



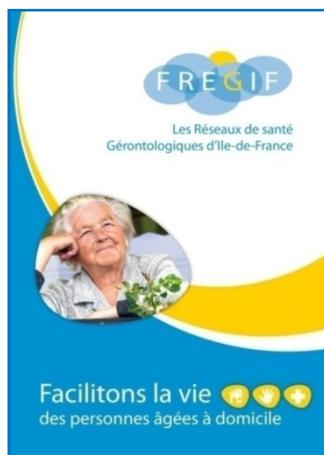
Les Réseaux de santé Gériatriques d'Ile-de-France

22 Réseaux de santé Gériatriques à votre service en Ile-de-France



Etat des lieux et perspectives

Edition 2011





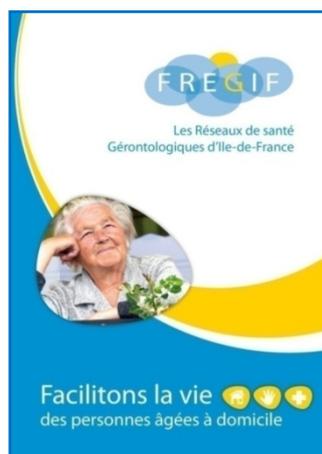
Les Réseaux de santé Gériatriques d'Ile-de-France

22 Réseaux de santé Gériatriques à votre service en Ile-de-France



Etat des lieux et perspectives

Edition 2011





Sommaire

1- INTRODUCTION	5
2- LA POPULATION AGEE EN ILE-DE-FRANCE	6
2-1 La démographie des personnes âgées en Ile-de-France.....	6
2-2 La Dépendance des personnes âgées en Ile-de-France.....	8
2-3 L'état de santé des personnes âgées.....	10
2-4 L'hospitalisation des personnes âgées	12
2-5 Le parcours des personnes âgées sur les 9, 10, 18 et 19ème arrondissements parisiens	15
3- PRESENTATION DES RESEAUX DE SANTE GERONTOLOGIQUES D'ILE-DE-FRANCE	19
3-1 Le patient âgé fragile	19
3-2 Historique des Réseaux de santé Gerontologiques.....	21
3-3 Objectifs, missions et organisation des Réseaux de santé Gerontologiques	24
3-4 Territoires des 22 Réseaux de santé Gerontologiques d'Ile-de-France.....	28
3-5 PANORAMA 2010 des 21 Réseaux de santé Gerontologiques*	30
4- FOCUS SUR L'ACTIVITE D'UN RESEAU DE SANTE GERONTOLOGIQUE	38
4-1 Coordination du parcours de santé : articulation « ville/hôpital »	38
4-2 Partenariats avec les professionnels du sanitaire, du médico-social et du social sur un territoire	41
4-3 Parcours de soin du patient dans un Réseau de santé Gerontologique	47
4-4 PSP - Plan de Santé Personnalisé.....	49
4-5 Formation professionnelle pluridisciplinaire	52
4-6 Prévention et éducation thérapeutique du patient- Soutien Psychologique - Information.....	53
4-7 Recherche	55
5- PERSPECTIVES POUR LES RESEAUX DE SANTE GERONTOLOGIQUES D'ILE-DE-FRANCE.....	56
5-1 Mutualisation pluri-thématique	56
5-2 Extension de territoire	58
5-3 Intégration « MAIA »	60
5-4 Intégration « CLIC » – Centre Local d'Information et Coordination*	64
5-5 Intégration « Pôle de santé » et premier recours.....	66
6- La FREGIF Fédération des Réseaux de santé Gerontologiques d'Ile-de-France	68
6-1 Présentation générale.....	68
6-2 Pertinence, objectif général et objectifs opérationnels de la fédération.....	70
6-3 Actions menées en 2010.....	72
6-4 Perspectives pour 2011	74
7- CONCLUSION	75
8- ANNEXES	76



P 76 - ANNEXES :

Des chiffres ...

- Les chiffres clés 2011 de l'aide à l'autonomie – CNSA.....1
- Etude du Groupe Réseaux SFGG : « Typologie des Réseaux de santé Gérontologiques en France ».....10
- Etude de l'UNRSanté : « Réseaux et coordination ».....16

De la presse...

- Libération : « Ils sont vieux, tout repliés chez eux » - octobre 2010.....20
- Article France Mutuelle : « Facilitons la vie des personnes âgées à leur domicile » - janvier 2010.....21
- Age Village Pro : « Diminution de budget des réseaux de santé franciliens : mobilisation de la FREGIF » - avril 2011.....23
- AFP : « Personnes âgées : la prévention, le meilleur moyen d'éviter la dépendance (papier d'angle) – mai 2011.....24

Des outils scientifiques...

- Grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité : la grille SEGA.....26
- Grille AGGIR.....31
- Protocoles Médicaux : Iatrogénie ; Dénutrition ; Escarres ; Déglutition (*en cours de validation par le Comité scientifique*).....32

Des outils juridiques...

- Circulaire DHOS/02/03/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel national de l'organisation des réseaux de santé « personnes âgées » - mai 2007.....40

Des outils pratiques...

- Glossaire.....52
- Annuaire des Réseaux de santé Gérontologiques en France.....53
- Annuaire des CLIC en Ile-de-France.....69
- Annuaire CONTACT des 22 Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France.....77

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET STATISTIQUES

ANAP – Parcours de santé / Analyse populationnelle – Antares consulting, S.A.

APHP - plan stratégique 2010-2014

ARS Ile-de-France DT75, nombres de personnes âgées en ALD à Paris

CNAM, Point de repère n27, décembre 2009

CPAM Paris, données SNIIRAM 2009, Personnes de 75 ans et plus affiliées au Régime général

INSERM- CépiDc -Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès.

La Fragilité du sujet âgé par le Pr François BLANCHARD - Gérontologie et Société – n°109 - juin 2004,

Observatoire Suisse de la santé

INSEE

- Estimations de population au 1er janvier 2010 - Population estimée par sexe et âge au 1er janvier 2010

- Recensement de la population 2007 Département de Paris, limites territoriales en vigueur au 1er janvier 2009

- Projection de la population à l'horizon 2030 – Paris – Scénario central

- Estimations localisées de population (ELP) et projections 2005-2050 (scénario central)

- Enquête "Handicap-Incapacités-Dépendances", 1998-1999

- "La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040, Michel Duée, Cyril Rebillard, Edition 2006

- Regards sur la dépendance des personnes âgées en Ile-de-France, Octobre 2009

- Ile-de-France à la page, Mai-Juin 2002

- La publication « Regards sur la dépendance des personnes âgées en Ile-de-France est disponible sur les sites internet : www.insee.fr/ile-de-france et www.ile-de-france.sante.souv.fr

- Base nationale PMSI-MCO non redressée (DHOS, ATIH, exploitation InVS) et estimations localisées de population (INSEE)



1- INTRODUCTION

Les Réseaux de Santé Gérontologiques ont connu depuis 2001 un essor très important en Ile de France, dont ils couvrent à l'aube de 2012 une très grande partie du territoire. Ils participent à l'effort de cohérence de la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale de la population des personnes de 75 ans et plus.

L'accroissement démographique de cette population inquiète les responsables politiques du fait de sa **demande toujours croissante de prestations sanitaires et sociales**. Nous présenterons les données démographiques en Ile de France et les enjeux liés à la perte d'autonomie qui affecte prioritairement cette population.

Les Réseaux de Santé Gérontologiques interviennent au bénéfice des personnes âgées fragiles pour leur permettre de vivre le plus longtemps possible, dans la mesure de leurs vœux, à leur domicile, ce qui est souhaitable pour leur qualité de vie et qui **régule aussi les besoins en termes de structures hospitalières et d'hébergement collectif**.

Nous présenterons l'historique, l'organisation et les activités de ces réseaux dans le contexte d'une organisation sanitaire, médico-sociale et sociale dont la complexité pose question du fait notamment de la multiplicité des intervenants.

C'est dire tout l'intérêt qui se fait jour pour les expériences de mutualisation et d'intégration qui se développent actuellement et auxquelles participent activement les Réseaux de Santé Gérontologiques, chacun dans son territoire. Nous exposerons les perspectives qui se font jour au travers de ces expérimentations.

La FREGIF a pour mission de faire connaître l'action des réseaux, de la développer et de l'harmoniser, nous présenterons ses activités et ses perspectives de travail dans le cadre de l'évolution actuelle de la politique de santé.

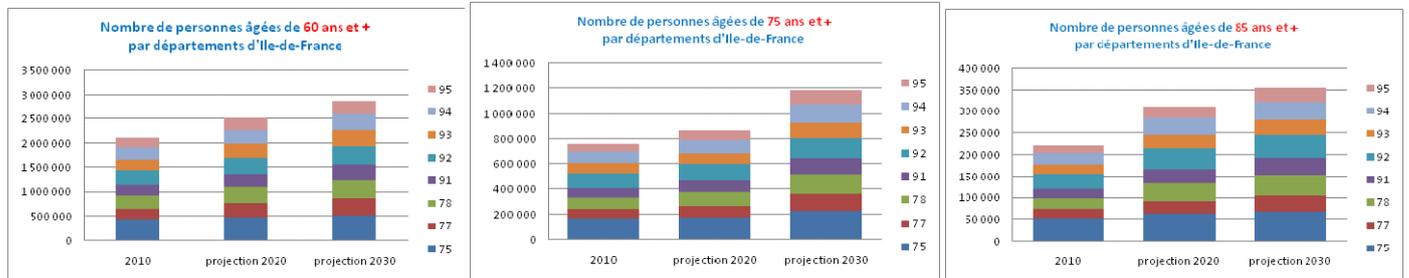
La FREGIF souhaite que ce rapport puisse servir de base à une meilleure connaissance réciproque de ses membres et à une réflexion plus structurée sur leur évolution.

Hélène BAS
Directrice

Marie-France MAUGOURD
Présidente

2- LA POPULATION AGEE EN ILE-DE-FRANCE

2-1 La démographie des personnes âgées en Ile-de-France



Au 1er janvier 2010, la population de l'Ile-de-France était estimée à 11 659 000 personnes. Les personnes de 60 ans ou plus, au nombre de 2. 116.576, représentaient 18% de la population francilienne contre 20% au niveau national, dont 763 678 personnes âgées de 75 ans et plus et 221 914 personnes âgées de 85 ans et plus.

La très grande majorité des personnes âgées demeurent à domicile – la plupart en bonne santé et autonomes.

Les **disparités internes** sont importantes : le **Val d'Oise ne compte que 9% des franciliens âgés de 60 ans et plus**, suivi de l'Essonne et la Seine-et-Marne (10.4%), puis la Seine-Saint-Denis (11.2%), le Val-de-Marne (11.5%), les Yvelines (12.6%), les Hauts de Seine (13.8%), alors que **Paris totalise 21% des franciliens âgés de 60 ans et plus**.

Par ailleurs, **la Seine-Saint-Denis et deux départements de grande couronne, le Val-d'Oise et la Seine-et-Marne, ont une proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus inférieure à 15%**, soit six points de moins qu'au niveau national, et une très forte proportion de moins de 20 ans (environ 29%). A Paris, en revanche, les personnes âgées de 60 ans ou plus sont aussi nombreuses que celles de moins de 20 ans et leur poids dans la population (19,3%) est proche de la moyenne nationale. Les autres départements franciliens (Essonne, Yvelines, Val-de-Marne et Hauts-de-Seine) présentent des situations intermédiaires. **La population de l'Ile-de-France vieillit** mais à un rythme moindre que celui des autres régions françaises. Ce vieillissement est principalement dû à l'avancée en âge des **générations du baby-boom**, nombreuses et dont l'espérance de vie progresse. Un vieillissement au moins comparable aura lieu dans toutes les régions françaises et le poids des 60 ans ou plus devrait atteindre 29% en France métropolitaine (soit à peu près la situation actuelle d'une région comme le Limousin).

Entre 2010 et 2030, le vieillissement de la population s'accélère. L'INSEE prévoit une forte augmentation du nombre de personnes âgées à l'horizon 2030, alors que la population francilienne augmenterait de 8%, celle des 60 ans ou plus progresserait de près de 46%. La progression serait encore plus marquée pour les personnes les plus âgées de ce groupe puisque le **nombre des personnes de 75 ans ou plus connaîtrait une progression de 61% et celui des 85 ans ou plus un quasi doublement (+84%)**. Au terme de ces projections, la proportion des personnes de 60 ans ou plus dans la population francilienne atteindrait alors 22% (soit à peu près la situation actuelle au niveau national). Au sein de la région, le vieillissement de la population devrait être plus marqué dans les départements aujourd'hui les plus jeunes de sorte qu'en 2030, les structures par âge des populations des huit départements franciliens seront assez homogènes (entre 20% et 24% de personnes âgées de 60 ans ou plus et de 8% à 11% de personnes âgées de 75 ans ou plus dans chaque département francilien).

Plus concrètement, ces projections démographiques annoncent que la région accueillera 440 000 personnes âgées de 75 ans ou plus supplémentaires en 2030, dont 272 000 en grande couronne, 126 000 en proche couronne et



41 000 à Paris. Un certain nombre d'entre elles, évalué à 100 000 (12.5% des personnes âgées) **parmi les 75 ans ou plus, a besoin d'aide pour effectuer certains actes de la vie quotidienne. L'arrivée à des âges élevés de la génération du baby-boom et l'allongement de l'espérance de vie vont conduire à une hausse de cet effectif et à son vieillissement.** Ces chiffres illustrent les efforts que devront engager les départements franciliens pour répondre aux besoins de cette population car c'est dans cette tranche d'âges que les problèmes de santé, la perte d'autonomie et les besoins d'aide deviennent fréquents. Parmi les adultes de 60 ans ou plus, une faible part (6,6%) - vivant à domicile ou en établissement collectif - a besoin d'aide pour accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, se laver, etc.). Par contre, cette proportion augmente fortement à partir de 75-80 ans.

En 2010, 127 000 Franciliens de 60 ans ou plus étaient dans cette situation de fragilité, avec une surreprésentation des 75 ans ou plus (77%). Notons que ce chiffre est supérieur à l'effectif des **123 156 Franciliens de 60 ans ou plus bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).** En ce qui concerne la **maladie d'Alzheimer (ou une maladie apparentée),** l'Ile-de-France est la région française qui compte le plus de malades en France : **135 000 Franciliens de 65 ans ou plus** en seraient atteints. Ces malades sont ceux qui sont le plus confrontés à une perte d'autonomie. Ainsi le vieillissement de la population - qui représente une évolution positive de la société – soulève d'importantes questions d'ordre économique et social, car à partir d'un certain âge, les adultes nécessitent davantage de soins et de services à la personne.

D'ici 2020, le nombre de personnes potentiellement dépendantes croîtrait de 24.5%

L'effectif des Franciliens de 60 ans ou plus en perte d'autonomie devrait s'accroître d'ici 2030 – de 0,45% à 1,4% par an selon le scénario d'évolution de la dépendance envisagé. Ce sont les adultes de 80 ans ou plus qui devraient contribuer majoritairement à la hausse de cet effectif, reflétant deux phénomènes démographiques : d'une part le remplacement des générations creuses nées pendant la Première guerre mondiale par des générations beaucoup plus nombreuses (dont celles du baby-boom à partir de 2025) ; d'autre part l'augmentation de l'espérance de vie. Cet accroissement sera d'autant plus marqué que, dans le même temps, l'effectif total de la population francilienne, comme celui du reste de la France, va peu augmenter (+0,34% par an en Ile-de-France).

En Ile-de-France, 92% des adultes de 75 ans ou plus demeurent à domicile - davantage qu'au niveau national (90%), et parmi celles-ci, **1/3 vivent seules malgré leur perte d'autonomie.** Ceux qui résident en proche couronne ont cependant moins de possibilité de recevoir des soins infirmiers à domicile qu'en moyenne en France, du fait d'un déficit conjugué en infirmiers libéraux et Services de Soins Infirmiers A Domicile – SSIAD. De même, les adultes de 75 ans ou plus en perte d'autonomie souhaitant intégrer un établissement d'hébergement collectif situé à Paris ou en proche couronne ont moins de possibilités qu'en moyenne en France. Conformément aux orientations du **Plan solidarité grand âge 2007-2011,** l'un des objectifs prioritaires de la politique menée en faveur des personnes âgées en Ile-de-France est de donner la possibilité aux personnes en perte d'autonomie **d'exercer leur libre choix entre continuer à vivre à domicile** dans des conditions adaptées et avoir recours à des établissements d'hébergement de qualité. Pour assurer la continuité et la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, il est indispensable de **bien** articuler l'action du secteur sanitaire avec les services et établissements médico-sociaux et sociaux, **c'est le rôle des Réseaux de santé Gérontologiques** en articulation avec les filières gériatriques hospitalière. Ceci doit être une préoccupation constante de l'ensemble des acteurs. En 2010, 763 678 Franciliens étaient âgés de 75 ans ou plus. Ils seraient 869 818 en 2020, soit une augmentation de 13% en 10 ans. Ce vieillissement est lié à l'augmentation de l'espérance de vie et à l'arrivée aux âges élevés de la génération du baby-boom. Corollaire du vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait augmenter dans les années à venir. Il est donc important de tenter d'appréhender les évolutions dans ce domaine. Selon des projections, le nombre de personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus devrait atteindre 120 600 en 2020.

2-2 La Dépendance des personnes âgées en Ile-de-France

Une personne est considérée comme dépendante lorsqu'elle a besoin d'aide pour la réalisation des activités de la vie quotidienne. La dépendance se mesure par la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie Groupes Iso Ressources). Il s'agit d'une grille nationale (outil de mesure) qui évalue la perte d'autonomie chez les personnes âgées de plus de 60 ans à travers l'observation de 10 activités variables que peut effectuer seule une personne âgée:

- **Corporelle et mentale** (cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination urinaire et fécale, transferts, déplacements à l'intérieur, déplacement à l'extérieur, alerter) et
- **Domestique et sociale** (gestion, cuisine, ménage, transports, achats, suivi du traitement, activités du temps libre).

Le degré d'autonomie pour chacune des 10 activités fondamentales est représenté par une variable à 3 modalités:

- A: fait seul, totalement, habituellement et correctement;
- B: fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement;
- C: ne fais pas

A partir des modalités prises par ces 10 variables, un algorithme classe les individus en 6 groupes GIR

Evaluation du niveau de dépendance selon la grille AGGIR	
Grille	Niveau de dépendance
GIR 1	Dépendance lourde
GIR 2	
GIR 3	Dépendance moyenne
GIR 4	
GIR 5	Non dépendance
GIR 6	

En savoir plus : Grille AGGIR (en annexes p31)

23 600 Franciliens potentiellement dépendants supplémentaires d'ici 2020

Le nombre de personnes potentiellement dépendantes âgées de 75 ans ou plus pourrait augmenter de 23 600, dont 20 300 vivants à domicile et 3 300 en institution. Même si à chaque âge, les personnes âgées, qui restent autonomes de plus en plus longtemps, seront moins souvent dépendantes en 2020, le vieillissement de la population impliquerait quand même une progression soutenue du nombre de personnes potentiellement dépendantes.

La croissance du nombre de Francilien potentiellement dépendants à l'horizon 2020 serait entièrement due à l'augmentation du nombre de personnes de 85 ans ou plus.

Des inégalités face à la dépendance

...liées à l'environnement

A Paris et en petite couronne, **les femmes âgées** vivent plus souvent seules que les hommes et en 2020, elles représenteraient encore les **¾ des personnes âgées potentiellement dépendantes**. A l'inverse, 1 homme sur 2 et seulement 1 femme sur 8 vivent en couple. Ceci s'explique par l'espérance de vie des femmes qui est supérieure à celle des hommes. Par ailleurs, dans un couple, l'homme est en moyenne plus âgé que la femme. En Ile-de-France, le **loyer moyen du secteur libre est supérieur de 56%** à celui du reste du pays, ce qui vient renforcer les inégalités et dégrader les conditions de vie des personnes vulnérables, notamment des personnes âgées. Par ailleurs, plus de 200 000 logements soit 5% des résidences privées sont potentiellement indignes : plus de **3.000 arrêtés d'insalubrité** sont en cours. **La région Ile-de-France devra se heurter à une diminution du nombre des aidants** car l'accroissement du nombre de femmes et hommes de la tranche 50-79 ans qui constituent la majorité des aidants familiaux devraient être moins important (+10%) que celui des personnes à aider d'ici 2040 (+40%). **Le coût de l'assistance à domicile peut-être estimé à 22 000 euros par malade atteint de la maladie d'Alzheimer par an**, le reste à charge par malade étant, quant à lui, évalué à 12 000 euros par an.

... liées à l'âge

Le nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes de 85 ans et plus devrait augmenter significativement d'ici 2020. Au contraire, la stagnation, voire la diminution de la tranche des 75-84 ans, conjuguée à une baisse de leur taux de dépendance, devrait se traduire par une diminution du nombre de personnes dépendantes. Ainsi, en 2020, le



taux de dépendance des 75 ans et plus devrait se maintenir à son niveau de 2010. L'âge moyen des personnes dépendantes de 75 ans ou plus passerait de 87 ans en 2005 à 88.4 ans en 2020.

Ces personnes ont besoin de soins et d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne : s'habiller, se déplacer, préparer leurs repas... Le nombre d'emplois induits par la dépendance devrait augmenter pour prendre en charge ces personnes âgées en perte d'autonomie. A domicile, 19 400 emplois en Equivalent Temps Plein (ETP) pourraient être créés, dont 5 600 de personnel soignant. La part de Franciliens potentiellement dépendants vivant en institution passerait de 33,3 % en 2005, à 29,5 % en 2020. En institution, selon l'évolution de l'offre d'hébergement, entre 18 000 et 28 500 ETP supplémentaires seraient nécessaires, dont 14 300 à 21 200 de personnel soignant.

En institution, 39 emplois de personnel soignant supplémentaires pour 100 résidents d'ici

2020. En 2020, comme en 2010, 43,6 % des Franciliens potentiellement dépendants le seraient lourdement. Les Franciliens fortement dépendants seraient toutefois plus âgés en 2020. Le nombre de Franciliens de 75 à 84 ans fortement dépendants diminuerait de 2 600 et le nombre de ceux âgés de 85 ans ou plus augmenterait de 12 800. Ces évolutions entraîneraient une concentration de l'aide professionnelle sur des personnes plus âgées, et donc plus dépendantes. En établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD), en maison de retraite et dans les unités de soins de longue durée (USLD), le taux d'encadrement du personnel soignant serait de 39 ETP pour 100 résidents en 2020, contre 17 ETP pour 100 résidents en 2004.

En 2020, 22 500 ménages supplémentaires auraient des ressources qui leur permettraient de bénéficier de la totalité de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

En cas de dépendance reconnue administrativement, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) aide à mieux prendre en charge la perte d'autonomie et à améliorer la vie des personnes âgées dépendantes. En 2005, parmi les ménages dont le référent fiscal est âgé de 70 ans ou plus, 54 400 déclarent des ressources inférieures à 670€ et par mois et par personne et auraient ainsi pu bénéficier de la totalité de l'APA en cas de dépendance reconnue. A niveau de ressources constant et à législation inchangée, ils pourraient être 22 500 ménages de plus en 2020, du fait du vieillissement de la population et des changements de comportements de cohabitation. De plus, 517 800 ménages ont des ressources ouvrant droit de 10 % à 90 % du montant de l'APA en 2005. Ils seraient 226 000 ménages supplémentaires à pouvoir en bénéficier en 2020. En 2010, on compte 123 000 bénéficiaires de l'APA dont 58% à domicile et 42% en établissement. Parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile, 28% relèvent d'un fort niveau de dépendance. Ils sont 62% en établissement. Ainsi les EHPAD se recentrent de plus en plus sur la dépendance lourde et la prise en charge des résidents atteint de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

En savoir plus : Les chiffres clés 2011 de l'aide à l'autonomie – CNSA (en annexe p1)

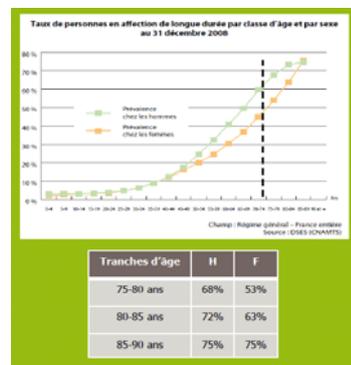
2-3 L'état de santé des personnes âgées

L'état de santé des personnes âgées peut être analysé à partir des 4 axes suivants:

- **Maladies chroniques** : la prévalence de certaines maladies chroniques augmente fortement avec le grand âge. Les maladies chroniques représentent les principaux motifs de recours à l'offre de soins,
- **Déficiences** : Evaluer la prévalence des déficiences physiques et cognitives est un des indicateurs permettant de préciser l'offre liée à la prise en charge de la dépendance en institution ou à domicile,
- **Causes de décès** : Connaître les causes de décès doit permettre d'adapter l'offre de soins en termes de prévention mais également en termes de soins palliatifs,
- **AVC** Accidents Vasculaires Cérébraux : Le recours à l'hospitalisation pour un motif AVC permet de quantifier le besoins en termes d'offre de soins

Après 75 ans, plus d'une personne sur deux est atteinte d'au moins une maladie chronique.

La prévalence des maladies chroniques peut être mesurée par l'intermédiaire des ALD Affection Longue Durée, cette pathologie ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur. Une liste de 30 ALD a été établie par décret. A tous âges, la prévalence des maladies chroniques est supérieure chez l'homme : on remarque une différence de 15% en 75 ans qui décroît vers les tranches d'âge plus avancées. Le taux de personnes en ALD est très fortement lié à l'âge.



Nature de l'ALD	N ALD	Taux de personnes en ALD
Maladies cardiovasculaires		32%
Hypertension artérielle sévère	12	12%
Maladie coronaire	13	8%
Insuffisance cardiaque grave	5	6%
Artériopathies chroniques	3	3%
Accident vasculaire cérébral invalidant	1	2,5%
Diabète de type 1 et de type 2	8	7,5%
Maladie d'Alzheimer et autres démences	15	4%
Insuffisance respiratoire chronique grave	14	2%
Affections psychiatriques de longue durée	23	2%
Déficit immunitaire	7	0,1%

48% de la population âgée

Au regard des moyennes nationales, à Paris, le taux de personnes âgées en ALD est faible : 1 personne âgée sur 3 présente une ALD cardiovasculaire. Un écart significatif existe en ce qui concerne le taux de personnes âgées en ALD :

- Autour de 63% à l'échelle nationale
- Inférieur à 48 % à Paris

Les maladies cardiovasculaires, diabète et démences (Alzheimer et autres) représentent 90% des ALD chez les personnes de 75 ans et plus.

Notons qu'à Paris :

- 2/3 des ALD concernent des maladies cardiovasculaires
- 1 personne peut être concernée par plusieurs ALD*

*moyenne nationale : 1.22 ALD par personne pour l'ensemble des bénéficiaires à tous les âges de la vie

Nature de l'ALD	N ALD	Répartition ¹	Age moyen ²
Maladies cardiovasculaires		66%	70
Hypertension artérielle sévère	12	25%	71
Maladie coronaire	13	16%	70
Insuffisance cardiaque grave	5	13%	70
Artériopathies chroniques	3	7%	71
Accident vasculaire cérébral invalidant	1	5%	68
Diabète de type 1 et de type 2	8	16%	65
Maladie d'Alzheimer et autres démences	15	9%	82
Insuffisance respiratoire chronique grave	14	5%	61
Affections psychiatriques de longue durée	23	4%	48
Déficit immunitaire	7	0,1%	43

Pour la plupart de ces ALD, l'âge moyen est élevé

Nature de la déficience	Total	
	En %	
Déficience physique	Plurielle	22,6
	Motrice	12,4
	Auditive	8,0
	Métabolique	5,7
	Visuelle	2,3
Déficience cognitive		2,3
Déficience physique et cognitive		10,4
Autre déficience		11,3
Total des personnes (60+) présentant des déficiences		75,1

75% des personnes de 60 ans et plus déclarent une déficience de nature physique, cognitive ou les deux. Les déficiences physiques sont les plus fréquentes. Par ailleurs pour la plupart des personnes, ces déficiences sont de plusieurs natures. Les déficiences cognitives sont quant à elles moins fréquentes mais souvent conjuguées à une déficience physique.

Part des personnes résidant en institution en fonction des déficiences physiques ou cognitives		
Nature de la déficience		En %
Déficience physique	Plurielle	5%
	Motrice	2%
	Auditive	1%
	Métabolique	2%
	Visuelle	2%
Déficience cognitive		11%
Déficience physique et cognitive		18%
Autre déficience		1%
Total des personnes (60+) présentant des déficiences		5%

Une déficience cognitive conjuguée à une déficience physique se traduit par un recours à une institution pour 18% des personnes de 60 ans et plus.

La déficience cognitive apparaît comme un motif de recours à une institution plus importante que la déficience physique et les déficiences cognitive et physique nécessitent un recours à une institution pour 1 personne sur 5.

11

Les maladies de l'appareil circulatoire sont les principales causes de décès des personnes âgées, suivies des tumeurs. Avant 85 ans, ces 2 causes sont à l'origine de plus de 60% des décès, tandis qu'à 85 ans et au-delà, les motifs de décès sont relativement plus variés.

Principales causes de décès des personnes âgées en France Métropolitaine			
Causes	75 - 84 ans	85 ans et plus	Ensemble tous âges
Maladie de l'appareil circulatoire	31,1	37,6	30,3
Tumeurs	31,0	14,9	29,9
Maladies de l'appareil respiratoire	6,6	8,2	6,4
Maladies du système nerveux et des organes des sens	6,3	6,3	5,5
Causes externes	4,5	5,0	5,1
Maladies de l'appareil digestif	3,9	3,8	4,3
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	4,3	4,9	4,3
Autres causes	12,2	19,4	14,2

Le taux de recours à l'hospitalisation pour AVC est 3 fois plus élevé chez les personnes âgées de 85 ans ou plus.

Taux de recours, pour 100.000 habitants, à l'hospitalisation en soins de courte durée pour AVC selon le sexe et l'âge en 2006			
Tranche d'âge	Hommes	Femmes	Ensemble
75-84 ans	711	501	591
85 ans ou plus	1 761	1 596	1 643
Total des personnes de 75 ans et plus	801	663	720
Tous âges	161	152	156

Champ : Population domiciliée en France entière



2-4 L'hospitalisation des personnes âgées

L'offre hospitalière francilienne est dense, diversifiée et couvre des besoins locaux, régionaux et parfois nationaux. Environ 420 établissements de santé, tous statuts confondus, sont répartis sur l'ensemble des territoires de la région. Parmi ces structures, la région compte d'importants établissements hospitalo-universitaires appartenant à **l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris** qui représente environ **1/3 des séjours en Ile-de-France**.

Alors que les **personnes âgées de 75 ans et plus** constituent 6 % de la population francilienne, ils représentent **16 % des hospitalisations et 23 % des journées d'hospitalisation** (données 2005). **Le taux de recours à l'hospitalisation est de 45 %** contre 16 % pour les patients de moins de 75 ans. Le taux de transfert du court séjour en soins de suite et de réadaptation est plus élevé pour cette tranche d'âge. Le passage aux urgences des personnes âgées peut constituer un facteur négatif qu'il faut éviter dans l'organisation de leur prise en charge et de leur parcours de soins. **Les urgences constituent le point d'entrée de l'hôpital pour 60 % des résidents d'EHPAD**. Ensuite, seulement 21 % des personnes venant d'un EHPAD sont prises en charge en gériatrie. Le secteur sanitaire accueille les personnes âgées dépendantes dans les unités de soins de longue durée (USLD) qui ressemblent fortement aux EHPAD, mais avec un niveau de médicalisation supérieure et à l'inverse, avec un niveau de prise en charge médico-sociale souvent moindre. Ce secteur compte en Ile-de-France près de 5 400 places, 3 100 relevant de l'AP-HP (17 sites) et 2 300 relevant d'établissements de santé hors AP-HP (41 sites). La dotation régionale limitative notifiée par la CNSA au titre de l'année 2011 pour le financement assurance maladie des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées s'élève à 1 006 981 067 € pour l'Ile-de-France.

12

Un mode trop fréquent d'hospitalisation des « patients âgés fragiles » est **l'hospitalisation par le biais des urgences**, parce que l'orientation peut être faite vers une structure inadaptée (ex : service d'ophtalmologie pour une bronchite) du fait du manque de place en gériatrie, l'objectif étant de fluidifier les urgences et non d'offrir au patient le maximum de chances.

L'insuffisante coordination de la prise en charge des personnes âgées malades est déplorée de manière quasi unanime. Les indicateurs défavorables à la qualité globale du système dans la prise en charge des personnes âgées sont nombreux et largement étayés par la littérature scientifique ou les rapports qui lui sont consacrés, notamment s'agissant de l'utilisation des urgences hospitalières comme premier recours, y compris par des patients âgés en institution, du manque de coordination des hôpitaux dans le suivi post-hospitalisation ou encore des conditions de la mort à l'hôpital. Les personnes âgées représentent une part importante des malades hospitalisés. Si l'on s'attache aux malades âgés fragiles de 85 ans et plus, le nombre des séjours qui les concernent ne cesse d'augmenter, il a évolué de 34% de 2004 à 2007 où l'on comptait en court séjour 31 304 séjours pour la seule APHP soit 6% des séjours. Le bilan d'activité des services d'urgences en Ile-de-France en 2007 précise qu'en 2007 les Urgences de l'Ile-de-France ont reçu **235 823 patients âgés de 75 ans et plus** (10,3% des passages adultes), nous n'avons pas les statistiques pour les 85 ans et plus.

230 000 passages aux urgences pour une population de 720 000 personnes de 75 ans et plus, cela leur donne une « chance sur trois » de passer aux urgences en une année.

L'APHP en a reçu 65 712 (9,6 % des passages adultes), ce qui représente 28% des urgences de l'Ile de France.

