



**LES RESEAUX DE SANTE PERSONNES AGEES,
OU COMMENT CREER LES CONDITIONS
D'UN MAINTIEN A DOMICILE REUSSI**

**RAPPORT D'ACTIVITES
2007**

EN PARTENARIAT AVEC



LE MOT DU PRESIDENT

Après 4 années d'existence, la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques se devait de rendre ses activités lisibles. C'est la raison pour laquelle est publié son premier rapport d'activités, validé par le Conseil d'administration du 18 novembre 2008.

En effet, 2007 fut riche en activités dans un contexte professionnel en plein mouvement, avec ses nouveautés (nouvelle réglementation et nouveau financeur), ses suppressions (dont certaines, comme l'aide technique complémentaire, particulièrement mal vécues) et ses évolutions (renouvellement du financement d'un réseau désormais subordonné à une extension de son territoire et/ou de son champ d'activité).

Face à ce qui aurait pu être vécu comme autant de difficultés, la Fédération a su démontrer sa capacité d'adaptation et faire preuve de réactivité en assurant une information régulière de ses membres, et en jouant un rôle d'appui-conseil en continu.

La Fédération a prouvé à ses adhérents qu'ils peuvent compter sur elle, et qu'elle est toujours soucieuse de donner la parole aux acteurs de terrain afin de faire partager les expériences et compétences de ses membres. Ainsi, cette année aura été l'occasion d'initier de nouvelles actions : la journée nationale des réseaux du 18 janvier 2007 qui a réuni plus de 65 participants, des rencontres sur place avec les réseaux membres, l'accompagnement de la création de nouveaux réseaux.

Notre Fédération est non seulement dynamique, mais également ouverte aux autres acteurs du champ de la gérontologie comme l'illustre la conclusion du partenariat avec la Fédération Nationale des Maisons d'Accueil Rurales pour Personnes Agées (FN MARPA).

Si 2006 fut l'année de la reconnaissance de la Fédération, 2007 a permis de récolter les premiers fruits de l'important travail fourni par la Fédération et ses membres. Malgré un contexte particulièrement difficile, cette année a encore été source de nombreuses satisfactions. Ainsi, le cap symbolique des 6 000 personnes âgées prises en charge par les réseaux membres de la Fédération depuis 2000 a été franchi.

Ce rapport d'activités est donc l'occasion de revenir précisément sur l'ensemble de ces points, mais aussi et surtout de valoriser la qualité du travail réalisée par les professionnels du terrain, et de donner envie aux acteurs locaux de se lancer dans l'aventure passionnante des réseaux de santé !

Dr Roger PRUVOST

Président du réseau gérontologique du Ternois (62)

SOMMAIRE

LE MOT DU PRESIDENT	P.2
1. PRESENTATION DE LA FEDERATION NATIONALE DES RESEAUX GERONTOLOGIQUES	P.6
a. La création de la Fédération	
b. La composition de la Fédération	
2. LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE COORDONNEE DES PERSONNES AGEES	P.9
a. La Charte d'engagement des réseaux gérontologiques à la Fédération	
b. L'évolution du dispositif de prise en charge des personnes âgées	
3. ETAT DES LIEUX DES ACTIVITES DE LA FEDERATION	P.25
a. Le « réseau des réseaux »	
b. L'accompagnement des porteurs de projets de réseaux	
c. Le soutien apporté aux réseaux par le biais de partenariats nationaux	
4. LES RESEAUX GERONTOLOGIQUES ADHERENTS	P.31
a. De nouveaux adhérents : REGESA et « Vivre et vieillir chez soi »	
b. La montée en charge de l'activité depuis 2000	
c. La cheville ouvrière des réseaux : les équipes de coordination	
d. Une ébauche de portrait des personnes âgées prises en charge dans un réseau gérontologique membre de la Fédération	
PERSPECTIVES - Eléments de réflexion sur les conditions de réussite des réseaux de santé	P.40
ANNEXES	P.42

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1	Genèse de la Fédération Nationale des Réseaux Gériatriques : l'expérimentation menée par la Mutualité Sociale Agricole (2000-2004)
Annexe 2	Les statuts de la Fédération parus au Journal officiel du 31 juillet 2004
Annexe 3	La prise en charge coordonnée des personnes âgées souffrant de troubles neuropsychologiques : éléments quantitatifs
Annexe 4	Bilan gériatrique initial réactualisé en 2007
Annexe 5	Fiche pratique « Volet Prise en charge des troubles neuropsychologiques »
Annexe 6	Les dérogations tarifaires accordées aux personnes âgées prises en charge en réseau
Annexe 7	Brochure « Sensibiliser le Conseil général »
Annexe 8	« Au fil des réseaux » n°4, septembre 2007
Annexe 9	Convention de partenariat entre la Fédération et les Aînés ruraux – Fédération nationale
Annexe 10	Convention de partenariat entre la Fédération et la Fédération Nationale des MARPA
Annexe 11	Profil de poste d'une animatrice

SIGLES

AGGIR	AUTONOMIE GERONTOLOGIQUE GROUPE ISO RESSOURCE
APA	ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE
ARH	AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
CANAM	CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES PROFESSIONS INDEPENDANTES
CANCAVA	CAISSE NATIONALE DE COMPENSATION D'ASSURANCE VIEILLESSE DES ARTISANS
CCMSA	CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE
CLIC	COMITE LOCAL D'INFORMATION ET D'ORIENTATION
CNAMTS	CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES
CPAM	CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE
DDASS	DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
DRASS	DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
DHOS	DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS
DNDR	DOTATION NATIONALE DE DEVELOPPEMENT DES RESEAUX
DRDR	DOTATION REGIONALE DE DEVELOPPEMENT DES RESEAUX
EHPAD	ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES
EPP	EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
ETP	EQUIVALENT TEMPS PLEIN
FAQSV	FONDS D'AIDE A LA QUALITE DES SOINS DE VILLE
FIQCS	FONDS D'INTERVENTION POUR LA QUALITE ET LA COORDINATION DES SOINS
FNRG	FEDERATION NATIONALE DES RESEAUX GERONTOLOGIQUES
GAMEX	GROUPEMENT DES ASSUREURS MALADIE D'EXPLOITANTS AGRICOLES
GIR	GROUPE ISO RESSOURCE
GMP	GIR MOYEN PONDERE
IGAS	INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES
MARPA	MAISON D'ACCUEIL RURALE POUR PERSONNES AGEES
MRS	MISSION REGIONALE DE SANTE
MSA	MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE
ONDAM	OBJECTIF NATIONAL DE DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE
PAC EUREKA	PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT COGNITIF EUREKA
PSPH	PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER
RSI	REGIME SOCIAL DES INDEPENDANTS
UNCAM	UNION NATIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE
URCAM	UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

1. PRESENTATION DE LA FEDERATION NATIONALE DES RESEAUX GERONTOLOGIQUES

a. La création de la Fédération

Entre 2000 et 2004, la Mutualité Sociale Agricole pilote l'expérimentation « Organisation d'un réseau gérontologique » sur 19 territoires (Cf. *Annexe 1 – Genèse de la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques : l'expérimentation menée par la Mutualité Sociale Agricole 2000/2004*).

Dès 2002 se pose la question du devenir des réseaux à la fin de l'expérimentation ; la création d'une Fédération est alors envisagée afin de permettre aux réseaux issus de l'expérimentation d'être soutenus au niveau national et de partager leurs expériences.

En mai 2004, la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques est créée (Cf. *Annexe 2 – Les statuts de la Fédération parus au Journal officiel du 31 juillet 2004*). Elle regroupe les 19 associations locales de gestion des réseaux gérontologiques existants, les caisses de MSA accompagnatrices de ces réseaux, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) de Dordogne et de Seine-Maritime, la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA), la Caisse d'Assurance Maladie des professions indépendantes (CANAM)¹, le Groupement des Assureurs Maladie d'Exploitants agricoles (GAMEX), la Fédération Nationale des Aînés Ruraux (aujourd'hui, les Aînés Ruraux - Fédération Nationale).

Au 1^{er} janvier 2005, 2 des 19 réseaux expérimentaux s'arrêtent (Selles-sur-Cher dans le Loir-et-Cher et la Charité-sur-Loire dans la Nièvre). Les 17 autres réseaux deviennent des réseaux de santé à part entière, s'autonomisant ainsi de la MSA et bénéficiant de financements au titre des dotations régionales de développement des réseaux (DRDR). La Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) est une enveloppe spécifique créée au sein de l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

La Fédération a pour objet de :

- coordonner et animer le réseau des associations assurant localement le fonctionnement d'un réseau gérontologique,
- assurer leur représentation au niveau national, notamment en proposant des améliorations au dispositif législatif et réglementaire existant, et de favoriser leur développement local,
- mener des réflexions et réaliser des études pouvant conduire à des propositions de mise en commun de moyens et de services,
- assurer une information et une assistance propres à favoriser le bon fonctionnement des associations,

¹ Avec la Caisse Nationale de Compensation d'Assurance Vieillesse des Artisans (CANCAVA) et Organic, la CANAM devient le Régime Social des Indépendants (RSI) en 2006.

- participer aux études et recherches pour améliorer le concept de prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes dans une démarche coordonnée sanitaire, sociale et médico-sociale, interdisciplinaire et ville - hôpital,
- effectuer toutes opérations, directes ou indirectes, liées à l'objet principal et susceptibles d'intéresser ses membres.

b. La composition de la Fédération en 2007

La Fédération entretient des liens forts avec la MSA. Ainsi, l'échelon central et les caisses locales sont représentés au sein de son Conseil d'administration. De plus, un partenariat politique a été conclu le 22 mars 2005 entre la Fédération et la CCMSA afin de définir les missions des partenaires, reposant sur des échanges mutuels, une défense commune et un partage des valeurs.

