolutions ;
- prendre acte des difficultés et des réussites des réseaux afin d'adapter l'accompagnement de la FNRG.

Le bilan est encourageant : 65 personnes se sont déplacées et les échanges ont été riches.

¹ IGAS. Contrôle de l'utilisation du FAQSV et de la DDR. Septembre 2006 163 p.

La journée s'est déroulée en deux temps :

Matinée – Constat : les réseaux d'aujourd'hui

- I. Le dispositif d'accompagnement des réseaux
 - a. Les modalités de cet accompagnement
 - b. Les activités de la FNRG

- II. Quels réseaux pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes ?
 - a. Le dispositif de prise en charge des personnes âgées dépendantes
 - b. La nécessaire inscription des réseaux gérontologiques dans les politiques publiques sanitaires et sociales
 - c. La charte d'engagement Réseaux / FNRG
 - d. Les évolutions nécessaires pour la poursuite des financements

- III. Questions et échanges

Après-midi - Perspectives : l'évolution des réseaux

- I. Le financement : le FIQCS

- II. Les évolutions
 - a. L'extension du territoire couvert par le réseau
 - b. La valorisation de l'ensemble des activités du réseau
 - c. L'ouverture du réseau : nouvelle population ? Nouvelle pathologie ?
 - d. Partenariats : formalisation et suivi

- III. Rappel : méthodologie de projet
 - a. Les grandes étapes
 - b. Le comité de pilotage

Les diaporamas supports des interventions ont été distribués aux participants lors de la journée. Ils sont téléchargeables sur le site <http://fnrg.hautetfort.com>.

Le présent compte rendu fait état des différentes questions posées par les participants et des réponses apportées par la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques.

Nota bene : pour plus de facilité, les réseaux sont désignés par le numéro de leur département d'implantation.

1. QUESTIONS ET REMARQUES GENERALES

Les réseaux dans l'offre de soins

Comment s'articuler avec la consultation médicale gratuite de prévention pour les plus de 70 ans prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 ? Qu'en est-il des consultations mémoire pour les plus de 75 ans ?

⇒ Les modalités de fonctionnement des consultations de prévention ne sont pas encore fixées.

⇒ Les consultations mémoire ne fonctionneront que si les médecins généralistes s'en saisissent. Ils sont un élément important pour l'atteinte du troisième objectif du plan d'actions pour les personnes souffrant de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : « *faciliter le dépistage précoce afin de ralentir l'évolution de la maladie et prévenir ses complications* »².

Ces dispositions ne remettent pas en question les modalités de prise en charge par les réseaux.

Les réseaux et les acteurs locaux

⇒ Les réseaux gagnent à s'appuyer sur la MSA et la CPAM pour toute démarche en direction de partenaires locaux tels que le Conseil général ou en direction des financeurs URCAM/ARH.

Le dossier médical

A qui appartient-il ?

⇒ Le dossier médical appartient au patient.

Le secret médical / le secret professionnel

Concernant le partage d'informations relatives aux personnes âgées dépendantes entre professionnels de santé et acteurs sociaux lors de la réunion de coordination, peut-on faire signer un engagement à la personne âgée concernée autorisant les intervenants médicaux et sociaux à s'échanger les informations la concernant ?

⇒ La personne âgée dépendante et/ou son entourage ne peuvent délier le professionnel de santé de son obligation de respecter les règles en matière de secret professionnel.

Si certains acteurs sociaux peuvent demander des informations aux professionnels de santé afin de déterminer si la personne âgée dépendante peut bénéficier d'une aide sociale, ils ne doivent en aucun cas communiquer des informations d'ordre médical, et doivent donc respecter le secret professionnel.

² CIRCULAIRE DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007

2. Questions et remarques sur le dispositif de prise en charge des personnes âgées dépendantes

Le bilan gériatrique

Rappel - Diapositives n°14, 29 et 30

Le bilan médical et fonctionnel

- à l'hôpital local (ou à domicile selon l'état de santé de la personne âgée)
- afin d'évaluer l'état de santé et les besoins en soins
et

Le bilan social

■ réalisé par une assistante sociale

- au domicile
 - prend en considération le besoin d'accompagnement social
 - évalue les besoins d'aménagement du domicile et tient compte de sa vie familiale, relationnelle et sociale
-

Question 1 - Le médecin généraliste doit-il dans tous les cas participer au bilan gériatrique médical ?

⇒ Dans certains cas, à définir précisément par le réseau, il peut être décidé que le médecin généraliste fournit une synthèse détaillée de l'état de santé de son patient préalablement au bilan, avec récupération du bilan médical par ledit médecin.

Question 2 - Est-il possible de réaliser le bilan ailleurs qu'à l'hôpital local ou au domicile de la personne âgée ?

⇒ Oui. Par exemple, afin d'éviter un déplacement important au médecin généraliste, un EHPAD peut mettre à sa disposition et à celle de l'équipe hospitalière un local.

Question 3 - Puis-je envisager de travailler avec un centre hospitalier (CH, CHG, CHU, PSPH) ?