15% des patients de 75 ans et plus sont hospitalisés après leur passage aux urgences, ce qui a conduit à avoir une politique systématique de mise en place d'une Unité Gériatrique Aiguë en aval direct du Service d'Accueil des Urgences de chaque hôpital (dans le cadre du SROS 3). Ce type d'unité a accueilli ¼ des patients de 85 ans et plus admis à l'APHP en 2007, il manque encore des lits puisqu'on estime à 500 le nombre des transferts en médecine hors APHP qu'il a fallu faire en 2007. **Une autre caractéristique de cette population est de séjourner beaucoup plus longtemps à l'hôpital que la population en général, un séjour en Court séjour est suivi dans un cas sur deux d'une prise en charge dans une structure de soins de suite et réadaptation, avec une sortie au domicile ou en Maison de retraite une fois sur deux, 5% des patients initialement admis resteront pour un séjour en unité de soins de longue durée.**

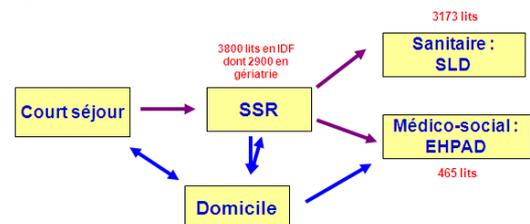
⇒ Approche financière du coût d'une hospitalisation dans une structure gériatrique hospitalière

Les lits spécifiquement consacrés à la gériatrie représentent, à l'APHP en 2011, 7494 lits soit le 1/3 des lits de l'APHP répartis ainsi:

- 612 lits de Court Séjour Gériatrique (CSG)
 - 2907 lits de Soins de Suite et Réadaptation (SSR),
 - 3975 lits de Soins de Longue Durée (SLD)
- Il faut y ajouter 191 places d'Hôpital de Jour Gériatrique (HJG)

Ceci représente la moitié des lits de gériatrie d'Ile-de-France.

La filière gériatrique : le parcours hospitalier du patient âgé à l'APHP



- **L'Unité Gériatrique Aiguë (UGA) ou Court Séjour Gériatrique (CSG)** est une unité de médecine qui prend en charge en phase aiguë les patients âgés souffrant de pathologies multiples et complexes, apportant des soins médicaux adaptés en préservant leur autonomie.

Le montant du séjour en UGA d'un patient est calculé par la Tarification A l'Activité (TAA) en fonction de la pathologie pour laquelle il est hospitalisé et des pathologies associées. Ce montant est pris en charge par l'Assurance Maladie et les mutuelles, avec un forfait journalier de 16 € à la charge du patient. Cependant, il existe un prix à la journée redevable par les patients ne relevant pas de l'Assurance Maladie (ex : ressortissants étrangers) qui sera pris comme référence dans l'évaluation des coûts. Ce montant est de 758.76 € en 2009.

- **L'Unité de Soins de Suite et Réadaptation (USR)** apporte des soins continus pour une préservation ou une amélioration de l'autonomie et une réinsertion (ex : suite d'un AVC, stabilisation de troubles du comportement, renutrition, etc.). Le tarif journalier à l'APHP est de 421,88€ en 2009, avec un forfait journalier identique, à 16 €

43% des patients issus d'une UGA sont admis en SSR.
La Durée Moyenne de Séjour en SSR (DMS) à l'APHP est de 62 jours (ce qui est préoccupant car nettement plus élevé que la moyenne nationale).

Le mode de sortie de ces unités est ainsi réparti :

- retour au domicile > 43%
- Maison de retraite > 16%
- Unité de Soins de Longue Durée > 11%

Le SSR à l'APHP
Essentiellement gériatrique en Ile-de-France

Type d'activité SSR	Part relative dans l'activité du SSR AP-HP Ile-de-France
Gériatrie	82%
Neurologie	8%
Orthopédie	3%
Cardiologie	3%
Pédiatrie	2%
Digestif	2%
Polysyllent	0,5%
VH	0,5%
Addictologie	0,2%
Pneumologie	0%
Cancerologie	0%
Brûlés	0%
Total AP-HP Ile-de-France	100%

- **L'Unité de Soins de Longue Durée (USLD)** réalise l'hébergement des personnes âgées dépendantes dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale permanente et des traitements prolongés, avec un projet de vie intégré dans un projet de soins mené par une équipe multidisciplinaire de professionnels de santé, 11% des patients sortant du SSR y sont admis.

La tarification (identique à celle des maisons de retraite) est complexe et se répartit entre forfait soins (pris en charge par l'Assurance Maladie), forfait dépendance en fonction d'une grille d'évaluation de l'autonomie (aux frais du patient qui peut être aidé par Allocation pour l'autonomie) et forfait hébergement (aux frais du patient, avec possibilité de prise en charge par l'aide sociale).

Le montant d'une journée d'hospitalisation en USLD à l'APHP varie ainsi de 97,85€ à 212.34€.

⇒ Approche financière du parcours hospitalier d'un « patient âgé fragile » en 2009

Monsieur G. âgé de 84 ans est insuffisant respiratoire du fait d'une bronchite chronique liée à un tabagisme ancien. Veuf depuis deux ans, il vit en province. Il bénéficie d'une aide ménagère 2 heures par jour, son médecin traitant le voit tous les 15 jours. La nuit, il porte une ventilation pour un problème d'apnée du sommeil. Il supporte de plus en

plus mal son masque qu'il arrache la nuit, il suffoque et bientôt inverse la nuit et le jour, est hébété toute la journée, ne reconnaît plus ses petits enfants, tombe, ne se lève plus. Il est ramené en Ile de France chez sa fille, très vite, une pneumopathie aiguë nécessite une **hospitalisation aux urgences** où il restera deux jours aux « lits porte ». Le transfert en **Unité Gériatrique Aiguë** est possible le 3^e jour. Après traitement de l'épisode aigu (14 jours), il sera ensuite admis en Soins de Suite et Réadaptation (56 jours) pour une équilibration de son traitement à visée pulmonaire, évaluation des fonctions supérieures (moyennement altérées), une prise en charge psychologique, une rééducation de la marche possible avec un déambulateur. Depuis la mort de son épouse, M. G. se laisse aller, le suivi pneumologique a été arrêté, une surconsommation alcoolique a été découverte, il est dépendant pour l'ensemble des activités de la vie quotidienne. Le retour au domicile est jugé impossible, il est donc dirigé vers une EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante). L'établissement d'accueil n'ayant pas de place immédiatement à la sortie du SSR, il est admis en Unité de Soins de Longue Durée où il restera un mois. Il nous est impossible pour cette démonstration de donner un coût réel de cette hospitalisation, cependant il est possible de l'approcher à titre indicatif par le biais (contestable) des « prix de journée » 2009 de l'APHP. Il en résulte le tableau suivant qui ne tient pas compte du coût du séjour au SAU et dans l'unité des lits porte, trop complexe à estimer.

Le coût global de cette hospitalisation avoisine 40 000€ ce qui est approximativement le coût d'une infirmière temps plein d'un Réseau de santé Gériatrique pour une année.

Montant estimé du séjour hospitalier de M. G.			
Tarif journalier	Montant	Durée (jours)	Coût
UGA	758,76	14	10622,64
SSR	421,88	56	23625,28
Forfait Jour	16	70	1120
USLD Soins	68,52	30	2055,6
USLD Hébergement	77,21	30	2316,3
USLD Dépendance	14,72	30	441,6
Total			40 181,4

Cette hospitalisation aurait sans doute pu être évitée par un suivi gériatrique adapté par l'équipe d'un Réseau de santé. Les traumatismes liés au passage aux urgences, aux hospitalisations successives dans des services différents se sont ajoutés au choc psychologique induit par la nécessité d'entrer en institution et constituent un élément péjoratif pour l'avenir de ce patient.

L'hospitalisation d'une personne âgée est un événement grave, avec des conséquences souvent très importantes voire un risque vital dans les suites. Il faut en prévenir les conséquences par une prise en charge adaptée mais surtout savoir éviter l'hospitalisation si cela est possible.

2-5 Le parcours des personnes âgées sur le territoire des 9, 10, 18 et 19ème arrondissements parisiens

Objectif principal du projet : Accompagner l'ARS Ile de France dans l'étude des parcours de santé des personnes âgées en vue d'établir la feuille de route d'un accompagnement ultérieur. Cette étude se réalisera sur le territoire d'intervention de l'hôpital Lariboisière.

15

Objectifs spécifiques :

- Elaborer une étude démographique, épidémiologique, géographique et socioéconomique de la population de 75 ans et plus du territoire.
- Cartographier le réseau de prise en charge sanitaire et médico-social dans le territoire, et les modalités de coordination.
- Caractériser la prise en charge des personnes âgées admises en urgences et leur parcours en amont et en aval de ce point de passage critique.
- Caractériser la prise en charge des personnes âgées en SSR avec un focus sur l'aval du SSR en suites d'AVC*.
- Identifier les bonnes pratiques existantes et les dysfonctionnements du parcours de santé des personnes âgées et des collaborations interprofessionnelles
- Élaborer une feuille de route afin d'améliorer le parcours de personnes dans une logique de réorganisation des structures sanitaires et médico-sociales.
- Proposer une démarche de diagnostic reproductible ultérieurement dans d'autres territoires d'intervention et d'autres ARS.

* En coordination au national avec la mission de suivi du plan AVC 2010-2012

Equipe Projet:

- **ANAP :** Marie-Dominique LUSSIER ; Virginie HOAREAU
- **ARS :** Maxime CAUTERMAN ; Sylvie LEGRAIN
- **Antares Consulting :** Joan Barrubés ; Sophie Banon ; Lydia Metral

Comité de Pilotage Régional (CRN) IDF:

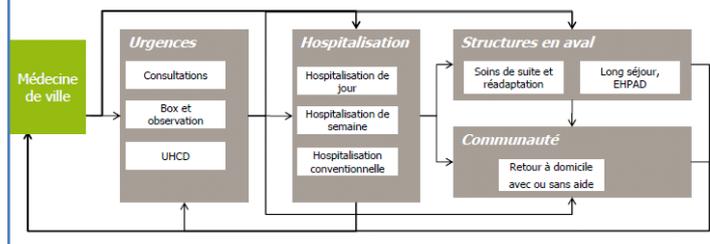
- | | |
|--|---|
| - Andrée BARRETEAU (ARSIF) | - Marie-France MAUGOURG (FREGIF) |
| - Maxime CAUTERMAN (ARSIF) | - Laureline DUPRE (URPS) |
| - Marc BOURQUIN (ARSIF) | - Alexandre GRENIER (URPS) |
| - Denis LEONE (ARSIF) | - Jean-Baptiste HAGENMULLER (HAD APHP) |
| - Sylvie LEGRAIN (ARSIF) | - Dr MARGELISCH (Maison Médicale de Garde Paris Nord) |
| - Pierre ROUSSEAU (CPAM 75) | - Thibaut TENAILLEAU (Hôpital Jean-Jaurès – Groupe SOS) |
| - Liliane CAPELLE (Mairie de Paris) | - Rachid AMIAR (Résidence OCEANE DOMUSVI) |
| - Diane PULVENIS (CCASVP) | - Centre 15 |
| - Philippe GADAULT (PPE 19ème) | - Centre de santé |
| - Claude CORMIER (PPE 19ème) | - SOS Médecins |
| - Christian NICOLAS (GH St-Louis – Fernand Widal – Lariboisière) | - Résidence HEROLD |
| - Patrick PLAISANCE (Lariboisière) | - Résidence AMARAGGI |
| - Antonio TEIXEIRA (Lariboisière) | |
| - Chantal LECAS (Lariboisière) | |
| - Marinette OLIVIER THOMAS (Lariboisière) | |
| - Nadine IDALGO et Aurélie MISME (Réseau de santé Paris Nord) | |

1/ 14

Le parcours de santé des personnes âgées à travers les différents services et établissements a été étudié dans sa globalité sur le territoire

Le cœur de l'analyse porte sur le flux de personnes intra et inter services et établissements, car les dysfonctionnements au cours d'une étape conditionnent fortement la prise en charge globale.

L'étude du parcours a été réalisée avec un double regard: quantitatif (volumes, motifs d'arrivée et sortie, orientations, variabilités, ...) et qualitatif (coopération, organisation, etc...)



2/ 14

En ville, la consommation annuelle moyenne observée est de 9 consultations médicales, 9 séances de kiné et 11 actes de soins infirmiers

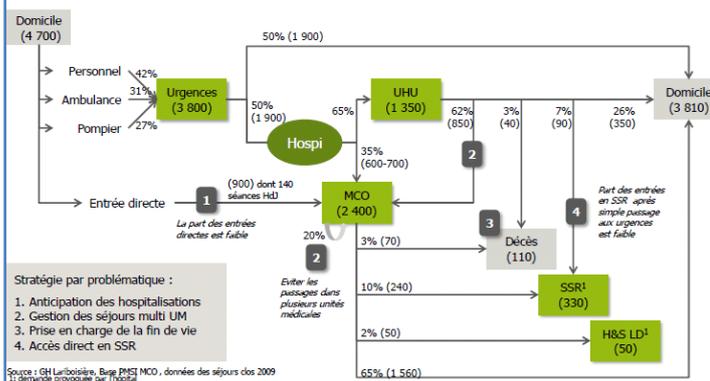
En se basant sur les données disponibles de la consommation de soins en ville pour un échantillon de 29.576 personnes, une extrapolation est possible pour estimer la demande en soins de ville sur le territoire d'analyse en 2010 et 2020.

Consommation annuelle moyenne ¹	Ensemble	Selon les profils				Estimation annuelle moyenne ⁴	
		Absence de médecin traitant	Absence d'ALD	ALD hors poly pathologie	ALD Poly pathologie	2010	Evolution prévue en 2020
Consultations médicales ²	9,2	0,9	6	12	13	363 216	+/- 36 000
Kinésithérapie (séances)	9,1	1,6	4	12	35	359 268	+/- 36 000
Soins Infirmiers (actes AMI/AIS)	10,8	2	2	17	38	426 384	+/- 45 000
Consommateur de soins ³	23 920	774	9 736	13 235	949	31 544	+/- 3 200
Effectif total (Pers.)	29 576	4 771	14 079	14 503	994	39 480	+/- 4 000
Part des consommateurs	80%	16%	69%	91%	95%		80%

1 : Source : CRM de Paris, données Evisme 2009
 2 : Consultations de médecins généralistes, urgentistes et spécialistes
 3 : Personnes ayant eu recours au moins une fois dans l'année à la médecine de ville (consultations médicales ou kinésithérapie ou soins infirmiers)
 4 : L'estimation 2020 ne prend en compte que l'impact démographique

3/ 14

L'analyse des parcours au sein de l'hôpital fait apparaître 4 problématiques majeures



4/ 14

A l'intérieur de l'hôpital, les parcours courts dans une seule unité médicale sont minoritaires, ce qui amène à la question des alternatives possibles pour les parcours complexes

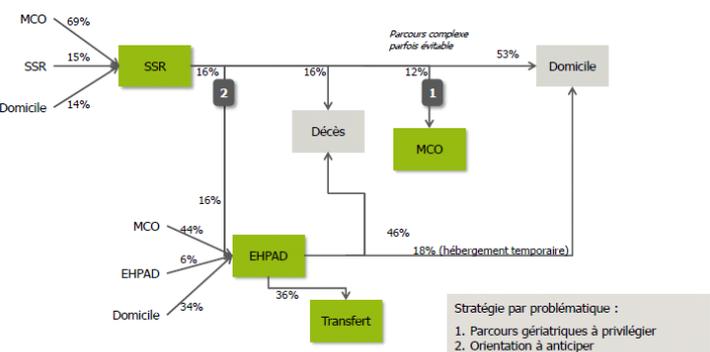
Hospitalisation hors HJ	Retour au domicile			Transfert (SSR ou MCO)	TOTAL
	UHU ou 1 UM	UHU + 1 UM	Multi RUM		
Entrée via urgences	N = 741 DMS = 4,3 j (Réf = 5,3 j)	N = 394 DMS = 12,0 j (Réf = 11,4 j)	N = 204 DMS = 13,7 j (Réf = 12,4 j)	N = 723 DMS = 14,3 j (Réf = 10,2 j)	N = 2 062 DMS = 10,2 j (Réf = 8,9 j)
Entrée directe	N = 531 DMS = 5,6 j (Réf = 6,5 j)		N = 74 DMS = 12,3 j (Réf = 12,2 j)	N = 155 DMS = 14,7 j (Réf = 11,5 j)	N = 760 DMS = 8,1 j (Réf = 8,1 j)

Pour une partie de ces séjours, comment faire mieux ou différemment ?

- A éviter avec un changement d'orientation
- Gestion de cas complexes à mettre en place ?
- Entrée directe à privilégier ?

5/ 14

En aval du séjour aigu, une personne sur deux retournera à son domicile après un passage en SSR, les autres personnes sont orientées vers une autre structure



6/ 14

Le modèle de prise en charge actuel laisse entrevoir des zones de recouvrement ainsi que des zones de rupture (ou à risque)

Les trois activités de prévention, de suivi et de transmission / partage d'informations relatives à la personne sont les points de faiblesse du modèle actuel.

L'évaluation sociale est assurée par de nombreux intervenants.

Acteurs	Médecin traitant	Urgences	Hôpital	SSR	EHPAD	Soins à domicile	Réseau de santé gériatrique	CLIC	Conseil Général
Prévention									
Diagnostic clinique									
Evaluation sociale									
Traitement									
Orientations									
Suivi									
Transmission									

Activité assurée (jaune) / Intervention / mission à redéfinir (orange)

7/ 14

La multiplicité des acteurs qui interviennent rend nécessaire la clarification de la chaîne de responsabilité

Le modèle APIE permet d'identifier :

- Quelles sont les responsabilités non couvertes dans le modèle actuel
- Quels sont les acteurs indispensables selon les étapes du parcours
- Quelles sont les zones d'ombre sur l'articulation entre les acteurs

Acteurs	Médecin traitant	Hôpital			SSR	HAD	SSIAD/ libéraux	SAD	Réseau de santé	CLIC	Conseil Général
		Unité médicale	EMG	AS							
Urgences	A?	I	E ↔ I ↔ E						E, A?	A?	
Prévention	?	I							I, A?	A?	
Hospitalisation	A?	P - I	E ↔ I ↔ E			A?			E, A?	A?	
SSR	A?				I				A?	A?	
HAD	P, A	P	E	E	P	I			A?	A?	
Soins infirmiers	P, A	P	E	E	P		I	I	A?	A?	
Aide à domicile	?	E	E	E	E		I	I	A?	A?	E
Information										I	

Avisé = est informé de la prise en charge
 Prescripteur = délivre une autorisation pour une orientation
 Intervenant = est l'acteur dans le traitement
 Evalueur = définit le projet d'orientation ou de prise en charge

8/ 14

Pour chaque rôle identifié, des questions émergent

- P = Prescripteur**
 - Rôle incontournable du médecin traitant pour l'ensemble des prescriptions des soins à domicile
 - Risque important pour le modèle futur
- E = Evalueur**
 - De nombreux acteurs interviennent avec un rôle d'évaluateur et non de prescripteur
 - Deux questions sous-jacentes :
 - Faut-il étendre le rôle de certains évaluateurs à celui de prescripteurs ?
 - Comment renforcer la coordination entre l'évaluateur et le prescripteur
- I = Intervenant**
 - Frontière floue en ce qui concerne les services d'aide à la toilette (SSIAD ou SAD)
- A = Avisé**
 - Pas de systématisme dans la transmission et le partage d'informations sur le parcours de la personne

17

9/ 14

Le dispositif de prise en charge gériatrique et la présence d'évaluations gériatriques à plusieurs étapes du parcours constituent deux points forts à renforcer

L'analyse détaillée de chaque étape et des différentes typologies de parcours permettent de mettre en évidence les bonnes pratiques actuelles.

- Des évaluations gériatriques complémentaires :
 - Accessibles à chaque étape du parcours : à domicile ou à l'hôpital
 - Destinées à des patients complexes, dans la majorité des cas
 - Menées par des équipes pluridisciplinaires
 - Couvrant l'ensemble des axes médico-psycho-sociaux
- La mise en place d'une filière gériatrique qui vise à coordonner l'ensemble des acteurs qui interviennent sur le parcours de santé des personnes âgées :
 - Etablissements sanitaires et médico-sociaux
 - Services de maintien à domicile : HAD, SSIAD et SAD
 - Structures de coordination : CLIC (PPE), Réseaux de santé gériatologique

10/ 14

L'analyse des flux fait apparaître une dizaine de points critiques sur les parcours de santé des personnes âgées (1/3)

- Les patients en rupture d'accès aux soins ou en situation sociale complexe seront en croissance et demeurent une vraie problématique à traiter
- L'arrivée aux urgences cristallise un nombre importants de dysfonctionnements
 - Orientation non appropriée pour de nombreux patients
 - Patients bénéficiant déjà d'une prise en charge à domicile, ne nécessitant pas de recours aux urgences
 - Positionnement actuel du service de gériatrie ne permet pas un accès direct des patients
 - Résidents en EHPAD
 - Manque d'informations disponibles sur le patient lors de son arrivée aux urgences
 - Réadmission fréquente qui ne donne lieu à aucune prévention
- De nombreux parcours sont non adaptés ou complexes
 - Séjours multi RUM à l'hôpital
 - Allongement de la durée de séjour qui complique le retour à domicile

11/ 14

L'analyse des flux fait apparaître une dizaine de points critiques sur les parcours de santé des personnes âgées (2/3)

- Le manque d'accès direct aux services adaptés
 - Accès à l'hospitalisation aiguë qu'à partir des urgences
 - Certains services ne sont accessibles qu'à partir de l'hôpital (HAD, SSIAD ...)
 - L'accès au SSR n'a lieu qu'après une hospitalisation aiguë dans la majorité des cas
- Le suivi médical des résidents en EHPAD
- Le modèle de financement actuel n'est pas adapté à la transversalité de la prise en charge
 - Financement cloisonné
 - Modalités de financement des acteurs (forfait ou à l'acte) à adapter
- La multiplicité des évaluations gériatologiques non connectées entre elles
- La mise en place réactive des aides et soins à domicile
 - Accessibilité accrue à la mise en place des services, notamment le week-end
 - Coordination des acteurs

12/ 14

L'analyse des flux fait apparaître une dizaine de points critiques sur les parcours de santé des personnes âgées (3/3)

- La coordination complexe des multiples acteurs qui interviennent sur le parcours de santé
 - Clarification des rôles, des interfaces et de la chaîne de responsabilité entre les acteurs
- L'offre de gériatrie-psycho à renforcer
- Le manque de données partagées sur le parcours du patient
 - Absence de partage d'informations relatives à la personne âgée
 - Rupture dans la continuité de la prise en charge
 - Difficulté de suivi pour les différents acteurs

13/ 14

La base de données utilisée pour caractériser le parcours de personnes âgées est suffisamment fiable pour extrapoler la consommation totale de soins de la population du territoire

- La base de données utilisée représente le 41% de l'activité réalisée par les établissements sanitaires et médico-sociaux du territoire (environ 9.500 contacts)
- Parmi ces données, 8.500 correspondent à des personnes qui habitent dans territoire (taux de dépendance des structures au regard de la population du territoire de 76%) . Et cela représente en moyenne 23% du total de l'activité.
- Cette extrapolation permet d'estimer la consommation actuelle pour l'ensemble de la population âgée du territoire qu'il sera intéressant de comparer avec les options de soins retenus pour demain.

Représentativité des données et estimation de la demande du territoire (2009)

Structures	Service	Structures du territoire	Notre base de données	Représentativité	Dont activité territoire	Dépendance	Part de marché	Activité du territoire	Réalisé au territoire	PDM des structures territoire
Urgences	passages	8.655	4.517	52%	3.797	84%	30%	12.657	7.275	57%
Hosp. aux Urgences	passages				1.343					
Hospitalisation MCO	séjours	6.150	4.409	72%	3.097	70%	30%	10.323	4.320	42%
SSR	séjours	1.873	461	25%	342	74%	21%	1.629	1.390	85%
Hebergement de long durée	places	739	106	14%	79	75%	10%	790	551	70%
		17.417	9.493	41%	8.658	76%	23%	25.399	13.536	64%

14/ 14

L'estimation de la demande globale du territoire montre que 16.000 des 40.000 personnes âgées du territoire s'adressent aux établissements de santé ce qui va donner lieu à 30.000 actes

Estimation des arrivées directes en établissements provenant du domicile

Personnes 75 + du territoire	N	%
Urgences	12.657	78,5%
Hospitalisation MCO	2.970	18,4%
SSR	229	1,4%
Hebergement de long durée	270	1,7%
Total	16.125	100%

Consommation annuelle et parcours estimée pour la population du territoire

	Urgences	Hosp aux Urgences	Hosp MCO	SSR	Heb. de long durée	TOTAL
Total Arrivées dont domicile	12.852	4.562	10.323	1.629	790	30.156
Destination						
Domicile	6.169	1.186	6.535	915	174	14.979
Urgences	0	0	0	0	0	0
Hosp aux Urgences	4.562	0	0	0	0	4.562
Hosp MCO	2.121	2.829	2.065	223	0	7.237
SSR	0	319	1.053	68	0	1.441
Heb. de long durée	0	91	103	199	253	646
Décès	0	137	568	223	363	1.291

En savoir plus : www.anap.fr

3- PRESENTATION DES RESEAUX DE SANTE GERONTOLOGIQUES D'ILE-DE-FRANCE

3-1 Le patient âgé fragile

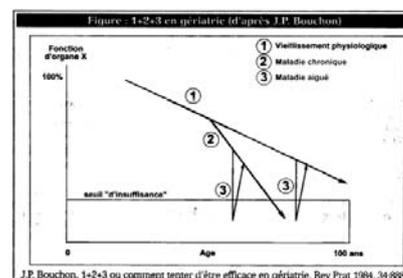
D'après « La Fragilité du sujet âgé » par le Pr François BLANCHARD - Gériatrie et Société – n°109 - juin 2004,

La fragilité paraît comme une évidence lorsqu'on veut décrire la situation de certaines personnes âgées. Ce concept fait partie des outils fréquemment utilisés en Gériatrie. Le bon clinicien gériatre avec son expérience, ses connaissances et son intuition semble capable de distinguer au sein d'une population très hétérogène, des individus « fragiles » qui risquent de basculer vers une situation clinique beaucoup plus altérée que ne le laisserait envisager leur état au moment de l'évaluation. Depuis son émergence, il y a un peu plus d'une quinzaine d'années, l'usage du terme fragilité a connu un succès grandissant dans la littérature sans qu'aucune définition consensuelle ne puisse en être donnée. Il est même souvent utilisé sans définition précise devant des maladies chroniques invalidantes ou des pertes d'autonomie motrice ou des déficiences intellectuelles et cognitives pour les sujets qui entrent en institution.

Cette notion paraît simple mais plus on tente de l'approcher et de la définir plus elle devient complexe. La revue de la littérature permet de retrouver plus de **30 définitions de la fragilité**. Ce grand nombre de définitions suggère que de très nombreux facteurs y contribuent sans pour autant que l'on puisse savoir comment ils sont reliés entre eux ni même s'il y a une signification commune de la fragilité. **Les définitions de la fragilité évoluent aussi avec le temps**. Dans les plus anciennes, la fragilité est un état indésirable de vieillissement accéléré, avec la présence de plusieurs maladies incapacitantes qui peuvent pousser précipitamment ce vieillard vers un état de grande dépendance ou vers **la mort**. Le regard est alors emprunt d'un certain fatalisme ou d'un certain âgisme. Les visions plus modernes se situent en amont de ces situations, avant que n'apparaissent les incapacités sévères. Dans des approches plus récentes, la fragilité n'est plus simplement une **accélération du processus du vieillissement avec de nombreuses co-morbidités**, mais devient une entité pour décrire une **situation instable** que l'on tente de définir sur des bases physiques, biologiques, psychologiques, environnementales, économiques et sociales, sans d'ailleurs que ces différentes approches soient exclusives ni qu'elles se rejoignent. La fragilité devient un concept très global qui va être étudié et détaillé par les diverses sciences qui contribuent à la connaissance des problèmes de santé chez les personnes âgées. La fragilité est un concept phare de la gériatrie, elle n'éclaire comme un phare qu'une partie changeante et mouvante de la réalité. Chaque chercheur l'aborde et tente de la définir avec son angle de vue en fonction de son champ de travail et de ses centres d'intérêts.

On peut imaginer regarder la fragilité avec une caméra ayant diverses focales, depuis une vision très large en grand angle jusqu'à l'approche en gros plan de détails particuliers. Avec la focale la plus large, dans la description de population âgée, on remarque une grande hétérogénéité depuis les individus en bonne santé hyperactifs, les « fit elderly » des anglo-saxons, jusqu'à des sujets ayant perdu toute autonomie les « too sick », et entre les deux une population intermédiaire définie comme fragile. Ce groupe de fragiles paraît relativement en bonne santé, mais risque de décompenser rapidement vers le groupe des sujets ayant perdu leur autonomie. **La fragilité est donc constituée des marqueurs permettant d'identifier le groupe à risque, c'est-à-dire celui des personnes ayant une plus grande vulnérabilité.**

Avec une focale un peu plus rapprochée, on se centre précisément sur ce groupe à risque et sur les causes déclenchantes de la fragilité. La fragilité va alors servir pour identifier les **facteurs de risques de décompensation**. Ces facteurs peuvent être intrinsèques, comme des facteurs physiologiques, ou extrinsèques comme des facteurs économiques ou environnementaux. En se rapprochant encore, pour faire « un plan américain », on se situe à



hauteur d'homme au niveau de l'individu lui-même, avec une vision médicale qui va reconnaître les syndromes cliniques complexes associant chutes à répétition, confusion, incontinence, déshydratation... définissant l'individu fragile. Avec une vision plus physiologique, on peut décrire les mécanismes qui favorisent l'installation de la fragilité comme la baisse des capacités de réserve, les agressions dues à des stress répétés, la sous-utilisation ou non-utilisation de certaines fonctions. Avec une focale en gros plan, la fragilité sera vue à travers les déficits de certaines grandes fonctions et les baisses de performance de certains organes essentiels. Cela touche surtout le système nerveux central, l'appareil cardio-vasculaire, l'appareil musculo-squelettique. A ce niveau, on s'intéressera aussi aux insuffisances du système nutritionnel ou encore du système immunitaire. Enfin si on quitte la caméra pour passer au microscope, au niveau des mécanismes biologiques et biochimiques, la fragilité tente d'expliquer comment les réponses homéostatiques s'altèrent, qu'ils s'agissent de l'hyper catabolisme ou d'une dysrégulation des cytokines ou du stress oxydatif ou encore de l'insulino-résistance. A chaque fois les altérations des grandes voies métaboliques accélèreraient les phénomènes du vieillissement.

La fragilité apparaît donc comme un concept réunissant trois ordres de faits différents.

- C'est un **phénomène multi-factoriel**, les causes en sont très diverses et agissent à différents niveaux dans l'interaction de l'homme avec son environnement et avec la pression de stress, d'origine et de nature diverses.
- C'est un **phénomène multi-systémique**, qui touche l'individu au niveau de l'organisation de différentes fonctions, organisation impliquant plusieurs organes ou, à un autre niveau, plusieurs aspects du métabolisme cellulaire. Toutes ces altérations de fonctions ont un rapport avec la sénescence.
- Enfin, c'est un **phénomène évolutif et instable**. Il peut décompenser en cascade vers la dépendance et vers la mort; mais c'est également un phénomène réversible, au moins pour plusieurs de ses composantes.

D'où vient le succès du mot « fragilité » alors qu'il apparaît comme un concept très complexe difficile à saisir sur un plan scientifique. Le succès dépasse largement le milieu gériatrique. **La fragilité a parfaitement réussi comme outil de communication.** En communication, la fragilité est plutôt un « joli » mot qui évoque quelque chose de frêle, de gracile mais également d'élégant et d'éphémère. Alors que la plupart des mots utilisés pour définir les personnes âgées malades sont socialement négativement connotés, entraînant angoisse et peur comme démence ou dépendance, la fragilité n'a pas cette connotation négative. La fragilité, dans sa complexité même, est **revendiquée comme relevant spécifiquement d'une action gériatrique**. Elle est donc utile à la reconnaissance de la gériatrie comme discipline. C'est le travail du gériatre de la reconnaître et d'en prévenir les conséquences néfastes dans une approche qui se veut médicale, scientifique, mais également globale, économique et sociale sans oublier l'aspect humaniste. De plus, le professionnel de gériatrie, s'il n'est pas plus capable qu'un autre de définir complètement la fragilité, saura par contre l'identifier avec des outils spécifiques comme **l'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) et/ou la grille SEGA**. L'EGS et/ou la grille SEGA permettent de repérer ces sujets âgés fragiles. Des programmes de dépistage et de prévention ont montré leur efficacité sur l'état de santé des populations âgées. Ceci justifie, d'un point de vue économique, la prévention des conséquences de la fragilité. Dans cette perspective professionnelle, la prise en compte de la fragilité permettrait aux patients âgés fragiles d'emprunter de bonnes filières de soins, c'est-à-dire pour le gériatre d'avoir recours aux services de gériatrie qui leur seraient plus particulièrement adaptés pour leur offrir une prise en charge médico-psycho-sociale.

La fragilité apparaît donc comme un **concept complexe mais qui semble opérationnel** pour définir des populations à risque et mieux approcher les notions du vieillissement pathologique et sa prévention. C'est également un concept fédérateur de l'activité des professionnels auprès des personnes vieillissantes et en situation de vulnérabilité.

La FREGIF s'est donné comme sujet de recherche la description des sujets âgés fragiles suivis dans ses réseaux.

En savoir plus : Grille d'évaluation SEGA (en annexes p26)



3-2 Historique des Réseaux de santé Gériatriques

En France, **la majorité de la population âgée fragile et dépendante vit à domicile**. Elle **mobilise une grande diversité d'acteurs, tant professionnels qu'informels**. Cela concerne les professionnels du **champ sanitaire** (médecins, infirmières, aides soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues...), **du champ social** (travailleurs sociaux, aides à domicile, auxiliaires de vie...) et des **aidants familiaux** (Colin, 2000).

21

La coordination pour une prise en charge complexe

Ces personnes âgées fragiles et dépendantes nous obligent à une prise en charge complexe en raison de besoins en santé étendus et de la nécessaire planification de nombreux services à ajuster sur la durée (Bergman et al., 1997). Or les prestataires de soins sont nombreux et les responsables de l'organisation et du financement des services sont éparpillés. Cette fragmentation rend complexe le dispositif, tant dans la mise en œuvre des politiques que dans la délivrance des services. On retrouve cette **fragmentation** dans les quatre grands clivages que l'on constate entre le domicile versus l'institutionnel, le sanitaire versus le social, le formel versus l'informel et les soins de longue durée versus les soins aigus (Henrard, 1999). Cette complexité et cette fragmentation du système français ont incité de nombreux décideurs et acteurs sociaux de terrain à rechercher des **solutions de coordination**, thème récurrent dans la littérature et le discours gériatrique (Guisset et al. 2002). **La coordination des soins** peut se définir comme l'ensemble des activités et des moyens visant à assembler et à synchroniser les tâches de nature différente, réalisées par des professionnels disposant de compétences variées, de façon à réaliser au mieux les objectifs que se fixe l'organisation (CREDES et IMAGE, 2001). Cette idée d'une **coordination gériatrique** est née en France il y a 30 ans à partir des acteurs de terrain puis a été rapidement reprise par l'Administration Centrale avec notamment la création de postes de coordinateurs en 1982 et d'instances locales de coordination. Plus récemment, ont été mises en place la **Prestation Spécifique Dépendance (PSD)** puis **l'Allocation Personnalisée Autonomie (APA)** qui prévoit une convention entre les financeurs et la coordination des interventions autour de la personne âgée dépendante au domicile. Parallèlement se sont créées depuis 20 ans, des formes de **coopération d'acteurs de proximité, plus ou moins formalisées** à partir d'une mairie, d'un groupe de professionnels de santé, d'un hôpital ou d'un service de soins afin de faciliter le maintien à domicile, améliorer les relations entre la ville et l'hôpital et faciliter l'accès aux soins et aux aides pour cette population âgée. C'est dans cet esprit que les **CLIC** Centres Locaux d'Information et de Coordination ont été mis en place sur une partie du territoire financés par les Conseils généraux et que se sont formalisés **les Réseaux de santé** avec l'allocation d'un budget de fonctionnement dépendant de l'ONDAM dénommé FIQCS depuis mai 2007 (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins) et géré au niveau des régions.