En 2007, le bureau du Conseil d'administration de la Fédération se compose du Dr Roger PRUVOST (Président du réseau gérontologique du Ternois dans le Pas-de-Calais), Président, de Mme Roselyne BESNARD (Vice-présidente de la MSA de Maine-et-Loire), Vice-présidente, de Mme Lucrèce BOITEUX (Vice-présidente de la MSA de Franche-Comté), Secrétaire, et du Dr Philippe AUBERGER (administrateur du réseau gérontologique de Haute-Saintonge), Trésorier.

La Fédération compte 32 membres adhérents :

- 19 associations de gestion d'un réseau gérontologique :
 Association du Réseau gérontologique du bassin de Limoux-Quillan/Haute-Vallée Chalabrais (Aude)
 Association du Réseau gérontologique de Murat-Allanche (Cantal)
 Association Coordination Santé-Social de Haute Saintonge (Charente maritime)
 Association du Réseau gérontologique de Haute Côte d'Or
 Association du Réseau gérontologique du Pays de Bessède (Dordogne)
 Association Centrale de Coordination Médico-Sociale de la Circonscription de l'hôpital local de Baume les Dames (Doubs)
 Association du Réseau gérontologique de Sainte-Maure de Touraine et de l'Île Bouchard (Indre-et-Loire)
 Association du Réseau gérontologique de Neuville-aux-Bois (Loiret)
 Association du Réseau gérontologique « Les Cantons d'Aliénor » (Lot-et-Garonne)²
 Association du Réseau gérontologique du Sud Saumurois (Maine-et-Loire)
 Association GERONTIS, Réseau de soins gérontologiques (Haute-Marne)
 Association du Réseau gérontologique du Ternois (Pas-de-Calais)
 Association du Réseau gérontologique « Gaves et Bidouze » (Pyrénées-Atlantiques)
 Coordination gérontologique des Trois Rivières – CG3R (Saône-et-Loire)
 Association gérontologique des trois cantons (AG3C) (Seine-Maritime)

² En juin 2007, l'association « Les six cantons d'Aliénor » a modifié ses statuts pour prendre le nom suivant : « Les Cantons d'Aliénor ». Dix cantons sont dorénavant couverts par le réseau.

Association gérontologique de Gâtine (Deux-Sèvres)

Association du Réseau gérontologique de Vimeu-Baie-de-Somme (Somme)

Association du réseau de santé gérontologique « Vivre et vieillir chez soi » (Hautes-Alpes)

Association du REseau de santé GERontologique du SAulnois « REGESA » (Moselle)

- 17 organismes de MSA :

Fédération des MSA du Grand Sud

Fédération des MSA d'Auvergne

MSA de Charente-Maritime

MSA de Bourgogne

MSA de la Dordogne

MSA de Franche-Comté

MSA de Touraine

MSA Cœur-de-Loire

MSA de Maine-et-Loire

MSA Sud-Champagne

MSA de Lot-et-Garonne

MSA du Pas-de-Calais

Fédération MSA Sud Aquitaine

MSA de Saône-et-Loire

Fédération des MSA de Haute-Normandie

MSA Deux-Sèvres

Fédération MSA Picardie

- la CCMSA
- le RSI
- 2 Caisses Primaires d'Assurance Maladie :

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Périgueux en Dordogne

Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Havre en Seine-Maritime

- 2 organismes nationaux :

Groupement des Assureurs Maladie d'Exploitants Agricoles (GAMEX)

Les Aînés ruraux – Fédération nationale

La Fédération accueille :

- tout réseau, qu'il soit nouvellement créé comme REGESA (Lorraine) -le Conseil d'administration de la Fédération du 21 mars 2007 a validé sa candidature- ou qu'il existe déjà et souhaite rejoindre la Fédération pour bénéficier de son soutien, comme c'est le cas du réseau gérontologique « Vivre et vieillir chez soi » (Hautes-Alpes).

- toute caisse de MSA concernée par un réseau adhérent qu'elle accompagne localement (principe de double adhésion). La MSA de Lorraine est ainsi concernée.

2. LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE COORDONNEE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Le réseau gérontologique tel que soutenu par la Fédération est un réseau de santé Personnes âgées sanitaire, social et médico-social destiné à favoriser le maintien à domicile de personnes âgées dépendantes dans des conditions optimales.

Par conséquent, trois points forts caractérisent cette organisation conformément au dispositif initial expérimenté :

- le rôle pivot du médecin généraliste coordonnateur de la prise en charge de ses patients. Devenu, depuis la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, médecin généraliste « traitant », ce rôle pivot donné au médecin généraliste a indirectement été reconnu par les pouvoirs publics et l'Assurance maladie.
- la coopération ville/hôpital symbolisée par l'ouverture de l'hôpital au médecin généraliste. La possibilité offerte aux médecins généralistes d'exercer une partie de leur activité au sein d'un hôpital local³ a servi de levier à la mise en œuvre de ce lien ville/hôpital.
- l'articulation entre le sanitaire, le social et le médico-social pour une prise en charge globale de la personne âgée.

Si de nécessaires adaptations ont dû être effectuées, liées soit aux pratiques de terrain des professionnels et des salariés des réseaux, soit aux nouveaux textes officiels parus depuis la phase d'expérimentation, la Charte d'engagement des réseaux à la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques reproduite ci-après rend précisément compte d'un dispositif de prise en charge des personnes âgées qui a fait ses preuves.

a. La Charte d'engagement

Après avoir envisagé de créer un label « réseau gérontologique » qui aurait été attribué aux réseaux répondant aux critères retenus lors de l'expérimentation, la Fédération et son partenaire historique, la MSA, ont élaboré conjointement une Charte d'engagement des réseaux gérontologiques à la Fédération. Elle a été validée par le Conseil d'administration de la Fédération du 12 octobre 2006.

Pour devenir membre de la Fédération, un réseau gérontologique doit en effet souscrire aux engagements énoncés dans cette Charte, dont la Fédération s'assure du respect. L'équipe de la Fédération s'appuie donc sur son contenu, ainsi que sur les orientations des pouvoirs publics, pour veiller au respect du dispositif de prise en charge coordonnée des personnes âgées.

En cas de changement dans le mode de fonctionnement du réseau gérontologique ou dans les modalités de prise en charge des personnes âgées dépendantes, le réseau signataire de la charte est tenu de l'en aviser.

Grâce au respect permanent des engagements qu'elle comporte, elle a pour objectif de garantir vis-à-vis des acteurs du champ de la gérontologie mais également des financeurs, un haut niveau de qualité des services et prestations proposés par les réseaux gérontologiques signataires, ainsi qu'une homogénéité de leurs modalités de fonctionnement. Ainsi, la Charte a vocation à être intégrée par les réseaux signataires, mais aussi à être diffusée largement à leurs financeurs et partenaires.

Toutefois, il est important de noter que les réseaux ont chacun dû développer des stratégies d'adaptation aux contextes locaux, qui ne remettent pas en cause le respect des principes fondamentaux énoncés dans la Charte. Par exemple, les trois réseaux gérontologiques d'Aquitaine ont naturellement dû se plier au cahier des charges régional des réseaux de santé relatifs à la prise en charge des personnes âgées de leur MRS, et au cahier des charges régional des réseaux de santé relatifs à la maladie d'Alzheimer pour formaliser leur travail sur cette problématique.

La Charte d'engagement, ainsi que le document « Du bon usage de la Charte » systématiquement remis avec celle-ci, figurent ci-après.

³ En 2007, on parle plus volontiers d'établissements de santé de proximité, ce qui permet d'inclure les centres hospitaliers de proximité, les hôpitaux locaux et les établissements participant aux soins publics hospitaliers (PSPH).

FEDERATION NATIONALE des RESEAUX GERONTOLOGIQUES

La Fédération nationale des réseaux gérontologiques a pour principal objet d'animer et d'accompagner les réseaux gérontologiques adhérents, d'assurer leur représentation au niveau national et de favoriser les rencontres et échanges de bonnes pratiques.

CHARTRE D'ENGAGEMENT DES RESEAUX GERONTOLOGIQUES ADHERANT A LA FEDERATION

La présente Charte élaborée en partenariat avec la Mutualité Sociale Agricole énumère les engagements auxquels doivent souscrire les réseaux gérontologiques souhaitant adhérer à la Fédération nationale des réseaux gérontologiques.

Elle comporte 15 engagements identifiés à partir :

- *des évaluations (interne et externe) des 19 réseaux gérontologiques créés dans le cadre de l'action expérimentale menée par la MSA de 2000 à 2004*
- *de l'accompagnement que la Fédération propose à ses réseaux gérontologiques adhérents depuis mai 2004.*

Cette Charte a pour objectif de garantir, grâce au respect de ses 15 engagements, un haut niveau de qualité des services et prestations proposés par les réseaux gérontologiques adhérents.

PREAMBULE

Qu'est-ce qu'un réseau gérontologique ?

Au sens de la présente Charte, **un réseau gérontologique est :**

- **un réseau de santé** (articles L 6321-1 et 2 du Code de la Santé publique)
- qui vise au maintien à domicile, le plus longtemps possible, de personnes âgées dépendantes
- dans les meilleures conditions médicales et sociales.

avec :

- ✚ un **rôle pivot du médecin généraliste traitant** qui coordonne pour ses patients l'ensemble des intervenants du réseau
- ✚ une **articulation entre le sanitaire et le social** pour une prise en charge globale de la personne âgée
- ✚ une **coopération ville/hôpital** illustrée par des relations organisées.

FEDERATION NATIONALE des RESEAUX GERONTOLOGIQUES

Le réseau gérontologique s'engage à concrétiser le choix de la personne âgée dépendante de demeurer à son domicile et à cette fin, met à sa disposition tous les moyens nécessaires à la préservation de son autonomie.

Il fonde son action sur des **principes de solidarité et de responsabilité**. Il participe à la mutualisation des expériences et au partage des connaissances en vue d'améliorer la prise en charge de la personne âgée dépendante.