⇒ Oui, après étude des besoins et sous réserve de préserver le rôle pivot du médecin généraliste. Les modalités de réalisation du bilan seront différentes : fourniture d'une synthèse préalable à l'équipe et récupération des résultats de l'évaluation après sa réalisation.

Question 4 - Le bilan et le suivi social doivent-ils impérativement être effectués par une assistante sociale ?

⇒ Oui. La responsabilité de ce bilan revient à une assistante sociale ; sa formation professionnelle lui permet d'effectuer un suivi social de qualité intégrant un accompagnement de la personne âgée et de sa famille en continu. Une assistante sociale a une connaissance des prestations sociales et des partenaires à solliciter en cas de besoin.

Question 5 - Que faire si aucun travailleur social n'est mis à disposition par les partenaires pour le bilan et le suivi social ?

⇒ Si une assistante sociale ne peut être mise à disposition ni par la MSA ni par le régime général, ni par le Conseil général, une embauche peut être envisagée, voire mutualisée avec d'autres réseaux. En effet, le bilan et le suivi social ne sont ni du ressort de l'animatrice, ni du ressort de la secrétaire, encore moins d'une IDE.

Témoignages

- Le réseau 25 précise qu'un pré bilan gériatrique médical est établi par le médecin généraliste traitant, un bilan fonctionnel par l'IDE coordinatrice. Elle prépare également le bilan hospitalier.
 - Le réseau 49 précise que le bilan gériatrique médical dure environ une heure.
 - Plusieurs réseaux, dont les réseaux 11, 25, 47, 62, 64 et 80, disposent d'une assistante sociale financée par la DRDR. Le réseau 21 est sur le point d'en recruter une car il ne peut s'appuyer ni sur une assistante sociale de la MSA ni sur les travailleurs sociaux du Conseil général. Le réseau 76, quant à lui, note que les travailleurs sociaux de l'APA n'effectuent pas de suivi social des personnes âgées. Or l'URCAM/ARH lui demande de se tourner vers le Conseil général. Il est donc préférable d'intégrer une assistante sociale dans le réseau.
 - Le réseau 11 note que les relations avec le Conseil général sont parfois difficiles. Il est impossible pour lui de négocier un rapprochement avec le CLIC.
- ⇒ La FNRG transmet le bulletin d'information *Au fil des réseaux* aux Conseils généraux et peut intervenir auprès de ceux-ci au cas par cas, à la demande d'un réseau.
- ⇒ La FNRG proposera prochainement aux réseaux un argumentaire à destination des Conseils généraux précisant l'intérêt pour ceux-ci de soutenir les réseaux gérontologiques.
- ⇒ Dans le cadre du partenariat réseau/Conseil général, il est important que le président du réseau interpelle un (ou des) élus, avant que les services techniques entrent en relation avec l'équipe du réseau.

La réunion de coordination

Rappel - Diapositives n°14 et 31

-
- **au domicile de la personne âgée**
 - **en présence et sous la responsabilité du médecin généraliste traitant qui coordonne la prise en charge de son patient**
 - réunit tous les intervenants médicaux et sociaux
 - concrétise le lien entre le volet médical et le volet social
 - lieu d'échanges privilégiés entre les professionnels du réseau
 - détermine si l'admission est possible
-

Question 1 - Les intervenants médicaux et sociaux doivent-ils impérativement tous être présents ?

- ⇒ Oui, c'est un moment essentiel qui permet au médecin généraliste traitant de connaître tous les professionnels, de suivre leurs interventions et la situation de son patient.

Question 2 - Où doit-elle avoir lieu de préférence ?

- ⇒ A domicile, en présence de la personne âgée et des aidants familiaux afin de s'inscrire dans une démarche de proximité. Celle-ci a été préalablement informée du déroulement de sa prise en charge, et le document d'information des patients du réseau lui a été remis. Si après ces démarches elle ne souhaite pas que la réunion ait lieu chez elle, alors le réseau prend alors les dispositions qui s'imposent.

- ⇒ La tenue de la réunion de coordination dans un lieu autre que le domicile implique des frais de transport de la personne âgée et, selon son état de santé, une angoisse.
- ⇒ Si la personne âgée souffre d'un trouble de la démence, elle ne participe pas à la réunion de coordination.

Témoignages

- Le réseau 79 précise que l'équipe APA est systématiquement présente à la réunion de coordination, ce qui permet de gagner du temps.
- Le réseau 62 organise la réunion de coordination au siège du réseau, à l'hôpital ou au foyer logement ; elle n'a jamais lieu au domicile. Un premier temps est réservé aux échanges entre professionnels, puis l'équipe du réseau fait une synthèse de la réunion à la personne âgée et à la famille.
-
- Le réseau 11 précise que si la personne âgée est GIR 1 ou GIR 2, la famille la transporte jusqu'au cabinet du médecin.
- Les réseaux 45, 47, 57 et 25 rémunèrent la participation des aides à domicile à la réunion de coordination.