La circulaire DHOS/CNAMTS/2007 du 18 mars 2007, relative au référentiel d'organisation nationale des réseaux de santé des personnes âgées, clarifie les missions et les objectifs opérationnels des réseaux. Ces réseaux s'adressent prioritairement à des personnes de 75 ans et plus, souhaitant rester ou retourner à leur domicile, et souffrant de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique.

La coordination d'appui pour les professionnels de santé

Les Réseaux de santé gériatriques ont pour objectifs de repérer cette population âgée, de faire un diagnostic complet de la situation de la personne, à son domicile afin d'élaborer et assurer le suivi d'un **PSP Plan de santé Personnalisé**, en apportant un **appui au médecin traitant** et un **soutien aux aidants**.

A ce jour, l'Ile-de-France compte 22 Réseaux de santé Gérontologiques qui sont les suivants :



Au 1^{er} janvier 2011, ils coordonnaient **4722 acteurs du sanitaire, 420 acteurs médico-sociaux, et 747 acteurs du social, issus de l'hôpital (338 partenaires) ou de la ville (4383 professionnels de santé)**, avec pour objectifs communs de faciliter l'accès aux soins et le MAINTIEN A DOMICILE. Cette coordination d'experts permet d'effectuer un suivi MEDICAL INDIVIDUALISE A DOMICILE, pour 10% des personnes âgées en Ile-de-France.

En savoir plus : circulaire DHOS/CNAMTS/2007 du 18 mars 2007 (en annexes p40)

Quelques grandes dates pour les réseaux de soin :

⇒ Ordonnance 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

Art. 6 - Au livre 1er du code de la sécurité sociale, titre VI, chapitre 2, section 6, est inséré un article L. 162-31-1 ainsi rédigé :
« Pendant une durée de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, des actions expérimentales sont menées dans le domaine médical ou médico-social sur l'ensemble du territoire, en vue de promouvoir, avec l'accord du bénéficiaire de l'assurance maladie concerné, des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention.

Ces actions peuvent consister à mettre en œuvre:

- Des filières de soins organisées à partir des médecins généralistes, chargés du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins
- Des réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques ;
- Tous autres dispositifs répondant aux objectifs énoncés au premier alinéa. »

Art. 29- Il est créé à la section I du chapitre II du titre 1er du livre VII du code de la santé publique, un article L. 712-3-2 ainsi rédigé :

« En vue de mieux répondre à la satisfaction des besoins de la population tels qu'ils sont pris en compte par la carte sanitaire et par le schéma d'organisation sanitaire, les établissements de santé peuvent constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins, au sens de l'article L.712-2, ou à certaines pathologies. Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale. Les établissements de santé peuvent participer aux actions expérimentales visées à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale. La convention constitutive du réseau de soins est agréée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. »

Les projets d'expérimentation peuvent être présentés par toute personne physique ou morale. Ils sont agréés par l'autorité compétente de l'Etat, compte tenu de leur intérêt médical et économique, après avis d'un conseil d'orientation comprenant notamment des représentants des organismes d'assurance maladie ainsi que des professions et établissements de santé.

Résumé : Elle fait le point sur les réseaux de soins actuellement en exercice en France et définit les règles et outils indispensables à leur développement :

- Réseaux inter-établissements,
- Réseaux thématiques purs,
- Réseaux évoluant vers des réseaux de santé de proximité,



A partir de 2000, un seul cahier des charges servira à instruire les dossiers de tous les réseaux de santé de proximité candidats à un financement de l'Etat. Ces réseaux seront astreints à une auto-évaluation accompagnée et à une évaluation externe.

⇒ Les grandes périodes des réseaux de santé

Le premier réseau qui porte ce nom a aujourd'hui plus de 20 ans il s'agit du « REZO 85 » créé en 1985 autour de Willy ROZENBAUM alors chef de clinique à la Pitié Salpêtrière.
On n'oubliera pas l'Association de Gérontologie du 13ème Arrondissement qui date des années 60 ...

Première période : 1985-1998

Une histoire entre la ville et l'hôpital d'abord portée par des acteurs de santé de ville pour répondre à des problèmes et des besoins de santé face auxquels les réponses institutionnelles étaient inexistantes ou insuffisantes (précarité et VIH/Sida). Les animateurs étaient souvent des médecins généralistes militants de la médecine générale et impliqués dans la vie des quartiers (Santé Bien être aux Francmoisis à SAINT DENIS, Réseau 85 à PARIS, Créteil Solidarité à Creteil).
Il s'agissait alors le plus souvent de montages associatifs plutôt informels fonctionnant sur le militantisme et le bénévolat.

Seconde période : 1991-1999, le début d'une reconnaissance

- Reconnaissance et inscription des Réseaux dans les textes à partir de 1991 d'abord VIH/Sida, Réseaux Ville Santé (Circulaires Simone VEIL 1992/1993/1994)
- Réseaux addictions puis Réseaux VHC
- Premier Congrès de la Coordination Nationale des Réseaux en 1995
- Circulaire DGS/DOS/DIV/DIRMI du 25 novembre 1999
- L'inscription du financement des réseaux dans la loi de financement de la sécurité sociale de 1999 : création du FAQSV

Troisième période : 2000 – 2009, l'institutionnalisation

- 2000 – 2003 : Inscription de plusieurs centaines de Réseaux dans le dispositif du FAQSV et expérimentation de l'institutionnalisation.
- 2002 : loi du 4 mars 2002 sur les droits du malade et l'organisation du système de santé qui crée la DRDR et montée en puissance de l'enveloppe de la DRDR (de 24 à 165 M d'euros entre 2002 et 2005)
- 2004 – 2005 : première vague de Réseaux qui après avoir consommé l'enveloppe FAQSV glissent dans le financement DRDR
- 2006 : l'enveloppe DRDR ne suit pas la croissance des Réseaux avec en septembre une diminution de 20% de l'enveloppe prévue
- 2006 : arrêt sur image pour évaluer et redéfinir un nouveau cadre et des nouvelles modalités en attendant l'accréditation
- 2007 : changement de structures et passage de la DRDR au FIQCS ; circulaire DHOS/CNAMTS/2007 du 18 mars 2007, relative au **référentiel d'organisation nationale des réseaux de santé des personnes âgées,**



3-3 Objectifs, missions et organisation des Réseaux de santé Gériatriques

⇒ Objectifs

La très grande majorité des sujets de 75 ans et plus reste à domicile, en bonne santé et autonome. Cependant, certaines personnes âgées souffrent de perte d'autonomie liée à des pathologies chroniques, ce sont les « **PERSONNES AGEES FRAGILES** ». Elles ont besoin d'un **SUIVI MEDICAL INDIVIDUALISE A DOMICILE** et souvent **d'aide pour effectuer les actes courants de la vie quotidienne**. L'arrivée à des âges élevés de la génération du baby-boom et l'allongement de l'espérance de vie vont conduire à l'accroissement de cette population et nécessiter le développement d'innovations organisationnelles pour répondre à ses besoins. Les 22 Réseaux de santé Gériatriques d'Ile-de-France développent la prise en charge des patients âgés fragiles isolés, souffrant de perte d'autonomie physique et/ou psychique liée à des polypathologies chroniques et/ou en situation de rupture sociale. Ils apportent une solution médicale pour faire face à la dépendance générée par les pathologies chroniques. Le Réseau coordonne les acteurs médicaux, para-médicaux, sociaux et médico-sociaux afin d'optimiser le maintien ou le retour à domicile, et l'accès à une structure de soins si nécessaire. A cet égard, le Réseau ne se substitue pas à l'offre de soins existante. Il vise à en améliorer l'efficacité et contribue à optimiser la réponse aux besoins sanitaires et sociaux des patients.

24

⇒ Missions

Subventionnés par l'Assurance Maladie, les RESEAUX DE SANTE GERONTOLOGIQUES font face à l'enjeu de la prise en charge de la dépendance en coordonnant en Ile-de-France 4722 acteurs du sanitaire, 420 acteurs médico-sociaux, et 747 acteurs du social, issus de l'hôpital (338 partenaires) ou de la ville (4383 professionnels de santé), avec pour objectifs communs de faciliter l'accès aux soins et le **MAINTIEN A DOMICILE**. Cette coordination d'experts permet d'effectuer **un suivi MEDICAL INDIVIDUALISE A DOMICILE**, pour 10% des personnes âgées en Ile-de-France.

Leurs missions, en lien étroit avec le médecin traitant :

- **Identifier les patients** en situation de rupture sanitaire et sociale
- Réaliser une **évaluation médico-psycho-sociale, à domicile, en équipe pluridisciplinaire** par le médecin coordinateur
- Etablir un **PSP Plan de Santé Personnalisé** et en suivre la mise en œuvre
- **Coordonner** les interventions des professionnels du sanitaire, du médico-social et du social
- Mener des actions de **prévention** primaire, secondaire et d'**éducation thérapeutique du patient**

⇒ Organisation

L'équipe d'un Réseau de santé Gériatrique

La composition d'une équipe de Réseau de Santé Gériatrique varie selon l'historique et le territoire du Réseau. Elle se répartit en plusieurs pôles :

- **Pôle Santé** : Gériatre et/ou Infirmier(e) coordinateur/trice, Psychologue, Neuropsychologue, Ergothérapeute. Le pôle représente **59% de l'équipe**, et 3 ETP Equivalents Temps Plein par Réseau.



- **Pôle Social** : Assistante sociale et/ou Conseiller(e) en économie sociale et familiale, qui représente en moyenne **8% de l'équipe** et 0,4 ETP Equivalent Temps Plein par Réseau.
- **Pôle Administratif** : Directeur, Assistante de coordination, etc., soit en moyenne **33% de l'équipe** et 2 ETP Equivalents Temps Plein par Réseau.

En savoir plus : rendez-vous sur le site !

Vidéo « L'équipe idéale de coordination » <http://www.fregif.org/reseaux-sante-gerontologiques/documentation/videos,10,40,0,0>

25

Les partenaires* des secteurs sanitaire, médico-social et social : articulation « ville-hôpital » en coordination d'appui

L'objectif premier des Réseaux de santé Gérontologiques est l'amélioration de la prise en charge globale des patients, favorisée par le **décloisonnement entre les professionnels de ville, les établissements de santé publics ou privés, les établissements et professionnels du secteur médico-social et du secteur social.**

Le Réseau de santé répond à une logique d'organisation territoriale.

Les Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France sont des Réseaux de proximité. Ce niveau correspond d'abord à la demande en soins primaires dans l'environnement le plus proche possible du domicile du patient âgé relevant de pathologies qui demandent des soins fréquents.

Les intervenants médicaux et paramédicaux du domicile tiennent donc une place primordiale.

Les Réseaux de proximité gérontologiques sont également amenés à travailler avec les autres Réseaux et les acteurs du médico-social et du social, afin de développer des réflexions et des pratiques communes, et de mutualiser les services.

*Présentation détaillée des partenaires dans le focus sur l'activité des Réseaux de santé p42

Partenaires du secteur sanitaire* :

- **Médecin traitant** : Il est l'interlocuteur privilégié du patient et des professionnels. Tout au long des soins, il reste au centre de la prise en charge du patient dont il a une vision globale de l'état de santé. Si l'Ile-de-France concentre 25% des effectifs nationaux de spécialistes, on constate une densité régionale des médecins généralistes plus faible qu'au niveau national. Ainsi, de nombreuses personnes âgées n'ont pas de médecin traitant ou bien celui-ci n'effectue pas de visite à domicile. Il revient alors au Réseau de trouver un praticien et de pallier aux absences en cas d'urgence.
- **Hôpitaux publics et privés, Cliniques, HAD** Hospitalisation à Domicile, **EMG** Equipes Mobiles Gériatriques,
- **Professionnels de santé libéraux** : Biologistes, Dentistes, Diététiciens, Ergothérapeutes, Infirmières, Kinésithérapeutes, Médecins généralistes, Neurologues, Neuropsychologues, Orthophonistes, Orthoptistes, Pharmaciens, Podologues-Pédicures, Psychiatres, Psychologues
- **Maisons, Pôles et autres Réseaux de santé** (en particulier soins palliatifs, oncologie, handicap)
- **SSIAD** Services de Soins Infirmiers A Domicile.

Partenaires du secteur Medico-Social* :

- **CLIC** Centres locaux d'Information et de Coordination (PPE à Paris et Coordinations Gérontologiques dans les Yvelines).
Les 83 CLIC franciliens sont des partenaires complémentaires des Réseaux avec qui sont organisées régulièrement des réunions sur des cas concrets. Certains se sont rapprochés et ont mis en place des équipes mixtes pour l'évaluation et le suivi des plans d'aides.
- **EHPAD** Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes et maisons de retraite,
- **Logements-Foyers,**
- **Accueils de Jour,**

LES RESEAUX DE SANTE GERONTOLOGIQUES EN ILE-DE-FRANCE : Etat des lieux et perspectives - Septembre 2011

Plus d'informations sur www.fregif.org



Partenaires du secteur social* :

- **Services d'aide à domicile** : Aides à domicile, auxiliaires de vie, portage de repas, télé-alarme, etc.
- **Services sociaux** : **CCAS** Centres Communaux d'Action Sociale, **DT ARS** Délégations Territoriales Agence Régionale de Santé, **Equipes d'évaluation APA** Allocation Personnalisée pour l'Autonomie **du Conseil Général**, etc.
- **Associations d'aide aux usagers** : Coderpa, France Alzheimer, Les Petits Frères des Pauvres, etc.
- **Mutuelles** : partenariats avec les équipes sociales en charge des personnes âgées.

26

Les outils de la coordination d'appui

- Un annuaire des professionnels

Les réseaux établissent chacun un annuaire des professionnels « ressources » dont ils assurent la mise à jour. La Fédération collige actuellement l'ensemble des données qui lui sont adressées par les réseaux et va pouvoir mettre en ligne ces renseignements dès que le site internet aura des connexions sécurisées pour les professionnels.

- Une astreinte téléphonique

Les Réseaux mettent en place un système d'astreinte téléphonique, certains réseaux ont une astreinte 7 jours sur 7, lorsqu'ils sont multithématiques ou mutualisés avec des réseaux de soins palliatifs. Ceci est tout particulièrement utile pour gérer les situations de crise. Il est envisageable de mettre en place, en partenariat, un numéro régional d'appel unique, le nombre des situations qui pourraient annuellement en bénéficier restant à évaluer.

- Une charte du Réseau

Le réseau définit les modalités de coordination pluridisciplinaire entre les intervenants et les formalise au sein de la charte du réseau. Il s'appuie sur une équipe opérationnelle de coordination. Le Réseau de Santé Gériatrique doit fournir à ses membres la possibilité de se rencontrer aussi bien au lit du malade que dans des réunions de coordination, de concertation et de formation. La difficulté de réunir tous les intervenants donne une place fondamentale à l'équipe de coordination qui articule les actions autour du patient.

- Un système d'information et La transmission d'information

Pour les informations concernant les patients, le réseau établit un protocole qui identifie les catégories de professionnels pouvant accéder aux données de santé couvertes par le secret médical. Le réseau dispose d'un système de communication entre les acteurs et les structures (vie du réseau, protocoles, ...) et plusieurs Réseaux de Santé Gériatriques éditent une lettre d'information trimestrielle à destination des professionnels de santé et du médico-social. Dans la perspective d'avoir un dossier patient communicant, une mutualisation des logiciels informatiques est en cours en Ile-de-France, concernant toutes les thématiques de Réseaux de santé.

- Des RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaires

Ces réunions ont lieu en général une fois par mois. Les RCP sont **programmées par semestre** et les dates sont fixées par les coordinateurs médical et administratif. L'ordre du jour est déterminé par le coordinateur médical lors des réunions d'équipe mobile. Un compte-rendu est rédigé par l'équipe du Réseau et remis aux participants.

Certains réseaux indemnisent les professionnels participants, ce qui permet de reconnaître le service rendu et de pérenniser ces réunions. Dans ce cas, les libéraux sont tous indemnisés de la même manière. Les salariés des établissements de santé ou médico-sociaux qui participent le font dans le cadre d'une convention.

La fréquentation de ces réunions par les médecins libéraux est très diverse, il est souvent nécessaire de faire des réunions de concertation au domicile de la personne ou au cabinet du médecin traitant. L'objet des réunions est d'évoquer des **situations complexes** et de permettre la rencontre de l'ensemble des professionnels concernés par la situation abordée. Certains professionnels de santé utilisent également la réunion pour signaler un patient ou soumettre un problème ponctuel. Elles permettent aux professionnels de définir ensemble la proposition qui sera



faite au patient et à sa famille. Dans les réseaux dont le territoire est étendu, il peut y avoir plusieurs réunions par mois, ou bien l'équipe de coordination du réseau participe aussi aux réunions des équipes médico sociales départementales et des CLICS, les modalités de participation aux réunions ne devant pas être rigides.

Thèmes les plus fréquemment abordés :

- Limites du maintien à domicile, envisager un placement
- Troubles du comportement ou troubles psychiatriques
- Questionnement sur la nécessité d'une hospitalisation voir d'une hospitalisation d'office
- Mise sous tutelle ou sous curatelle
- Adaptation d'un traitement
- Majoration de troubles ou de la perte d'autonomie qui demande une réévaluation de l'APA
- Non gestion administrative et financière par le patient
- Suspicion de maltraitance
- Personnes très isolées (pas d'aidants)
- Retour à domicile après hospitalisation effectué sans lien avec le médecin généraliste ou l'infirmière libérale connaissant déjà le patient
- Diffusion de recommandations de bonnes pratiques

Ces réunions permettent, en outre, par la mise en commun des savoir-faire, compétences et expériences des différentes professions représentées, d'apporter les solutions les mieux adaptées à chaque personne en élaborant un PLAN D'AIDE et de soins personnalisé. Ces échanges permettent aussi de prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées par une anticipation des situations à risques. Les interventions au domicile des patients, issues de ce volet préventif (nutrition, mémoire, isolement, sécurité, habitat), peuvent constituer une alternative aux placements en institutions ou à des hospitalisations inutiles. Ces réunions sont aussi une occasion pour les professionnels médico-sociaux du réseau de se rencontrer, de communiquer avec l'équipe salariée du réseau et de signaler des nouveaux patients ou bien encore de discuter de certains cas difficiles. Certains réseaux ont instauré une règle de respect de **l'anonymat des patients**, qui s'applique notamment lors de ces RCP. Tous les cas sont donc présentés et discutés de manière anonyme. Cet anonymat fait débat au sein du Réseau. Les travailleurs sociaux notamment comprennent mal cette situation parvenant parfois difficilement à identifier un patient connu. Ils sont donc personnellement avertis avant chaque réunion de ceux de leurs patients qui seront à l'ordre du jour.

- **Des réunions de coordination personnalisée**

L'objectif est alors de réunir, dans un délai rapide, tous les acteurs impliqués dans la prise en charge d'un patient à un moment donné pour coordonner celle-ci (médecin, assistante sociale, acteurs du maintien à domicile...). Cette réunion peut se faire au domicile du patient, au réseau ou au cabinet d'un praticien. Il s'agit de définir ensemble une stratégie cohérente et pertinente de prise en charge. Les acteurs libéraux peuvent également être indemnisés pour ce temps de coordination.



3-4 Territoires des 22 Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France

Les Réseaux de santé Gérontologiques couvrent en totalité les arrondissements de Paris (75), des Yvelines (78) et de l'Essonne (91) mais les 4 autres Départements de l'Ile-de-France (77, 92, 93, 94, 95) ne sont couverts que partiellement.

28

75 : Réseaux AGEP, ANCRAGE, GERONTO 15.7, MEMORYS, et RESEAU PARIS NORD - La couverture des territoires de santé du 75 est totale. S'agissant des 7 et 15^{ème}, le réseau Géronto 15.7 a commencé son activité en 2009. En ce qui concerne les **arrondissements du centre de Paris**, une réflexion a été menée et Memorys a étendu son territoire afin de couvrir l'ensemble de ses arrondissements.

Pour ce qui est du 14^{ème} arrondissement, un travail conjoint de Memorys et d'une association de professionnels (Revage) a également abouti à l'intégration de cet arrondissement. Enfin, le 8^{ème} arrondissement a été confié au Réseau Paris Nord en 2008. Le réseau AGEP a également élargi son territoire à 2 communes du 94, limitrophes de l'ancien bassin de santé 93-1 : **Saint Mandé et Vincennes** en 2008. Le projet **Aloïs, initialement conçu comme un Réseau de santé** a été basculé sur la ligne « expérimentation soins de ville » du FIQCS. Sa mission est principalement de favoriser l'accès au **diagnostic précoce** des maladies de la mémoire et d'initier une prise en charge multidisciplinaire des patients et de leurs aidants, en amont de la dépendance. Des conventions de partenariat sont à conclure entre Aloïs et les Réseaux de gérontologie de proximité (chargés de la prise en charge une fois le dépistage réalisé). Il intervient également dans les Hauts de Seine et la Seine Saint Denis.

77 : Réseau RGS77- Lors de la séance du 24 octobre 2006 de la CIR Commission d'Instruction des Réseaux, les deux projets présentés dans ce département – « Alzheimer Sud 77 » et « Regards Croisés » — avaient reçu un avis défavorable. Les projets ont été retravaillés au regard des recommandations émises par le CIR et un nouveau dossier a été déposé : Réseau Gérontologique 77 Sud. Celui-ci a obtenu son financement fin 2008 et a débuté son activité en 2009. Il couvre l'ancien **bassin de santé 77-2**.

A ce jour, aucun projet de Réseau de santé Gérontologique n'est prévu pour le nord du département.

78 : Réseaux CARMAD, EMILE, EPSILON, LE PALLIUM, ODYSSEE, RACYNES, REGELIB78 - Le réseau Emile se situe à la frontière des anciens territoires de santé **78-3 et 78-2**. Lors de l'examen des deux Réseaux de Soins palliatifs Odyssee et Racynes, une recommandation de la CIR Commission d'Instruction des Réseaux, a été d'inciter ces deux réseaux à développer un volet gérontologique. Leur activité a débuté en 2009. Regelib78 a obtenu son financement en 2008 et couvre 12 communes à la frontière des anciens territoires 78-1 et 78-2. Les deux anciens bassins de santé 78-2 et 78-3 du nord des Yvelines sont désormais couverts. Le réseau Carmad couvre une partie du bassin de santé 78-1. A la demande de l'ARS, deux Réseaux de Santé « Soins Palliatifs » ont développé un volet gérontologique, il s'agit d'Epsilon (depuis 2010) et Le Pallium (depuis 2011).

La totalité du Département des Yvelines est désormais couverte.

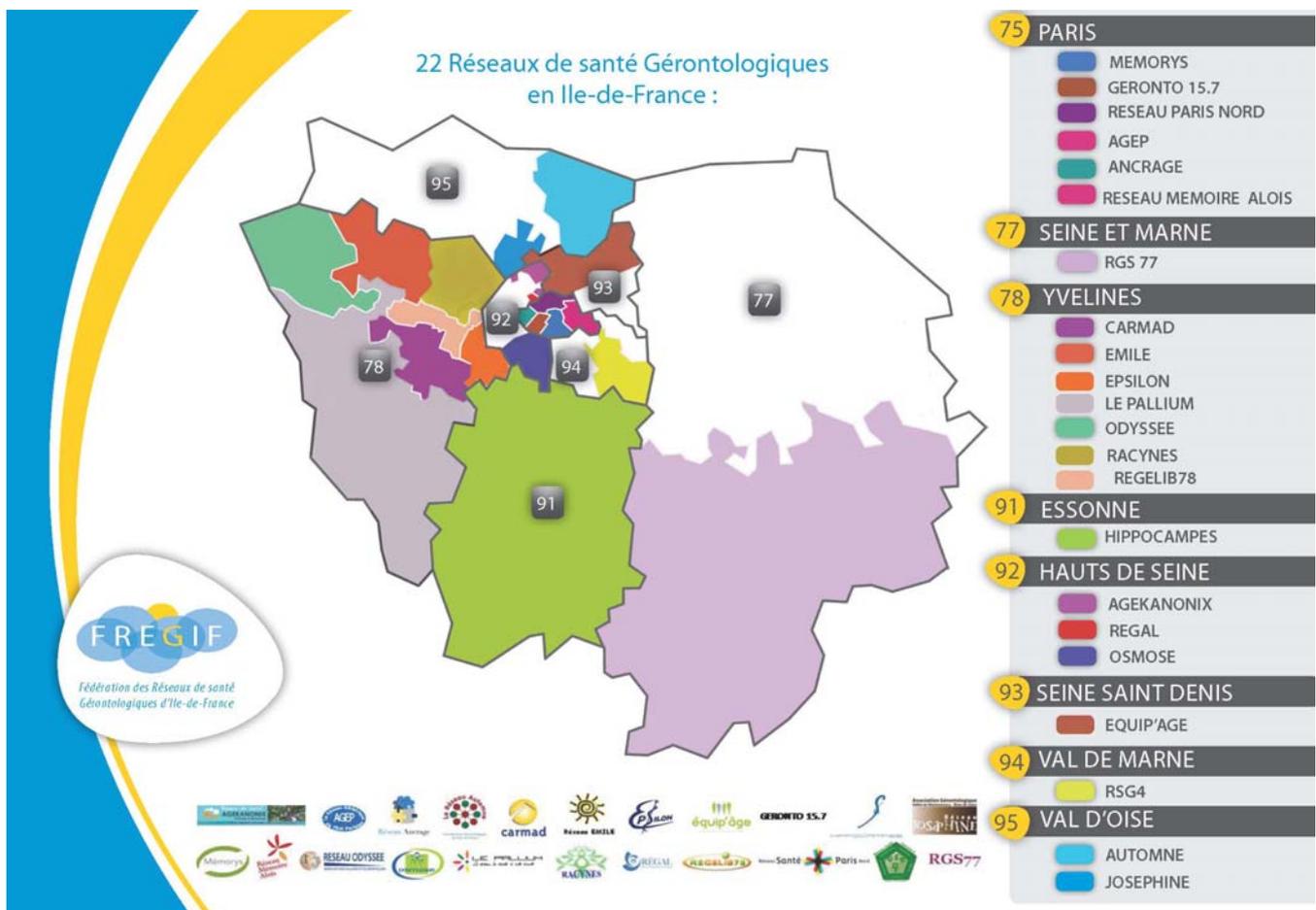
91 : Réseau HIPPOCAMPES - L'Essonne est entièrement couverte par le réseau Hippocampes. Il bénéficie de l'appui des Réseaux de « Soins Palliatifs » SPES et NEPALE pour les patients âgés en fin de vie et des formations communes sont mises en place. Il n'y avait pas une cohérence parfaite entre les limites du département et la carte sanitaire, ainsi certaines communes du 94 appartenaient à l'ancien territoire de santé 91-1, elles sont couvertes par le réseau RSG4.

92 : Réseaux AGEKANONIX et OSMOSE - Le réseau AGEKANONIX couvre une partie de l'ancien bassin 92-3. Son extension progressive à tout le territoire de santé est programmée. Le réseau Osmose, né de la fusion des réseaux ABV8 et Onco92, couvre l'ancien territoire 92-1. Ainsi, seul le territoire central du département n'est pas couvert par un réseau. REGAL couvre la ville de **Levallois Perret**. C'est le plus ancien réseau gérontologique de l'Ile de France, créé à une époque où le financement des réseaux par l'Assurance Maladie n'était obtenu qu'après de longs mois de démarches, les promoteurs de REGAL ont trouvé d'autres modes de financement. **L'ancien territoire de santé 92-2 n'est pas couvert.**

93 : EQUIP'AGE - Le réseau Equip'Age a déposé un dossier de demande de financement en CIR du 6 octobre 2009 et l'a obtenu fin 2010. Il a ainsi débuté son activité en février 2011. Il est porté par le Réseau de « Soins Palliatifs » Arc-en-ciel et couvre le nord de la Seine-Saint-Denis.

94 : RSG 4 - Le RSG 4 est situé sur Créteil et les communes voisines. A ce jour, plusieurs projets ont été déposés. Une plate-forme de coordination ville-hôpital est en cours d'expérimentation par le Réseau Hippocampes avec l'Hôpital Paul Brousse à Villejuif. Une réflexion est également menée sur une couverture plurithématique.

95 : AUTOMNE ET JOSEPHINE - Les anciens territoires 95-1 et 95-2 sont totalement couverts depuis le début de l'année 2009. Automne couvre l'ancien territoire de santé 95-2 et Joséphine couvre le territoire 95-1. A ce jour, il n'existe aucun projet de Réseau de santé Gérontologique pour l'ancien territoire 95-3.





3-5 PANORAMA 2010 des 21 Réseaux de santé Gérontologiques*

**A ce jour, la FREGIF compte 22 Réseaux de santé Gérontologiques en Ile-de-France*

Les 125 Réseaux de santé Gérontologiques (cf. annuaire en annexes p53) implantés sur le territoire français depuis une décennie interviennent auprès d'une population âgée fragile vivant au domicile avec des pathologies chroniques. Mais on dispose de peu d'information sur leur développement au niveau d'un territoire comme la région Ile-de-France.

30

Objectif et méthode du panorama

Début 2011, la FREGIF a souhaité réaliser une enquête auprès des 21 Réseaux de santé gérontologiques, alors Membres dans l'objectif de décrire leur fonctionnement, structures, actions et formations et apporter ainsi une vision globale sur l'ensemble du territoire de l'Ile-de-France.

Les questionnaires et entretiens ont été réalisés in situ, en face à face auprès de 18 Réseaux sur les 21 Membres au cours des mois de février et mars. Les questions permettant le recueil des données concernaient le territoire, la population d'intervention, la file active, le service rendu, les partenariats.

Résumé du panorama

Les 21 Réseaux de santé Gérontologiques couvrent **59% du territoire de l'Ile-de-France** avec 6 Réseaux implantés sur Paris et le reste sur la petite et grande couronne. Tous les départements ont au moins 1 Réseau de santé Gérontologique. 11 Réseaux (52%) sont monothématiques et sur les 10 Réseaux plurithématiques, on identifie principalement les soins palliatifs (7) et l'oncologie (3). Sur l'ensemble des Réseaux, les **5889 partenariats** intéressent les **champs sanitaire, médico-social et social** et les **médecins traitants** représentent **36%** des partenariats. En termes de file active sur l'année 2010, **plus de 8000 personnes âgées fragiles** sont suivies par un Réseau de santé Gérontologique avec un coût moyen de la prise en charge estimé à **979 € par an**.

Concernant les **formations** dispensées par les Réseaux, **71 thèmes** ont été abordés en 2010. Plus de **80%** des formations répondent **aux 2 priorités de Santé Publique** « Accompagner les phases de fragilisation au cours du parcours de vie ou à la suite d'événements de santé fragilisant » et « Promouvoir des comportements favorables à la santé »

Plus de **80%** des formations répondent **aux 2 objectifs pédagogiques de Santé Publique** « Développer l'évaluation globale du vieillissement et l'étendre aux populations vulnérables vieillissantes » et « Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de polyopathologies chroniques avec un retentissement fonctionnel et s'assurer de leur suivi »

Conclusions

Les Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France interviennent auprès de la population âgée fragile et au niveau des partenaires professionnels de proximité. Leur développement doit à terme couvrir l'ensemble du territoire et l'élargissement des orientations thématiques restent à préciser.