Quels sont les engagements d'un réseau gérontologique qui adhère à la Fédération ?

L'adhésion à la Fédération nationale des réseaux gérontologiques est subordonnée au respect des 15 engagements présentés ci-après et organisés autour de 4 axes :

- Assurer le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes dans les meilleures conditions possibles
- Offrir des soins et un accompagnement social de qualité
- Rechercher l'efficience
- Améliorer l'offre sanitaire et sociale du territoire

FEDERATION NATIONALE des RESEAUX GERONTOLOGIQUES

En adhérant à la Fédération nationale des réseaux gérontologiques, le réseau gérontologique

...(Nom du réseau)

s'engage à :

AXE 1 :

ASSURER LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES DANS LES MEILLEURES CONDITIONS POSSIBLES

1. Examiner toute demande de prise en charge de personnes âgées de 60 ans et plus, relevant des GIR 1 à 4, ou présentant des troubles nécessitant une orientation et un suivi
2. Donner au médecin traitant le rôle pivot dans la coordination des soins et l'accompagnement de ses patients
3. Mettre en œuvre un protocole de prise en charge coordonnée associant des intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux

AXE 2 :

OFFRIR DES SOINS ET UN ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DE QUALITE

4. Informer la personne âgée dépendante (ses proches et/ou représentants légaux) sur les modalités de prise en charge et recueillir son consentement
5. Elaborer et mettre en œuvre un plan d'intervention personnalisé
6. Veiller à respecter un délai maximal de 7 jours entre le bilan gériatrique et la réunion de coordination
7. Procéder à l'évaluation régulière du service rendu à la personne
8. Vérifier et développer la compétence des acteurs du réseau dans le champ de la gérontologie
9. Diffuser et respecter les référentiels existants relatifs à la dépendance de la personne âgée

AXE 3 :

RECHERCHER L'EFFICIENCE

10. Vérifier la pertinence et l'efficacité de l'organisation mise en place
11. S'assurer du bon rapport coût/efficacité du réseau
12. Evaluer la satisfaction des acteurs du réseau

AXE 4 :

AMELIORER L'OFFRE SANITAIRE ET SOCIALE DU TERRITOIRE

13. Développer des partenariats
14. Contribuer au maintien et au développement des solidarités
15. Développer de nouvelles activités et outils

A, le.....

Signature

Le Président du réseau
M.....

LE DETAIL DES ENGAGEMENTS AUXQUELS VOUS SOUSCRIVEZ EN ADHERANT A LA FEDERATION

AXE 1 : ASSURER LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES DANS LES MEILLEURES CONDITIONS POSSIBLES

Les réseaux gérontologiques adhérant à la Fédération s'engagent à :

1. Examiner toute demande de prise en charge de personnes âgées de 60 ans et plus, relevant des GIR 1 à 4 ou présentant des troubles nécessitant une orientation et un suivi

La population susceptible d'être prise en charge par un réseau gérontologique est constituée :

- de personnes de 60 ans et plus, vivant à domicile,
- appartenant aux groupes GIR 1 à 4, ou présentant des troubles nécessitant une orientation et un suivi,
- domiciliées dans le ressort géographique du réseau,
- quel que soit leur régime d'affiliation à la Sécurité sociale

2. Donner au médecin traitant le rôle pivot dans la coordination des soins et l'accompagnement de ses patients

Le médecin généraliste traitant, coordonnateur des soins pour ses patients, joue un véritable rôle pivot en s'engageant à assurer la coordination des différents acteurs sanitaires qui interviennent auprès de son patient, avec l'appui opérationnel et logistique de l'équipe du réseau. A titre d'exemple, la réunion de coordination réunissant tous les acteurs du réseau a lieu sous sa responsabilité.

3. Mettre en œuvre un protocole de prise en charge coordonnée associant des intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux

Trois étapes sont nécessaires à l'admission et à la prise en charge de la personne âgée dépendante par le réseau gérontologique :

Le bilan gériatrique initial comporte :

- un bilan médical :
réalisé à l'hôpital ou au domicile de la personne âgée par l'équipe de l'hôpital. Il permet une évaluation des besoins en soins de la personne.
- un bilan social :
réalisé au domicile de la personne âgée sous la responsabilité d'une l'assistante sociale. Il permet la prise en compte de ses souhaits et de son environnement familial, relationnel et social.

FEDERATION NATIONALE des RESEAUX GERONTOLOGIQUES

La réunion de coordination se tient au domicile de la personne âgée sous la responsabilité du médecin généraliste traitant. Elle permet de déterminer -après synthèse des données médicales, fonctionnelles et sociales- si la personne âgée peut ou non être admise dans le réseau gériatrique compte tenu de son état médical et de sa situation sociale.

Si l'admission est acceptée, cette réunion aboutit à la rédaction d'un plan d'intervention garantissant une prise en charge pluridisciplinaire de qualité.

Le plan d'intervention, élaboré en commun par les différents professionnels sanitaires et sociaux concernés, définit et planifie les interventions nécessaires tant au niveau médical et paramédical, qu'au niveau social. Il prévoit en outre les aides techniques nécessaires au maintien à domicile de la personne âgée prise en charge par le réseau.

Une réévaluation annuelle est l'occasion de prendre en compte de nouvelles données médicales et/ou sociales susceptibles de modifier le plan d'intervention. Bien entendu, la réévaluation peut avoir lieu plus tôt si l'état de la personne âgée le nécessite.

A tous les stades de la mise en œuvre du protocole de prise en charge, un réseau gériatrique doit être en mesure de proposer à ses bénéficiaires les services :

- ✓ d'un hôpital de proximité (hôpital local, centre hospitalier),
- ✓ de professionnels de santé libéraux (médecins généralistes/spécialistes, dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, pédicures podologues, orthophonistes...) ou de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD),
- ✓ de professionnels sociaux (assistantes sociales, ergothérapeutes ...),
- ✓ d'associations et d'institutions intervenant dans le maintien à domicile (aides de vie, portage de repas, téléalarme...),
- ✓ d'institutions d'hébergement pour personnes âgées,
- ✓ d'autres professionnels (transporteurs sanitaires, diététiciens...)
- ✓ de bénévoles (aide aux aidants familiaux, accompagnement de fin de vie...)

Des relations formalisées avec un CLIC (centre local d'information et de coordination) intervenant sur le même champ géographique - ou le fait pour un réseau de gérer également ce dispositif - doivent également permettre d'orienter les personnes vers d'autres services si leur état ne justifie pas leur admission dans un réseau gériatrique (ex. GIR 5 et 6) mais nécessite un accompagnement d'un autre type.

AXE 2 : OFFRIR DES SOINS ET UN ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DE QUALITE

Les réseaux gérontologiques adhérant à la Fédération s'engagent à :

4. Informer la personne âgée dépendante (ses proches et/ou représentants légaux) sur les modalités de prise en charge et recueillir son consentement

Tout au long de la prise en charge, les différents acteurs du réseau s'assurent que sont bien garantis les droits des personnes âgées dépendantes mentionnés notamment dans le Code de la santé publique, dans la « Charte des droits et libertés de la personne accueillie » (annexe de l'arrêté du 8 septembre 2003 parue au Journal Officiel du 9 octobre 2003 consultable sur le site internet <http://www.legifrance.gouv.fr/>) et dans la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante de la Fédération nationale de gérontologie. Ainsi, doivent être effectifs les droits fondamentaux tels que le droit à l'information, le principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne, le droit à la renonciation, le principe de non-discrimination, le droit à une prise en charge ou un accompagnement adapté, le droit au respect des liens familiaux, le respect de la dignité de la personne.

Le réseau doit également permettre aux personnes âgées dépendantes de rédiger ou faire rédiger des « directives anticipées » (prévues à l'article R 1111-17 et suivants du Code de la santé publique) exprimant leurs souhaits relatifs à leur fin de vie et plus particulièrement leur volonté en matière de limitation ou d'arrêt de traitement.

5. Elaborer et mettre en œuvre un plan d'intervention personnalisé

Dès lors que l'admission de la personne âgée a été acceptée, un plan d'intervention adapté à la situation médico-sociale de la personne âgée est adopté à l'issue de la réunion de coordination. Ce plan, comportant un volet médical (le plan de soins et de traitement) et un volet social, a pour objet d'organiser les interventions et de prévoir les aides techniques nécessaires.

◆ Le **volet médical** inclut : les mesures hygiéno-diététiques, les prescriptions et thérapeutiques médicamenteuses, le plan de soins infirmiers, les soins infirmiers, les soins de rééducation-réadaptation, les dispositifs techniques pour le maintien à domicile (lits médicalisés, déambulateurs..), les produits, matériels et accessoires, les recours spécialisés.

Le volet médical du plan d'intervention est rempli par le médecin traitant à l'occasion de la réunion de coordination.

◆ Le **volet social** précisant les interventions sociales nécessaires est rempli par l'assistante sociale lors de la réunion de coordination.

FEDERATION NATIONALE des RESEAUX GERONTOLOGIQUES

6. Veiller à respecter un délai maximal de 7 jours entre le bilan gériatrique et la réunion de coordination

Ce délai maximal de 7 jours apparaît pertinent et nécessaire afin d'éviter les désagréments liés à une attente excessive et permettre une mise en œuvre rapide du protocole de prise en charge.

7. Procéder à l'évaluation régulière du service rendu à la personne

Des enquêtes de satisfaction doivent être menées par le réseau auprès :

- des personnes prises en charge et de leur entourage afin de connaître leur opinion et ressenti sur la prise en charge proposée.
- des professionnels impliqués afin de vérifier que le réseau permet bien d'assurer la continuité et la qualité de la prise en charge.

