

## Cadre de missions des réseaux de santé gériologiques Nord Pas de Calais

### Référence :

- circulaire DHOS/O3/CNAM n°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 ARH et des URCAM
- lettre circulaire n°GDAS/DHOS/2C/O3/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gériologiques.
- guide méthodologique des réseaux de 2012
- décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
- projet régional de santé Nord Pas de Calais 2012-2016 (dont SROS et SROMS)

### Définition et objectifs

#### Un réseau de santé en gériologie participe à la prise en charge à domicile :

- d'une personne âgée,
- avec une fragilité médicale, associée ou non à une fragilité psycho-sociale, la rendant à haut risque de dépendance physique et/ou psychique,
- dont l'état rend critique le maintien à domicile ou le retour à domicile après une hospitalisation, malgré sa volonté,
- après son accord (ou celui de son représentant légal) et celui de son médecin traitant.

#### Ses objectifs sont de deux ordres :

1. dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation :  
Organiser la continuité de la prise en charge entre l'hôpital et la ville après une hospitalisation pour :
  - éviter la rupture de continuité des soins,
  - assurer un retour à domicile durable et de qualité après un séjour hospitalier.
  - prévenir la survenue d'évènements de santé défavorables incluant les ré hospitalisations évitables (= non programmées dans les 30 jours suivant la sortie).
2. dans le cadre d'une expertise gériatrique à domicile :  
Dépister les pathologies gériatriques en collaboration avec le médecin traitant, établir un diagnostic des besoins de la personne âgée et orienter si nécessaire et de manière ciblée vers la filière gériatrique de territoire dans le but de :
  - favoriser le maintien à domicile dans des conditions sanitaires et sociales optimales,
  - éviter les hospitalisations et les passages par les urgences inadaptés et/ou répétés.

Cependant le réseau pourra être amené également à expérimenter de nouveaux modes de prise en charge à domicile, uniquement dans le cadre d'un accord avec l'agence régionale de santé (exemple : éducation thérapeutique sur la iatrogénie), grâce à des financements complémentaires, mais en aucun cas sur le budget alloué pour l'activité "réseau" par l'ARS au titre du FIR.

## Public cible

### Le réseau de santé gériatrique prend en charge prioritairement :

- une personne âgée de 75 ans et plus,
- avec une fragilité médicale, associée ou non à une fragilité psycho-sociale, la rendant à haut risque de dépendance physique et/ou psychique,
- vivant au domicile privé (sont exclus les substituts de domicile médicalisé type EHPAD ou structures pour handicapés).

Cependant la région Nord/Pas de Calais possède un recours trop tardif aux soins qui se répercute au 3<sup>ème</sup> âge avec des personnes plus rapidement dépendantes (taux le plus élevé en France d'allocataires APA de moins de 75 ans, espérance de vie moyenne d'environ 5 ans inférieure à la moyenne nationale).

**Ainsi toute personne de 60 ans et plus peut être prise en charge par le réseau si elle présente une poly-pathologie, avec risque psycho-social, rendant précaire le maintien à domicile, et en particulier les malades Alzheimer ou apparentés (MAMA).**

En revanche, sont exclus les malades chroniques avec mono-pathologie, sans autre facteur de risque psychosocial, hors MAMA, de moins de 75 ans, qui relèvent alors d'autres dispositifs adultes.

## Missions du réseau de santé gériatrique

### 1 Deux types d'activités et leurs modalités d'intervention

#### 1.1. Dans le cadre des sorties d'hospitalisation :

Le réseau est sollicité par l'hôpital, et pour ce faire, il a fait connaître à ses partenaires hospitaliers, ses missions et objectifs, et fixé avec eux les modalités d'interpellation et les procédures de travail (qui pourront être produits sur demande de l'ARS).

#### **Signalements et première intervention**

L'équipe du réseau ne se substitue pas à l'équipe hospitalière (service social, soignants, ergothérapeute, équipe mobile...). Elle prend le relai des professionnels hospitaliers pour venir en appui des intervenants de premiers recours, pour les aider dans la définition et la mise en place du PPS à domicile et dans la coordination de leurs actions.

S'il est sollicité dans ce cadre par un autre partenaire ou une famille, le réseau vérifie la justification de son intervention et réoriente si besoin (en temps que porte d'entrée de la MAIA).

Dans les situations les plus lourdes, une concertation peut avoir lieu à l'hôpital entre le réseau, l'équipe hospitalière, le patient et sa famille.

#### **Trois situations peuvent être identifiées**

#### ➤ **Patients ayant bénéficié d'une EGS (évaluation gériatrique standardisée) à l'hôpital complète ou partielle**

Ce sont des patients issus de la filière gériatrique : court séjour gériatrique, SSR, hôpital de jour, EMG. Quand la décision de sortie est prise, le réseau est interpellé préférentiellement par l'EMG ou les soignants des services gériatriques, conformément aux procédures préétablies et en lien avec le médecin traitant. Il y a alors besoin d'un suivi et d'une réévaluation par le réseau à domicile des actions initiales proposées par l'hôpital, pour

s'assurer de la bonne coordination des intervenants et de l'acceptation des aides par le patient et l'entourage, mais dans un temps limité.