En savoir plus : (en annexes p 10 et 16)

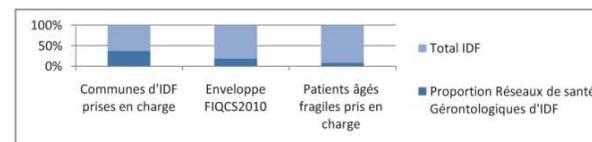
- Etude du Groupe Réseaux SFGG : « Typologie des Réseaux de santé Gérontologiques en France »
- Etude de l'UNRSanté : « Réseaux et coordination »

LES RESEAUX DE SANTE GERONTOLOGIQUES EN ILE-DE-FRANCE : Etat des lieux et perspectives - Septembre 2011

Plus d'informations sur www.fregif.org

1/ CHIFFRES CLES

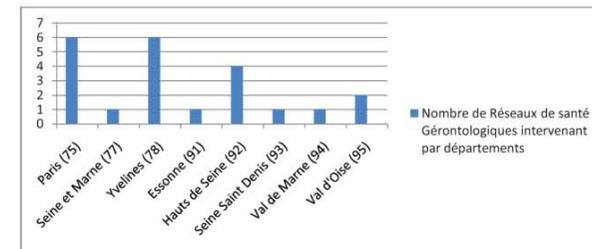
	Cumulé (valeur absolue)	Part IDF (%)	Moyenne (/ Réseau)	IDF
Communes prises en charge	758	59%	36	1281
FIQCS - Budget 2010 (K€)	8171	22%	389	37000
Années de coordination gérontologique	84	-	4	
Patients âgés fragiles pris en charge (file active 2010)	8339	8%	397	100 000
Coût moyen	979,85 €			



Graphique1: Chiffres clés

2/ REPARTITION PAR TERRITOIRES

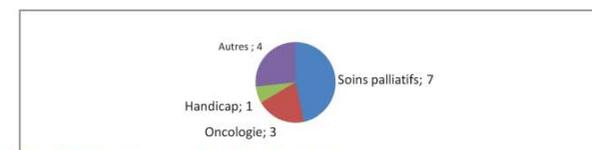
Département	Nombre de Réseaux couvrant le territoire (valeur absolue)	Pourcentage des 21 Réseaux couvrant le territoire (%)	Détails des réseaux
Paris (75)	6	27%	AGEP, Ancrage, Geronto15,7, Memorys, ALDIS, Paris Nord,
Seine et Marne (77)	1	5%	BGS77
Yvelines (78)	6	27%	Carmad, Emile, Epsilon, Odyssee, Regellib 78, Racynes
Essonne (91)	1	5%	Hippocampes
Hauts de Seine (92)	4	18%	Agekanonix, Osmose, Regal, ALDIS
Seine Saint Denis (93)	1	5%	Equip'Age
Val de Marne (94)	1	5%	RSG4
Val d'Oise (95)	2	9%	Automme, Josephine
TOTAL*	22	100%	ALDIS intervient sur le 75 et 92



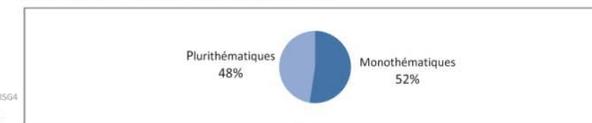
Graphique2 : Couverture des départements d'IDF

3/ REPARTITION PAR THEMATIQUES

Thématique	Nombre de Réseaux couvrant la thématique (valeur absolue)	Pourcentage des Réseaux assurant une thématique associée (%)	Détails des réseaux
Thématique "Gérontologie"	21	100%	
Thématiques associées :			
Soins palliatifs	7	33%	Ancrage, Emile, Epsilon, Equip'Age, Odyssee, Osmose, Racynes
Oncologie	3	14%	AGEP via ROPE, Osmose, Réseau Paris Nord
Handicap	1	5%	Agekanonix
Autres : Douleurs chroniques, Mémoire, SdsSupport, addiction, maladies infectieuses, accès aux soins	4	19%	Ancrage, Epsilon, Paris Nord, Réseau Mémoire Atois
Réseaux de santé Gérontologiques monothématiques	11	52%	Automme, Carmad, Geronto15,7, Hippocampes, Josephine, Memorys, Regal, Regellib78, ALDIS, RGS77, RSG4
Réseaux de santé Gérontologiques Plurithématiques	10	48%	Agekanonix, AGEP via ROPE, Ancrage, Emile, Epsilon, Equip'Age, Odyssee, Osmose, Racynes, Paris Nord
Total	21	100%	



Graphique3 : Thématiques associées à la gérontologie



Graphique3bis : Répartition monothématique / plurithématique

4/ PARTENARIATS avec les ACTEURS DES CHAMPS SANITAIRE/MEDICO-SOCIAL/SOCIAL

Données manquantes : Gerantol5,7+Regal / Données 2009 + Osmose

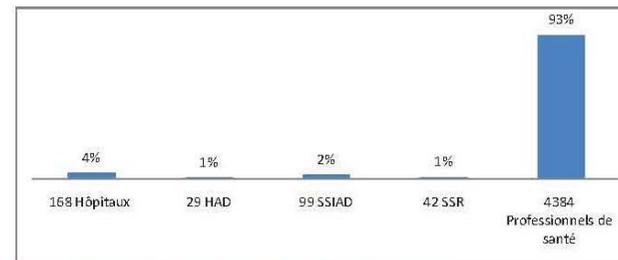
REPARTITION PAR CHAMPS	Nombre de partenariats déclarés	Répartition / champs (en %)	Nombre de partenariats moyen (par Réseau)
avec les acteurs du champs SANITAIRE	4722	80%	249
avec les acteurs du champs MEDICO-SOCIAL	420	7%	22
avec les acteurs du champs SOCIAL	747	13%	39
TOTAL	5889	100%	310



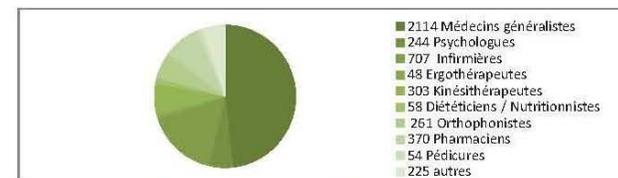
Graphique4 : Répartition des partenariats par champs (sanitaire / medico-social / social)

4-a REPARTITION PAR ACTEURS DU CHAMPS SANITAIRE

	Nombre de partenariats déclarés	Répartition / acteurs (en %)	Nombre de partenariats moyen (par Réseau)
Hôpitaux publics et privés	168	4%	9
HAD	29	1%	2
SSIAD	99	2%	5
SSR	42	1%	2
Professionnels de santé :	4384	93%	231
dont Médecins généralistes	2114	45%	111
dont Psychologues	244	5%	13
dont Infirmières	707	15%	37
dont Ergothérapeutes	48	1%	3
dont Kinésithérapeutes	303	6%	16
dont Diététiciens / Nutritionnistes	58	1%	3
dont Orthophonistes	261	6%	14
dont Pharmaciens	370	8%	19
dont Pédicures	54	1%	3
dont autres : chirurgiens, dermatologues, dentistes, diététiciens, étudiants médecine, généralistes, OHP, médecins de centre de santé, neurologues, praticiens hospitaliers, psychomotriciens, neuropsychologues, psychiatres, radiologues	225	5%	12
Total ACTEURS DU CHAMPS SANITAIRE :	4722	80%	249
	partenariats	des partenariats	partenariats en moyenne par Réseau



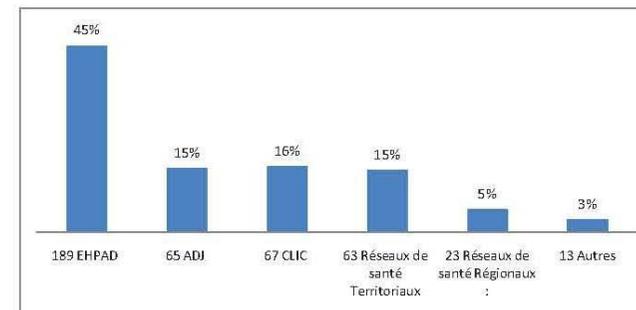
Graphique4a : Répartition des partenariats par acteurs du sanitaire



Graphique4a bis : Répartition des partenariats par professionnels de santé

4-b REPARTITION PAR ACTEURS DU CHAMPS MEDICO-SOCIAL

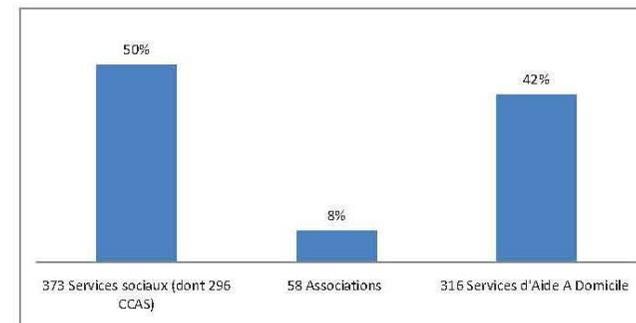
	Nombre de partenariats déclarés	Répartition / acteurs (en %)	Nombre de partenariats moyen (par Réseau)
EHPAD et maisons de retraite	189	45%	10
ADJ - Accueil De Jour	65	15%	3
CLIC (PPE, Coord. Gérontologique)	67	16%	4
Réseaux de santé Territoriaux	63	15%	3
Réseaux de santé Régionaux :	23	5%	1
dont SLA - Sclérose Latérale Amyotrophique	8	2%	0
dont APPOLLINE - Buccodentaire	1	0%	0
dont MORPHEE - Troubles du sommeil	6	1%	0
dont RENIF - Insuffisance rénale	2	0%	0
dont autres : Dianefra, IFC, Sinfef, SEP, Solipam, Rhapsodie	6	1%	0
Autres : Centres médicaux sociaux, Foyers logement, Maisons de santé, MDPH	13	3%	1
Total ACTEURS DU CHAMPS MEDICO-SOCIAL :	420	7%	22
	partenariats	des partenariats	partenariats en moyenne par Réseau



Graphique 4b : Répartition des partenariats par acteurs du médico-social

4-c REPARTITION PAR ACTEURS DU CHAMPS SOCIAL

	Nombre de partenariats déclarés	Répartition / acteurs (en %)	Nombre de partenariats moyen (par Réseau)
Services sociaux :	373	50%	20
dont CCAS	296	40%	16
dont Délégation Territoriale ARS	15	2%	1
dont Equipe APA du Conseil Général	33	4%	2
dont autres : Conseil général, services sociaux hospitaliers, Coordination Handicap Local, Msa, Régimes particuliers	29	4%	2
Associations :	58	8%	3
dont France Alzheimer	14	2%	1
dont Petits Frères des Pauvres	11	1%	1
dont autres : Age91, Bénévole ASP, CISS, Equipes St Vincent, JALMALV, La Ligue, Rivage	33	4%	2
Services Aide A Domicile :	316	42%	17
Total ACTEURS DU CHAMPS SOCIAL :	747	13%	39
	partenariats	des partenariats	partenariats en moyenne par Réseau



Graphique 4c : Répartition des partenariats par acteurs du social

5/ PRESTATIONS

Données manquantes : Gerantol15,7+Regal / Données 2009 : Osmose

SITUATIONS COMPLEXES

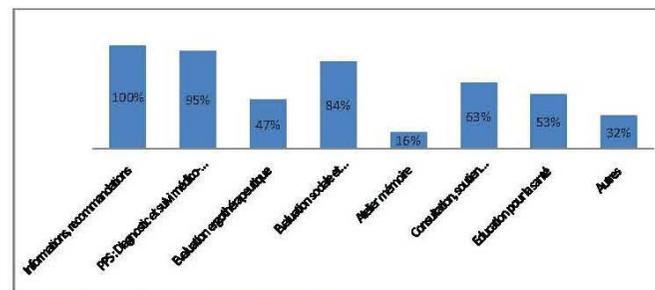
Nombre de Réseaux prenant en charge les situations (valeur ajoutée)	Pourcentage des Réseaux prenant en charge des situations complexes	Nombre de situations complexes déclarées (en cumulé)	Pourcentage de situations complexes
18	86%	6522	78%



Graphique5 : File active et patients en situation complexe

5-a AUX PATIENTS

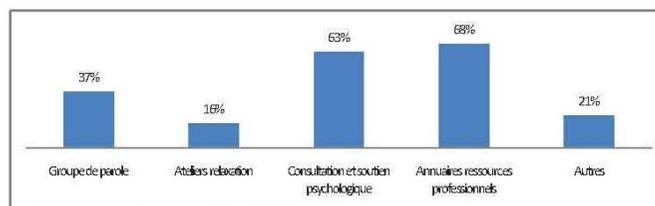
	Nombre de Réseaux dispensant la prestation (valeur ajoutée)	Pourcentage des Réseaux dispensant la prestation
Informations, recommandations	19	100%
PPS : Diagnostic et suivi médico-psycho-social	18	95%
Evaluation ergothérapeutique	9	47%
Evaluation sociale et environnementale	16	84%
Atelier mémoire	3	16%
Consultation, soutien psychologique	12	63%
Education pour la santé	10	53%
Autres : Astreinte téléphonique et médicale, atelier équilibre, consultation mémoire, évaluations diététique/stomatologique, kinésithérapie à domicile, psychogériatrie, psychiatrie	6	32%



Graphique5a : Prestations dispensées ENVERS LES PATIENTS

5-b AUX AIDANTS

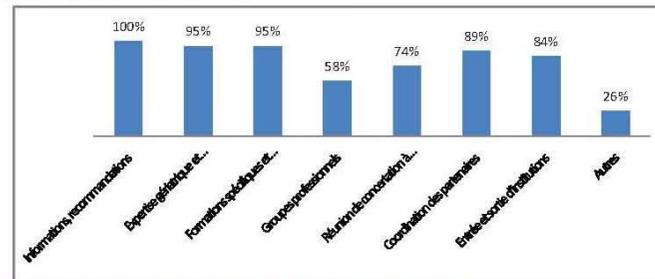
	Nombre de Réseaux dispensant la prestation (valeur ajoutée)	Pourcentage des Réseaux dispensant la prestation
Groupe de parole	7	37%
Ateliers relaxation	3	16%
Consultation et soutien psychologique	12	63%
Annuaire ressources professionnels	13	68%
Autres : Aide aux aidants, bibliothèque, formation, prévention	4	21%



Graphique5b : Prestations dispensées ENVERS LES AIDANTS

5-c AUX PROFESSIONNELS DE SANTE

	Nombre de Réseaux dispensant la prestation (valeur ajoutée)	Pourcentage des Réseaux dispensant la prestation
Informations, recommandations	19	100%
Expertise gériatrique et psychologique	18	95%
Formations spécifiques et transversales	18	95%
Groupes professionnels	11	58%
Réunion de concertation à domicile	14	74%
Coordination des partenaires	17	89%
Entrée et sortie d'institutions	16	84%
Autres : Astreinte téléphonique, café pluridisciplinaire hebdo, psychogériatrie, réunions de synthèse	5	26%



Graphique5c : Prestations dispensées ENVERS LES PROFESSIONNELS DE SANTE

6/ EQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES et ADMINISTRATEURS

Données manquantes : Gerontol15,7+Regal / Données 2009 : Osmose

REPARTITION PAR POLE

	Nombre d'ETP déclaré	Pourcentage de l'équipe pluridisciplinaire	Nombre moyen d'ETP par Réseau
POLE MEDICALE	59	59%	3
POLE SOCIAL	8	8%	0,4
POLE ADMINISTRATIF	33	33%	2
TOTAL	99	100%	5,2

6-a POLE MEDICAL

	Nombre d'ETP déclaré (valeur absolue)	Répartition par métiers (%)	Nombre d'ETP moyen (par Réseau)
Géiatre/ Méd. Coordinateur	15	25%	0,8
Infirmière coordinatrice	21	36%	1,1
Psychologue	10	16%	0,5
Ergothérapeute	6	10%	0,3
Autres : diététicien, dentiste, kinésithérapeutespécialiste chute, neuropsychologue, psychiatre	7	13%	0,4
Total POLE MEDICAL	59	59%	3,1

ETP de l'équipe pluridisciplinaire ETP en moyenne par Réseau

6-b POLE SOCIAL

	Nombre d'ETP déclaré (valeur absolue)	Répartition par métiers (%)	Nombre d'ETP moyen (par Réseau)
Assistante sociale	6	79%	0,3
Coordinatrice sociale	2	21%	0,1
Travailleur social	0	0%	0,0
Total POLE SOCIAL	8	8%	0,4

ETP de l'équipe pluridisciplinaire ETP en moyenne par Réseau

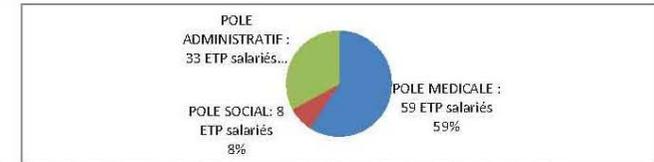
6-c POLE ADMINISTRATIF

	Nombre d'ETP déclaré (valeur absolue)	Répartition par métiers (%)	Nombre d'ETP moyen (par Réseau)
Directrice administrative	10	30%	0,5
Secrétaire	15	47%	0,8
Chargé de coordination	8	23%	0,4
Total POLE ADMINISTRATIF	33	33%	2

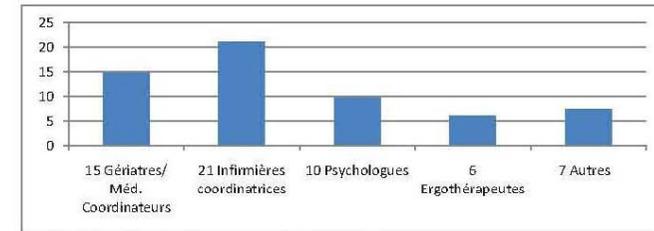
ETP de l'équipe pluridisciplinaire ETP en moyenne par Réseau

5-d ADMINISTRATEURS

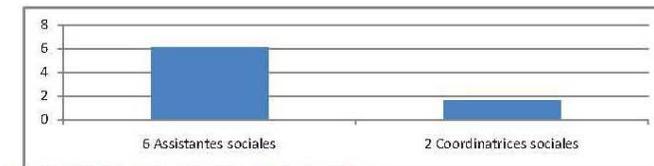
Nombre d'administrateurs déclaré (valeur absolue)	Nombre d'administrateurs moyen (par Réseau)
284	15



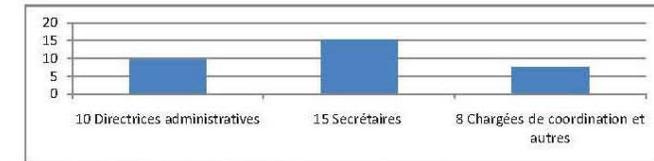
Graphique6 : Répartition des équipes par POLES (sanitaire/ social/ administratif)



Graphique6a : Répartition par métiers du POLE MEDICAL



Graphique6b : Répartition par métiers du POLE SOCIAL



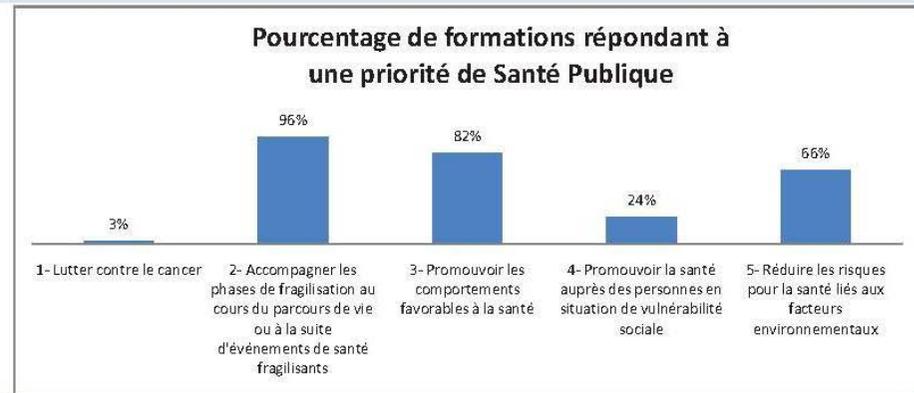
Graphique6c : Répartition par métiers du POLE ADMINISTRATIF

Nombre de thèmes de formation répertoriés en 2010 : **71**

1/ PRIORITES DE SANTE PUBLIQUE

= Formations en adéquation avec une priorité de Santé Publique

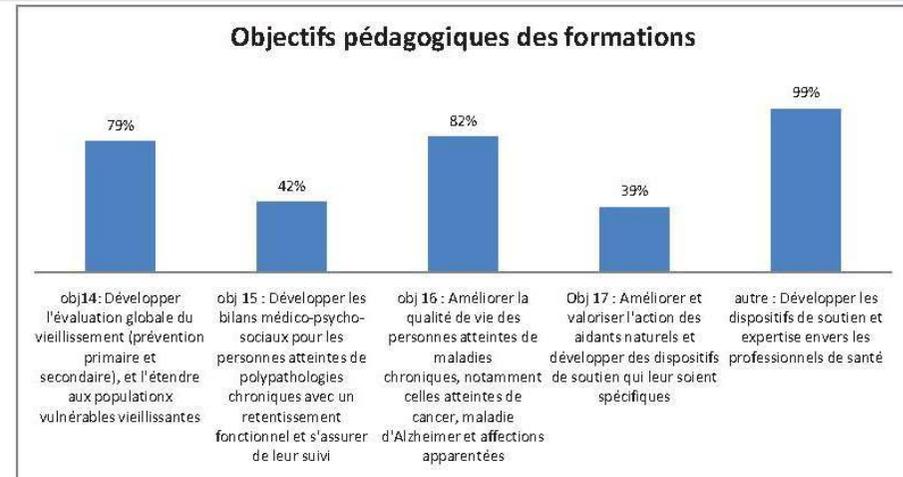
	Pourcentage
1- Lutter contre le cancer	3%
2- Accompagner les phases de fragilisation au cours du parcours de vie ou à la suite d'événements de santé fragilisants	96%
3- Promouvoir les comportements favorables à la santé	82%
4- Promouvoir la santé auprès des personnes en situation de vulnérabilité sociale	24%
5- Réduire les risques pour la santé liés aux facteurs environnementaux	66%



2/ OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

= Formations ayant un objectif pédagogique de Santé Publique

	Pourcentage
obj14: Développer l'évaluation globale du vieillissement (prévention primaire et secondaire), et l'étendre aux populationx vulnérables vieillissantes	79%
obj 15 : Développer les bilans médico-psycho-sociaux pour les personnes atteintes de polyopathologies chroniques avec un retentissement fonctionnel et s'assurer de leur suivi	42%
obj 16 : Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, notamment celles atteintes de cancer, maladie d'Alzheimer et affections apparentées	82%
Obj 17 : Améliorer et valoriser l'action des aidants naturels et développer des dispositifs de soutien qui leur soient spécifiques	39%
autre : Développer les dispositifs de soutien et expertise envers les professionnels de santé	99%



3/ CARACTERISTIQUES DES FORMATIONS

= Nombre de sessions, intervenants, participants, méthodologie, évaluation

SESSIONS

Durée moyenne (en heure)	2
Nombre moyen	2

INTERVENANTS

Nombre moyen d'intervenants par formation	1,8
dont nombre moyen d'experts intervenants par formation	1,7

PARTICIPANTS

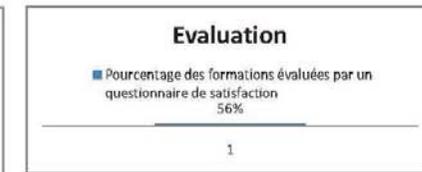
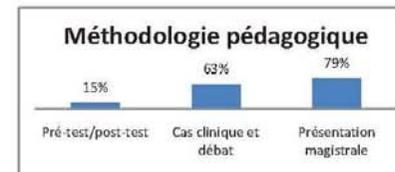
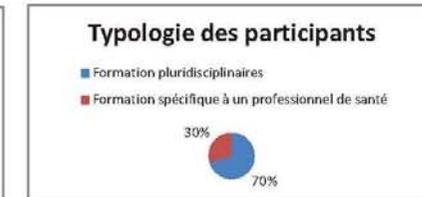
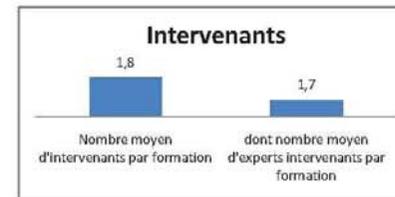
Nombre moyen de participants par formation	44
Formation pluridisciplinaires	70%
Formation spécifique à un professionnel de santé	30%

METHODOLOGIE PEDAGOGIQUE

Pré-test/post-test	15%
Cas clinique et débat	63%
Présentation magistrale	79%

EVALUATION

Pourcentage des formations évaluées par un questionnaire de satisfaction	56%
--	-----



4/ Thèmes de formation

Entrée en institution
Epuisement professionnel
Prescription de soins infirmiers et liens avec le médecin traitant
Douleurs chroniques
Pathologies vasculaires
Iatrogénicité
Suivi médico-social au domicile d'un patient âgé atteint d'un cancer
Refus de soin
Atelier nutrition de la personne âgée
La loi Léonetti
Symptôme de fin de vie
Sexualité du sujet âgé
Dépression du sujet âgé
Dispositifs sociaux en soins palliatifs
Hygiène bucco-dentaire
Troubles ophtalmiques
Formation Médecin traitants au repérage précoce des troubles cognitifs
Repérage précoce troubles de l'équilibre
Sensibilisation des Médecins Hospitaliers au DSI
Prévention et PEC des chutes
PEC à domicile Malades Alzheimer
Apprendre à communiquer avec un malade d'Alzheimer
Maladie d'Alzheimer, le pharmacien au cœur d'une prise en charge complexe

Ergonomie-aides techniques
Aides techniques-domotique
Nutrition
Relation d'aide
Gestion du stress
Alzheimer
Maltraitance
Protection juridique
Manutention des PA à mobilité réduite
Prise en charge des jeunes adultes en soins palliatifs
Question éthique autour de l'alimentation en fin de vie
Prise en charge des escarres : prévention et traitements
Prévention des chutes
Prise en charge et accompagnement en fin de vie
Les démences : prises en charge et intérêts du réseau et de la filière
Hallucinations et paranoïa à domicile
Le pied du patient diabétique
Presbycusie
Dénutrition de la personne âgée - Repérage et prise en charge
Le sommeil des personnes âgées
Accidents Vasculaires Cérébrales/Accidents Ischémiques Transitoires
Formation à la lecture critique d'articles
Prise en charge des stades sévères, précoces et sujets jeunes

Quel pansement pour quelle plaie
Quelle rééducation après la chute
Présentation des démences et troubles associés
Prise en charge des troubles comportementaux des PA
Evaluation et prise en charge de la douleur à domicile
Troubles du comportement chez la PA pour professionnels du domicile
Iatrogénie
Réforme des tutelles
Troubles du comportement alimentaire
Troubles comportement PA pour professionnels sociaux / médico-sociaux
Maladie d'Alzheimer /
Soins palliatifs /
La prévention des chutes
Prise en charge de la douleur des personnes âgées
Accompagner et garder un patient âgé à domicile
Symptômes douloureux chez la personne âgée
Ethique et loi Léonetti
La prévention des chutes
Prise en charge de la douleur des personnes âgées
Prise en charge des patients Alzheimer à domicile
Diagnostic précoce des maladies mémoire/initiation neuropsychologie
La maladies d'Alzheimer
Neuroprotection, angle de vue médicosociale

4- FOCUS SUR L'ACTIVITE D'UN RESEAU DE SANTE GERONTOLOGIQUE

4-1 Coordination du parcours de santé : articulation « ville/hôpital »

⇒ Le Réseau assure une prise en charge globale des patients et décloisonne les professionnels

L'objectif premier des Réseaux de santé Gérontologiques est l'amélioration de la **prise en charge globale des patients** favorisée par le décloisonnement entre les professionnels de ville, les établissements de santé publics, les établissements privés à but lucratif ou non lucratif, les centres, pôles et maisons de santé, les médecins du travail, les établissements et professionnels du secteur médico-social et du secteur social.

⇒ Le Réseau répond à une logique d'organisation territoriale

On peut distinguer deux niveaux territoriaux d'organisation des Réseaux de santé :

- le niveau de proximité et
- le niveau territorial subsidiaire

Les Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France sont des **Réseaux de proximité**. Ce niveau correspond d'abord à la **demande en soins primaires** dans l'environnement **le plus proche possible du domicile du patient âgé** relevant de pathologies qui demandent des **soins fréquents**. A ce niveau, il convient de réserver une **place primordiale aux intervenants médicaux et paramédicaux à domicile**. Pour préserver la réactivité de la prise en charge, il est nécessaire de simplifier au maximum la fonction de coordination. De la même façon, c'est à ce niveau que se développent les **solidarités locales avec les associations et les collectivités locales**. L'intensité du suivi peut se **grader en fonction de la fréquence des besoins en soins, du caractère itératif de ces derniers, de la facilité d'accès aux soins, de l'urgence**.

Enfin, les Réseaux de proximité gérontologiques sont amenés à travailler avec les autres réseaux et avec les acteurs du médico-social et du social pour :

- d'une part, développer des réflexions et des pratiques communes dans un souci de **meilleure efficacité** par la coopération,
- d'autre part, **mutualiser les services** qu'ils mettent à disposition : orientation, accès à des prestations spécifiques (éducation thérapeutique,...), coordination des acteurs (mise en place de dossiers partagés, retours d'information réguliers,...), gestion de cas complexes (maintien à domicile, prise en charge médico-socio psychologique,...).

Les Réseaux de santé Gérontologiques coordonnent, en lien étroit avec le médecin traitant, tous les acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, paramédicaux, issus de l'hôpital ou de la ville.

Notes sur la coordination des parcours de santé - UNR.Santé (mai-juin 2011)

La problématique de la coordination de la prise en charge d'un patient ou d'un parcours de santé renvoie en première ligne au médecin traitant. Cette coordination demande du temps, une méthodologie (outils, dont le PPS et le document médical de synthèse), la connaissance des acteurs de santé territoriaux, et des compétences.

Le médecin traitant peut exercer cette responsabilité d'autant plus facilement qu'il exerce quotidiennement dans un contexte pluri-professionnel. Mais même dans ce contexte, une coordination d'appui peut être nécessaire pour l'accompagner et l'aider de façon ponctuelle ou prolongée pour un certain nombre de situations dites complexes. Les raisons de cette complexité peuvent être médicales, psychologiques, ou sociales, mais sont le plus souvent intriquées.

Le critère signalant la complexité des parcours de santé peut être un des suivants :

- un patient en soins palliatifs,
- une perte d'autonomie justifiant un dossier d'APA,
- la présence de 3 pathologies en ALD ou plus,
- une hospitalisation de 5 jours ou plus pour une pathologie chronique,
- des difficultés d'accès aux soins liées à un problème social.

La demande d'aide du médecin traitant est un critère plus subjectif, variable selon ses compétences et son contexte d'exercice, mais qui mérite également d'être envisagée.

La coordination de ces parcours de santé fait aussi référence à certaines missions bien reconnues des Réseaux de santé :

- la coordination du retour et du maintien à domicile des patients en difficulté,
- en situation complexe, le plus souvent âgés ou en perte d'autonomie,
- la coordination, l'accès et la réalisation de programmes d'Education Thérapeutique du Patient,
- les liens formalisés avec le milieu hospitalier,
- les liens formalisés avec le secteur social.

Cette coordination d'appui peut être fournie par des plateformes constituées pour l'essentiel par le rapprochement des Réseaux de santé en exercice.

Ce rapprochement peut prendre diverses formes : plateformes constituées, maisons des Réseaux, associations de Réseaux... La coordination d'appui doit s'exercer au niveau de bassins de santé, le plus souvent territoires de maillage pré-existant entre les acteurs de santé, mais toujours aires populationnelles plus étendues que celle d'une patientèle médicale, d'une maison ou d'un pôle de santé. Il est non moins indispensable qu'elle reste gérée avec les professionnels de santé de premier recours, afin qu'elle réponde à leurs besoins et leur permette d'accroître leur compétence en la matière. Cette coordination doit être l'espace de partage, de compagnonnage, d'élaboration, et de coopération entre acteurs de santé très divers, aux méthodes différentes, dans un but d'efficacité et de qualité pour tous.

Il n'est pas licite de limiter la coordination d'appui à des soins de médecine curative, aux dépens de sa fonctionnalité pour répondre à des objectifs de prévention primaire. Celle-ci engage de multiples acteurs et concerne plusieurs problématiques majeures. Un exemple est celui des personnes en situation précaire qui développent des perturbations sévères de leurs déterminants de santé (réf : loi d'août 2009), dont les mesures de correction nécessitent une disponibilité et une organisation que les médecins traitants ne peuvent consacrer aux patients, en particulier dans les zones de faible densité médicale. La précarité nécessite une prise en charge de la prévention primaire jusqu'au tertiaire ; l'accumulation de dispositifs co-existants et œuvrant indépendamment en parallèle en obèrent les objectifs. De plus, les interventions de santé publique dans ce domaine sont décevantes quand elles sont réalisées de façon collective, car les populations cibles ne sont pas atteintes (c'est le paradoxe de la précarité qui est de ne pas toucher les « bonnes populations »). La coordination d'appui est à même de relayer sur le terrain les actions de santé publique entreprises au sein des cabinets médicaux : suivre le patient pour l'amener vers les soins, sensibiliser en parallèle sa communauté, en coordonnant les acteurs aussi bien sur le plan du soin que du médico-social. Un autre exemple est celui du dépistage des cancers, même si des crédits spécifiques sont accordés et continueront de l'être. On sait en effet que les résultats de ces actions sont d'autant meilleurs que les professionnels de santé de premier et second recours les accompagnent de façon systématique et organisée.

L'élaboration et la révision du Plan Personnalisé de Santé (PPS) doivent être formulées comme *l'outil fondamental de la coordination*. Le PPS est un outil qui concrétise les différents aspects éducatifs, médicaux, et sociaux du parcours de santé d'un patient, en permettant leur gestion projective et en impliquant le patient. Cet outil issu de la méthodologie des réseaux de santé a été approprié par le Collège de Médecine Générale et la HAS envisage de le mettre au service des médecins pour ses guides ALD. Il devrait pouvoir être utilisé par tout professionnel de santé, au besoin sous une forme simplifiée, avec et au bénéfice de tout patient atteint de maladie chronique.

Le mode de déclenchement de la coordination renvoie à la porte d'entrée dans un dispositif qui doit intervenir essentiellement à la demande du médecin traitant, mais peut aussi être mobilisé à la demande d'autres acteurs des soins et de la prévention, voire du patient et de son entourage lui-même. Dans ce dernier cas, l'approbation et la participation du médecin traitant doivent être obligatoirement obtenues. Ceci est une question éthique essentielle pour préserver les droits du patient et des soins de qualité et à un accès à la santé qui reste conforme à ses besoins : on ne peut exclure l'hypothèse d'une insuffisance ou d'une défaillance du médecin traitant en matière de coordination, et on ne peut envisager la mise en œuvre d'une prise en charge sans le médecin référent et de terrain au centre du dispositif.

La coordination d'appui fournie par une plateforme ou des réseaux de santé doit proposer des services aux professionnels de premier recours et aux patients (avec l'accord et la coopération des professionnels). **L'expérience des réseaux de santé démontre l'intérêt d'intégrer l'exercice de la coordination et la production de ces services**, qu'on peut nommer « **fonctions supports transversales** » :

- ensemble des expertises indispensables au maintien à domicile des patients en situation de soins palliatifs, en manque d'autonomie ou nécessitant des traitements complexes : analyse de la situation, évaluation des besoins, mise en place des prestataires, des aides et des matériels nécessaires, facilitation de l'accès aux soins de support, apport d'une écoute et spectre d'une aide aux aidants naturels...
- savoir-faire concernant la coordination avec les services sociaux : dans ce domaine il est essentiel que les missions soient bien délimitées, si possible par un document écrit, afin d'éviter les doublons
- savoir-faire concernant la coordination avec les établissements de santé, CH publics et privés, EHPAD, SSR ... Là aussi il est essentiel que la nature des services rendus et attendus soit bien précisée : coopération avec la personne ou la structure chargée de la coordination intra-hospitalière, délégation d'une partie de cette coordination intra-hospitalière à la plateforme, aide à l'élaboration et à l'application de référentiels comme ceux visant à éviter les hospitalisations non programmées pour les personnes en EHPAD...
- portage de MAIA en tant que pilote sur un territoire en lien étroit avec le Conseil Général,
- organisation de programmes d'accompagnement des patients en difficultés (par des paramédicaux, des pharmaciens...), notamment en post-hospitalisation,
- organisation de filières décloisonnées de prise en charge pour des pathologies ou des actions de santé identifiées comme enjeu de santé prioritaires sur le territoire, en lien avec tous les partenaires de santé intéressés et en respectant la gradation des soins,
- aide et facilitation de l'accès à la prescription non médicamenteuse : organisation de programmes d'éducation thérapeutique du patient en mettant l'accent sur l'association entre la ville et l'hôpital, accès à l'activité physique adaptée, référentiels d'aide à la prescription et au parcours des patients
- formation continue et encadrement des professionnels de santé, notamment à la délivrance de l'éducation thérapeutique.