8. Vérifier et développer la compétence des acteurs du réseau dans le champ de la gériatrie

Chaque acteur du réseau, dans son domaine d'intervention, veille à mettre en œuvre et perfectionner ses connaissances et compétences en matière de gériatrie. Tel est particulièrement le cas du médecin traitant qui, conformément à l'article 11 du Code de déontologie médicale « [...] *doit entretenir et perfectionner ses connaissances [et] prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue* ».

Le réseau gériatrique veille à ce que les médecins généralistes adhérents soient formés ou se forment en gériatrie et notamment en évaluation gériatrique. Cette formation pourra leur être dispensée dans le cadre de la formation médicale continue.

9. Diffuser et respecter les référentiels existants relatifs à la dépendance des personnes âgées

Les acteurs du réseau s'engagent à se tenir régulièrement informés des recommandations pratiques et autres référentiels relatifs à la dépendance des personnes âgées élaborés notamment par la Haute Autorité de Santé (HAS), des sociétés savantes et tout autre organisme reconnu pour son expertise en la matière. Ils veillent à leur constante application tout au long de la prise en charge de la personne âgée dépendante.

AXE 3 : RECHERCHER L'EFFICIENCE

Les réseaux gérontologiques adhérant à la Fédération s'engagent à :

10. Vérifier la pertinence et l'efficacité de l'organisation mise en place

Le réseau doit porter une attention toute particulière au choix du personnel de l'association qui s'avère être primordial compte tenu de son rôle central dans le dispositif de maintien à domicile.

En fonction de la taille du réseau, le pôle ressources de l'association est composé d'une secrétaire et d'une animatrice (idéalement de profil IDE), ou d'une seule personne, à la fois secrétaire et animatrice.

L'action de ce personnel est d'autant plus efficace que coexistent les trois éléments suivants :

- ✚ l'intérêt initial pour le secteur et la démarche,
- ✚ la présence à temps plein,
- ✚ la stabilité dans le poste.

Le suivi d'un réseau est réalisé à partir d'un **tableau de bord** permettant de savoir en continu où en est le projet, ce qui fonctionne, ce qui fonctionne avec difficulté et ce qui ne fonctionne pas.

Cet outil (idéalement informatisé) permet le pilotage de l'action, le suivi de la bonne marche du réseau et, le cas échéant, le repérage de dysfonctionnements éventuels.

Le tableau de bord doit ainsi et tout d'abord mesurer l'activité, à travers **plusieurs indicateurs appropriés** :

- ✚ le nombre de patients admis et le nombre de sorties (la différence correspondant au nombre de personnes effectivement suivies),
- ✚ le nombre de demandes en attente (en vue du bilan ou en vue de la réunion de coordination qui précède l'admission),
- ✚ le nombre de professionnels adhérents et, parmi eux, le pourcentage de professionnels actifs (ou ayant fait adhérer des personnes âgées).

Ce tableau de bord doit également être utilisé dans le cadre de l'autoévaluation annuelle que doit réaliser le réseau.

11. S'assurer du bon rapport coût/efficacité du réseau

La détermination d'un bon rapport coût/efficacité d'un réseau gérontologique suppose de mettre en relation notamment :

- ✓ **Les bénéfices médicaux recherchés** (une plus grande efficacité des soins, une amélioration de la qualité de vie, une amélioration de l'état fonctionnel, de l'humeur, des fonctions cognitives, une diminution de la mortalité, de la morbidité et une prolongation de la durée de vie des personnes âgées...)
- ✓ **L'impact du réseau sur les pratiques professionnelles** (travail et suivi des professionnels de santé et travailleurs sociaux facilités, rupture de l'isolement...)

Les coûts du réseau et les économies éventuellement générées pour l'assurance maladie (suppression d'actes ou examens inutiles, réduction des prescriptions, rationalisation de l'utilisation des structures, diminution des dépenses d'hospitalisation pour chaque personne âgée dépendante...).

L'évaluation externe, réalisée au cours de la troisième année de financement, doit ainsi démontrer l'intérêt et l'impact, tant au niveau de la Santé publique qu'au niveau économique, du réseau gérontologique.

12. Evaluer la satisfaction des acteurs du réseau

Des enquêtes de satisfaction doivent être mises en place et porter notamment sur :

- l'inclusion des personnes âgées dans le réseau,
- le fonctionnement du réseau : relations entre professionnels et avec les personnes âgées, qualité de la coordination ambulatoire et de l'articulation ville/hôpital,
- la valeur ajoutée pour les patients d'une prise en charge au sein d'un réseau.

AXE 4 : AMELIORER L'OFFRE SANITAIRE ET SOCIALE DU TERRITOIRE

Les réseaux gérontologiques adhérant à la Fédération s'engagent à :

13. Développer des partenariats

Les réseaux gérontologiques doivent développer des partenariats et relations conventionnelles pour une coopération locale efficace avec d'autres professionnels, services (services à la personne, maisons médicales pluridisciplinaires...), établissements de santé, collectivités (Conseil Général...) et organismes ayant un rapport avec leur objet (Fédération nationale des clubs d'ânés ruraux, Familles rurales...). Ils doivent en particulier être bien intégrés dans le système de santé régional en inscrivant leur action dans les orientations du SROS aux cotés d'autres acteurs essentiels que sont les hôpitaux locaux et les centres hospitaliers pôles de référence gériatriques.

Quand ils ne gèrent pas eux-mêmes un CLIC, les réseaux gérontologiques formalisent également leur relation avec les CLIC intervenant sur leur territoire et le cas échéant, avec le Conseil général, pour organiser l'intervention des équipes médico-sociales départementales et développer les mutualisations.

Ces partenariats sont évalués au regard des actions communes engagées et de leur impact.

14. Contribuer au maintien et au développement des solidarités

Les réseaux gérontologiques développent des actions spécifiques (initiatives inter-générationnelles, par exemple) y compris en relation avec d'autres territoires ou d'autres partenaires intéressés par la dépendance.

Ils veillent à restaurer le lien social, par le biais notamment d'animations collectives ou en apportant leur contribution à de telles initiatives.

Ils contribuent à l'essaimage ou au dynamisme associatif, par leur participation à des initiatives fédérant plusieurs associations ou aidant à la création de nouvelles formes d'associations, en relation avec la prise en charge de la dépendance.

15. Développer de nouvelles activités et outils

Si les besoins le justifient, les réseaux gérontologiques s'engagent à développer de nouvelles activités en relation avec leur objet, faisant appel ou non à des ressources, humaines ou financières, supplémentaires.

Ainsi, ils peuvent également être amenés à inciter de nouveaux professionnels de santé à s'installer sur leur territoire. Ils doivent également être ouverts à de nouveaux modes de fonctionnement et à la mise en place de nouveaux outils pratiques tels que le dossier médical personnel informatisé.

DU BON USAGE DE LA CHARTE

Pourquoi devenir membre de notre Fédération ?

En nous rejoignant, vous participerez au développement d'une Fédération créée pour défendre les intérêts spécifiques des réseaux gérontologiques.

La Fédération a pour objectif de relayer vos demandes et besoins en assurant une représentation des réseaux auprès des pouvoirs publics, financeurs et partenaires (Agence Régionale de l'Hospitalisation, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie, Ministère, Conseil général...).

Vous disposerez en outre d'une plateforme d'échanges d'idées et d'expériences, vous bénéficierez des retombées des multiples actions de promotion et profiterez des nombreux avantages réservés à nos membres (diffusion du Bulletin d'information, accès au blog, communication d'informations sur les réglementations en vigueur ...).

Nous rejoindre, c'est donc donner un gage de vitalité à votre réseau gérontologique ! Plus nous aurons de réseaux membres, mieux nous pourrions défendre vos intérêts !

Roger PRUVOST
Président de la Fédération

Quelles conditions faut-il remplir pour devenir membre ?

Pour devenir membre de la Fédération, il convient impérativement de souscrire aux engagements énoncés dans sa Charte. Ce document ne constitue pas une simple déclaration de principes, mais un outil de promotion essentiel pour les réseaux membres qui doit être utilisé notamment lors des rencontres avec leurs partenaires (Conseil général, financeurs...).

Grâce au respect des engagements qu'elle comporte, elle a pour objectif de garantir vis-à-vis des acteurs du champ de la gérontologie mais également des financeurs, un haut niveau de qualité des services et prestations proposés par les réseaux gérontologiques signataires ainsi qu'une homogénéité de leurs modalités de fonctionnement.

Tout au long de son adhésion, le réseau gérontologique accepte de se soumettre à un suivi par la Fédération du bon respect de la Charte. Le non-respect de la Charte est susceptible de faire l'objet d'un examen par le Conseil d'administration de la Fédération qui décidera de la conduite à tenir.

En cas de changement dans le mode de fonctionnement du réseau gérontologique ou dans les modalités de prise en charge des personnes âgées dépendantes, le signataire de la charte est tenu d'en aviser la Fédération.

Quelle est la procédure d'adhésion ?

L'adhésion à la Fédération se fait en plusieurs étapes :

1. Envoi à la Fédération d'une lettre de demande d'adhésion signée par le Président du réseau, et d'un dossier de présentation du réseau (dossier promoteur, dernier rapport d'activités, tout document décrivant le fonctionnement et les activités du réseau)
2. La Fédération se met en contact avec l'organisme de Mutualité Sociale Agricole concerné par le territoire du réseau
3. Instruction du dossier par l'équipe de la Fédération
4. Décision du Conseil d'administration de la Fédération (2 à 3 réunions par an)
5. Notification au réseau de la décision du Conseil d'administration par un courrier contenant également la Charte d'engagement
6. Retour à la Fédération de la charte d'engagement signée par le Président du réseau

Comment obtenir des informations complémentaires ?

- Contacter l'équipe de la Fédération
Tél. : 01 41 63 73 77
Fax : 01 41 63 76 60
fnrg@neuf.fr
- Consulter le blog de la Fédération :
<http://fnrg.hautefort.com>
- Adresser un courrier à l'adresse :

Fédération nationale des réseaux gérontologiques
Les Mercuriales
40, rue Jean Jaurès
93 547 Bagnolet cedex

b. L'évolution du dispositif

Comme rappelé précédemment, de nécessaires adaptations du dispositif de prise en charge initial, prenant acte des pratiques professionnelles locales et des évolutions réglementaires, ont dû être effectuées ou restent encore à traduire en actes.