Le plan d'intervention

Rappel – Diapositives n°15 et 32

-
- **élaboré lors de la réunion de coordination par les professionnels sanitaires et sociaux**
 - définit et planifie les interventions médicales, paramédicales et sociales
 - prévoit les aides nécessaires au maintien à domicile
-

Question 1 - Que faire si le budget du réseau n'inclut plus l'aide complémentaire ?

- ⇒ A ce sujet, les politiques des URCAM/ARH sont différentes selon les régions : certains réseaux n'ont plus de budget pour l'aide complémentaire. Si la personne bénéficie de l'APA, il convient de vérifier que le forfait APA est complètement mobilisé.

Par ailleurs, l'un des objectifs de la FNRG est de développer des partenariats pour obtenir des services à moindre coût ou des services personnalisés pour les adhérents des réseaux. Par exemple, la FNRG s'est rapprochée de Présence Verte afin de travailler sur un service de téléassistance adapté aux personnes âgées dépendantes.

La réévaluation annuelle

Rappel – Diapositive n°15 et 33

-
- **périodicité plus importante si nécessaire**
-

Question 1 - Les intervenants sanitaires et sociaux présents lors de la réunion de coordination doivent-ils tous être présents ?

- ⇒ Oui, cela garantit un réel suivi.

Question 2 - Où doit-elle se tenir ?

- ⇒ Comme la réunion de coordination, idéalement au domicile.

3. L'EVOLUTION DES RESEAUX

Rappel – Diapositive n°42

-
- Les territoires des réseaux ont été définis alors qu'ils étaient en phase d'expérimentation. Ils peuvent proposer leurs services aux personnes âgées de territoires limitrophes en s'adjoignant de nouveaux partenaires, mais cela doit rester exceptionnel.
 - Les financeurs (URCAM/ARH) font parfois comprendre aux réseaux qu'il est temps de s'étendre, sous peine de ne plus avoir de financements.

=> Certains réseaux ont déjà réfléchi à cette éventualité, d'autres l'ont mis en œuvre (extension du territoire à l'occasion d'une labellisation CLIC pour « coller » au découpage territorial du CG, par exemple).

Témoignages

- Le réseau 79 note que le passage en CLIC, en 2003, a été l'occasion de passer de quatre à dix cantons. Ce fut une question de survie pour le réseau.
- Le réseau 49 a proposé à l'URCAM/ARH Pays de Loire une double évolution :
 1. extension de ses compétences : prolongement du bilan gériatrique global et développement de l'évaluation neuropsychologique par la mise en place d'outils de dépistage simples, notamment concernant la maladie d'Alzheimer
 2. extension du territoire couvert par le réseau à l'ensemble du territoire de proximité du Saumurois, en cohérence avec les orientations territoriales du SROS 3.

⇒ Le réseau 49 souhaite que la FNRG appuie son dossier auprès de l'URCAM/ARH.

- Le réseau 62 souhaite étendre son territoire pour se calquer sur celui du CLIC. L'URCAM/ARH a accepté cette extension mais n'a pas validé l'augmentation du budget correspondante.

Les régions n'ayant pas consommé leur enveloppe DRDR en 2006 se voient attribuer un budget identique à ce qui a été dépensé en 2006. Comment les réseaux peuvent-ils alors demander des moyens supplémentaires ?

⇒ L'inspection de l'IGAS et le rapport qui en a découlé sont une conséquence d'un constat de mauvaise utilisation des fonds FAQSV et DRDR. Il est normal que des ajustements soient effectués en fonction des conclusions du rapport. Toutefois, un réseau qui valorise ses activités et s'insère dans le tissu local n'a pas de raison de ne pas être soutenu. Si nécessaire, la FNRG peut intervenir auprès des financeurs et du ministère de la Santé et des Solidarités.

La journée s'est achevée avec la mise en place de deux groupes de travail thématiques dont l'objectif est de mettre à jour les bilans gériatriques médical et social.

Le groupe « Réactualisation du bilan gériatrique médical » est composé de :

- Mme BEAUVAIS, animatrice du réseau gériatrique de Sainte-Maure-de-Touraine (37),
- Mme SERVINS , animatrice du réseau gériatrique du Sud Saumurois (49),
- Mme ARNOUX , infirmière du réseau gériatrique de Baumes les Dames (25),
- Dr BERENGUER, président du réseau gériatrique de Limoux /Quillan (11),
- Dr DUCLOS , trésorier du réseau de Haute Côte d'Or (21),
- Dr TILAK, référent médical MSA 62,
- Dr POUZOULET, référent médical MSA 24.

Le groupe « Réactualisation du bilan gériatrique social » est composé de :

- Mme BORDELIER, (réseau gériatrique de Limoux/Quillan – Haute vallée/Chalabrais, 11)
- Mme BOURSICOT (réseau gériatrique Vimeu-Baie de Somme, 80)
- Mme CREPIN (MSA Touraine)
- Mme GUIBERT (réseau gériatrique du sud Saumurois, 49)