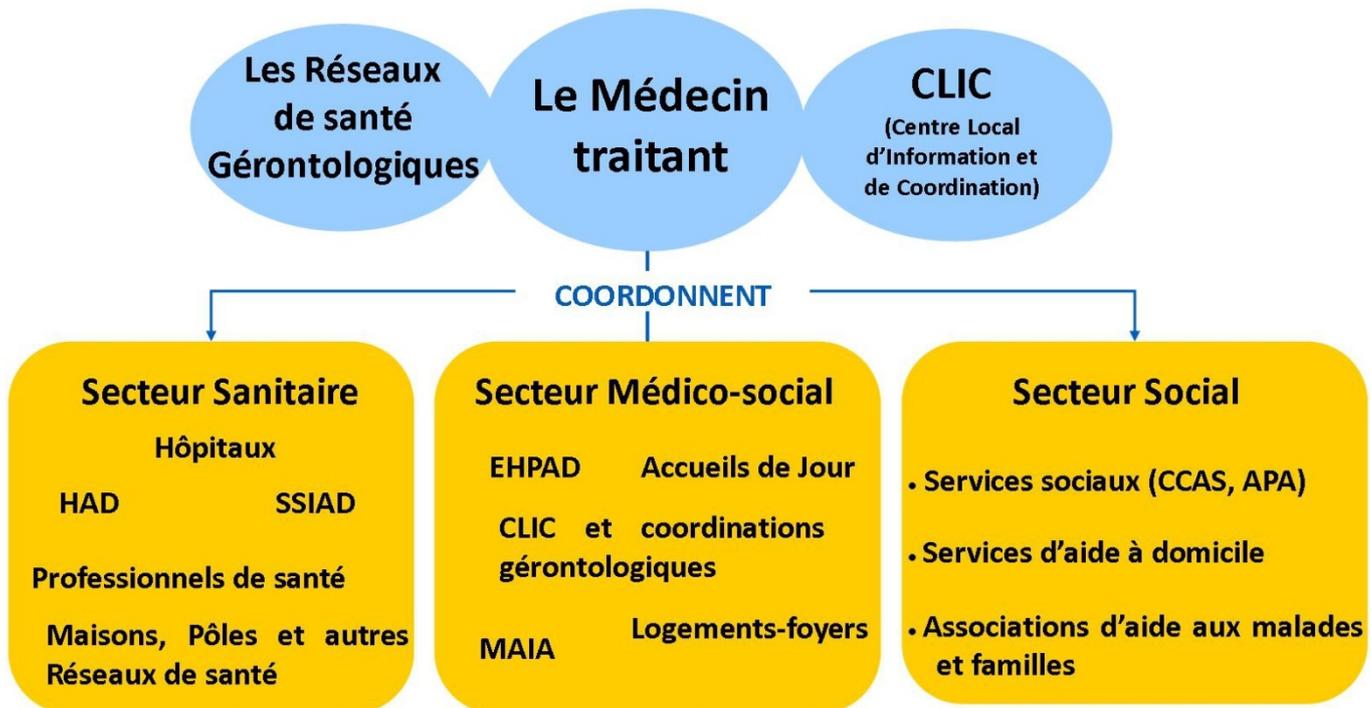
La coordination des parcours de santé est une mission globale intégrant au même titre les *aspects sanitaires, éducatifs et sociaux*. Pour certaines pathologies ou populations, dont les patients âgés, vulnérables (parmi lesquelles les personnes relevant de soins psychiques et/ou psychiatriques), en précarité, ou marginalisées (quelle qu'en soit la cause), les liens entre acteurs sont primordiaux pour obtenir la concrétisation d'objectifs même simples.

La méthodologie de la coordination d'appui doit prendre en compte divers aspects qui peuvent rendre **sa standardisation difficile** et suggèrent un appui, à partir d'éléments de structuration spécifique, entre acteurs d'un même territoire :

- les problèmes liés au secret professionnel, qui n'est pas de même nature ni lié aux mêmes réglementations selon les acteurs ;
- les cultures professionnelles très diverses, induisant des difficultés de compréhension liées à la méconnaissance des autres acteurs et de leur champ d'action ;
- les méthodes et outils opérationnels, dont l'extrême diversité selon les acteurs peut induire des freins majeurs au partage et la gestion des informations ;
- les aires de déploiement des divers acteurs, assujetties aux missions et à leurs moyens, dont la congruence peut-être difficile ;
- la hiérarchisation des priorités d'action, qui varie selon le professionnel, ou peut ne pas correspondre à la priorité ressentie par le patient.
- la diversité des dynamiques selon les régions et les territoires.

Mais quelle que soit cette diversité certains traits lui sont communs : répondre aux besoins et à la demande du patient, développer une dimension territoriale, se situer à l'interface de la ville et de l'hôpital et du médical et du social, favoriser la concertation entre acteurs dans une perspective projective formalisée par la dynamique du PPS, proposer des outils et services pour réduire la complexité des parcours de santé, promouvoir la gradation des soins.

4-2 Partenariats avec les professionnels du sanitaire, du médico-social et du social sur un territoire



⇒ les professionnels du sanitaire

• Le Médecin traitant

Le médecin traitant est celui à qui le patient ou son entourage s'adressent en premier, celui qui soigne habituellement et a une vision globale de la santé du patient. C'est le médecin choisi comme interlocuteur privilégié tout au long des soins. Il tient à jour un dossier médical : résultats d'examens, diagnostics, traitements... Si nécessaire, il oriente vers d'autres soins, vers un médecin spécialiste ou un service hospitalier. Malgré l'importante densité en praticiens libéraux de l'Ile de France, on constate malheureusement que de nombreuses personnes âgées n'ont pas de médecin traitant ou que celui-ci n'effectue pas de visite au domicile (c'est le cas dans Paris intra-muros). Il revient au Réseau de santé Gériatrique de proximité de trouver un praticien et de pallier aux absences dans les cas d'urgence. En effet, l'analyse de l'offre de soins libérale met en évidence la forte concentration des spécialistes en Ile-de-France: 25% des effectifs nationaux. Par ailleurs, la densité régionale de généralistes demeure plus faible qu'au niveau national (88,3 pour 100 000 habitants contre 99,9)

Sites des Médecins libéraux de l'URPS Union Régionale des Professionnels de Santé <http://www.urps-med-idf.org/>

• Les infirmiers libéraux

L'infirmière libérale intervenant à domicile est le professionnel le plus souvent nécessaire à la bonne prise en charge des personnes âgées fragiles, or en région Ile de France, la pénurie d'infirmiers libéraux se confirme dans le temps avec une densité deux fois moins importante que la moyenne nationale (39,2 pour 100 000 habitants contre 84,1).

- **Les Hôpitaux publics et privés :**

- **Hôpital de jour et consultation mémoire:** Ils permettent de réaliser un bilan complet afin d'évaluer les troubles de la mémoire, de poser un diagnostic, de proposer ou d'ajuster un traitement. Certains hôpitaux de jour assurent aussi une prise en charge des malades Alzheimer à raison d'une ou plusieurs journées par semaine, pour mettre en place un traitement ou des soins spécifiques. Ils sont des partenaires privilégiés des Réseaux de Santé Gériatriques.

- **SSR - Unités de Soins de Suite et Réadaptation:** Ils interviennent dans la rééducation d'un patient, à la suite d'un séjour hospitalier pour une affection aiguë médicale ou chirurgicale. Leurs missions principales sont la prévention, l'éducation et rééducation. Un suivi des hospitalisations dans ces structures doit être réalisé par l'équipe de coordination du réseau qui intervient en relation avec leurs services sociaux pour la réalisation du retour au domicile.

- **Les unités de SLD - Soins Longue Durée :** Ces unités hospitalières ont la mission d'héberger et de dispenser des soins sur une longue durée à des patients ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Il est possible d'envisager des retours à domicile des patients qui y sont hébergés si leur état de santé se stabilise. C'est alors le réseau de santé Gériatrique qui prend le relais de l'organisation de la prise en charge.

- **Les EMG - Equipes Mobiles Gériatriques :** Elles interviennent au sein des établissements de santé dans les services de spécialité et de façon expérimentale à Paris dans certaines maisons de retraite de la ville de Paris .Elles offrent une expertise gériatrique et collaborent avec les Réseaux de Santé Gériatriques, notamment dans le cadre de leur fonctionnement dans les Services d'Urgences des hôpitaux. Ce sont des interlocuteurs privilégiés, permettant par leur action d'éviter des hospitalisations indues.

- **L'HAD : Hospitalisation A Domicile :** Cette structure alternative à l'hospitalisation permet d'assurer au domicile du malade, pour une durée limitée en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus. L'HAD a pour objectif d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en service de soins aigus ou de Soins de Suite et de Réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible. Elle concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé.

- **les Professionnels de Santé libéraux**



La médecine compte au total plus de 45 spécialités et dans certains cas, il est indispensable de faire appel à un spécialiste afin qu'il apporte ses connaissances et compétences spécifiques au diagnostic et à la prise en charge de la personne âgée. Les professionnels libéraux exerçant fréquemment autour de la personne âgée, en partenariat avec les Réseaux de santé Gériatriques sont : Médecins généralistes et dentistes, diététiciens, ergothérapeutes, gériatres, infirmières, kinésithérapeutes, neurologues, neuropsychologues, orthophonistes, orthoptistes, podologues-pédicures, pharmaciens, psychologues, psychiatres.

Il est pratiquement impossible de faire intervenir à domicile un médecin spécialiste, un ergothérapeute, une orthophoniste, une diététicienne en Ile-de-France, moins difficilement un kinésithérapeute et un pédicure. Le problème est compliqué par le non remboursement des prestations de certains intervenants libéraux qui limite leurs possibilités d'intervention. La recherche des praticiens acceptant de faire ce travail est facilitée par les annuaires réalisés par les réseaux de santé, certains mettant aussi à disposition des professionnels salariés (diététicien, ergothérapeute...)

Site des Médecins libéraux de l'URPS Union Régionale des Professionnels de Santé <http://www.urps-med-idf.org/>





- **Les maisons et pôles de santé**

- Une **maison de santé** est un lieu où exerce une équipe de soins de premier recours composée d'au moins deux médecins généralistes et au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute, ...). Ces professionnels ont en commun un projet de santé pour la population qui les consulte. Comme il n'y a pas de « labellisation », toute structure peut s'appeler maison de santé. Par contre, dès que des financements publics sont sollicités, la conformation ci-dessus s'applique pour répondre au cahier des charges existant. Le développement des maisons de santé, encore appelées maisons de santé pluridisciplinaires ou maisons de santé pluri professionnelles (MSP) favorise, au-delà des fonctions de coordination, l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles. La majorité des professionnels de santé qui travaillent en maisons de santé cherchent à passer du seul soin à la santé populationnelle organisée sur un territoire (continuité des soins, éducation thérapeutique, ...).

- La notion de **pôle de santé** est aujourd'hui définie par la loi : il est constitué « entre des professionnels de santé, le cas échéant de maisons de santé, de centres de santé, de Réseaux de santé, d'établissements de santé, d'établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire, et des groupements de coopération sociale et médicosociale ». Il assure des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et peut participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire. Il se dessine dans cette définition, des regroupements d'organisation des soins territoriaux de plusieurs formes. L'ancienne définition qui convenait d'appeler pôle de santé, des équipes de soins de premier recours hors les murs est donc passé d'usage.

Site de la Fédération Française des Maisons et Pôles de santé <http://www.ffmps.fr/>

- **Les SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile**

Ils permettent de prodiguer des soins infirmiers au long court dans le cas de pathologies chroniques, d'éviter l'hospitalisation des personnes âgées lors de la phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile et/ou de faciliter le retour à domicile après une hospitalisation et/ou de prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état des personnes et leur institutionnalisation. Les prestations sont dispensées par des infirmiers et des aides soignants, salariés de leur structure. Les prestations des SSIAD font l'objet d'un prix de journée et sont prises en charge à 100% par la Sécurité Sociale sur prescription médicale dès lors que la maladie dont souffre le patient est reconnue comme une affection de longue durée (ALD). Les Réseaux de santé Gérontologiques font souvent appel aux SSIAD pour le suivi de leurs patients. Les infirmières directrices des SSIAD participent régulièrement aux Réunion Pluridisciplinaires des réseaux.

- **Les autres Réseaux de santé**

Les Réseaux de santé Gérontologiques s'articulent avec les autres réseaux de Santé du territoire, en particulier avec les Réseaux de soins palliatifs, les Réseaux douleur, les réseaux oncologie ainsi que d'autres réseaux thématiques. Sur un territoire donné, la mutualisation de fonctions supports des différents Réseaux est activement recherchée.

La FREGIF et les Réseaux de santé Gérontologiques développent des partenariats avec les Réseaux de santé Régionaux (SLA Sclérose Latérale Amyotrophiques, Morphée, Appolline, etc....). Cet engagement permet de mutualiser leurs compétences respectives pour améliorer la prise en charge des personnes âgées en Ile-de-France. Ainsi, les Réseaux de santé Gérontologiques offrent aux Réseaux régionaux une expertise médicale dans le domaine de la Gériatrie et permettent aux personnes âgées fragiles polypathologiques de bénéficier de soins et accompagnement à domicile. Ils rédigent des protocoles de prise en charge sous contrôle du Réseau Régional et contribuent à leurs projets tout en assurant sa promotion. Le Réseau régional transmet son expertise médicale à la FREGIF et aux Réseaux Membres sur sa spécificité par le biais d'une formation pluridisciplinaire, du contrôle des protocoles, de conseils et recommandations privilégiés. Il est partenaire de la FREGIF et des Réseaux Membres pour





toutes actions coordonnées vis-à-vis des patients âgés dans le domaine du soin, de la prévention et de l'Education thérapeutique pour le patient et assure une suivi conjoint méthodologique.

⇒ Les professionnels du médico-social

44

- **Les CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination*** *appelés Point Paris Emeraude à Paris, Coordination Gérontologique Locale, etc.)

Les CLIC sont 83 sur le territoire francilien et sont financés par les Conseils Généraux et sont souvent supportés par des associations loi 1901. Leur missions sont larges : informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux, évaluer les besoins, élaborer un plan d'aide, accompagner, assurer le suivi du plan d'aide, en lien avec les intervenants extérieurs, coordonner l'ensemble des acteurs.

Les missions et la complémentarité des Réseaux de santé Gérontologiques et des CLIC sont définies dans la circulaire du 16 septembre 2004. Les CLIC et les Réseaux organisent généralement des rencontres régulières sur la base de cas concrets (tous les mois au minimum) et certains ont mis en place des équipes mixtes pour l'évaluation, le bilan, le suivi des plans d'intervention.

- **Les ADJ : Accueils De jour**

Ce sont des structures qui accueillent les patients à la journée, une à plusieurs fois par semaine. L'accueil de jour dispose d'un personnel qualifié et compétent pour la prise en charge des malades souffrant de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. L'objectif de cette prise en charge est double : stimulation thérapeutique du patient et répit de l'aidant. L'ADJ est une structure très importante au maintien à domicile avec laquelle collaborent efficacement les réseaux, hélas trop rare en Ile-de-France. De nombreux EHPAD proposent des prestations d'ADJ qui sont encore trop souvent des « halte garderie » sans objectif thérapeutique.

- **Les EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes**

Les EHPAD sont soumis à une convention de 5 ans, signée conjointement avec l'ARS et le Conseil Général. Ils peuvent accueillir des personnes âgées en perte d'autonomie, valides, dépendantes voire désorientées en leur offrant un logement, des services collectifs et en leur assurant un encadrement et une surveillance médicales. La capacité d'accueil des EHPAD en Ile-de-France est de 45 000 lits. Le rôle des équipes de coordination des Réseaux de santé Gérontologiques est au moment où le maintien à domicile n'est plus possible d'orienter le patient et sa famille vers un EHPAD convenant à son mode de vie et à ses revenus. Un long travail psychologique est souvent nécessaire pour faire accepter cette éventualité et il est d'autant plus efficace que l'équipe du réseau travaille en confiance avec l'équipe de l'EHPAD. Les autres établissements pour personnes âgées ont des capacités d'accueil réduites et sont expérimentales.

- **Les accueils temporaires et appartements thérapeutiques**

Ce sont des structures d'hébergement de taille réduite (<15 patients) et expérimentales, située dans un immeuble d'habitation conventionnel.

- **Les logements foyers :**

Ce sont des structures d'habitation locative le plus souvent (logements loués vides, de type F1 ou F2, pour la plupart à caractère social HLM) réservées aux personnes âgées de plus de 60 ans suffisamment indépendantes pour vivre seules. En plus de logements privés, des espaces communs sont à la disposition des résidents : salle à manger,

LES RESEAUX DE SANTE GERONTOLOGIQUES EN ILE-DE-FRANCE : Etat des lieux et perspectives - Septembre 2011

Plus d'informations sur www.fregif.org



salons... Les résidents sont soumis au respect d'un règlement intérieur. Certains services collectifs facturés en supplément sont parfois proposés mais demeurent néanmoins facultatifs : restauration, blanchisserie, coiffure, sécurité, animations... Les prestations les plus fréquentes sont la fourniture optionnelle du repas du midi, des heures d'aide à domicile (parfois prodiguées par des structures extérieures), les interventions d'un SSIAD ou d'une HAD y sont possibles.

- **MARPA : Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées**

Forme de petites unités de vie non médicalisées et adaptées à une perte d'autonomie modérée et initiées par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et adaptée à la perte d'autonomie en milieu rural ou semi rural.

Site des MARPA <http://www.marpa.fr>

⇒ **Les professionnels du secteur social**

L'aide sociale en France regroupe l'ensemble des prestations sociales destinées aux personnes en situation de rupture sociale. Cette aide a pour objectif de répondre aux besoins primordiaux des personnes âgées car bien vieillir, c'est aussi bien vivre. Par ailleurs, le secteur social offre un soutien financier dans certains cas.

- **Les Services d'Aide à Domicile :**

Il existe un ensemble d'aides pratiques qui permettent de faciliter le maintien à domicile et dans certains cas, ces aides sont parfois prises en charges par les Services sociaux du département :

Les Aides à domicile accomplissent des tâches matérielles (courses, cuisine, ménage...), des aides aux tâches administratives, apportent un soutien psychologique (soutien moral, lien avec la vie extérieure...).

Les Auxiliaires de vie apportent particulièrement une aide à la toilette.

Les aides à domiciles et les auxiliaires de vie sont mises à disposition des personnes âgées après une évaluation de leur dépendance prodiguée par des équipes médico-sociale départementales ou des structures mandatée par la CNAV. Ceci permet le financement total ou partiel en fonction des revenus de leur prestation.

- **Le portage de repas** peut être une solution lorsque le patient est dans l'incapacité de préparer son repas. Il est généralement organisé par les communes et peut être pris en charge par l'APA. Il existe aujourd'hui de plus en plus de prestataires privés qui proposent des plateaux équilibrés, ainsi que le conseil d'une diététicienne qui permet de personnaliser la composition du repas (ex : Saveurs et vie, etc.)
- **Le service de Télé Alarme** permet de relier directement les usagers à une centrale gérée 24h/24. Son coût peut être pris en charge par différentes structures, notamment les Conseils généraux.

Union Nationale de l'Aide, du soin et du service à domicile <http://www.una.fr> / Association à Domicile du Ménage au Repassage <http://www.admr.org> / Association de Soins A Domicile <http://www.asad.asso.fr>

- **Les services d'action sociale :**

Lorsqu'il n'existe pas de CLIC sur le territoire concerné, les personnes âgées peuvent être dirigées vers les Services sociaux des communes pour des renseignements sur les aides dont elles peuvent bénéficier à domicile.

- **CCAS : Centres Communaux d'Action Sociale**

Ce sont des établissements public communaux intervenant principalement dans trois domaines : l'aide sociale légale, l'aide sociale facultative et action sociale et enfin l'animation des activités sociales. Lorsque plusieurs communes se regroupent en établissement public de coopération, cet établissement est alors appelé « Centre intercommunal



d'action sociale » (CIAS). Les Réseaux de santé Gérontologiques font appel aux CCAS des communes dont certains sont gestionnaires de service d'aide à domicile, de logement foyer, etc...

Site de l'Unité Nationale des CCAS : <http://www.unccas.org>

- Délégués Territoriales de l'ARS

L'Agence est représentée dans chaque département par une délégation territoriale. Ces délégations remplissent les missions de proximité de l'agence et sont en particulier l'interface locale des partenaires extérieurs (préfet, conseil général, établissements de santé etc.). Chaque directeur de délégation territoriale est membre du comité de direction de l'Agence. Les délégations territoriales sont localisées dans les chefs lieux des départements.

• Les associations d'aide aux malades et aux familles

Il existe un grand nombre d'associations de bénévoles, de malades, de représentants de la population âgée qui s'engagent auprès des personnes âgées fragiles, parmi lesquelles :

- **Association France Alzheimer** Site : <http://www.francealzheimer.com>



Les Réseaux de Santé Gérontologiques sont sur leur territoire de santé en relation avec la structure départementale de cette Fédération. Plusieurs réseaux comptent parmi leurs Administrateurs des représentants France Alzheimer. - -

- **CODERPA : COMités DEpartementaux des Retraités et Personnes Agées** CODERPA Téléphone : 01 40 58 15 00

Ces structures sont présidées par le Préfet et compte parmi leurs membres des représentants des syndicats de retraités et des personnalités qualifiées. Les Réseaux de Santé Gérontologiques ont une action de communication envers les CODERPA. La CODERPA est l'instance régionale qui traite de la politique gérontologique de l'Ile de France.

- **Les Petits Frères des Pauvres** : Site : <http://www.petitsfreres.asso.fr>



Les Réseaux de santé Gérontologiques sont en relation directe avec les associations des Petits Frères et la Fédération des Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France prépare des conventions cadres pour gérer les partenariats et faire le lien.

- **HABEO : Association française pour la bientraitance des Aînés et Handicapés** Site: www.habeo.org



Cette association, gestionnaire du numéro d'appel **3977** pour des signalements de maltraitance est un partenaire privilégié des Réseaux de Santé Gérontologiques dont certains (ADEP et Hippocampes) ont des représentants qui participent à son conseil d'Administration. Une politique de repérage et de signalement des maltraitements au domicile est à l'étude et fera l'objet d'une commission spécifique en 2010 pour mise en place de protocoles.

• Les mutuelles

Des partenariats s'élaborent entre les Réseaux de santé Gérontologiques et les grandes mutuelles de santé qui ont leur propre service social et qui proposent des prestations diverses aux personnes âgées (aide à domicile à l'occasion d'une sortie d'hospitalisation, téléalarme, portage des repas..). La Fédération des Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France opère pour ses membres un recensement de leurs prestations et développe des partenariats personnalisés avec les équipes sociales en charge des personnes âgées, notamment avec France Mutuelle.



• La CNAV Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

La CNAV intervient dans la prise en charge des prestations proposées aux sujets âgés en GIR 4 et 5 en termes d'aide à domicile. Elle délègue des évaluateurs avec lesquels elle a passé convention, qui peuvent être d'ailleurs des réseaux de santé. Le quota des heures payées par la CNAV s'est réduit au fil du temps, elle développe actuellement une politique de soutien de ses ressortissants à l'issue d'une hospitalisation. Cette prestation semble particulièrement intéressante pour les patients pris en charge par les réseaux. La CNAV est un partenaire incontournable pour les réseaux.





4-3 Parcours de soin du patient dans un Réseau de santé Gériatologique

Rappel : la réforme de l'assurance maladie en matière de parcours de soin coordonné

A l'instar d'organisations qui existent dans de nombreux pays, la réforme de l'Assurance Maladie instaurée par la loi du 13 août 2004 organise **une prise en charge graduée des soins : le parcours de soins**. La réforme incite tous les assurés de plus de 16 ans, à **désigner un médecin traitant**. Ce dernier assure le premier niveau de recours aux soins, oriente le patient dans le parcours de soins coordonné, contribue à la protocolisation des soins de longue durée, favorise la coordination grâce à la synthèse des informations transmises par les différents intervenants. Il assure également les soins de prévention et contribue à la promotion de la santé. Cette désignation trouve tout son sens pour les patients atteints de pathologies chroniques où le médecin traitant se trouve naturellement en situation de coordonner les interventions dont son patient peut avoir besoin. Cette coordination demande du temps, une méthodologie, la connaissance des acteurs de santé territoriaux, et des compétences. Le médecin traitant peut exercer cette responsabilité d'autant plus facilement qu'il exerce quotidiennement dans un contexte pluri-professionnel. Mais même dans ce contexte, une coordination d'appui peut être nécessaire pour l'accompagner et l'aider de façon ponctuelle ou prolongée pour un certain nombre de situations dites complexes. Les raisons de cette complexité peuvent être médicales, psychologiques, ou sociales, mais sont le plus souvent intriquées. **En contribuant à la promotion de la coordination et de la protocolisation des soins, les Réseaux de santé s'inscrivent, de fait, dans les objectifs de la réforme de l'Assurance Maladie.**

47

⇒ Repérage des personnes âgées fragiles

Le Réseau assure le repérage des personnes âgées en situation de rupture socio-sanitaire ou susceptibles de le devenir et particulièrement les personnes isolées. Pour réaliser la mission de repérage des situations à risque, le Réseau dispose :

- Des informations recueillies par les **équipes médico-sociales du Conseil Général** (équipe APA)
- Des signalements effectués par les **médecins traitants**, les **professionnels libéraux** (y compris les pharmaciens), les **établissements de santé** (équipes mobiles gériatrique lorsqu'elles existent, consultations gériatriques), les **CLIC ou les assistantes sociales** de secteur, les CCAS, les associations **de service à domicile et les services d'aide à domicile** et services de soin infirmier à domicile,
- Des signalements faits par la **personne âgée elle-même**, l'entourage, la famille, les voisins. Dans le cas où le signalement n'est pas effectué par le médecin traitant, le Réseau contacte systématiquement celui-ci et lui demande de confirmer la valeur du signalement.

⇒ Critères d'inclusion du patient âgé fragile

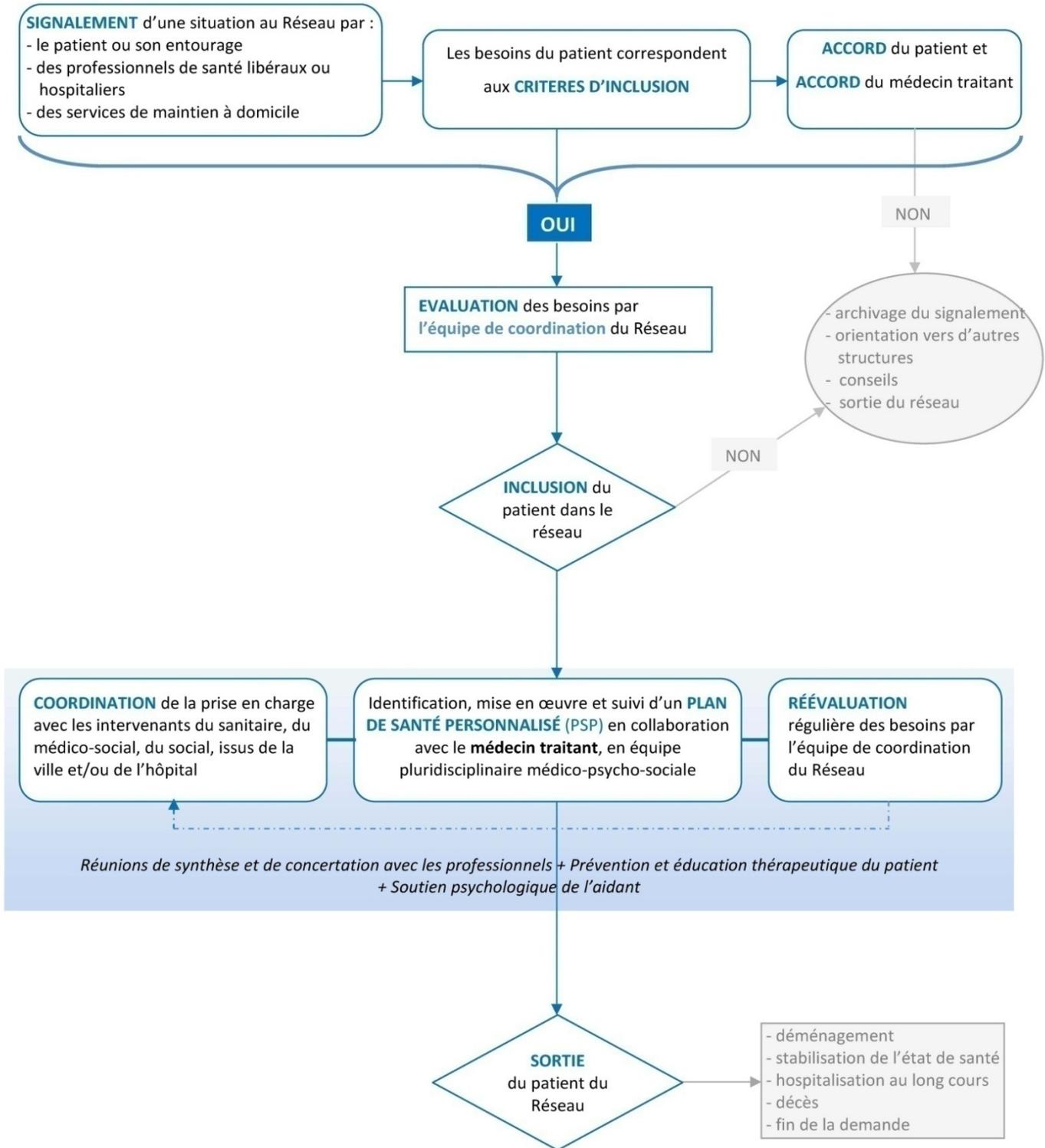
Au signalement, le Réseau s'assure que le patient réponde aux critères d'inclusion. En effet, un Réseau de Santé Gériatologique s'adresse prioritairement à des personnes de 75 ans et plus, vivant et souhaitant rester ou retourner à leur domicile et répondant aux situations suivantes :

- Des patients gériatriques « se caractérisant par la **coexistence de plusieurs pathologie chroniques invalidantes** à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique » rendant critique le maintien à domicile ou le retour à domicile dans les suites d'une hospitalisation ;
- Des personnes se trouvant dans une **situation de rupture socio-sanitaire** nécessitant le recours à des aides venant à la fois du champ sanitaire et social. Cette situation de rupture peut provenir d'une absence ou d'une insuffisance « d'aidant » ou d'intervenants professionnels ou des difficultés rencontrées par ces derniers, d'une rupture du lien social ou de tout autre facteur qui contribue à rendre le maintien à domicile difficile ;
- Des personnes atteintes de la **maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée** (les réseaux Alzheimer ayant évolué vers des Réseaux de Santé Gériatologiques).

⇒ Visite d'évaluation

Après avoir obtenu l'accord du médecin traitant, l'équipe de coordination du réseau Gériatologique se rend au domicile du patient signalé pour une **évaluation médico-psycho-sociale en équipe pluri-disciplinaire**. C'est en général le médecin coordonnateur qui effectue la première visite, le plus souvent accompagné d'une infirmière. Il convie le médecin traitant et les intervenants auprès du patient à se rendre avec lui pour une visite conjointe, si ceci leur est possible.

PARCOURS D'UN PATIENT DANS UN RÉSEAU DE SANTÉ GÉRONTOLOGIQUE



4-4 PSP - Plan de Santé Personnalisé

A la suite d'un signalement, le Réseau de santé Gériatrique **réalise une évaluation** et établit un diagnostic au domicile du patient, en équipe pluridisciplinaire. Les visites des différents professionnels peuvent s'échelonner sur plusieurs jours, une synthèse est réalisée au sein de l'équipe et au mieux avec la participation du médecin traitant dont l'avis est toujours sollicité.

L'équipe définit ensuite un Plan de Santé Personnalisé qui se décompose en deux parties : le plan de soin et le plan d'aide. Enfin, il assure le suivi et la coordination de l'ensemble des intervenants des champs sanitaire, médico-social et social autour du patient.

L'évaluation gériatrique dans le cadre des Réseaux de santé gériatriques

Le Réseau de santé Gériatrique apprécie l'état de santé d'une personne âgée en tenant compte de son statut fonctionnel et de son autonomie. Réaliser une évaluation gériatrique d'une personne âgée permettra d'établir un diagnostic médico-psycho-social concernant les pathologies, la dépendance, le contexte économique, relationnel, psychologique et l'habitat (agencement, accessibilité, ...). L'évaluation permet de détecter les pathologies et les déficiences des patients avant qu'elles ne soient flagrantes. En d'autres termes, elle permet la mise en place d'attitudes préventives.

⇒ Les modalités d'évaluation

- **Evaluation cognitive**

L'altération cognitive doit être évaluée pour élaborer une prise en charge correcte du patient. Les équipes de coordination des Réseaux de Santé Gériatriques réalisent systématiquement un dépistage des altérations cognitives. Toutes utilisent le Mini Mental Status (MMS) qui évalue en une dizaine de minutes les différents aspects des fonctions cognitives (orientation dans le temps et dans l'espace, apprentissage, attention et calcul, mémoire à court terme, langage, praxie), le test de l'horloge et le test des 5 mots. Une anomalie au MMS doit faire poser l'indication d'un examen plus complet des fonctions cognitives à l'aide des techniques et instruments appropriés, qui peuvent se réaliser en consultation mémoire ou chez un neurologue participant au réseau (Alois, Hippocampes) et disposant ainsi de l'expertise d'une neuropsychologue.

Déroulement d'une évaluation en consultation mémoire

Organisée en équipe pluridisciplinaire (gériatre, neurologue, psychiatre, neuropsychologue, assistante sociale, ergothérapeute, orthophoniste, kinésithérapeute et infirmières), cette évaluation médicale comporte :

- une histoire de la maladie recueillie auprès du patient et de son entourage,
- des tests neuropsychologiques permettant l'examen de la mémoire, du langage, etc.
- un examen somatique, en particulier neurologique et nutritionnel,
- un examen psychologique et comportemental,
- une évaluation du retentissement fonctionnel des troubles (activités de vie quotidienne),
- un examen tomodensitométrie cérébral, ou une imagerie par résonance magnétique (IRM)

- **La dépression**

Les symptômes dépressifs sont relativement fréquents chez les personnes âgées. Ils peuvent être à l'origine d'un isolement social, d'une perte de poids ou encore d'une perte d'autonomie. C'est pourquoi le dépistage de ces symptômes et la mise en place de moyens thérapeutiques adaptés sont nécessaires. Différents outils de dépistage ont été élaborés, parmi lesquels l'échelle gériatrique de dépression (Geriatric Depression Scale).