- **Les principales adaptations des réseaux liées aux pratiques professionnelles locales concernent les caractéristiques des bénéficiaires.**

En premier lieu, d'un public cible composé uniquement de personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus relevant des GIR 1 à 4, la Conseil d'administration de la Fédération du 21 mars 2007 a souhaité faire évoluer le dispositif en permettant aux réseaux de prendre en charge également les personnes âgées souffrant de troubles nécessitant un suivi ou une orientation (troubles auditifs, visuels, troubles de la démence...) pouvant concernés des personnes en GIR 5 et 6, c'est-à-dire peu dépendantes. L'objectif est de s'inscrire dans une démarche de prévention précoce de la dépendance.

Ainsi, partant du constat qu'une importante partie de la population de personnes âgées prise en charge souffrait de troubles neuropsychologiques (*Cf. Annexe 3 - La prise en charge coordonnée des personnes âgées souffrant de troubles neuropsychologiques : éléments quantitatifs*), la Fédération, à la demandes des réseaux gérontologiques, lors de la journée d'échanges du 18 janvier 2007, a revu le contenu du bilan gériatrique initial afin de mettre l'accent sur le repérage et la prise en charge de telles problématiques (*Cf. Annexe 4 – Bilan gériatrique initial réactualisé en 2007*). Les réseaux, quant à eux, ont naturellement adapté leurs modalités d'intervention en développant des liens avec les consultations Mémoire hospitalières et avec les associations locales France Alzheimer, voire en déposant un dossier de demande de financement pour un volet Prise en charge des troubles neuropsychologiques auprès des MRS. La Fédération a rédigé une fiche pratique pour les aider à formaliser leurs projets (*Cf. Annexe 5 – Fiche pratique « Volet Prise en charge des troubles neuropsychologiques »*).

- **Les changements liés aux politiques régionales de financement des URCAM/ARH, mais aussi et surtout à la publication de nouveaux textes officiels, nécessitent une période incompressible d'ajustement.**

La circulaire n°DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des URCAM et des ARH, et la circulaire n°DHOS/02/03/UNCAM/2007/1997 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé Personnes âgées sont venues préciser les modalités de fonctionnement et d'évaluation des réseaux gérontologiques en vue de leur financement.

Les caractéristiques propres du dispositif de prise en charge en réseau des personnes âgées à domicile n'ont pas fondamentalement été révisées. Les évolutions concernent les points suivants :

✓ Un seuil minimal de 200 patients pris en charge

Ce seuil est cohérent mais ne peut être atteint que progressivement, sur plusieurs années. L'expérimentation menée par la MSA a permis de constater que 60 personnes incluses est un chiffre « raisonnable » pour la première année de fonctionnement d'un réseau.

✓ La possibilité de recruter un médecin gériatre au sein de l'équipe de coordination

La Fédération pense que l'équipe de coordination ne doit pas forcément compter un médecin gériatre salarié car l'objectif d'un réseau est bien de coordonner les acteurs déjà existants sous la responsabilité du médecin généraliste traitant. Les ressources nécessaires à la réalisation du bilan gériatrique doivent par conséquent être trouvées au sein des structures hospitalières, et notamment de l'hôpital local ou d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ; le suivi médical reste assuré par le médecin généraliste traitant. Un établissement public de santé peut donc mettre à disposition du réseau gérontologique un temps de médecin gériatre pour effectuer les bilans médicaux initiaux et de réévaluation.

Si la fonction de médecin coordinateur existe, celui-ci ne doit pas intervenir directement dans la prise en charge, au risque de contribuer au désengagement des médecins généralistes libéraux traitants, qui restent les pivots de la prise en charge de leurs patients.

✓ Les rémunérations dérogatoires accordées aux patients

Le dispositif initial prévoyait la prise en charge à 100% de tous les soins et la possibilité de bénéficier du tiers-payant pour tout acte pratiqué par un professionnel du réseau, ainsi qu'une aide complémentaire mensuelle de 91,47€ destinée à couvrir la prise en charge de produits matériels et accessoires utilisés dans le cadre du maintien à domicile et habituellement non remboursés par l'Assurance maladie.

Ces dispositions ont petit à petit été supprimées par les URCAM/ARH, avant que les textes ne viennent confirmer cette orientation en 2007 (*Cf. Annexe 6 - Les dérogations tarifaires accordées aux personnes âgées prises en charge en réseau*).

✓ La mise en œuvre systématique d'actions de soutien aux aidants et d'actions d'éducation à la santé

Si tous les réseaux ne le font pas encore, ils y travaillent sérieusement. En outre, ils peuvent bénéficier des actions d'aide aux aidants et des actions de prévention menées par la MSA, tels que les Ateliers du Bien Vieillir, les Ateliers Prévention des chutes, le PAC Eureka... La Fédération encourage les réseaux gérontologiques à signer une convention de partenariat avec les organismes locaux de MSA.

- ✓ La mise en œuvre systématique d'actions de formation des professionnels et d'échanges de pratiques

Cette activité est loin d'être assurée par tous les réseaux de la Fédération. En effet, elle nécessite de dégager du temps pour l'organisation et le suivi des formations ; en outre, la mise en œuvre de la formation médicale continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour les médecins libéraux sont loin d'être aisées pour de petites structures tels que les réseaux de santé.

- ✓ L'articulation et la mutualisation avec les autres réseaux de santé du territoire

Le cas de figure le plus fréquent est un rapprochement avec un réseau de santé Soins palliatifs. Autre exemple, le réseau gérontologique du Ternois (62) travaille à la signature d'une convention de partenariat avec le réseau Mémoire MEOTIS.

Il n'en demeure pas moins que les réseaux couvrent rarement les mêmes territoires, en dehors des réseaux départementaux, tels que les réseaux d'oncologie. Des progrès restent à faire.

- **Un mouvement positif : le couplage d'un réseau gérontologique et d'un Comité Local d'Information et de Coordination (CLIC)**

Sept réseaux gérontologiques adhérents à la Fédération sont labellisés CLIC :

- Association « Coordination santé social de Haute-Saintonge » (17) : CLIC 1 depuis 2002
- Association « Réseau de santé de Haute Côte d'Or » (21) : CLIC 3 depuis 2002
- « Association centrale de coordination médico-sociale de la circonscription de l'hôpital local de Baume-les-Dames » (25) : CLIC 3 depuis 2001
- Association « Réseau gérontologique du Ternois » (62) : CLIC 3 depuis 2006
- Association « Réseau gérontologique Gaves et Bidouze » (64) : CLIC 3 depuis 2002
- Association « Coordination gérontologique des Trois Rivières » (CG3R) (71) : CLIC 1 depuis 2004
- « Association gérontologique de Gâtine » (79) : CLIC 3 depuis 2007

Deux réseaux sont dans une démarche de demande de labellisation auprès de leur Conseil général de référence.

Les réseaux ayant parfois des difficultés à approcher les Conseils généraux, du fait du possible sentiment de concurrence entre leurs missions et les attributions des CLIC -notamment de niveau 3-, la Fédération a conçu la brochure « Sensibiliser le Conseil général » (*Annexe 7*). Elle vise à lister les arguments susceptibles de convaincre les Conseils généraux de la complémentarité des deux structures et de l'intérêt de favoriser la signature de conventions de partenariat entre les CLIC (ou tout autre dispositif de coordination gérontologique, qui peut ne pas s'appeler CLIC). Cette brochure sert également aux porteurs de projets de création de réseaux gérontologiques qui souhaiteraient prendre contact avec leur Conseil général.

La Fédération considère que la formule réseau/CLIC permet de proposer aux personnes âgées dépendantes, mais également aux personnes âgées encore autonomes, des informations et des prises en charge véritablement coordonnées, en s'inscrivant précocement dans une démarche de prévention.

3. ETAT DES LIEUX DES ACTIVITES DE LA FEDERATION

Les orientations de travail sont déterminées lors des Conseil d'administration. En 2007, une réunion a eu lieu le 21 mars 2007. Une seconde réunion prévue en octobre a dû être repoussée en janvier 2008 pour cause de grève nationale des transports.

La Fédération permet les échanges entre les réseaux adhérents et accompagne le développement de nouveaux réseaux gérontologiques, en partenariat avec le réseau des caisses de MSA. Pour ce faire, son blog, consultable à l'adresse <http://fnrg.hautetfort.com>, est un relais important puisqu'il est régulièrement alimenté et mis à jour.

En 2007, l'activité d'aide à la création de réseaux gérontologiques a représenté 25 déplacements sur site, l'activité de soutien aux réseaux adhérents 5 déplacements, et celle de sensibilisation de professionnels locaux à l'intérêt d'un réseau de santé 4 déplacements.

a. Le « réseau des réseaux »

Les liens entre la Fédération et les réseaux gérontologiques adhérents

Afin de développer des liens personnalisés entre la Fédération et chacun des 19 réseaux adhérents, des visites sur place sont l'occasion de faire le point sur leur situation et les perspectives de développement de chacun. En 2007, 4 rencontres ont eu lieu.

Chaque rencontre réunit au minimum le président du réseau, l'animatrice, les référents administratif, médical et, si possible, social de la MSA et la Fédération. Plusieurs thèmes sont abordés : le dispositif de prise en charge des personnes âgées dépendantes, les projets de développement du réseau (territoire, activités), l'état des partenariats (avec l'hôpital local, avec la MSA, avec le Conseil général...), les relations avec les financeurs...