➤ **Patients n'ayant pas bénéficié d'une EGS à l'hôpital**

Ce sont des patients correspondant au public cible en réseau gérontologique, mais non évalués. Ils sont issus de court séjour médecine ou chirurgie (neurologie, cardiologie...) et des urgences. Le réseau est interpellé préférentiellement par le médecin du service ou le service social, conformément aux procédures préétablies, en lien avec le médecin traitant. L'EGS sera alors réalisée par le réseau au domicile, afin de permettre la mise en place d'un PPS et d'un suivi à domicile.

➤ **Patients pris en charge par le réseau en suites d'hospitalisation et ré-hospitalisés en cours de suivi** (quand l'hospitalisation est connue du réseau)

Le réseau sert d'intermédiaire entre l'équipe du domicile et l'hôpital, avec la filière gériatrique, l'EMG et/ou le service social pour les hospitalisations hors filière et/ou le service hospitalier lui-même.

Le réseau pourra préconiser le réajustement des aides, suite à la ré-hospitalisation, après une visite de suivi à domicile lors de la sortie.

**Place de l'intervention du réseau dans le PPS**

Le PPS sera proposé à l'utilisateur par le coordonnateur désigné et validé avec le médecin traitant. Une réunion de synthèse est réalisée, si possible, en présence des professionnels du 1<sup>er</sup> recours afin de pouvoir coordonner les actions préconisées par celui-ci.

Le réseau peut être à l'initiative du PPS (coordonnateur) dans le cadre des sorties d'hospitalisation dans le temps de son intervention ou participer à l'élaboration et au suivi du PPS.

**Suivis et fin de prise en charge**

Les suivis à domicile par l'IDE coordinatrice du réseau sont généralement au nombre de deux, en sus de la visite de retour à domicile.

Ce suivi a une durée de 6 mois au maximum pour la majorité des personnes, sauf nouvelle interpellation ou hospitalisation modifiant le PPS. Il permet de vérifier la réalisation des actions prévues et d'identifier les adaptations nécessaires des actions ou des objectifs. Il nécessite donc des contacts et des échanges réguliers avec les partenaires de la prise en charge et si besoin une réunion de synthèse.

Lors de la seconde visite de suivi à domicile, la situation est réévaluée et une sortie du réseau peut être envisagée.

Un référent (professionnel ou aidant familial) est alors nommé et assurera l'alerte en cas de besoin.

Dans tous les cas, le réseau informe de la sortie : le médecin traitant, la personne âgée et son aidant, le référent.

**1.2. Dans le cadre de l'expertise gériatrique à domicile :**

**Condition des Signalements**

L'expertise peut être sollicitée par le médecin traitant et/ou le pharmacien pour les situations à hauts risques iatrogéniques repérés par eux, dans le cadre notamment d'une revue de l'ordonnance.

Le réseau peut également proposer une EGS, notamment dans le cadre de l'utilisation de l'outil PMSA-réseaux.

Enfin, l'expertise à domicile peut être sollicitée par les autres partenaires du premier recours, CLIC et gestionnaires de cas MAIA.

L'expertise gériatrique au domicile doit être globale et non se limiter à une prise en charge partielle de la personne âgée (chute ou dénutrition ou iatrogénie ou psycho-gériatrie...).

Elle fera l'objet d'une synthèse avec les partenaires concernés. Le réseau participe à l'élaboration du PPS. Il peut prévoir une visite de suivi à distance dans certains cas.

Selon les situations, si une expertise gériatrique est demandée par un professionnel du premier recours (libéraux ou salariés), un gestionnaire de cas, un accompagnateur CLIC, celui-ci pourra être présent lors de l'EGS.

Dans tous les cas, toutes les demandes sont étudiées et réorientées vers l'interlocuteur adéquat, si la situation ne répond pas aux critères d'inclusion dans le réseau à savoir :

- la personne âgée doit relever du profil ciblé par le réseau gériatrique,
- l'accord du médecin traitant, de la personne âgée et/ou de son référent doit être recueilli.

#### **L'expertise gériatrique à domicile :**

- nécessite une EGS. Elle repère entre autre les facteurs physiques, psychologiques, sociaux, cognitifs et environnementaux pouvant affecter la personne âgée fragile et compromettre sa sécurité à domicile,
- conduit à la participation du réseau à l'élaboration du Plan Personnalisé de Santé (PPS) pour permettre et favoriser :
  - o une prise en charge optimale sur le plan sanitaire,
  - o un recours à l'offre de soins et d'accompagnement adapté et justifié,
  - o les relais ville-hôpital,
  - o une adaptation et un renforcement des aides si nécessaire,
  - o un soulagement des aidants.