- **Troubles de l'équilibre et risque de chute**

Les chutes et leurs conséquences peuvent être graves chez le sujet âgé : fracture du col, perte d'autonomie ou encore institutionnalisation. L'anomalie de la station unipodale est un bon marqueur de risque de chute grave (c'est-à-dire nécessitant des soins d'urgence). Il suffit de demander au sujet de rester au moins 5 secondes sur une seule jambe. L'épreuve de Tinetti permet alors une évaluation clinique de l'équilibre et de la marche. Le dépistage des troubles de l'équilibre et de la marche permet la mise en place de programmes de rééducation pouvant être réalisés par le sujet lui-même ou grâce à l'aide d'un kinésithérapeute.

- **Evaluation de l'autonomie**

C'est l'évaluation la plus fréquemment réalisée, par des équipes le plus souvent sociales (CLIC, Equipe APA, organismes divers). **L'équipe du Réseau de santé Gérontologique apporte de plus un regard médical**, ce qui est indispensable, car les grilles utilisées pour le calcul des prestations médico-sociales (telle la grille AGGIR) sous estiment les déficits et les handicaps lorsque les pathologies qui sont à l'origine de ces déficits engendrent une incapacité non permanente (qui n'est alors jamais prise en compte). Nous prendrons pour exemple la fatigabilité d'un sujet souffrant de troubles cardiaques : celui-ci peut réaliser tous les actes de la vie quotidienne, mais en effectuant pour cela un effort incommensurable, ce patient aura une cotation GIR 6 alors qu'il a un besoin d'aide très important.

- **Statut nutritionnel**

La population âgée est à haut risque d'amaigrissement et de dénutrition. La majorité des personnes âgées suivies par les Réseaux de Santé Gérontologiques sont à risque de dénutrition.

C'est dire l'importance d'un dépistage de la malnutrition. Les équipes de coordination des réseaux gérontologiques savent aller consulter l'état du réfrigérateur, regarder l'état dentaire, estimer la variation de poids à l'ajustement des vêtements, car beaucoup de patients âgés n'ont aucune idée de leurs poids.

Elles utilisent largement le Mini Nutritional Assessment (MNA) qui est un outil validé et standardisé d'appréciation de l'état nutritionnel. Toute suspicion de dénutrition est signalée au médecin traitant. En cas de difficultés nutritionnelles, les équipes déclenchent un portage des repas et/ou l'intervention d'une aide à domicile au moment du repas, si la personne ne supporte pas de manger seule. Grâce à des accords avec des réseaux de diabétologie, il est possible si nécessaire de faire intervenir une diététicienne à domicile.

- **Evaluation visuelle et auditive**

L'équipe de coordination des réseaux s'enquiert de l'acuité visuelle des patients, avec d'autant plus d'attention qu'une altération peut être masquée par l'existence concomitante de troubles des fonctions supérieures. Les lunettes sont souvent non adaptées et trop anciennes, l'équipe de coordination du réseau fera en sorte que le patient soit correctement équipé. Les causes les plus fréquentes de **baisse de l'acuité visuelle** (qui doit être recherchée avec soin car pouvant être à l'origine de chutes) sont la cataracte et le glaucome, qui bénéficient de traitements extrêmement efficaces. La découverte par l'ophtalmologiste d'une dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) dont le pronostic est moins optimiste nécessite un suivi plus rapproché. Même évoluée, cette pathologie laisse encore la possibilité de se diriger avec la vision périphérique, un aménagement du domicile (intervention d'un ergothérapeute) est indispensable. La baisse de l'audition concerne environ 40 % des sujets de plus de 75 ans. L'équipe de coordination des réseaux de santé Gérontologiques s'attache à dépister une éventuelle hypoacousie, en murmurant quelques mots en se tenant à une distance approximative d'une trentaine de centimètres d'une oreille en ayant pris soin de couvrir l'autre oreille. L'incapacité du patient à répéter les 3 mots peut être le témoin d'une baisse des capacités auditives qui sera signalée au médecin traitant et à la famille. En cas d'appareillage auditif, un



suivi sera indispensable, notamment pour l'apprentissage de l'utilisation des prothèses, mais aussi de leur maintenance. Une formation des intervenants auprès du patient est réalisée dans les formations des professionnels prodiguées par le réseau.

- **Evaluation sociale**

L'évaluation doit prendre en compte les aspects environnementaux et sociaux qui contribuent au succès du maintien au domicile. C'est la mission des travailleurs sociaux, qu'ils exercent au sein du Réseau ou dans le cadre d'une structure partenaire. Le travailleur social contribue à l'évaluation et à la prise en charge dans le maintien au domicile, à la mise en place de mesures de protection des biens, à l'obtention d'aides financières ou pratiques aux familles, à l'instruction et à la gestion du dossier d'aide sociale.

51

⇒ **Mise en place et suivi du Plan de Santé Personnalisé (PSP)**

Le Plan de Santé Personnalisé établi par le Réseau de santé Gérontologique couvre **4 objectifs** :

- 1- Proposer le Plan de santé adapté au patient après avoir établi un diagnostic médico-psycho-social (pathologies, dépendance, contexte économique, relationnel et psychologique, habitat),
- 2- Apporter un soutien aux aidants et intervenants professionnels (réponses médicales, formations, soutiens, groupe de parole, ...)
- 3- Mettre en œuvre des actions d'information et d'éducation de la santé,
- 4- Définir une organisation et des procédures de gestion des relations avec les organismes et les financeurs de soins et services.

Le Plan de Santé Personnalisé établi par le Réseau de santé comprend un plan de Soins (médical) et un plan d'aide (social).

- **Plan de soins**

Il vise à **organiser les soins** dans un objectif d'adéquation, de qualité, de permanence et de cohérence. Il est établi après évaluation de l'état clinique du patient pour assurer une répartition des missions de chaque acteur, **il inclut le suivi et l'adaptation du traitement par le médecin traitant**. Le choix du prestataire des soins réalisé avec le médecin traitant est fonction de l'état clinique du patient, de l'intensité et de la durée prévisible des soins, mais aussi de l'entourage familial et des possibilités locales de prise en charge (infirmiers et autres intervenants libéraux, SSIAD, HAD).

- **Plan d'aide**

Il se définit par la nature et le volume des interventions des professionnels de l'aide à domicile, leur fréquence, leur répartition dans la journée et la semaine. Le Réseau de santé est le partenaire de plusieurs organismes entre lesquels une coordination peut être nécessaire. En effet, en fonction de l'intensité de la dépendance et du moment où elle survient dans le parcours du patient dans le réseau, différents financeurs peuvent être sollicités, **chacun souhaitant avoir la main sur le plan d'aide proposé**, ainsi le réseau de santé Gérontologique intègre le Plan d'Aide proposé par l'équipe médico-sociale (EMS) du Conseil Général du Département dans le cadre de l'attribution de l'Allocation Pour l'Autonomie.

L'équipe opérationnelle du Réseau de santé Gérontologique est chargée de la **mise en œuvre du Plan de Santé Personnalisé, en collaboration étroite avec le médecin traitant**, elle accompagne les acteurs de soins et intervient à leur demande en tant qu'expert et soutien, aide à l'orientation vers les structures sanitaires et sociales, ainsi les



secrétaires sont chargées de prendre les rendez-vous médicaux et sociaux nécessaires. Le Réseau de santé Gérontologique veille à la meilleure efficacité des interventions des acteurs de terrain, à la mise à disposition de matériel contribuant au maintien à domicile. Le Réseau gère un annuaire des prestataires de service, il peut proposer les services d'un ergothérapeute pour aider au choix du matériel. Les interventions prévues sont mises en œuvre le plus rapidement possible, dans un délai de moins d'un mois après l'évaluation.

L'équipe opérationnelle assure, en collaboration avec le médecin traitant un suivi régulier du patient.

Objectifs du suivi :

- Evaluer la réalisation du Plan de soin et du Plan d'aide
- Analyser l'adéquation entre les prestations apportées et les besoins du patient,
- Etudier l'évolution de l'autonomie du patient, de son état de santé,
- S'assurer de la qualité du service rendu et de la satisfaction du patient et de son entourage.

Facteurs clés de succès :

- Une visite à domicile dans le mois qui suit la réunion d'élaboration du Plan de Santé Personnalisé,
- Un contact téléphonique avec le patient (ou son représentant) et les différents intervenants au minimum toutes les 6 semaines,
- Une réévaluation complète du Plan d'Intervention Personnalisé, au minimum tous les 6 mois, comportant la réévaluation des prescriptions,
- Des visites régulières de l'infirmière coordinatrice à domicile ou en cours d'hospitalisation afin de préparer la sortie au domicile. Ces visites peuvent aussi avoir lieu ponctuellement à la demande du bénéficiaire ou des professionnels.

4-5 Formation professionnelle pluridisciplinaire

Les Réseaux de santé Gérontologiques proposent à leurs partenaires du secteur sanitaire, médico-social et social, des formations communes et pluridisciplinaires. Elles se déclinent à l'identique pour beaucoup d'entre eux et sont un vecteur de promotion de la qualité de la prise en charge en Gérontologie.

Ces formations transversales sont choisies par le Réseau de manière consensuelle et permettent d'apporter des réponses théoriques et pratiques aux problématiques récurrentes rencontrées par l'ensemble des professionnels intervenants autour du patient.

Quelques thèmes de formation :

- Actualité uro-gériatriques
- Alcool et personnes âgées
- Comment se prémunir des conséquences de la canicule ?
- Dépression chez les personnes âgées
- Gestion du stress chez les personnes âgées
- Incontinence urinaire et prise en charge
- Initiation à la neuropsychologie
- Insuffisance respiratoire
- L'imagerie des démences
- La communication dans la maladie d'Alzheimer
- Le pied diabétique
- Les Gérontologies
- Les liens avec l'entourage de la personne âgée

- Les troubles circulatoires des membres inférieurs
- Maladie de Parkinson
- Maladies de la mémoire et troubles du sommeil
- Patients cérébro-lésés
- Prévention des chutes chez les personnes âgées
- Prévention de l'iatrogénie
- Questions juridiques liées aux maladies dégénératives : personne de confiance, tutelle, curatelle, droit du patient
- Soins palliatifs
- Stomathérapie
- Syndrome de Diogène et maladie d'Alzheimer
- Troubles du comportement chez la personne âgée à destination des professionnels intervenant au domicile : Auxiliaires de vie, Aides soignants, - Aides à domicile

La Fédération a mis en place d'un Comité Scientifique dont l'une des missions est de proposer des outils pédagogiques communs, de mettre en place des comités pédagogiques locaux et d'harmoniser le programme et le



contenu de l'enseignement, en liaison avec l'université et le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche d'Ile de France Sud. Cf. **Panorama des formations dispensées par les 21 Réseaux de santé Gérontologiques p 36**

Le Comité Scientifique FREGIF

Le Comité Scientifique est composé de membres de la FREGIF mais également de personnalités extérieures, experts en gériatrie et gérontologie :

Président : Joël ANKRI - Professeur des Universités Praticien Hospitalier Sainte Périne/Chardon Lagache/Rossini

Jean-Pierre AQUINO - Chef de Service Clinique de La Porte Verte

Galatée COSSET-DESPLANQUES – Directrice du Réseau AGEKANONIX - Handicaps et Dépendances

Matthieu DE STAMPA - Gériatre PADIS Sainte Périne/ Chardon Lagache/ Rossini

Arnaud LARROUTURE - Médecin coordinateur du Réseau EMILE

Marie-France MAUGOURD - Chef de service aux hôpitaux Kremlin-Bicêtre et Georges Clémenceau

Jean-Luc NOVELLA - Professeur Universitaire - Professeur Hospitalier CHU Reims

Albert SERVADIO – Président du Réseau AGEP

Pour mieux comprendre l'origine et les objectifs du Comité Scientifique de la FREGIF, en voici une présentation synthétique par son président, le Pr Joël ANKRI: "La Fédération des Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France se trouve confrontée à relever de nombreux défis et à développer des actions de qualité dans le cadre des missions qui lui sont confiées par ses statuts.

Dans ce cadre il est apparu important de développer en son sein et avec l'aide de personnalités extérieures reconnues dans le champ de la gérontologie et du système de soins un Comité Scientifique dont les missions principales sont :

- initier et promouvoir des actions d'évaluation, de formation, d'éducation thérapeutique des réseaux gérontologiques
- valider les actions de formation et certifier ces formations dispensées par les réseaux membres
- valider et certifier des protocoles médicaux à usage des médecins traitants adhérents des Réseaux de santé gérontologiques
- promouvoir et valider des outils d'évaluation utilisables par les Réseaux Membres
- assurer une veille bibliographique sur les Réseaux de santé Gérontologiques en partenariat avec la FNG, Fondation Nationale de Gérontologie
- initier et participer à des projets de recherche (PHRC, ANR, HAS, CNSA,...) impliquant les Réseaux de santé Gérontologiques."

4-6 Prévention et éducation thérapeutique du patient- Soutien Psychologique - Information

Les Réseaux de Santé Gérontologiques mettent en œuvre des actions d'information et d'éducation de la santé, ainsi que des actions sur des thèmes spécifiques. Ces informations sont données à titre individuel ou collectif aux usagers, aux familles et à l'entourage. Le Réseau propose par ailleurs des actions de prévention et de dépistage des troubles susceptibles d'entraîner une décompensation rapide de l'état fonctionnel de la personne (dénutrition, déshydratation, etc.).

⇒ Prévention et éducation thérapeutique du patient

D'après le Comité Français d'Education pour la Santé : « L'éducation pour la santé du patient a pour but de faciliter la rencontre entre les compétences des professionnels de santé/social et les compétences de la population. De cette rencontre, naissent de nouvelles compétences qui contribuent à rendre plus autonomes les partenaires de l'action éducative ».

Les Réseaux de santé Gérontologiques ont, comme le médecin traitant, une action **d'éducation thérapeutique au domicile-même des patients** et de leurs aidants naturels. L'équipe de coordination a la possibilité de constater de visu les problématiques se développant au domicile et de prodiguer des conseils à l'aidant naturel du patient et aux intervenants du domicile dans les lieux même où sont donnés les soins. Cette position permet une efficacité bien supérieure à celle qu'auraient des conseils prodigués hors du domicile.

Le but de l'éducation pour la santé du patient est que la personne qui consulte un professionnel de soin, quel que soit son état de santé, soit en mesure de contribuer elle-même à maintenir ou améliorer sa qualité de vie.

Il y a trois niveaux d'éducation pour la santé du patient :

- L'éducation thérapeutique concerne **l'éducation directement liée au traitement**, qu'il soit préventif ou curatif, l'équipe de coordination du réseau est donc en position de la prodiguer au domicile et d'assurer un suivi téléphonique régulier pour s'assurer de la pérennité des connaissances du patient et de son aidant sur la maladie.
- L'éducation à la maladie concerne les comportements **de santé et de la maladie dans ses aspects biomédicaux** mais aussi psychosociaux, le Réseau de Santé Gérontologique est en mesure de prodiguer un soutien psychologique au domicile (psychologue salariée ou libérale bénéficiant d'une prestation dérogatoire).
- L'éducation pour la santé du patient concerne sa **qualité de vie**, en prenant en compte son mode de vie dans sa globalité. L'équipe de coordination du Réseau de Santé Gérontologique est en mesure d'évaluer cette qualité de vie et de faire évoluer la prise en charge pour l'optimiser. Elle est notamment capable de dire quand la prise en charge au domicile n'est plus opérante et de mettre en œuvre une stratégie et un accompagnement de l'entrée en institution type EHPAD ou SLD.

En savoir plus : site de l'INPES <http://www.inpes.fr>

⇒ Entretien et soutien psychologique

- Ateliers mémoire pour le patient

Certains Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France proposent une animation thérapeutique à type d'atelier mémoire, animé par un neuro-psychologue. Il compte plusieurs sessions d'une heure et demie à trois heures.

L'atelier mémoire se déroule en principe en 2 temps : une partie théorique, qui aborde divers thèmes, et une partie pratique consacrée à des exercices d'application, formule la plus simple pour des ateliers de courte durée.

- Groupes de parole pour la famille et les aidants

L'objectif des groupes de parole est d'échanger avec des personnes vivant des événements comparables. C'est un soutien de groupe qui permet d'accompagner la famille ou les aidants du patient, notamment durant les périodes difficiles. Le groupe de parole peut faciliter l'adaptation à l'évolution de la maladie ou de la dépendance de la personne accompagnée grâce au partage d'expérience et il aide à lutter contre l'épuisement, la démobilitation, les sentiments de culpabilité. C'est aussi l'occasion de s'informer sur les soutiens possibles (aides à domicile, accueil de jour, aides techniques...).

⇒ Conseil et information



Le Réseau de santé Gérontologique est le spécialiste des problématiques liées à la personne âgée.

A ce titre, il est au cœur des acteurs du médical, du social et du médico-social sur son territoire et connaît parfaitement l'ensemble de ces acteurs. C'est dire l'intérêt de proposer une lettre du réseau ou d'adresser des mails proposant un lien avec le site Internet du réseau. La fédération s'est donnée pour mission de développer ce type d'information, ce qui est possible sans que les budgets des réseaux en soient affectés. Un travail de réalisation de documents audio-visuels est en cours, pour faire connaître l'action des réseaux auprès des professionnels de santé..

Pour l'information du public, les Réseaux de santé proposent également aux familles, aux aidants ou même à des clubs de personnes âgées, des temps de rencontre et d'échange autour des problématiques spécifiques à la santé des personnes âgées. Les équipes de coordination interviennent à la demande lors des semaines bleues ou à l'occasion de rencontres organisées par les mairies, les CCAS, les CLIC et diverses associations.



4-7 Recherche

Les pratiques en Réseau sont innovantes et justifient d'être valorisées et reconnues grâce à des projets de recherche mutualisés. Certains Réseaux de Santé Gérontologiques participent à des projets de recherche dans le cadre de PHRC. En Ile de France, la recherche sur les réseaux est menée par le Laboratoire "Santé -Vieillessement" EA 2506 dirigé par le Professeur **Joël ANKRI**, équipe hospitalo-universitaire d'épidémiologie et de santé publique du Centre de Gérontologie de l'hôpital Sainte-Perine rattachée à l'UFR médicale de Paris Ile de France-Ouest mène des activités de recherche dans le domaine de la santé publique appliquée à la gérontologie. Les recherches mobilisent plusieurs disciplines : épidémiologie, sociologie, psychosociologie et clinique. Elles reposent sur la mise en place, le suivi et l'analyse de cohortes de personnes âgées.

55

L'un de ses chercheurs, Matthieu de Stampa est promoteur du réseau Ancrage.

L'un des objectifs de la Fédération des réseaux de Santé Gérontologiques d'Ile de France est d'utiliser les données recueillies en commun par les réseaux, grâce au système d'information R. Mes pour mettre en œuvre des PHRC communs à ses membres dans le domaine de la santé publique.

A partir d'un suivi épidémiologique sur 1 an, le réseau Ancrage associant l'intervention des gestionnaires de cas en lien avec les médecins traitants et des gériatres hospitaliers a montré des impacts positifs sur le suivi des personnes âgées en situation complexes à domicile. En effet, comparativement à une prise en charge usuelle, **le Réseau diminue le recours aux urgences et de façon significatif réduit les hospitalisations non planifiées.** Par ailleurs, le Réseau **améliore certains paramètres de santé comme la dépression, la dyspnée et la perception de l'état de santé.**

5- PERSPECTIVES POUR LES RESEAUX DE SANTE GERONTOLOGIQUES D'ILE-DE-FRANCE

La mise en place de l'Agence Régionale de Santé, dont l'un des objectifs prioritaires est d'organiser les **soins de premier recours et l'articulation ville hôpital** donne aux Réseaux de santé Gériatriques une occasion de s'imposer comme experts et régulateurs des soins donnés aux personnes âgées fragiles et polypathologiques. Notre Fédération se doit d'être **un lieu d'échanges pour renforcer les positions** de chacun de ses membres auprès de l'Agence et pour capitaliser pour tous les expériences de chacun.

56

Il reste en Ile-de-France des **territoires de santé** vierges de Réseaux de santé Gériatriques et des territoires où se créent des alliances et où se développent des Réseaux multithématiques de proximité. Les expériences pilotes de **Réseaux de proximité multithématiques** permettent de tirer des modèles d'évolution. La deuxième vague de **l'expérimentation MAIA** est lancée, trois Réseaux de santé Gériatriques ont participé à l'expérimentation de la première vague en l'Ile –de-France et deux nouveaux Réseaux de santé Gériatriques ont été retenus pour l'appel à projet de 2011. Enfin, en Ile-de-France, trois Réseaux de santé Gériatriques ont intégré un **CLIC**. L'évolution des Réseaux de santé Gériatriques est un facteur indispensable au développement des structures de soins à domicile, qui doivent se substituer en partie à l'offre de soins hospitalière (réduction des lits d'USLD, réduction des lits de SSR gériatrique), il est indispensable que les Réseaux de santé Gériatriques donnent leur avis sur ce qu'il est possible de déléguer aux structures du domicile et jouent leur rôle dans cette évolution.

5-1 Mutualisation pluri-thématique

Les Réseaux de santé d'Ile de France ont été créés généralement autour d'une unique thématique : gériatrie, oncologie, soins palliatifs, diabète, accès aux soins, périnatalité, etc. Au niveau de proximité, la nécessaire optimisation des financements et les questions de taille critique des Réseaux de santé amènent à favoriser systématiquement l'utilisation mutualisée des moyens.

Ces mutualisations peuvent concerner les moyens humains (fonctions « support », astreinte téléphonique commune ou secrétariat partagé, ...), les locaux, le matériel (équipement bureautique ou système mutualisé (numéro d'appel unique par exemple), des prestations extérieures (formation, expertises, accompagnement de projet, études, ...).

Au fur et à mesure de leur développement, des Réseaux de santé Gériatriques pluri-thématiques voient le jour. Ainsi, sur les 21 Réseaux de santé Gériatriques d'Ile-de-France :

⇒ 10 sont pluri-thématiques

- **Soins Palliatifs** (8): Ancrage, Emile, Epsilon, Equip'Age (Arc-en-Ciel), Odyssée, Le Pallium, Racynes
- **Oncologie** (1): Réseau Santé Paris Nord
- **Handicap** (1) : AGEKANONIX - Handicaps et Dépendances
- **Soins Palliatifs + Oncologie** (1) : Osmose

⇒ 11 sont monothématiques

Automne, AGEP, Carmad, Geronto15.7, Hippocampes, Josephine, Memorys, Regal, Regelib78, RGS77, RSG4



Ancrage, Emile : Ces Réseaux se sont d'abord constitués en Réseau de santé Gériatrique et ont ensuite étendu leur activité aux Soins Palliatifs.

Agekanonix -Handicaps et Dépendances : Le Réseau s'est constitué dès sa création en Réseau bi-thématique, exerçant son action aussi bien vers les handicapés que vers les personnes âgées.

Epsilon, Equip'Age, Odyssée, Le Pallium, Racynes :

Ces Réseaux se sont d'abord constitués en Réseau de Soins Palliatifs et ont ensuite étendu leur activité à la Gériatrie.

Osmose : Ce Réseau résulte de la fusion entre un réseau d'Oncologie (Onco92) et un réseau de Gériatrie (BV8), avec création d'une branche Soins Palliatifs après 18 mois de mutualisation.

Réseau Paris Nord : C'est le réseau multithématique par essence puisqu'il s'est créé autour de la problématique VIH, puis a étendu son activité à l'addiction, puis au Diabète, à la Gériatrie et enfin à l'Oncologie.

40% des Réseaux de Santé Gériatriques d'Ile-de-France intègre la **thématique Soins Palliatifs** qui semble proche de la leur. Cependant la prise en charge diffère dans la durée, nettement supérieure pour le Réseau Gériatrique, et dans l'intensité moyenne des soins requis en soins palliatifs qui justifie d'un suivi nettement plus rapproché que le suivi gériatrique, notamment le suivi d'expertise médicale et la permanence téléphonique. D'une manière générale, on peut noter que les finalités des Réseaux se retrouvent au-delà de la spécificité de la thématique :

- améliorer le parcours de soins des patients,
- faciliter l'articulation entre les différents acteurs du sanitaire « ville-Hôpital », du médico-social et du social,
- permettre aux patients de bénéficier d'une prise en charge à domicile incluant les soins spécifiques et en facilitant l'expertise complémentaire dont pourraient avoir besoin les soignants en ville, et plus particulièrement le médecin traitant.

Les Réseaux pluri-thématiques présentent l'avantage d'être un **guichet unique**, ce qui est possible s'ils exercent au bénéfice de populations présentant des besoins proches. C'est le cas pour les thématiques : cancérologie, gériatrie et soins palliatifs, même si **chaque thématique a certaines spécificités** :

- **Pour la gériatrie** : l'évaluation et la prise en charge des troubles cognitifs, des pathologies chroniques et bien sûr le maintien à domicile des personnes âgées en situation de rupture sociale,
- **Pour l'oncologie** : l'accès aux soins de support, la qualité du contrôle des symptômes, l'expertise concernant l'organisation de la prise en charge oncologique sur le territoire de santé,
- **En soins palliatifs** : la valeur ajoutée se porte sur le maintien à domicile en ultime fin de vie avec accompagnement et soutien du patient, de son entourage, de ses soignants, l'expertise concernant les traitements de la douleur et des autres symptômes, et la bonne pratique des soins de support.

L'activité pluri-thématique d'un Réseau doit se concevoir en respectant une **cohérence entre les thématiques**, afin que cela corresponde à l'évolution du patient dans sa pathologie.

Le Réseau pluri-thématique

Points forts	Points de progrès
<p>La polypathologie d'un patient âgé concerné par un Réseau Gériatrique peut inclure l'existence d'un cancer, ses besoins de santé peuvent évoluer vers les Soins Palliatifs. Dans ces conditions, les avantages apparaissent clairement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour le patient et son entourage, le Réseau pluri thématique est un « guichet unique » qui lui facilite l'accès aux différentes compétences et lui assure une complémentarité d'expertises immédiate puisque des échanges peuvent se faire au sein de l'équipe, • pour les professionnels de santé, le guichet unique, facile d'utilisation, garantit l'obtention d'une réponse moins morcelée et une mise en relation rapide avec des spécialistes de plusieurs disciplines participant à la prise en charge globale du leur patient. <p>D'une manière générale, l'évaluation des situations grâce à une expertise pluri-thématique est un avantage important et le coût financier est bien évidemment réduit: un seul local, une seule équipe administrative, des postes transversaux (ex : travailleur social).</p>	<p>Les réseaux pluri-thématiques ont aussi leurs limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les adhérents et administrateurs (spécialistes d'une thématique), qui auparavant géraient un Réseau monothématique, il existe un risque de ne pas trouver sa place au sein d'un réseau pluri-thématique, de s'y sentir moins représenté, ce qui peut réduire la motivation et induire une moindre participation aux actions du Réseau. Cet inconvénient peut toutefois être pallié par la création d'un groupe de travail qui rassemble ces spécialistes ou en faisant entrer au conseil d'administration des représentants de chaque thématique, • Il existe un risque de perdre une partie de l'expertise spécifique à une thématique, c'est pourquoi il importe de constituer des équipes de coordination différentes et complémentaires dans leur expertise. • La gestion des différences liées aux missions spécifiques à chaque thématique peut poser des difficultés, et notamment l'attribution de moyens de fonctionnement au sein du Réseau en fonction des thématiques et du nombre des patients suivis par chaque équipe. Des rivalités peuvent se faire jour et créer des dissensions internes. • Le rattachement aux fédérations de Réseaux par thématique peut également poser problème.

Les Réseaux doivent être d'accord sur le territoire d'intervention, alors que, pour chaque thématique, le découpage des territoires est différent, les Réseaux doivent être d'accord sur les objectifs, les Réseaux doivent trouver un mode de fonctionnement commun, il doit exister une même volonté de la part des différentes équipes, chaque équipe doit pouvoir se retrouver dans le fonctionnement du nouveau réseau pour garder une certaine identité.

Notons également que les Réseaux s'étant pour la plupart créés sur des initiatives locales, l'identité de chaque Réseau est forte et parfois difficile à abandonner pour retrouver une nouvelle identité plus large. Dans tous les cas, un tel projet ne peut se construire que dans le temps. Des étapes intermédiaires de mutualisation, de rapprochement et de travail commun doivent être mises en œuvre.

5-2 Extension de territoire

Les Réseaux de santé Gériatriques couvrent en totalité les arrondissements de Paris (75), des Yvelines (78) et de l'Essonne (91) mais les 4 autres Départements de l'Ile-de-France (77, 92, 93, 94, 95) ne sont couverts que partiellement.



75 : Réseaux AGEP, ANCRAGE, GERONTO 15.7, MEMORYS, et RESEAU PARIS NORD - La couverture des territoires de santé du 75 est totale. S'agissant des **7 et 15^{ème}**, le réseau Géronto 15.7 a commencé son activité en 2009. En ce qui concerne les **arrondissements du centre de Paris**, une réflexion a été menée et Memorys a étendu son territoire afin de couvrir l'ensemble de ses arrondissements. Pour ce qui est du **14^{ème}** arrondissement, un travail conjoint de Memorys et d'une association de professionnels (Revage) a également abouti à l'intégration de cet arrondissement. Enfin, le **8^{ème}** arrondissement a été confié au Réseau Paris Nord en 2008. Le réseau AGEP a également élargi son territoire à 2 communes du 94, limitrophes de l'ancien bassin de santé 93-1 : **Saint Mandé et Vincennes** en 2008. Le projet **Aloïs, initialement conçu comme un Réseau de santé** a été basculé sur la ligne « expérimentation soins de ville » du FIQCS. Sa mission est principalement de favoriser l'accès au **diagnostic précoce** des maladies de la mémoire et d'initier une prise en charge multidisciplinaire des patients et de leurs aidants, en amont de la dépendance. Des conventions de partenariat sont à conclure entre Aloïs et les Réseaux de gérontologie de proximité (chargés de la prise en charge une fois le dépistage réalisé). Il intervient également dans les Hauts de Seine et la Seine Saint Denis.

77 : Réseau RGS77- Lors de la séance du 24 octobre 2006 de la CIR Commission d'Instruction des Réseaux, les deux projets présentés dans ce département – « Alzheimer Sud 77 » et « Regards Croisés » — avaient reçu un avis défavorable. Les projets ont été retravaillés au regard des recommandations émises par le CIR et un nouveau dossier a été déposé : Réseau Gérontologique 77 Sud. Celui-ci a obtenu son financement fin 2008 et a débuté son activité en 2009. Il couvre l'ancien **bassin de santé 77-2**. A ce jour, aucun projet de Réseau de santé Gérontologique n'est prévu pour le nord du département.

78 : Réseaux CARMAD, EMILE, EPSILON, LE PALLIUM, ODYSSEE, RACYNES, REGELIB78 - Le réseau Emile se situe à la frontière des anciens territoires de santé **78-3 et 78-2**. Lors de l'examen des deux Réseaux de Soins palliatifs Odyssee et Racynes, une recommandation de la CIR Commission d'Instruction des Réseaux, a été d'inciter ces deux réseaux à développer un volet gérontologique. Leur activité a débuté en 2009. Regelib78 a obtenu son financement en 2008 et couvre 12 communes à la frontière des anciens territoires 78-1 et 78-2. Les deux anciens bassins de santé 78-2 et 78-3 du nord des Yvelines sont désormais couverts. Le réseau Carmad couvre une partie du bassin de santé 78-1. A la demande de l'ARS, deux Réseaux de Santé « Soins Palliatifs » ont développé un volet gérontologique, il s'agit d'Epsilon (depuis 2010) et Le Pallium (depuis 2011). La totalité du Département des Yvelines est désormais couverte.

91 : Réseau HIPPOCAMPES - L'Essonne est entièrement couverte par le réseau Hippocampes. Il bénéficie de l'appui des Réseaux de « Soins Palliatifs » SPES et NEPALE pour les patients âgés en fin de vie et des formations communes sont mises en place. Il n'y avait pas une cohérence parfaite entre les limites du département et la carte sanitaire, ainsi certaines communes du 94 appartenaient à l'ancien territoire de santé 91-1, elles sont couvertes par RSG4.

92 : Réseaux AGEKANONIX et OSMOSE - Le réseau AGEKANONIX couvre une partie de l'ancien bassin **92-3**. Son extension progressive à tout le territoire de santé est programmée. Le réseau Osmose, né de la fusion des réseaux ABV8 et Onco92, couvre l'ancien territoire **92-1**. Ainsi, seul le territoire central du département n'est pas couvert par un réseau. REGAL couvre la ville de **Levallois Perret**. C'est le plus ancien réseau gérontologique de l'Île de France, créé à une époque où le financement des réseaux par l'Assurance Maladie n'était obtenu qu'après de longs mois de démarches, les promoteurs de REGAL ont trouvé d'autres modes de financement. **L'ancien territoire de santé 92-2 n'est pas couvert.**

93 : EQUIP'AGE - Le réseau Equip'Age a déposé un dossier de demande de financement en CIR du 6 octobre 2009 et l'a obtenu fin 2010. Il a ainsi débuté son activité en février 2011. Il est porté par le Réseau de « Soins Palliatifs » Arc-en-ciel et couvre le nord de la Seine-Saint-Denis.



94 : RSG 4 - Le RSG 4 est situé sur Créteil et les communes voisines. A ce jour, plusieurs projets ont été déposés. Une plate-forme de coordination ville-hôpital est en cours d'expérimentation par le Réseau Hippocampes avec l'Hôpital Paul Brousse à Villejuif. Une réflexion est également menée sur une couverture plurithématique.

95 : AUTOMNE ET JOSEPHINE - Les anciens territoires 95-1 et 95-2 sont totalement couverts depuis le début de l'année 2009. Automne couvre l'ancien territoire de santé 95-2 et Joséphine couvre le territoire 95-1. A ce jour, il n'existe aucun projet de Réseau de santé Gérontologique pour l'ancien territoire 95-3.

5-3 Intégration « MAIA »

⇒ Présentation générale

Le Ministre du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, de la Santé et des Sports et la secrétaire d'État chargée de la Solidarité ont sélectionné, le 15 janvier 2009, neuf projets de MAIA qui viennent compléter la première sélection de huit projets annoncée le vendredi 21 novembre 2008.