En 2006/2007, ont eu lieu les déplacements suivants :

- Rencontre du réseau de Neuville-aux-Bois (45)

Date : 10 novembre 2006

- Rencontre du réseau de Sainte-Maure-de-Touraine (37)

Date : 13 décembre 2006

- Rencontre du réseau de Murat (15)

Date : 11 décembre 2006

- Rencontre avec le réseau AG3C (76)

Date : 29 mars 2007

- Rencontre avec le réseau de Baume-les-Dames (25)

Date : 25 avril 2007

- Rencontre avec le réseau GERONTIS (52)

Date : 16 juillet 2007

- Rencontre avec le réseau de Vimeu-Baie de Somme (80)

Date : 6 septembre 2007

A l'issue de chacune de ces rencontres, les recommandations de la Fédération figurent dans le compte-rendu envoyé à l'ensemble des participants. Dans les mois qui suivent le déplacement, celle-ci assure un suivi de leur mise en œuvre. Toutefois, les réseaux restent libres de leurs choix.

Le soutien au quotidien

La Fédération facilite les échanges d'informations entre réseaux :

- diffusion du bulletin « Au fil des réseaux » depuis juin 2005.

En 2007, un exemplaire a été publié. (Cf. Annexe 8 – « Au fil des réseaux » n°4, septembre 2007)

- documents-type : modèles de conventions de partenariat, fiches pratiques...

Ils sont réalisés en fonction de la demande des réseaux afin de répondre à un réel besoin, et diffusés sur demande.

- diffusion de documents susceptibles d'inspirer les autres réseaux pour la création de leurs documents : plaquettes de présentation des réseaux, livret d'accueil, dossiers médico-sociaux, fiches de liaison...

La Fédération apporte également un soutien méthodologique à ses adhérents en matière de :

- formalisation de dossiers de demande de financement
- conseils stratégiques pour valoriser ou développer les activités des réseaux

La 1^{ère} journée d'échanges des réseaux gériatriques du 18 janvier 2007

La Fédération, en partenariat avec la MSA, a souhaité organiser une journée d'échanges avec les réseaux de santé gériatriques et leurs soutiens locaux, référents administratifs et médicaux des caisses de MSA, le 18 janvier.

Les objectifs étaient de réaffirmer la plus-value d'une prise en charge en réseau organisée autour d'acteurs incontournables que sont le médecin généraliste traitant et l'hôpital local, et comportant des étapes indispensables telles que le bilan initial d'inclusion et le plan d'intervention ; de faire le point sur

le dispositif de prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale des personnes âgées dépendantes issu de l'expérimentation 2000/2004 afin de réfléchir à de possibles évolutions ; de prendre acte des difficultés et des réussites des réseaux afin d'adapter l'accompagnement par la Fédération.

Le bilan est encourageant : 65 personnes se sont déplacées et les échanges ont été riches. Ils ont notamment été l'occasion de proposer aux réseaux de réactualiser le bilan gériatrique d'inclusion. En effet, celui-ci a été mis au point en 2000 au début de l'expérimentation et nécessitait d'être revu à l'aune des problématiques de santé actuelles des personnes âgées, et des nouveaux dispositifs avec lesquels il convient d'articuler le bilan réalisé dans le cadre du réseau : filière gériatrique, consultations mémoire, entre autres.

Deux groupes de travail ont donc été constitués : un groupe « Réactualisation du bilan gériatrique médical » et un groupe « Réactualisation du bilan gériatrique social ». Le premier groupe a finalisé ses travaux en septembre 2007 (Cf. *Annexe 4*).

b. L'accompagnement des porteurs de projets de réseaux

Fin 2007, 26 projets de création de réseaux gérontologiques sont identifiés sur le territoire national. En fonction de leur état d'avancement, ces projets sont classés en trois phases :

Phase 1 : « phase préalable » (18 projets concernés)

Elle comprend notamment :

- l'identification d'un projet,
- la réalisation de l'étude d'opportunité et de faisabilité,
- la communication du projet aux partenaires potentiels (professionnels de santé, acteurs sociaux, partenaires institutionnels : DDASS, DRASS, URCAM, ARH...)
- la constitution d'un comité de pilotage avec des porteurs du projet clairement identifiés.

Phase 2 : « phase projet » (6 projets concernés)

Elle comprend notamment :

- la présentation du projet à l'ARH et à l'URCAM concernées,
- la constitution du dossier demande de financement FIQCS (notamment la convention constitutive du réseau, la Charte du réseau, le document d'informations destiné aux usagers, les statuts de la structure juridique support du réseau et le règlement intérieur, le budget prévisionnel triennal...) grâce aux travaux de groupes de travail,
- la présentation, pour validation, du dossier demande de financement FIQCS,
- la finalisation du dossier demande de financement FIQCS tenant compte des observations émises lors de la présentation du projet formalisé à l'ensemble des partenaires,
- le dépôt du dossier de demande de financement.

Phase 3 : « phase de mise en œuvre » (2 projets concernés)

Cette dernière phase comprend notamment :

- la signature de la convention de financement avec les financeurs,
- le versement de la première tranche budgétaire nécessaire à la mise en place du réseau
- le recrutement du personnel du réseau (infirmière animatrice...)
- l'installation dans les locaux du réseau,
- les actions de communication sur l'activité du réseau auprès des personnes potentiellement bénéficiaires, du grand public et des professionnels concernés
- Les premières prises en charge de personnes âgées

En 2007, à titre d'exemple, la Fédération, en lien étroit avec les organismes locaux de MSA et la CCMSA, a suivi les projets RESeau Personnes Agées (RESPA) Charente Limousine (16), financé en 2007 ; et la mise en œuvre de REGESA (57).

La Fédération a également suivi la création de :

- Réseau gérontologique de Buis-les-Baronnies dans la Drôme (26)
- RESeau de Santé GErontologique (RESAGE) en Mayenne (53)
- Réseau Gérontologique du Compiégnois (RGC) (60)
- Réseau de santé gérontologique du Conflent dans les Pyrénées-Orientales (66)
- ACOREGE dans la Sarthe (72), qui a obtenu un avis favorable de la MRS en février 2007.

c. Le soutien apporté aux réseaux par le biais de partenariats nationaux

Fort de l'accord de principe obtenu lors du Conseil d'administration du 7 octobre 2005, la Fédération noue des partenariats avec d'autres acteurs nationaux afin d'en permettre une déclinaison locale sur les territoires où ils n'existent pas déjà.

Les Aînés ruraux – Fédération nationale

Les Aînés ruraux - Fédération nationale est une association loi 1901, créée en 1976, qui soutient et coordonne les activités et le développement des 84 fédérations départementales et de leurs 10 000 clubs regroupant sur tout le territoire 750 000 adhérents. Ouverts sur leur environnement, Clubs et Fédérations animent le territoire rural, organisent manifestations et activités, développant ainsi des relations sociales entre toutes les générations. 18 Unions régionales assurent la mutualisation des expériences locales et coordonnent des actions interdépartementales (formation, initiatives nationales...).

La convention de partenariat, signée avec la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques le 14 juin 2007 lors de la journée nationale des Aînés ruraux à Saint-Brieuc (Cf. Annexe 9), repose sur trois types d'actions :

- information et sensibilisation des adhérents au sujet des réseaux gérontologiques, de leur fonctionnement et de leurs missions,

- échanges d'expériences et communication croisée entre les deux structures par l'intermédiaire des supports nationaux et locaux (bulletin « Au fil des réseaux » de la Fédération, magazine « Tambour Battant » distribué aux présidents de clubs, site Internet, lettres aux responsables départementaux...)
- production de documents communs et développement de nouvelles articulations locales (soutien aux aidants, visiteurs à domicile...).

La Fédération Nationale des Maisons d'Accueil Rurales pour Personnes âgées (FN MARPA)

Une MARPA sont une petite unité de vie, établissement social à but non lucratif, dont la finalité est de permettre aux résidents de continuer à vivre au pays, comme chez eux, en toute sécurité. La MARPA ne dispose pas de personnel médical ou paramédical salarié, et facilite l'organisation avec le réseau soignant local des interventions nécessaires pour les résidents. De même, les services d'aide à la personne peuvent être sollicités pour renforcer l'accompagnement des résidents en fonction de leurs besoins.

Les réseaux gérontologiques et les MARPA ont par conséquent de nombreux points communs : les mêmes bénéficiaires (des personnes âgées), des secteurs d'intervention identiques (le milieu rural), des objectifs comparables (éviter ou tout du moins retarder l'institutionnalisation), des problématiques communes (une population rurale vieillissante et une raréfaction de l'offre médicale sur les territoires ruraux), un partenaire historique commun (la MSA).

Au-delà de ces points communs, les besoins respectifs des MARPA et des réseaux gérontologiques ont naturellement conduit à envisager une collaboration. En effet, afin de garder leurs résidents confrontés à des pathologies liées à leur âge, les MARPA doivent pouvoir leur proposer une prise en charge médicale de qualité et continue qui peut être assurée par un réseau gérontologique. De même, les réseaux gérontologiques doivent être en mesure de proposer une aide aux aidants sous la forme, par exemple, de structures de répit que peuvent offrir des MARPA.

L'existence d'une MARPA sur un territoire peut faciliter la création d'un nouveau réseau ou le développement d'un réseau existant sur ce même territoire et, réciproquement, la présence d'un réseau gérontologique peut également favoriser la mise en place ou le maintien d'une MARPA.

Trois réseaux gérontologiques ont sur leur territoire une ou plusieurs MARPA. En 2007, ils ne prennent en charge aucune personne âgée résidente. Il s'agit des réseaux gérontologiques de Haute Côte d'Or (21), du pays de Bessède (24) et « Les Cantons d'Aliénor » (47).

Un partenariat national entre la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques et la FN MARPA présente une réelle valeur ajoutée pour chacun des partenaires.