#### **Place du réseau dans le PPS**

Elaboré conjointement par le binôme médecin gériatre / infirmier en collaboration avec le médecin traitant, le PPS est mis en place avec son accord, celui de la personne âgée et/ou de son référent. L'expertise gériatrique peut permettre de déclencher la création d'un PPS ou participe à ce PPS. Cependant la mise en œuvre du PPS repose sur les acteurs impliqués à domicile et est coordonnée par le médecin traitant.

## **2 Personnels nécessaires**

---

La notion d'expertise gériatrique existe lorsque les différentes activités réalisées sont organisées et complétées par l'analyse d'un médecin spécialisé en gériatrie.

L'organisation de l'évaluation gériatrique au domicile est laissée à l'appréciation de chaque réseau de santé en fonction des besoins des personnes : consultation en binôme médecin/infirmier ou consultation infirmière puis expertise médicale au domicile ou sur pièce si l'EGS a été faite préalablement par l'hôpital et en l'absence de nouvelle difficulté repérée par l'IDE.

Pour réaliser ces missions, un réseau de santé gérontologique doit bénéficier au minimum d'un binôme formé à la gériatrie :

- un temps de gériatre,
- un infirmier spécialisé et/ou expérimenté en gériatrie pour réaliser une évaluation gériatrique standardisée (EGS). Cette compétence de l'IDE est laissée à l'appréciation du gériatre, mais doit pouvoir être explicitée (diplôme ou expérience pour l'infirmière gériatrie (ayant travaillé dans une unité de gériatrie au minimum 3 ans ou ayant une formation reconnue type DUSG de Lille II).

Le guide national des réseaux préconise 150 à 200 patients par IDE/an.

D'autres compétences peuvent être mobilisables au sein des réseaux, mais à mettre au regard des ressources locales disponibles : ergothérapeute, diététicienne, psychologue, assistante sociale...

## Coordination et partenariats

### 1. Partenariats territoriaux

Le réseau s'inscrit dans le cadre d'un parcours de santé et au cœur d'un partenariat de territoire (professionnels de santé libéraux, services et structures sociales et médico-sociales pour personne âgées, établissements de santé...). Il intègre la filière de soins gériatriques territoriale, connaît les services et structures issues du plan Alzheimer et participe activement à la MAIA. Il est nécessaire que toutes les procédures mises en place par les partenaires, en particulier dans le cadre des sorties d'hospitalisation, soient travaillées territorialement (par exemple des régimes d'assurance maladie : ARDH, Prado orthopédie, .....).

Notamment il participe à l'élaboration du projet médical de territoire en gériatrie avec les partenaires, quand la démarche existe, dans le cadre du projet régional de santé (PRS) de l'ARS et à tous les travaux initiés par l'ARS où sa présence est nécessaire. Il participe également aux travaux des MDA (maisons départementales de l'autonomie) dans le Pas de Calais ou des pôles autonomie dans le Nord, en tant que de besoin.

Il crée des liens privilégiés avec les acteurs du soin locaux pour favoriser le parcours de soins des personnes âgées à domicile et dans ce cadre est un acteur essentiel de la MAIA.

### 2. Principaux aspects de la coordination des professionnels autour de la personne

(Quelque soit la modalité d'intervention)

#### Avant toute première intervention à domicile :

- contact à prendre avec le médecin traitant pour vérifier la pertinence de l'intervention du réseau et recueillir son accord (à recueillir également auprès de l'usager et/ou son représentant légal),
- recueil d'informations auprès du professionnel signalant la situation (professionnels de 1 ou 2ème recours, EMG, CLIC, gestionnaires de cas...),
- contact préalable avec les services hospitaliers (récupération des éventuels comptes rendus d'hospitalisation et de consultations).

#### Au cours de la prise en charge :

- organisation si besoin d'une réunion de synthèse au domicile ou au cabinet médical associant tous les professionnels concernés par la prise en charge, en y associant le ou les partenaires sociaux concernés pour les situations sociales difficiles.
- échanges d'informations avec les professionnels de 1er recours et les aidants.
- collaborations avec les équipes EMS APA,
- relais avec les équipes hospitalières lors d'une hospitalisation d'un patient suivi par le réseau (lorsque le réseau est informé de cette hospitalisation).

#### En fin de prise en charge :

- transmission de l'information de fin de prise en charge au médecin traitant, au patient et aux référents principalement impliqués, passage du relais à un référent à domicile.

## Bilan d'activité et suivi régional

Le réseau rendra un rapport d'activité complet, selon un modèle régional, annuellement (il prévoira donc le recueil des indicateurs). Il participera au moins une fois par an à une rencontre régionale de suivi des réseaux à l'ARS où l'activité régionale sera restituée