Les MAIA ont pour objectif d'assurer une prise en charge, sanitaire et médico-sociale et un accompagnement coordonnés et personnalisés pour la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et sa famille. C'est l'une des mesures phares du Plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées que le Président de la République a annoncé le 1er février 2008. Plus largement, cette mesure correspond à la volonté du gouvernement d'organiser le système de prise en charge autour de la personne malade ou en perte d'autonomie, et de son entourage. **Au terme de près de deux années d'expérimentation sur dix-sept sites pilotes, les MAIA Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer, définies dans le plan Alzheimer 2008-2012, se déploient sur quarante nouveaux sites en 2011. Ce nouveau dispositif d'action médico-social s'est fixé la couverture de l'ensemble du territoire en 2014. La mesure n° 4 du plan Alzheimer, qui a créé les MAIA, est suivie par un comité national composé de: Direction Générale de la Santé (DGS), Direction Générale de l'Offre de soins (DGOS), Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), Mission nationale de pilotage du plan Alzheimer, Assemblée des départements de France (ADF), Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS), Association France-Alzheimer, représentants des professionnels de santé libéraux, Fondation Médéric-Alzheimer et CNSA.**

- **Un « gestionnaire de cas » pour 40 patients**

Travailleurs sociaux ou professionnels paramédicaux, les « gestionnaires de cas » interviennent dans les situations complexes, afin de coordonner le travail des différents intervenants. Soixante emplois de ce type ont été créés dans les MAIA expérimentales, le plan Alzheimer prévoyant de porter leur nombre à mille d'ici à 2012. Ces professionnels sont les équivalents français des « case managers » anglosaxons ou coordonnateurs de santé en gériatrie; leur expertise est pluridisciplinaire. Leur mission est d'intervenir dans les situations complexes de personnes subissant de graves atteintes cognitives ou de lourdes pertes d'autonomie fonctionnelle. Le gestionnaire de cas est responsable de la prise en charge globale des personnes qu'il suit, référent et interlocuteur direct de la personne, de sa famille et de son médecin traitant. Il garantit le soutien et l'accompagnement des personnes et des aidants informels et développe un partenariat entre les professionnels sanitaires, médicosociaux et sociaux concernés. Il évalue les situations dans une approche multidimensionnelle, définit un plan de services individualisé, basé sur les besoins dûment identifiés et dans lequel s'inscrivent chacun des professionnels. Il planifie le recours aux services adéquats et effectue les démarches pour l'admission des personnes en établissement ou service médico-social.



A partir de l'évaluation qu'il a effectuée, le gestionnaire de cas mobilise une équipe d'évaluation complémentaire (service du conseil général chargé de l'APA, caisses de retraite...). Il peut aussi, sur la base d'un protocole d'accord, favoriser une seule procédure valable pour l'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne ainsi que pour l'allocation de ressource et la construction du plan de services... Assurant le suivi individualisé de la personne, le gestionnaire de cas doit réévaluer régulièrement la pertinence du plan de services mis en place. Ce travail intensif limite à quarante le nombre de situations de personnes simultanément suivies. En juin dernier, huit cent cinquante malades et leurs proches avaient bénéficié des compétences d'un gestionnaire de cas.

- **40 nouvelles MAIA financées par les ARS en 2011**

Les modalités d'un financement et les instruments juridiques et financiers ont été définis, à partir des MAIA expérimentales en 2010. La phase de généralisation fait intervenir de nouveaux opérateurs locaux : les Agences Régionales de Santé. Les ARS sont chargées de lancer dans chaque région des appels à candidatures sur la base d'un cahier des charges élaboré au niveau national. Ce document fait l'objet d'une consultation préalable auprès des représentants des départements (ADF, ANDASS) afin d'envisager les modalités de collaboration possible entre les ARS et les Conseils Généraux pour ces appels à candidatures. L'équipe projet nationale travaille étroitement avec les référents Alzheimer de chaque ARS. Au cours de l'année 2011, en prémices de leur généralisation, une nouvelle MAIA a été créée dans chaque région.

- **Financement**

Dans le budget primitif de la CNSA pour 2011 : le financement des **35 nouvelles MAIA** sur les 40 prévues et de 150 gestionnaires de cas supplémentaires est inscrit pour un montant de **12,2 millions d'euros** en année pleine, qui s'ajoute aux crédits assurant le fonctionnement des 17 sites expérimentaux, d'un montant de 5 millions d'euros.

⇒ **Bilan des expérimentations MAIA portées par les Réseaux de santé Gériatriques**

En 2010, trois Réseaux de santé Gériatriques, dont un en Ile-de-France (RSG4), étaient porteurs (le porteur reçoit directement les fonds) de MAIA, chacun pouvant être différencié par son profil :

- 1 association portant un CLIC, un Réseau gériatrique et un Réseau soins palliatifs
- 1 Réseau gériatrique
- 1 association portant un SSIAD et un Réseau Alzheimer

Il a été constaté qu'une MAIA portée par un Réseau améliorait l'implication des médecins de ville et la légitimité des partenaires de terrain par l'ancienneté du Réseau.

En revanche, l'expérimentation amène à s'interroger sur les 3 points suivants :

- réduction du dispositif MAIA à la gestion de cas,
- posture concurrentielle avec les autres partenaires,
- difficultés d'arrimage du Conseil Général et de l'hôpital, la légitimité du pilote.

Sept Réseaux de santé Gériatriques se sont impliqués en tant que partenaires, dont deux en Ile-de-France (AGEP et Automne) et les mêmes remarques sont à apporter.

Lors de l'appel à projets 2011, 21 candidatures ont été portées par des Réseaux de santé Gériatriques (soit environ 1 demande sur 5), dont 11 par des Réseaux d'Ile-de-France*, ce qui montre leur intérêt pour ce dispositif.

*Agekanonix, Ancrage, Emile, Equip'Age, Epsilon, Hippocampes, Josephine, Memorys, Odysée, Regelib78, Réseau Paris Nord, RGS77



● Optimiser de l'articulation Réseaux de santé Gériatrique /MAIA

La première notion est celle de non concurrence entre les MAIA et les Réseaux, y compris au niveau financier (l'enveloppe MAIA ne représente que 0.13 % de l'enveloppe FICQS nationale).

La qualité de la triade pilote/promoteur/gestion de cas est la clé de la réussite du dispositif : le montage des tables stratégique et tactique revient en permanence au centre des débats.

La table stratégique est constituée des décideurs, planificateurs, décideurs (Conseil Général, ARS, ...)

La table tactique, avec un grand sens du collectif, rassemble les acteurs de terrain co-responsables qui apportent leurs connaissances, leurs compétences et leurs moyens. Cette table fait remonter les informations nécessaires à la table stratégique et catalyse les problèmes de terrain. Le pilote a un rôle essentiel car il a pour mission de constituer ces tables à partir du diagnostic organisationnel qu'il aura établi. La valeur ajoutée du Réseau réside dans sa connaissance et sa pratique des acteurs du sanitaire, ainsi que par sa présence sur le terrain, au cœur des autres acteurs du médico-social et du social.

62

Retour d'expériences du Réseau de santé AGEP pour la MAIA portée par le GCSMS « Autonomie 75.20 » dans le 20^{ème} arrondissement

Le groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) appelé « Autonomie 75.20 » a été créé le 14 mai 2008. Il a pour objet d'être : « un groupement de moyens qui s'adresse aux personnes âgées en perte d'autonomie et/ou présentant une maladie d'Alzheimer (ou apparentée) dont la situation sanitaire et médico-sociale complexe compromet le maintien à domicile ». Le GCSMS est constitué par : l'AGEP (Association Gériatrique de l'Est parisien), l'AMSAD (Aide médico-sociale à domicile pour les personnes âgées), l'AP-HP avec une implication particulière de l'Hôpital Tenon situé sur le 20^e arrondissement, la FNG (Fondation nationale de Gériatrie) du fait de sa participation à l'expérimentation Prisma France depuis 2007, la FOCSS (Fondation Œuvre de la Croix Saint Simon).

La table stratégique ou « Comité Départemental Stratégique » a été constitué en juin 2006, lors de l'expérimentation PRISMA, il réunit les principaux partenaires institutionnels* sur Paris et la Région Ile-de-France

*URML, section généraliste ; URCAM, chargé de la mise en œuvre des réseaux de soins et chef de projet Plan régional de santé publique ; CRAMIF ; CNAV, coordonnateur des chargés d'action sociale ; DASES, sous direction de l'action sociale et sous direction de l'insertion et de la solidarité ; DASES, médecin inspecteur de Santé Publique et responsable des PPE/CLIC ; CASVP, chef de bureau des établissements d'accueil et sous direction des loisirs, du soutien à domicile et des PPE ; l'AP-HP, mission gériatrique DPM (Direction de la politique médicale) ; Direction de la Croix Saint-Simon ; Direction Générale de l'Action Sociale, conseiller technique ; Mairie de Paris, adjointe chargée des Séniors et du lien intergénérationnel ; ARH Ile de France, chargé de mission ; PRISMA, médecin expert et ingénieur recherche

La table tactique ou « Comité Local Opérationnel » existe également depuis l'expérimentation PRISMA en 2006, avec les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux ayant un pouvoir de décision au niveau local dans leur structure* respective.

* FOCSS, directeur du pôle gériatrique et directrice du PPE ; DASES, responsable de coordination SSDP et cadres des différents secteurs et cadre de EMS APA ; CASVP, responsables des différentes sections ; Hôpital TENON, directrice adjointe et cadre du service social et médecin UGA ; CNAV, chargé d'action sociale ; Mairie de 20e, adjointe aux aînés et solidarité intergénérationnelle ; AP-HP, cadre du service social des HAD ; CODERPA, vice-présidente ; Maison Blanche, cadre du service social et chefs de service des différents CMP du 20e ; FNG, administrateur du GCSMS ; AGEP, président et médecin coordonnateur ; AMSAD, directeur (poste vacant depuis mars 09) ; PRISMA, médecin expert et ingénieur recherche

L'équipe de l'expérimentation PRISMA a mis en place l'utilisation de l'**Outil d'Évaluation Multi Dimensionnelle (OEMD)**, complété par le **Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF)** intégrant le SMAF social, ainsi il correspond à l'outil le plus approprié à la gestion de cas.

- Cet outil a été validé en CDS et CLO et l'ensemble des gestionnaires de cas actuelles ainsi que la pilote ont suivi une formation organisée par le Dr Somme, médecin gériatre responsable du projet PRISMA France.

- Les gestionnaires de cas envoient à chaque partenaire concerné la feuille de synthèse de l'OEMD qui recense les besoins de la personne âgée.

Un dossier de gestion de cas, constitué de 5 parties distinctes et contenant les éléments suivants:

1/ Première partie

- la fiche d'identification
- la demande de gestion de cas
- le consentement à l'échange d'information
- la désignation de la personne de confiance

2/ Deuxième partie

- l'outil d'évaluation multi-dimensionnelle et la synthèse
- la grille du SMAF social
- le plan de service individualisé

- le tableau de soin

3/ Troisième partie

- les courriers reçus
- les courriers envoyés
- les copies des dossiers antérieurs

4/ Quatrième partie

- les notes évolutives

5/ Cinquième partie

- les documents administratifs

Mise en place d'un Plan de Services Individualisés (PSI)

- Le PSI est construit à partir de l'OEMD et du SMAF et comporte 5 items :
- les informations sur la personne



- les besoins et les orientations qui en découlent, déclinées en actions à entreprendre.
- les services alloués et les apports des proches aidants et leurs orientations.
- les démarches et services ponctuels et leurs orientations
- Le PSI est un outil de planification individualisé de tous les services.

Il est construit en concertation avec la personne et l'ensemble des intervenants et résume les problèmes, les situations de handicaps et les besoins.

L'OEMD est reconnu par la CNAV et a fait l'objet d'un **Protocole d'accord entre la CNAV Ile de France et les gestionnaires de cas**. Le gestionnaire de cas, opère la transposition de la grille SMAF à la grille AGGIR, fait l'évaluation des besoins (OEMD) et constitue le dossier de demande de prise en charge des prestations

Le responsable de secteur adresse un mail au gestionnaire de cas après traitement du dossier et lui adresse, le cas échéant, le tableau de valorisation rectifié. A réception de cette décision le gestionnaire de cas contacte le ou les prestataires pour leur confirmer la nature et la fréquence des aides prises en charge par la CNAV.

De la même façon l'OEMD a fait l'objet d'un **Protocole d'accord entre l'Equipe Médico-Sociale de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (EMS APA) et les gestionnaires de cas**. La participation de l'EMS APA au Comité Local Opérationnel a permis à la Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé (DASES) de proposer la reconnaissance des évaluations et des plans d'aide établis par les gestionnaires de cas. Ainsi, la personne âgée en situation complexe bénéficie d'un seul référent et d'une réduction du délai d'attribution de l'APA. D'autre part, l'EMS APA peut faire appel au service de gestion de cas pour des situations complexes rencontrées lors d'évaluations.

● **Les points forts**

- Des protocoles et des outils validés par le CDS et le CLO lors de l'expérimentation PRISMA.
- La MAIA du 20e est située sur un territoire où plusieurs acteurs forts sont implantés depuis longtemps.
- Une équipe pluridisciplinaire de gestionnaires de cas en place depuis le printemps 2008 et formée aux outils (OEMD, SMAF, PSI..) en dépit de son instabilité dans le temps
- La conviction du GCSMS, du pilote et d'une partie des partenaires de l'utilité du projet MAIA sur l'amélioration et la cohérence de la réponse apportée aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile.

● **Les points perfectibles**

- L'appropriation par l'ensemble des partenaires du 20e des principaux concepts MAIA et des niveaux d'intervention du dispositif : guichet unique points d'accès et portes d'entrée
- L'appropriation et l'utilisation des protocoles et des outils, validés par le CDS et le CLO lors de l'expérimentation PRISMA, par les acteurs du territoire et leur évolution commune.
- L'amélioration de la cohésion entre les services existants et l'organisation d'une réelle convergence.
- L'intégration au dispositif MAIA des acteurs spécifiques de la maladie d'Alzheimer, des paramédicaux libéraux ainsi que de l'ensemble des services intervenant sur le 20ème arrondissement.
- La formation régulière de l'ensemble des professionnels sur les outils utilisés
- La communication sur la MAIA.

● **En résumé**

- **2009-2010 3 Réseaux de santé Gérontologiques en Ile-de-France sont impliqués dans une MAIA**
- AGEP (75), Automne (95) et RSG4 (94)
- **2011-2012 4 Réseaux de santé Gérontologiques : AGEP (75), Equip'Age (93), Epsilon (78), RSG4 (94)**
- **2013 : Déploiement** de 100 à 150 sites à l'horizon 2013 soit 2 à 3 par régions selon la démographie.

Points forts	Points de progrès
<p>Guichet unique pour le patient et son entourage pour les professionnels de santé, du médico-social, du social ⇒ Décloisonnement et mise en relation rapide</p>	<p>Partenaires co-responsables pour les administrateurs et les équipes ⇒ Défragmenter les décideurs (organisationnel et financier)</p>

En savoir plus sur le site de la FREGIF :

Rapport d'évaluation des 17 sites expérimentaux <http://www.fregif.org/docs/institutions/2011-03-rapport-maia-experimentation2010-340.pdf>
Vidéo de Matthieu de Stampa <http://www.fregif.org/reseaux-sante-gerontologiques/documentation/videos,10,40,0,0>



5-4 Intégration « CLIC » – Centre Local d'Information et Coordination*

*D'après la Circulaire DGAS DHOS 2C 03 2004 452 du 16 septembre relative aux CLIC et aux réseaux de santé « personnes âgées » - septembre 2004

Sur les 22 Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France, 3 ont intégré un CLIC dans leur structure : Emile, Joséphine et RGS77.

La canicule de l'été 2003 a mis en relief l'importance du **niveau local de proximité**, notamment pour repérer les personnes âgées fragiles, pour mener des actions de prévention primaires et secondaires, pour renforcer l'accès aux soins de proximité, ainsi que la nécessité de d'intégrer dans un projet global cohérent et lisible les actions des structures de coordination existantes (CLIC et Réseaux de santé Gérontologiques).

Cette intégration dans un projet global tient nécessairement compte des spécificités et des complémentarités de chacun.

⇒ Spécificités CLIC / Réseaux de santé gérontologiques

● Les champs d'intervention

Les CLIC s'inscrivent dans une politique publique territorialisée en faveur des personnes âgées, qui est définie dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (schéma gérontologique).

Les Réseaux se situent dans le cadre de l'organisation du système de santé, qui est définie par le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS).

● Les missions

Les CLIC et les Réseaux de santé Gérontologiques concourent à améliorer la qualité de la prise en charge fondée sur une approche globale et personnalisée des besoins des personnes, associant prévention, accompagnement social et soin. Ils mobilisent autour des besoins individuels, dans une aire géographique définie, les ressources du champ sanitaire, médico-social et social. Les soins font partie intégrante de la prise en charge assurée par les Réseaux de santé Gérontologiques, alors que les CLIC n'ont pour vocation à délivrer directement ni soins, ni prestations à domicile. Les missions des Réseaux de santé Gérontologiques sont centrées sur la prise en charge du patient, pluri professionnelle et interdisciplinaire, quel que soit le lieu. Inscrits dans une démarche qualité, les Réseaux de santé sont organisés et structurés pour coordonner et former les professionnels concernés.

La spécificité des CLIC tient essentiellement à leur ancrage territorial fort, concrétisé par un partenariat étroit avec les collectivités territoriales, qui leur permet de faire converger les besoins des personnes âgées et de leur entourage vers les professionnels et les politiques des institutions. Les CLIC sont des structures de proximité, lieux d'accueil, d'écoute et d'évaluation.

● Le public

Les publics concernés par les CLIC et les Réseaux de santé ne sont pas définis de la même manière, ils se recoupent, toutefois, partiellement. Les CLIC ont pour vocation à s'adresser à l'ensemble des personnes âgées de **60 ans et plus**, à leur entourage et aux professionnels qui interviennent auprès d'elles. La population cible des Réseaux de santé est définie en fonction de l'objet du Réseau et des objectifs poursuivis. Les Réseaux répondent à des besoins de santé spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Les Réseaux de Santé Gérontologiques concernent les personnes âgées souffrant de maladies chroniques ou aiguës nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire, **âgées de 75 ans et plus**.



⇒ Complémentarité CLIC / Réseaux de santé Gérontologiques

Une coopération étroite entre CLIC et Réseau de santé amplifie le décloisonnement des acteurs locaux et permet à chacune des structures d'assurer facilement l'intégralité de ses missions. **Le CLIC facilite l'accès au grand public** pour le Réseau, lui permet de démultiplier l'information, de mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation à la santé vers un public beaucoup plus large, il facilite la mise en œuvre de l'accompagnement social et médico-social et contribue à faire émerger et à développer des projets de Réseaux gérontologiques et à promouvoir les Réseaux existants, dont il est partenaire, voire membre adhérent. **Le Réseau de santé gérontologique offre au CLIC une expertise médicale** facilement mobilisable, une reconnaissance par les professionnels de santé, il permet aux personnes âgées atteintes de polyopathologies de bénéficier d'une prise en charge globale et continue, enfin le Réseau contribue aux projets de CLIC, à la promotion des CLIC existants. Un **financement** au titre des CLIC et au titre des Réseaux de Santé Gérontologiques est compatible et cumulable, dès lors que la structure concernée remplit bien les missions afférentes à chacune des structures et que la présentation des comptes fait clairement apparaître les différentes sources de financement.

65

⇒ Une concertation institutionnelle pour offrir aux CLIC et aux Réseaux un cadre d'intervention cohérent et lisible

Afin d'optimiser l'action des CLIC et des Réseaux de santé, les instances départementales et régionales participant à l'instruction des dossiers doivent organiser et faciliter leur complémentarité. Il est souhaitable d'établir une concertation régulière entre les deux niveaux de pilotage (régional pour les Réseaux et départemental pour les CLIC), afin de donner un cadre cohérent et lisible aux actions des coordinations gérontologiques (CLIC et Réseaux) existantes et en préparation. Dans de nombreuses régions, des dispositifs de travail ont été mis en place et l'articulation entre ces deux instances se fait par le biais des Directions Territoriales ARS qui travaillent en lien étroit avec les directions départementales des Conseils Généraux. Dans le cadre de la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, il a été mis fin au copilotage Etat/département du dispositif CLIC, le président du Conseil Général devenant le pilote unique et ayant vocation à autoriser les CLIC, après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). Les deux instances de concertation doivent s'organiser pour partager l'information dont elles disposent et faciliter, à travers l'instruction des dossiers CLIC et Réseaux de Santé Gérontologiques, la complémentarité et la cohérence des deux dispositifs. A cet effet, la participation des Conseils Généraux aux Commissions de l'ARS et vice et versa doit être recherchée. L'expérience des acteurs locaux et régionaux montre qu'il est particulièrement utile de :

- diffuser auprès de l'ensemble des décideurs et acteurs concernés une cartographie régulièrement actualisée des CLIC et des Réseaux de santé Gérontologiques,
- rechercher la cohérence et la compatibilité entre les territoires des CLIC et des Réseaux de santé Gérontologiques,
- exiger une articulation très solide entre CLIC et Réseaux de santé Gérontologiques, afin d'éviter les doublons et de permettre aux usagers et aux professionnels d'accéder à la prestation adéquate, quelle que soit la porte d'entrée.

Cette concertation concrète visant à la cohérence des structures de coordination gérontologiques contribuera à renforcer l'articulation entre les schémas gérontologiques départementaux et le SROS.

Points forts	Points de progrès
<p>1/ Guichet unique</p> <p>2/ Accès grand public (CLIC) + expertise médicale (Réseau de santé) pour le patient et son entourage pour les professionnels de santé, du médico-social, du social</p> <p>⇒ Mutualisation ressources humaines, techniques et financières</p>	<p>Concertation des décideurs organisationnels et financiers pour les administrateurs et les équipes</p> <p>⇒ Gestion comptable et affectation des ressources</p>

5-5 Intégration « Pôle de santé » et premier recours

La disposition introduite par la loi HPST concernant la création de pôles de santé s'attache au problème d'accès aux soins dans les zones rurales excentrées et dans des territoires mal pourvus en professionnels de santé.

L'introduction du concept de « pôles de santé » offre une nouvelle opportunité pour les Réseaux de Santé Gérontologiques car ceux-ci ont l'ambition d'articuler le sanitaire, le médico-social et le social en associant des professionnels de santé, des maisons de santé, des centres de santé, des établissements de santé, des établissements sociaux et médico-sociaux, dans le cadre de GCS et des GCSMS afin d'identifier de nouvelles zones d'alliance avec la médecine de ville, y compris sous la forme d'un rassemblement géographique de services cohérents quoique de statuts divers.

D'après la loi du 21 juillet 2009 Hôpital, Patient, Santé et Territoire

Après l'article L. 6323-3 du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III ter ainsi rédigé :

Chapitre III ter « Pôle de santé »

« Art. L. 6323-4 – Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L1411-12, et peuvent participer ux actions de prévention, de promotion de l santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5.

« Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. »

⇒ Le premier recours

Les Réseaux de santé constituent actuellement dans la région Ile-de-France l'une des principales formes développées de coopération et de coordination des soins de premier recours, même s'ils ne se limitent pas à cette seule dimension. De forts enjeux pèsent actuellement sur l'avenir de la médecine de ville, notamment en termes démographiques, y compris dans la région, avec en particulier des disparités géographiques importantes et croissantes. Les Réseaux peuvent donc constituer un outil privilégié d'organisation et de structuration de la médecine de ville. La montée en charge des maisons et pôle de santé, en Ile-de-France est encore débutante et il est vraisemblable que leur seul développement organique ne permettra pas d'aboutir dans des délais proches à une organisation des soins de premier recours plus fluide et coordonnée.

En revanche, en liaison avec les Réseaux, il est possible de formaliser des regroupements cohérents de professionnel de santé de ville, en particulier autour d'actions collectives de proximité, telle que l'éducation thérapeutique, la prévention de maladies chroniques, le partage d'outils et de compétence (en particulier avec l'aide de la télémédecine).

⇒ Des pôles de santé sur la base de Réseaux existants

Il s'agirait de privilégier l'**émergence de pôles de santé**, en lien ou **sur la base de Réseaux existants** et ayant déjà acquis une notoriété suffisante. De premières expériences, s'appuyant notamment sur l'expérimentation des **nouveaux modes de rémunération**, commencent à émerger sur quelques territoires. Sous réserve de disponibilités financières du FIQCS, cette politique pourrait notamment s'appuyer sur la valorisation, financière ou non, des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et aussi des **contrats locaux de santé**. **Le lien ainsi créé entre :**

- **les collectives locales**, pour certaines de plus en plus soucieuses des problématiques de désertification médicale (en particulier de la médecine générale)



- **les professionnels de santé**, aidés des Réseaux pour toutes les démarches de type formation, protocoles de prise en charge, éducation thérapeutique, coordination entre plusieurs disciplines et plusieurs professions, voire plusieurs secteurs (médical, social, MS)
- **les patients**, notamment autour des associations de malade et du CISS, peut permettre d'envisager la formalisation de contrats locaux, intégrés dans le projet régional de santé, et ainsi suivis de manière partenariale par les institutions (ARS, assurance maladie) et les professionnels (URPS et fédération de Réseaux).

Points forts	Points de progrès
<p>La polypathologie d'un patient âgé concerné par un Réseau Gériatrique peut inclure l'existence d'un cancer, ses besoins de santé peuvent évoluer vers les Soins Palliatifs. Dans ces conditions, les avantages apparaissent clairement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour le patient et son entourage, le pôle de santé est un « guichet unique » qui lui facilite l'accès aux différentes compétences et lui assure une complémentarité d'expertises immédiate puisque des échanges peuvent se faire au sein du pôle, • pour les professionnels de santé, le guichet unique, facile d'utilisation, garantit l'obtention d'une réponse moins morcelée et une mise en relation rapide avec des spécialistes de plusieurs disciplines participant à la prise en charge globale du leur patient. • pour les financeurs, la mutualisation des fonctions support transversales : formation, prévention et éducation thérapeutique du patient, informations et orientations, entretien et soutien psychologique, etc. laisse présager une diminution des coûts 	<p>Un pôle de santé pluri-thématique a aussi des limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il existe un risque de perdre une partie de sa spécificité thématique, historique, territoriale, • La gestion des différences peut poser des difficultés, et notamment l'attribution de moyens de fonctionnement. Des rivalités peuvent se faire jour et créer des dissensions internes. • Il faut s'assurer que ce regroupement en pôle s'organise à partir de l'existant au sein des Réseaux pour ne pas créer une nouvelle structure source de nouveaux moyens financiers, humains et techniques et perdre ainsi le bénéfice de la mutualisation.



6- La FREGIF Fédération des Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France

6-1 Présentation générale

Nom de la structure :	FREGIF – Fédération des Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France
Statut juridique :	Union d'associations et de groupement, Loi de 1901
Date de constitution :	Assemblée générale constitutive le 6/2/2007
Enregistrement Préfecture :	Le 16/3/2007 sous la référence W751180531 (ancienne référence : 00180531P)
Objet de la structure :	La Fédération a pour objet de faciliter, d'améliorer et de développer les missions des Réseaux de santé Gérontologiques et d'assurer leur représentation ainsi que la défense de leurs droits et intérêts matériels et moraux.
N° SIRET/ Code APE	509 25 44 88 000 18/ 9499 Z
Date de parution au JO	28 avril 2007
Siège social :	Fondation Nationale de Gérontologie - 49 rue Mirabeau, 75016 Paris
Adresse postale :	Hôpital Paul Brousse –Bâtiment Claude Bernard, 12.14 avenue Paul Vaillant Couturier, 94800 Villejuif
Téléphone/ Fax :	01 46 72 35 65
Email :	helenebas@fregif.org
Nom du responsable juridique :	Docteur Marie-France MAUGOURD
Fonction :	Présidente de l'association
Profession :	Médecin des hôpitaux

⇒ Le Bureau

Le bureau élu pour la période 2011-2013 est composé de :

- Présidente : Docteur Marie-France MAUGOURD, Réseau HIPPOCAMPES
- Vice-présidente : Docteur Gudrun SCHÖNE TAMISIER, Réseau MEMORYS
- Trésorier : Docteur Albert SERVADIO, Réseau AGEF
- Trésorier adjoint : Galatée COSSET-DESPLANQUES, Réseau Agekanonix -Handicaps et Dépendances

LES RESEAUX DE SANTE GERONTOLOGIQUES EN ILE-DE-FRANCE : Etat des lieux et perspectives - Septembre 2011

Plus d'informations sur www.fregif.org



- Secrétaire Général : Docteur Matthieu DE STAMPA, Réseau ANCRAE
- Secrétaire Générale adjoint : Nadine IDALGO, Réseau Santé Paris Nord
- Chargée de mission Protocole « social » : Yvelise ABECASSIS, Réseau RGS77
- Chargé de mission Protocole « médical » : Docteur Arnaud LARROUTURE, Réseau EMILE

⇒ Rappel historique

Les Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France ont, depuis leur création, développé des liens étroits qui leur ont permis de mettre en œuvre des actions communes. Ils se sont réunis depuis mai 2006 dans le cadre du Centre Mémoire de Ressources et de Recherche d'Ile-de-France et se sont répartis en quatre groupes de travail (Dossier Patient, Evaluation, Rémunérations spécifiques, Formation).

Forts de cette collaboration et devant l'évolution des dispositifs de financement, du maillage régional sanitaire et social en gérontologie et de la politique de santé (plan Alzheimer, SROS soins gérontologiques, circulaires filières gériatriques, Réseaux gérontologiques, coordinations gérontologiques), les Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France ont souhaité formaliser leurs liens en créant une Fédération en février 2007 (Assemblée générale constitutive) qui comptait alors cinq réseaux.

⇒ Membres

Les Réseaux de santé Membres prennent en charge des patients âgés d'Ile-de-France atteints de poly pathologies invalidantes chroniques en état de dépendance physique et/ou psychologique et en situation de rupture sociale.

La Fédération est ouverte à tous les Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France.

Elle est composée d'associations et de groupements (tels que groupement de coopération sanitaire, groupement d'intérêt public ou groupement d'intérêt économique) répondant aux conditions suivantes :

- Encadrer un ou plusieurs réseaux de santé dont le domaine d'activité principale est celui des soins aux personnes âgées en Ile-de-France ;
- Etre régulièrement constitué dans l'une des formes susvisées en conformité avec l'article L 6321-2 du code de la santé publique ;
- Bénéficiaire majoritairement d'un mode de financement prévu par l'article L 6321-1 du code de la santé publique et à ce titre, bénéficiaire d'une aide financière octroyée par décision de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France au titre du Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins ou tout autre financement fixé par le Code de la santé publique.

Les associations ou groupements qui sont en attente de ce type de financement ou qui bénéficient majoritairement d'un autre mode de financement peuvent adhérer à la Fédération comme « Membre associé » et participer aux débats avec voix consultative.

Depuis 2006, le nombre de Réseaux de santé, toutes thématiques confondues, a plus que doublé (90 à ce jour) en Ile-de-France. La FREGIF regroupe à ce jour les 21 Réseaux de santé Gérontologiques financés par l'ARS au titre du FIQCS. Le Réseau REGAL est « Membre associé ».

- 

• **2006** 7 Réseaux Gériatriques et Alzheimer*
AGEKANONIX- AGEP – ALOIS* – ANCRAGE – HIPPOCAMPES* – MEMORYS – RSG4
- 

• **2008** 10 Réseaux de santé Gériatriques et Alzheimer*
AGEKANONIX- AGEP – ALOIS* – ANCRAGE – EMILE- HIPPOCAMPES – MEMORYS – REGAL- RESEAU PARIS NORD 70
RSG4
- 

• **2009** 16 Réseaux de santé Gériatriques
AGEKANONIX- AGEP - ALOIS – ANCRAGE – AUTOMNE - EMILE- GERONTO 15.7 - JOSEPHINE- HIPPOCAMPES –
MEMORYS – OSMOSE- REGAL - REGELIB78 - RESEAU PARIS NORD- RGS77- RSG4
- 

• **2010** 18 Réseaux de santé Gériatriques
AGEKANONIX, AGEP, ANCRAGE, AUTOMNE, CARMAD, EMILE, GERONTO15.7, HIPPOCAMPES, JOSEPHINE,
MEMORYS, ODYSSEE, OSMOSE, REGAL, REGELIB78, RESEAU MEMOIRE ALOIS, RESEAU PARIS NORD, RGS77, RSG4
- 

• **2011** 22 Réseaux de santé Gériatriques tous Membres de la FREGIF
AGEKANONIX, AGEP, ANCRAGE, AUTOMNE, CARMAD, EMILE, EPSILON, EQUIP'AGE, GERONTO15.7, HIPPOCAMPES,
JOSEPHINE, LE PALLIUM, MEMORYS, ODYSSEE, OSMOSE, RACYNES, REGAL, REGELIB78, RESEAU MEMOIRE ALOIS,
RESEAU PARIS NORD, RGS77, RSG4

6-2 Pertinence, objectif général et objectifs opérationnels de la fédération

⇒ Pertinence de la Fédération

Le vieillissement de la population - qui représente une évolution positive de la société – soulève d'importantes questions d'ordre économique et social, car à partir d'un certain âge, les adultes peuvent nécessiter davantage de soins et de services à la personne, notamment lorsque pour des raisons physiques ou mentales, ils sont confrontés à une perte d'autonomie.

En Ile-de-France, 92% des adultes de 75 ans ou plus demeurent à domicile - ce ratio est supérieur au niveau national (90%). Ceux qui résident en proche couronne ont cependant moins de possibilités de recevoir des soins infirmiers à domicile qu'en moyenne en France, du fait d'un déficit conjugué en infirmiers libéraux et services de soins infirmiers à domicile – SSIAD. De même, les adultes de 75 ans ou plus en perte d'autonomie souhaitant intégrer un établissement d'hébergement collectif situé à Paris ou en proche couronne ont moins de possibilités qu'en moyenne en France, malgré l'important effort de médicalisation des maisons de retraite engagé depuis 2001. Les années 2001-2006 ont également été caractérisées, au niveau régional, par la volonté de développer les dispositifs médico-sociaux de soutien à domicile, avec un accroissement marqué de la capacité d'accueil de jour sur cette période (+10,3% par an) - supérieur à l'augmentation annuelle de l'effectif des 75 ans ou plus (+2,9%).

Pour assurer la continuité et la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, il est indispensable de bien articuler l'action des services et établissements médicosociaux et sociaux avec le secteur sanitaire, c'est le rôle des Réseaux de santé Gériatriques en lien avec les filières gériatriques hospitalières en cours de constitution à l'initiative de l'ARS Agence Régionale de l'Hospitalisation. Ceci doit être une préoccupation constante de l'ensemble des acteurs.



Pour faciliter, améliorer et développer leurs missions, les Membres doivent élaborer des projets communs avec le soutien de la Fédération, ces projets nécessitent :

- Un investissement (essentiellement humain) de chaque Réseau,
- Un soutien logistique par la Fédération,
- Des partenariats avec les institutionnels (autres Réseaux, caisses de retraite, associations, etc.)
- Et des aides extérieures (sociétés de services, experts, bureaux d'études etc.).

71

Un projet porté par la Fédération ne concerne pas nécessairement tous les Réseaux de santé Gériatriques mais il est établi sur la base du volontariat, ses résultats sont présentés à l'ensemble des Membres, évalués et critiqués et peuvent servir de modèle aux autres Réseaux. La Fédération apporte son expertise aux Réseaux qui le souhaitent et réalise des recherches documentaires pour ses Membres.