La convention de partenariat, préparée en 2007 et signée le 20 février 2008 (*Cf. Annexe 10*), comporte trois axes principaux :

- mutualisation d'outils (ex. pour la réalisation de diagnostics locaux en gérontologie préalables à la création de réseaux et/ou de MARPA),
- définition de scénarios de collaboration sur le terrain (co-émergence de projets « réseau gérontologique » et MARPA, modalités d'intervention du réseau au sein de la MARPA, rôle du responsable de maison, solutions de répit...) à partir d'expériences locales,
- actions communes de communication.

L'étape suivante est de sensibiliser les réseaux gérontologiques et les MARPA suscités à se rapprocher afin d'envisager de travailler conjointement dans l'intérêt des personnes âgées.

En outre, tout porteur de projet de création de réseau gérontologique sera sensibilisé, si le cas se présente, à la nécessité de travailler avec les MARPA localisées sur son territoire d'implantation.

4. LES RESEAUX GERONTOLOGIQUES ADHERENTS A LA FEDERATION

Au 31 décembre 2007, 19 réseaux gérontologiques adhèrent à la Fédération. 17 sont issus de l'expérimentation menée par la MSA.

Tableau des adhésions pages suivantes

a. De nouveaux adhérents : REGESA et « Vivre et vieillir chez soi »

L'adhésion à la Fédération de ces deux réseaux illustre le double mouvement que connaît la Fédération : la création de nouveaux réseaux et les demandes d'adhésion de réseaux gérontologiques n'étant pas issus de l'expérimentation menée par la MSA entre 2000 et 2004.

Les porteurs du projet de réseau gérontologique REGESA, en Moselle, ont bénéficié de l'accompagnement de la MSA et de la Fédération jusqu'à l'obtention du financement en 2006.

Quant au réseau Vivre et vieillir chez soi, dans les Hautes-Alpes, isolé sur un territoire montagneux, celui-ci a souhaité pouvoir bénéficier du soutien de la Fédération, afin de lutter contre un isolement notamment dû à la localisation géographique montagneuse du réseau. Les activités de la Fédération rendant plus lisibles ses objectifs et son intérêt, de nouvelles demandes d'adhésion lui parviennent.

Parallèlement à l'adhésion de ces deux réseaux gérontologiques, la MSA Lorraine et la Fédération MSA Alpes Vaucluse ont également rejoint la Fédération. Leurs adhésions ont été entérinées lors du Conseil d'administration du 11 janvier 2008, initialement prévu en novembre 2007.

b. La montée en charge de l'activité

...depuis 2005, année de transformation des réseaux Soubie expérimentaux en réseaux de santé

LA MONTEE EN CHARGE DE L'ACTIVITE DES RESEAUX GERONTOLOGIQUES DEPUIS LEUR CREATION

Réseaux gérontologiques	Nombre de personnes âgées	File active 2004 / 2006			Sorties	Admissions
		depuis 2000	31-déc-04	31-déc-05		
05 - Vivre et vieillir chez soi *	120	Sans objet	Sans objet	Sans objet	37	120
11 - RG Limoux	789	179	337	416	138	221
15 - RG Murat / Allanche	87	31	38	43	40	12
17 - RG Haute-Saintonge	702	198	237	315	85	126
21 - RG Haute Côte d'Or	247	46	69	99	132	50
24 - RG du pays de Bessède	251	45	72	98	42	57
25 - RG Baume-les-Dames	347	76	100	133	165	101
37 - RG Ste-Maure-de-Touraine	177	53	54	60	104	32
45 - RG Neuville-aux-Bois	110	45	40	42	NC	NC
47 - RG Tonneins	255	94	96	125	209	64
49 - RG Doué-la-Fontaine	548	172	177	204	72	88
52 - RG Bourbonne-les-Bains	414	119	147	178	210	65
57 - RG Dieuze *	55	Sans objet	Sans objet	Sans objet	7	55
62 - RG Ternois	743	205	265	342	345	286
64 - RG Sauveterre de Béarn	331	96	96	120	187	60
71 - CG3R	268	40	63	139	111	59
76 - AG3R	400	102	119	148	52	95
79 - RG Gâtine	371	34	81	135	71	132
80 - RG Vimeu / Baie de Somme	266	47	55	108	117	73
TOTAL sans adhérents 2007 *	6 306	1 582	2 046	2 705	2 080	1 521
TOTAL	6 481	1 582	2 046	2 705	2 124	1 696
NC= Non Communiqué						

...pour l'année 2007

La Fédération recueille tous les trimestres auprès des réseaux gérontologiques les indicateurs suivants :

- Sur les professionnels adhérents au réseau : le nombre de médecins, d'infirmiers, de masseurs kinésithérapeutes, de travailleurs sociaux
- Sur les personnes âgées : leur nombre, leur répartition par régime de protection sociale, le nombre cumulé de patients qui adhèrent ou ont adhéré depuis le démarrage du réseau, le nombre cumulé de patients qui ont quitté le réseau depuis le démarrage du réseau.

PERSONNES AGEES PRISES EN CHARGE EN RESEAU ET PROFESSIONNELS DE SANTE ADHERENTS AU 31 DECEMBRE 2007

Réseaux gérontologiques	Personnes âgées			Professionnels				
	File active 30-sept-07	File active 31-déc-07	Patients depuis le début	Nombre de prof. de santé	dont Médecins	dont Infirmières	dont Mkiné	Travailleurs sociaux
05 - Vivre et vieillir chez soi	83	83	120	46	10	17	19	0
11 - RG Limoux	439	445	789	111	43	41	25	2
15 - RG Murat / Allanche	51	46	87	30	12	13	3	2
17 - RG Haute-Saintonge	342	358	702	115	59	30	25	1
21 - RG Haute Côte d'Or	113	115	247	75	42	20	8	5
24 - RG du pays de Bessède	94	110	251	67	29	23	13	2
25 - RG Baume-les-Dames	182	181	318	85	36	34	11	4
37 - RG Ste-Maure-de-Touraine	66	73	177	41	16	15	8	2
45 - RG Neuville-aux-Bois	42	45	110	29	14	4	5	6
47 - RG Tonneins	111	156	255	107	68	24	4	11
49 - RG Doué-la-Fontaine	226	221	548	114	50	44	16	4
52 - RG Bourbonne-les-Bains	199	203	413	54	35	10	4	5
57 - RG Dieuze	45	48	55	39	14	17	4	4
62 - RG Ternois	395	400	743	182	77	65	38	2
64 - RG Sauveterre de Béarn	130	144	341	88	31	30	15	12
71 - CG3R	155	157	285	42	29	9	4	0
76 - AG3R	173	191	400	118	49	38	19	12
79 - RG Gâtine	185	196	371	156	68	45	32	11
80 - RG Vimeu / Baie de Somme	135	144	266	60	33	21	6	0
TOTAL	3166	3316	6478	1559	715	500	259	85

c. Les équipes salariées

La place primordiale de la secrétaire/animatrice

« (...) l'action de la secrétaire de l'association est un élément clé de succès. Pour reprendre une expression d'une secrétaire d'association (...) : « Je suis comme une araignée au centre de sa toile et la toile est le réseau gérontologique. » »

Le constat établi par le rapport d'évaluation externe de juillet 2003 est toujours valable : la secrétaire/animatrice joue un rôle fondamental dans la mise en œuvre concrète des modalités de coordination de la prise en charge et dans la promotion du réseau. Sa connaissance du fonctionnement des partenaires à prendre en compte dans cette mise en œuvre, son rôle d'« observatrice » au service du Conseil d'administration en sont les atouts essentiels. La Fédération propose une fiche de poste réactualisée en fonction des activités des secrétaires/animatrices (*Annexe 11 - Profil de poste d'une animatrice*). Celles-ci sont le plupart du temps de profil IDE ou travailleur social.

Il est important de rappeler que la secrétaire/animatrice ne doit pas intervenir dans la prise en charge directe des personnes âgées. Lorsqu'un poste de médecin coordinateur existe au sein de l'équipe salariée, le rappel est le même.

L'équipe de coordination

En 2007, on constate que les équipes salariées se sont étoffées (diététicienne, ergothérapeute, kinésithérapeute, assistante sociale, psychologue, comptable...). Il est toutefois à noter que le recrutement de certains professionnels, tels que les assistantes sociales, est lié à l'absence de mutualisation entre structures ou de possibilité de mise à disposition.

	Nombre d'ETP Réseaux	Nombre d'ETP CLIC	Nombre d'ETP total
05 - Vivre et vieillir chez soi	2,75		2,75
11 - RG Limoux	4,65		4,65
15 - RG Murat / Allanche	0,5		0,5
17 - RG Haute-Saintonge	3,3	1	4,3
21 - RG Haute Côte d'Or	2	2	4
24 - RG du pays de Bessède	2		2
25 - RG Baume-les-Dames	3,45	1,9	5,35
37 - RG Ste-Maure-de-Touraine	1,8		1,8
45 - RG Neuville-aux-Bois	0,8		0,8
47 - RG Tonneins	3,5		3,5
49 - RG Doué-la-Fontaine	4,3		4,3
52 - RG Bourbonne-les-Bains	1,5		1,5
57 - RG Dieuze	1		1
62 - RG Ternois	5,5	2	7,5
64 - RG Sauveterre de Béarn	3	0,7	3,7
71 - CG3R	2,07	2,02	4,09
76 - AG3R	3,54		3,54
79 - RG Gâtine	1,7	1,7	3,4
80 - RG Vimeu / Baie de Somme	2,75		2,75
Moyenne	2,64	1,62	3,23

Les équipes s'étant donc généralement agrandies, les fiches de poste de chaque salarié doivent par conséquent être précises de manière à ce que chacun soit au fait de ses missions, et que ne s'instaurent pas de liens hiérarchiques sans décision du Conseil d'administration, ce qui pourrait nuire au travail d'équipe.

Pour mémoire, la circulaire n°DHOS/02/03/UNCAM/2007/1997 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé Personnes âgées préconise la composition suivante d'une équipe de coordination :

V.1 Les moyens humains

Il est recommandé que l'équipe opérationnelle de coordination dispose au minimum des compétences médico-administratives suivantes :

- un temps d'infirmière coordinatrice,
- un temps de médecin gériatre,
- un temps d'assistante socio-éducative (s'il n'existe pas de CLIC),
- un temps de secrétaire.

Une compétence d'ergothérapeute doit également être recherchée lorsque l'aménagement de l'habitat est nécessaire.

A noter que le temps de médecin gériatre, dans l'optique de la Fédération, a vocation à être mis à disposition par un établissement public de santé pour la réalisation des bilans gériatriques et des bilans de réévaluation, ainsi que pour les réunions de coordination.

Le choix des réseaux en matière de convention collective

Il n'y a pas d'obligation d'appliquer une convention collective particulière.

Ainsi, 10 réseaux n'ont pas de convention collective ; 3 appliquent la convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951 ; 1 applique la convention collective nationale des organismes d'aide à domicile ou de maintien à domicile du 11 mai 1983 ; 5 sont concernés par des mises à disposition de la fonction publique hospitalière ou de la MSA.

d. Ebauche de portrait des personnes âgées prises en charge dans un réseau gérontologique membre de la Fédération

L'idéal serait de pouvoir diligenter une évaluation externe telle que celle qui a pu être réalisée par Ariane Santé Social, en étroite partenariat avec la CCMSA, et financée au titre du FAQSV en 2003. Cela permettrait d'objectiver les apports des réseaux gérontologiques en terme de santé publique, d'adapter les objectifs des réseaux aux caractéristiques évolutives de la population prise en charge, mais aussi de fournir à la Fédération des arguments pour légitimer le soutien dans le temps par les pouvoirs publics.

Ainsi, en janvier 2006, dans le souci de respecter l'obligation d'une évaluation externe en 2007, la Fédération a lancé un appel d'offres pour une évaluation nationale des 17 réseaux adhérents. Toutefois, celui-ci a été déclaré sans suite compte tenu de la demande du ministère de la Santé (DHOS) et de la CNAMTS d'attendre la sortie d'une circulaire de cadrage de l'évaluation des réseaux de santé gérontologiques. Cette dernière a finalement été publiée en 2007.

Les quelques indicateurs figurant dans le tableau ci-après ont été colligés auprès des réseaux par l'équipe de la Fédération, et les tableaux validés avant diffusion.

Synthèse

En 2007, les personnes âgées prises en charge par les réseaux gérontologiques adhérents à la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques :

- ✓ ont un âge moyen de 82 ans ;
- ✓ sont des femmes dans 2/3 des cas ;
- ✓ relèvent du régime général de protection sociale pour moitié et de la MSA pour 1/3 d'entre elles (seuls 2 réseaux prennent en charge plus de 50% de ressortissants de la MSA) ;

Dans $\frac{3}{4}$ des situations, l'entrée en réseau relève du maintien à domicile, le dernier $\frac{1}{4}$ concerne des sorties d'hospitalisation.

Le GIR Moyen Pondéré (GMP) de la file active des réseaux au 31 décembre 2007 est de 608 pour les réseaux incluant des personnes âgées de GIR 1 à 4, et de 550 pour les réseaux incluant des personnes âgées de GIR 1 à 6⁴. Cela semble cohérent. En effet, le rapport de l'évaluation externe de 2003 souligne que l'organisation « réseau gérontologique » ne semble pas être adaptée pour des GMP supérieur à 700, mais que l'organisation proposée est pertinente pour un intervalle de GMP compris entre 550 et 700. (A noter que lors de l'expérimentation, les réseaux n'incluaient que des personnes âgées relevant de GIR 1 à 4.)

⁴ Un GMP de 650 correspond à la situation d'un EHPAD, donc d'une structure médicalisée.

La durée moyenne de prise en charge des personnes âgées au sein des réseaux gérontologiques n'a pu être calculée pour l'année 2007 faute d'harmonisation du recueil des données au sein des réseaux eux-mêmes.

POPULATION PRISE EN CHARGE PAR LES RESEAUX GERONTOLOGIQUES ADHERENTS

Réseaux gérontologiques	File active au	Age moyen	Sexe		Régime de protection sociale			Contexte de la demande d'adhésion		Gir Moyen Pondéré	
	31-déc-07	File active	% de la file active		% de la file active			% des admissions en 2007		Réseaux incluant des personnes âgées GIR 1 à 4	Réseaux incluant des personnes âgées GIR 1 à 5/6
			F	H	Rég. général	MSA	Autres	Maintien à domicile	Sortie d'hospitalisation		
05 - Vivre et vieillir chez soi [^]	83	NC	NC	NC	75	20	5	85	15		563
11 - RG Limoux	445	81	67	33	61,5	29	9,5	69	31		467
15 - RG Murat / Allanche	46	81	NC	NC	45	40	15	NC	NC	676	
17 - RG Haute-Saintonge	358	NC	NC	NC	43	44	13	61	39		572
21 - RG Haute Côte d'Or	115	81	77	33	71	23	6	95	5	NC	NC
24 - RG du pays de Bessède	110	83	59	41	28	51	21	63	37		584
25 - RG Baume-les-Dames	182	84	68	32	66	26	8	90	10	482	
37 - RG Ste-Maure-de-Touraine	73	82,67	73,97	26,02	51,35	29,73	14,85	43,59	66,41	621	
45 - RG Neuville-aux-Bois	45	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
47 - RG Tonneins	157	85,42	72	28	45	37	8	91	9	611	
49 - RG Doué-la-Fontaine	221	84	66	34	51	43	6	70,4	29,6	640	
52 - RG Bourbonne-les-Bains	203	82	67,5	32,5	30,5	60	6,5	83	17	526	
57 - RG Dieuze [^]	48	69	67	33	45	34,5	20,5	84	16	548	
62 - RG Ternois	395	82	67	33	44	36	20	NC	NC	625	
64 - RG Sauveterre de Béarn	144	82,08	68	32	46,5	39,6	14	86	14	675	
71 - CG3R	157	82,43	71	29	75	22	3	NC	NC		475
76 - AG3R	191	81,1	62	38	73	19	8	71,5	28,5	613	
79 - RG Gâtine	196	80,5	62	38	38	45	17	55	45		639
80 - RG Vimeu / Baie de Somme	143	83	65	35	70	16	14	NC	NC	676	
TOTAL sans adhérents 2007 *	3 181	82	68	33	52	35	11	73	28		
TOTAL	3 312	82	67	33	53	34	12	75	26	608	550
Evaluation externe 2003		82	66	34	46,7	44,6	8,7			649	
NC= Non Communiqué											

PERSPECTIVES

ELEMENTS DE REFLEXION SUR LES CONDITIONS DE REUSSITE DES RESEAUX DE SANTE

L'expérience de la Fédération lui a permis de dégager dès 2007 quelques pistes de réflexion sur les facteurs de réussite des réseaux de santé Personnes âgées :

- **un financement pluriannuel pérenne**
- **un dialogue régulier avec la MRS et une veille sur la traduction locale des politiques publiques nationales sanitaire et sociale**

Les questions à se poser

Le financeur connaît-il précisément mon projet ? Quelles orientations le financeur va-t-il prendre dans les années à venir ? Comment vont évoluer les acteurs impliqués dans le réseau ? Quelles sont les exigences du financeur ?

Les risques

Se voir refuser un financement faute de compréhension du projet par le financeur, suite à une absence d'échanges tout au long de la vie du réseau.

- **une démarche volontariste**

Les questions à se poser

Quels sont et quels seront les besoins des populations prises en charge en réseau dans les années à venir ? Quelles sont les réponses que les professionnels de santé et du social sont et seront en mesure d'apporter conjointement ? Quels nouveaux partenaires doit-on intégrer dans le réseau ?

Les risques

Ne pas s'adapter à l'évolution des besoins des personnes âgées à domicile.

Se voir reprocher une attitude attentiste par le financeur.

- **Une implantation locale forte**

Les questions à se poser

Ai-je identifié l'ensemble des acteurs susceptibles de participer à la prise en charge des personnes âgées à domicile ? Quelles explications à l'absence de participation de certains professionnels au réseau ? Connais-je précisément les logiques et les modes de fonctionnement de ceux-ci ? Ai-je prévu de mutualiser mon projet avec d'autres acteurs locaux ?

Les risques

« Fantasmer » les raisons des réticences d'acteurs locaux à se rapprocher du réseau.

Fonctionner en autarcie, et se priver de ressources utiles aux personnes âgées.

- **une implication forte des élus du Conseil d'administration**

Les questions à se poser

Y a-t-il au sein du Conseil d'administration une réelle dynamique de groupe permettant d'exprimer des orientations politiques que l'équipe de coordination traduira en actions ? L'ensemble des membres du Conseil d'administration peuvent-ils exprimer leurs points de vue ? Existe-t-il un comité de pilotage destiné à traduire en actions les orientations politiques du Conseil d'administration ?

Le risque

Ne pas disposer des interlocuteurs politiques qui pourront légitimement interpellier les élus des structures partenaires : président du Conseil général et conseillers généraux, élus communaux et intercommunaux, élus associatifs.

- **une bonne structuration de l'équipe salariée**

Les questions à se poser

Les profils de poste correspondent-ils réellement aux tâches accomplies ? A partir d'une certaine taille, l'équipe doit-elle se structurer hiérarchiquement ? Si non, qui prend les décisions et comment les conflits sont-ils réglés ? Une rencontre régulière et un suivi par le Président existe-t-il ? Comment faire circuler l'information au sein de l'équipe afin que le réseau ne soit pas mis en danger en cas d'absence de l'un de ses membres ?

Le risque

Voir s'attiser des problèmes latents par défaut de réponse rapide.

Ne pas impliquer l'ensemble des salariées à la vie du réseau.

Ne pas être en mesure d'assurer le suivi des activités.

ANNEXES