POURQUOI **Faciliter, améliorer et développer les missions des Réseaux de santé Gériatriques**
Sur la base du volontariat des Membres
Partage et évaluation des résultats

COMMENT **Elaboration de projets communs**
Investissement (essentiellement humain) de chaque Membre
Soutien logistique de la Fédération
Lobbying et partenariats avec les institutionnels

⇒ **Objectif général de la FREGIF**

La FREGIF, est à la fois un outil de communication auprès des professionnels de santé et du grand public, un outil de représentation auprès des institutions et enfin un outil de développement de projets visant à améliorer la visibilité, la qualité et la diffusion de leur pratique (protocoles, formations, recherche), leur évaluation et leur organisation (réflexion juridique...).

La Fédération permet de :

- Développer, coordonner, mutualiser les expériences, les outils et savoir-faire des Réseaux de santé Gériatriques,
- Initier et favoriser l'information des professionnels de santé et du grand public sur les actions menées par les Membres de la Fédération par la mise en œuvre d'un ensemble de moyens de communication (site Internet, organisation de colloques, séminaires, campagnes de communication, publications, édition et diffusion de tous ouvrages, communiqués de presse...),
- Participer, pour le compte de ses Membres à la formation, à la recherche et à la réflexion tant dans le domaine de la Gériatrie, de la Neurologie, de la Psychiatrie et de la Médecine Générale que dans celui de la coordination des professionnels de santé,
- Assurer la représentation (promotion et défense de leurs droits et intérêts) auprès des pouvoirs publics et des autorités administratives.

⇒ **Objectifs opérationnels de la FREGIF**

Au terme de sa deuxième année de fonctionnement effectif, les objectifs sanitaires, économiques, organisationnels, de communication et qualité que s'était fixée la FREGIF sont poursuivis.



En 2011, la FREGIF maintient le cap initial de ses objectifs tout en les diversifiant.

- **Objectifs sanitaires :**
 - Améliorer la qualité de la prise en charge (couverture territoriale et diffusion des pratiques professionnelles)
 - Informer les professionnels du sanitaire, du médico-social et du social
 - Former les professionnels du sanitaire, du médico-social et du social
 - Faciliter et améliorer les connaissances sur les soins gérontologiques en Ile-de-France (professionnels, les aidants et les patients)

- **Objectifs économiques :**
 - Optimiser l'impact économique du travail de mutualisation grâce aux économies d'échelle
 - Evaluer l'efficacité médico-économique de la prise en charge de patients par les réseaux (coût/efficacité)
 - Optimiser les coûts engendrés par l'activité de chacun des réseaux par la mutualisation

- **Objectifs organisationnels :**
 - Réfléchir sur une harmonisation « juridico-technico-financière » des structures
 - Favoriser la production par les réseaux de données communes au moyen d'une harmonisation de leur système d'information

- **Objectifs communication :**
 - Promouvoir les réseaux et améliorer la communication envers les professionnels du sanitaire, du médico-social, du social et du grand public
 - Faire connaître et développer l'image des Réseaux auprès des professionnels du sanitaire, du médico-social, du social
 - Inciter et accompagner la création de Réseaux sur les territoires non couverts
 - Améliorer la communication et la visibilité auprès des institutionnels et pouvoirs publics

- **Objectifs qualité**
 - Auto-évaluer sa structure pour un pilotage efficient
 - Evaluer la satisfaction des Membres, partenaires et tutelles
 - Evaluer la pertinence et l'efficacité des formations dispensées
 - Evaluer la qualité du service rendu par la fédération
 - Etre un interlocuteur des instances de mise en œuvre des politiques gérontologiques

6-3 Actions menées en 2010

La Fédération s'est attachée à créer sa dynamique propre en faisant se rencontrer les réseaux Membres à l'occasion des Instances, des groupes de travail, de rencontres formelles dans le but de s'accorder et mettre en œuvre la politique à mener en faveur des Réseaux de santé Gérontologiques.

La Fédération est un lieu d'échanges des pratiques, elle doit donner à ses réseaux Membres un appui leur permettant de réaliser leurs projets :

- Mettre en commun l'expertise et la force de proposition des autres réseaux ayant déjà réalisé ou initiant des projets
- Mettre à disposition le soutien « logistique » de l'équipe opérationnelle



⇒ 1- Développer les Réseaux de santé Gériatriques d'Ile-de-France

• En mutualisant les MOYENS HUMAINS

- **Instances de travail** : Pilotage des actions en Bureau (11) / Conseils d'Administration (7) / Comités Scientifiques (4) / Groupes de travail
- **Recrutement** : Réflexions sur les partenariats avec les DU et l'intégration de stagiaires / Diffusion des offres d'emploi)

• En mutualisant les MOYENS TECHNIQUES

- **Supports scientifiques** : Partage des supports de formations médico-psycho-sociales, protocoles et posters sur l'intranet/ Réalisation de vidéos / Réflexion sur un tableau de bord mutualisé / Réflexion sur l'ETP, la prévention et les travaux de recherche
- **Supports généralistes** : Réalisation d'un veille documentaire (revue de presse, agenda, AAP...), formations administratives, annuaires
- **Supports informatiques** : Suivi du projet R-Mes /Réalisation d'un Intranet

• En mutualisant les MOYENS FINANCIERS

- Abonnements : Presse et outils web
- Prestataires : Fournitures de bureau, complémentaire santé, kits de formation

⇒ 2- Représenter les Réseaux de santé Gériatriques d'Ile-de-France auprès des institutionnels, pouvoirs publics, autorités administratives, sociétés savantes, etc....

• Elaborer des RÉFÉRENTIELS ET DES OUTILS

- **Référentiels** : Réalisation d'un dossier de synthèse « Etat des lieux et perspectives des Réseaux de santé Gériatriques», Réflexions sur un panorama régional et un tableau de bord mutualisé / Annales PV CA
- **Annuaires** : Gestion de la base de données FREGIF (2235 contacts qualifiés) du fichier presse et du fichier « Réseaux de santé »

• Répondre aux APPELS A PROJETS et APPELS À COMMUNICATION

- **Appels A Projets** : Veille documentaire pour l'AAP MAIA / Réflexion sur un tableau de synthèse mensuel
- **Appels A Communication** : Accompagnement et réalisation des posters AGEP (auto négligence) et EMILE (1000 d'Emile) dans le cadre CIFGG à Nice et la journée annuelle de la SGGIF / Réflexion sur un tableau de synthèse mensuel

• Mener des actions de DEFENSE D'INTERET ET REPRESENTATION

- Auprès des **financeurs et décideurs** : ARS / ANAP / ASIP / Caisses de retraite / CNSA / HAS / DGOS DGSCS
- Auprès des **fédérations et groupements de professionnels** : RESODIF/ SFGG Groupe Réseaux/ Fédérations thématiques/ UNRSanté / SFGG / SFSP / SGGIF, etc...

⇒ 3- Promouvoir les Réseaux de santé Gériatriques d'Ile-de-France auprès des professionnels du sanitaire, du médico-social et du social et du grand public

• Concevoir des SUPPORTS DE COMMUNICATION

- **Site internet** : Création d'espaces Professionnels, grand public, rubriques actualités, documentation, etc...
- **Supports visuels, WEB et vidéos** : Mise à jour de la **plaquette**/ Carte de vœux électronique/ 3 **vidéos**

• Assurer des RELATIONS PRESSE

- **Articles et communiqués de presse** : 3 articles > Libération (oct10) / AgeVillage (oct10) / Réseaux, Santé et Territoires (sept10), Rédaction et envoi de 2 communiqués: Colloque (juin10) et actes du colloque (oct10)

• Développer des PARTENARIATS

- **Réseaux de santé Régionaux** : Réflexion sur la mise en œuvre de partenariats avec SLA, Morphée, Appoline



- **Institutionnels du sanitaire, médico-social et social** : Réflexions et mise en œuvre de partenariats avec ADJ, HABEO, APHP, CNAV, EISAI, Petits Frères des Pauvres, FNG, etc.
- **Organiser et participer aux COLLOQUES, RENCONTRE PROFESSIONNELLES et autres ÉVÉNEMENTS**
- **Événements FREGIF** : Réalisation d'1 colloque « Gériatres et psychiatres, quelle collaboration au domicile du patient ? (HEGP -oct) / Etats généraux « collaborateurs » (mars)
- Participation aux autres événements et réalisation des comptes-rendus: Journées Ste Anne, Emile, Paris Nord, Hippocampes, CIFGG, SGGIF, Assises du Grand Age, Salon Autonomie et Assises de l'Autonomie, TIC Santé, etc.

6-4 Perspectives pour 2011

Les objectifs à atteindre prioritairement sont les suivants :

- ⇒ **Aider à l'amélioration de l'offre de soins au quotidien par la mutualisation d'un certain nombre de moyens**
 - Humains, techniques et financiers (aide aux aidants, outils de formation, protocoles, outils de gestion, etc.)
 - Partager une culture commune (critères d'inclusion, critères de sortie d'un réseau, tableau de bord, PPS, etc.)
- ⇒ **Améliorer la qualité de prise en charge par le recensement et la diffusion des bonnes pratiques des Réseaux Membres**
 - Echange et mise à disposition d'échelles et outils d'évaluation des patients, de protocoles de prise en charge, de formations pluridisciplinaires, d'un tableau de bord commun...
 - Mise en place d'actions de recherche
- ⇒ **Assurer la continuité de la prise en charge des personnes âgées**
 - Couverture totale de la région Ile-de-France
 - Signatures de conventions cadres avec les Réseaux de santé Régionaux et les acteurs incontournables intervenant dans la prise en charge du patient âgé
 - Pérennisation des financements
- ⇒ **Faire connaître le savoir faire des Réseaux de santé Gériatriques par une forte stratégie de communication et de représentation**
 - Diffusion des logos, conception de posters, élaboration et mise à jour des référentiels, qualification et développement de la base de données, développement et suivi des partenariats, actions presse et média
 - Colloque annuel : le 13/10/2011 autour de l'habitat
- ⇒ **Participer de façon active au niveau régional et au niveau départemental à la rédaction des schémas d'organisation sanitaire, médico-sociale, sociale et de prévention**
 - SROS Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
 - SROMS Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale,
 - SRP Schéma Régional de Prévention

Et surtout l'investissement optimal des équipes et administrateurs !

7- CONCLUSION

Ce rapport, élaboré par la Fédération des Réseaux de Santé Gérontologiques d'Ile de France a eu l'ambition de présenter le travail des Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France, accroître lisibilité pour leurs différents partenaires et servir à l'élaboration de nouvelles structures.

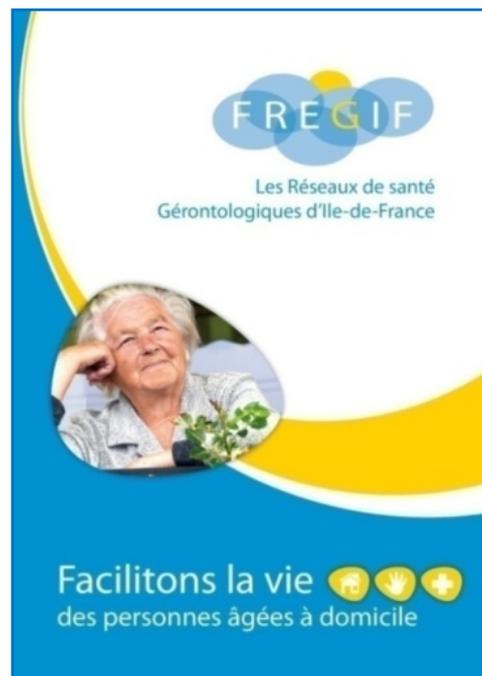
75

Il ne saurait prétendre à l'exhaustivité et ses auteurs restent disponibles pour de nouveaux travaux qui pourraient leur être demandés.

Dans tous les territoires de santé d'Ile de France, il reste encore beaucoup à faire pour les personnes âgées dans le domaine du sanitaire et du médico-social. Il reste encore plus à faire pour améliorer la cohérence des dispositifs.

Les Réseaux de Santé Gérontologiques peuvent apporter des réponses de plus en plus structurées, à la condition que leurs actions soient connues et coordonnées avec celles des institutions en charge de la politique sanitaire et sociale.

La mise en œuvre des dispositifs de coordination visant à **favoriser les coopérations entre les professionnels du sanitaire, du médico-social et du social** et **diminuer le nombre d'hospitalisations inadaptées** devraient être leur champ d'action prioritaire dans les années à venir.





8- ANNEXES

Des chiffres ...

- Les chiffres clés 2011 de l'aide à l'autonomie – CNSA.....1
- Etude du Groupe Réseaux SFGG : « Typologie des Réseaux de santé Gérantologiques en France ».....10
- Etude de l'UNRSanté : « Réseaux et coordination ».....16

De la presse...

- Libération : « Ils sont vieux, tout repliés chez eux » - octobre2010.....20
- Article France Mutuelle : « Facilitons la vie des personnes âgées à leur domicile » - janvier2010.....21
- Age Village Pro : « Diminution de budget des réseaux de santé franciliens : mobilisation de la FREGIF » - avril 2011.....23
- AFP : « Personnes âgées : la prévention, le meilleur moyen d'éviter la dépendance (papier d'angle) – mai 2011.....24

Des outils scientifiques...

- Grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité : la grille SEGA.....26
- Grille AGGIR.....31
- Protocoles Médicaux : Iatrogénie ; Dénutrition ; Escarres ; Déglutition (*en cours de validation par le Comité scientifique*).....32

Des outils juridiques...

- Circulaire DHOS/02/03/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel national de l'organisation des réseaux de santé « personnes âgées » - mai 2007.....40

Des outils pratiques...

- Glossaire.....52
- Annuaire des Réseaux de santé Gérantologiques en France.....53
- Annuaire des CLIC en Ile-de-France.....69
- Annuaire CONTACT des 22 Réseaux de santé Gérantologiques d'Ile-de-France.....77

2011

Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie

Après *Les chiffres clés 2010*, la CNSA publie en 2011 *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*, en élargissant le champ aux interventions des autres acteurs. C'est l'une de ses contributions au débat ouvert par le Gouvernement pour définir une démarche renouvelée de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

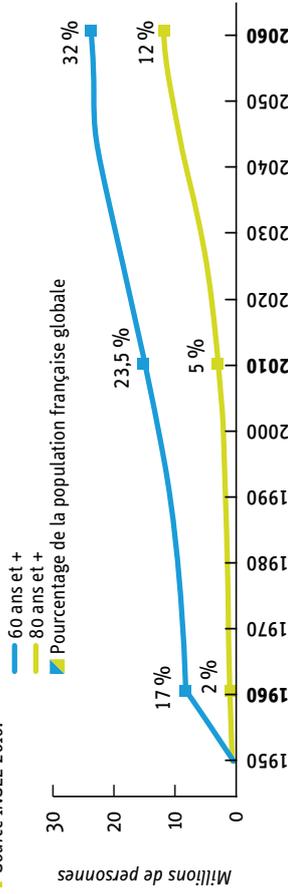
La Caisse consacre, par ses ressources propres et les crédits d'assurance maladie qu'elle gère, près de 20 milliards d'euros au financement des politiques d'aide à l'autonomie, à peu près à parité entre personnes âgées et personnes handicapées. S'y ajoutent, notamment, des financements de l'État, de la sécurité sociale et des conseils généraux. Soit un ensemble de réponses qui doivent progresser et mieux s'articuler pour renforcer la solidarité pour l'autonomie : c'est l'enjeu du débat de 2011.

QUELQUES CHIFFRES SUR LA POPULATION CONCERNÉE PAR L'AIDE À L'AUTONOMIE

De 2010 à 2060, la population française augmenterait de 16 %, passant de 64 à 73,6 millions. La part des plus de 80 ans serait multipliée par 2,6 et représenterait 8,5 millions, soit plus de 12 % du total contre 5 % aujourd'hui.

VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION FRANÇAISE

Source INSEE 2010.



GAINS D'ESPÉRANCE DE VIE (EV) ET D'ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ (EVS) AU-DELÀ DE 65 ANS

Source DREES 2011.

+ 4,9 ans (92,6 ans) **+ 5,3 ans (88,6 ans)**

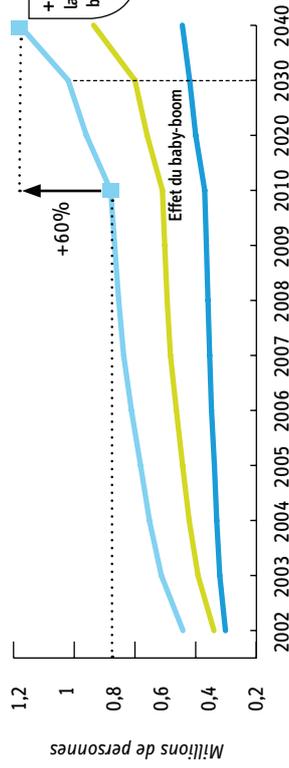
C'est le gain estimé d'EV pour les femmes de 2010 à 2060. Il serait de + 4,1 ans pour l'EVS (88,4 ans).

C'est le gain estimé d'EV pour les hommes de 2010 à 2060. Il serait de + 4,9 ans pour l'EVS (86,7 ans).

AUGMENTATION DU NOMBRE DES BÉNÉFICIAIRES DE L'APA

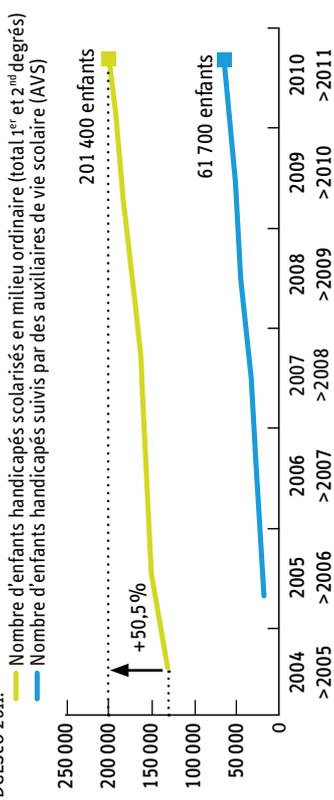
Source DREES 2011.

Bénéficiaires APA
GIR 1-2
GIR 3-4



PROGRESSION DU NOMBRE D'ENFANTS HANDICAPÉS SCOLARISÉS EN MILIEU ORDINAIRE

Source DGESCO 2011.



1,8 million

C'est le nombre de personnes en âge de travailler et bénéficiaires d'une reconnaissance administrative du handicap (OETH)⁽¹⁾.

Source DGEFP 2011.

35% C'est le taux d'emploi de cette population (contre 65% pour l'ensemble des personnes en âge de travailler).

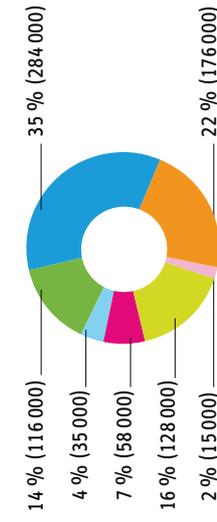
Source DGEFP 2011.

19% C'est le taux de chômage de cette population (contre 9,7% pour l'ensemble des personnes en âge de travailler).

Sources DGEFP - INSEE 2011.

EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPÉES

Source DGEFP 2011.

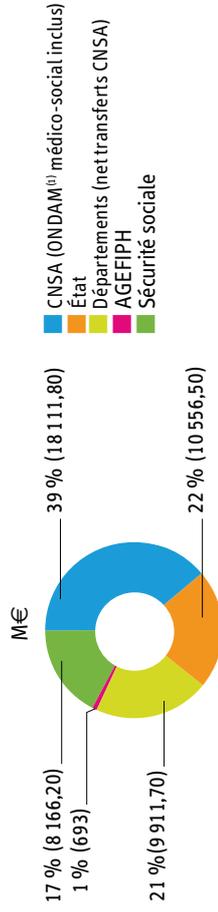


(1) OETH: obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

LE FINANCEMENT DE L'AIDE À L'AUTONOMIE

CONTRIBUTION DES FINANCEURS PUBLICS À LA COMPENSATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

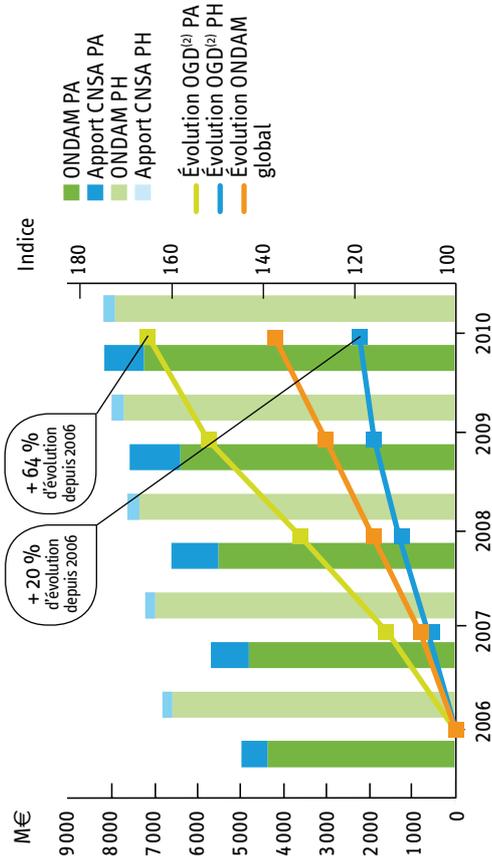
Source LFSS 2011 sur chiffres 2009.



+ 38 % C'est la progression de l'ONDAM médico-social de 2006 à 2010. Il atteint 15 milliards d'euros en 2010.

CRÉDITS DÉDIÉS AUX ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX ET LEUR ÉVOLUTION

Source CNSA 2011.



Une partie de la progression de l'ONDAM médico-social est due à des transferts par redéploiement au sein de l'ONDAM global (1,167 M€ de 2006 à 2010).

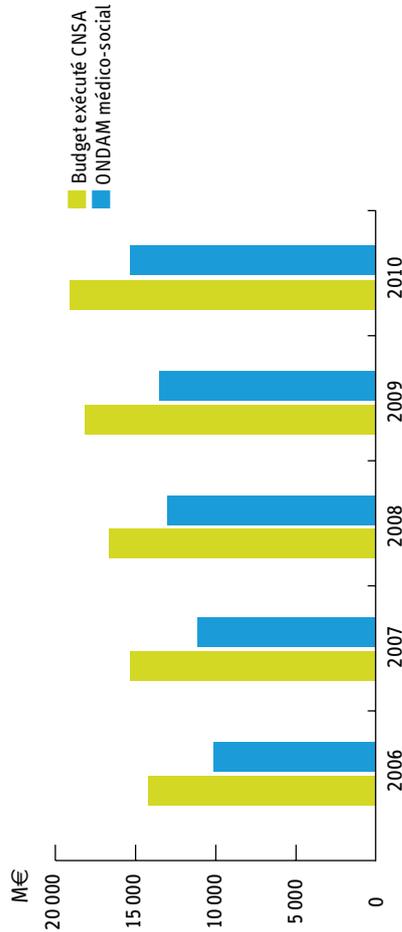
(1) ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie. (2) OGD : objectif global des dépenses. Il représente l'ONDAM médico-social augmenté d'une part des recettes propres de la CNSA.

BUDGET EXÉCUTÉ DE LA CNSA 2006-2010 (80 % ONDAM MÉDICO-SOCIAL, 20 % RECETTES PROPRES)

Source CNSA 2011.

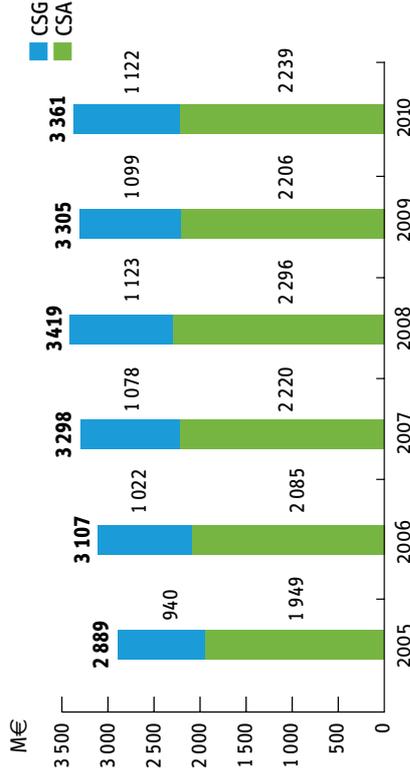
19,157 Md€

Budget exécuté de la CNSA en 2010, soit + 35 % de 2006 à 2010.



LES RECETTES PROPRES DE LA CNSA

Source CNSA 2011.

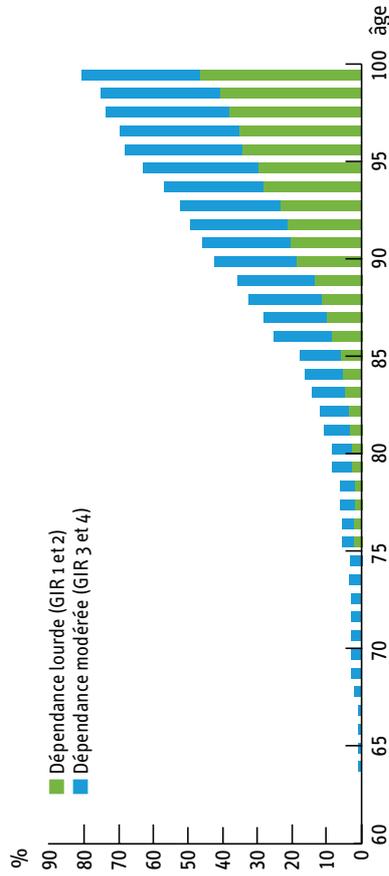


Les recettes propres de la CNSA, constituées de la contribution solidarité pour l'autonomie (CSA) et de 0,1 point de contribution sociale généralisée (CSG), évoluent en fonction de la croissance économique. Elles sont en grande partie mobilisées pour verser aux départements des concours qui contribuent au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

* Personnes âgées

PROPORTION DE BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) PAR GIR, SELON L'ÂGE

Source remontées individuelles APA 2006-2007 - DREES.



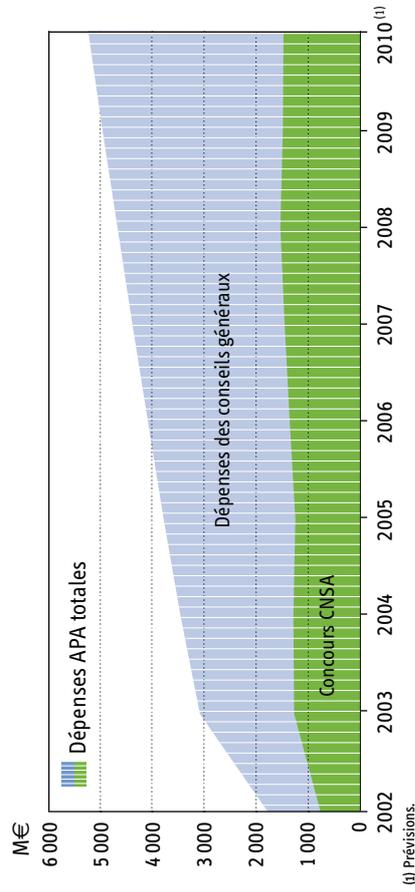
1 200 000

bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2010, dont 734 000 à domicile et 466 000 en établissements.

Source DREES (enquête trimestrielle 2011).

ÉVOLUTION DES DÉPENSES APA ET DU CONCOURS CNSA

Source CNSA en 2011.



(1) Prévisions.

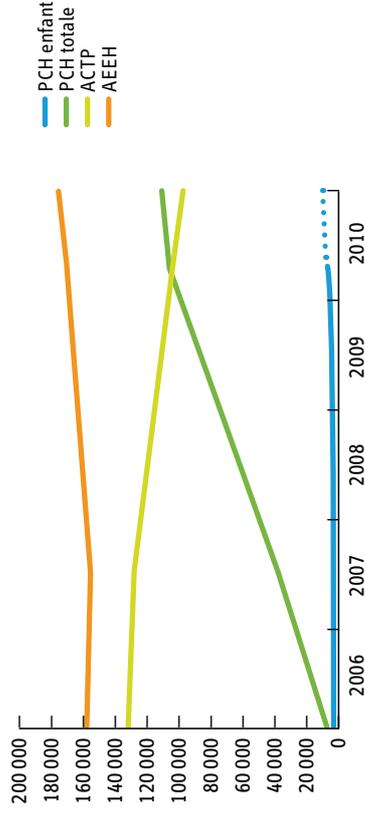
* Personnes handicapées

La prestation de compensation du handicap (PCH) a été introduite en 2006 pour progressivement remplacer l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). La PCH enfant a démarré en 2008. La Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) verse l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), destinée à soutenir les personnes assurant la charge d'un enfant en situation de handicap.

112 700 personnes ont été payées au titre de la PCH par les conseils généraux en décembre 2010. Source DREES (enquête trimestrielle 2011).

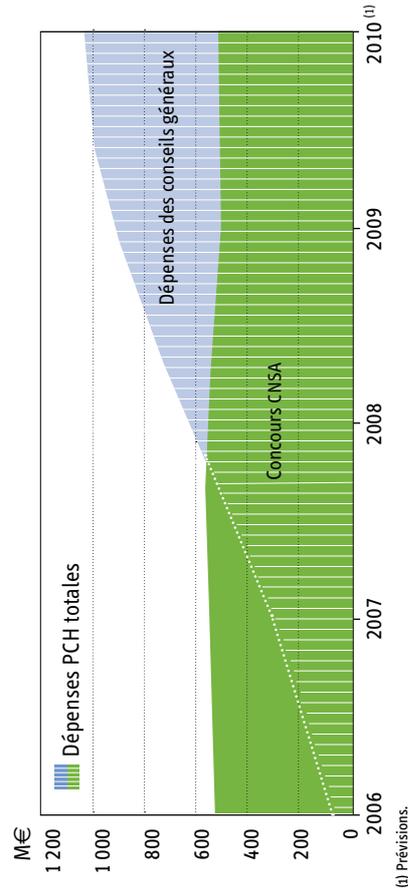
BÉNÉFICIAIRES PCH – ACTP – AEEH

Source DREES – CNSA 2011.



ÉVOLUTION DES DÉPENSES PCH ET DU CONCOURS CNSA

Source CNSA 2011.



(1) Prévisions.

DEMANDES DE PRESTATION ET D'ORIENTATION

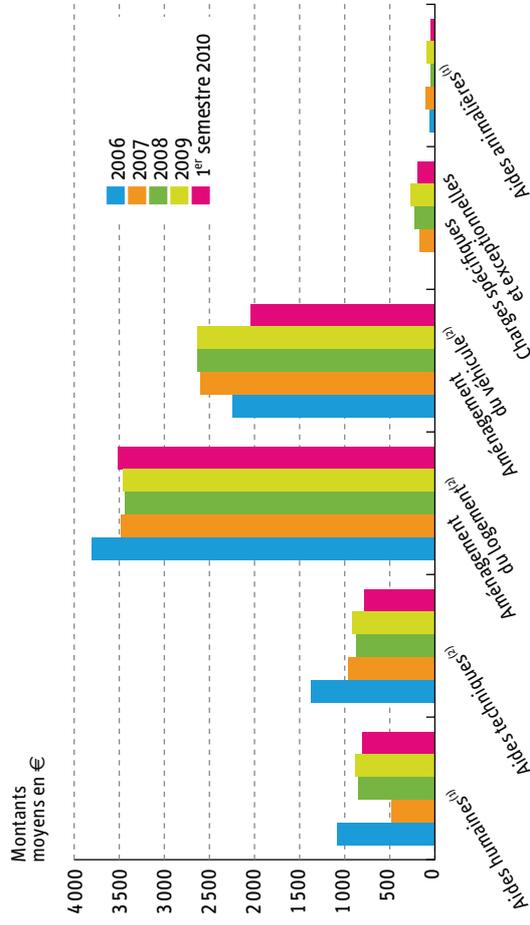
Les MDPH instruisent l'ensemble des demandes relatives aux enfants et aux adultes : cartes d'invalidité et de stationnement, allocations aux adultes handicapés (AAH), AEEH, prestations de compensation (PCH), orientations scolaire, professionnelle ou vers des établissements ou services médico-sociaux.

Plus de **185 500** demandes de prestation de compensation ont été déposées dans les MDPH en 2010.

La PCH ne représente que 6,8 % du total des demandes déposées en 2010. Les démarches concernant les cartes d'invalidité et de priorité représentent presque le quart des demandes déposées. Les demandes d'AAH et les demandes de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et d'orientation professionnelle (ORP) viennent ensuite.

ÉVOLUTION DES MONTANTS MOYENS ATTRIBUÉS PAR ÉLÉMENT DE LA PCH 2006-2010

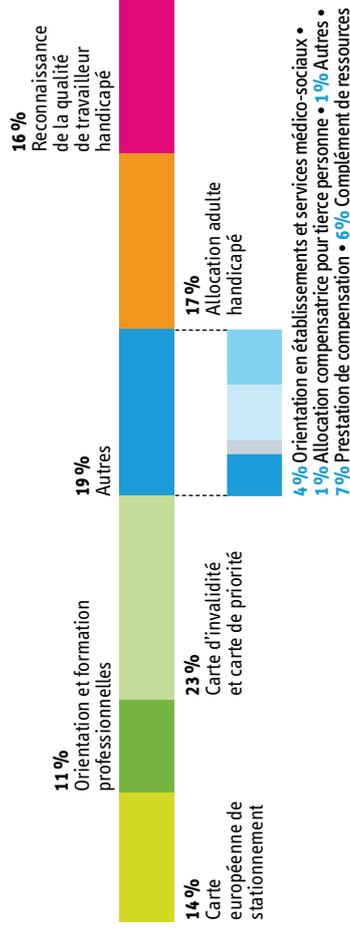
Source CNSA 2011.



(1) Montant mensuel. (2) Montant ponctuel.

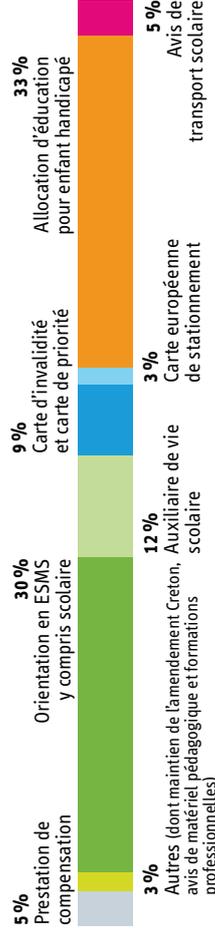
RÉPARTITION DES DEMANDES « ADULTES »

Déposées en 2010 - échantillon : 70 MDPH - Source CNSA 2011.



RÉPARTITION DES DEMANDES « ENFANTS »

Déposées en 2010 - échantillon : 49 MDPH - Source CNSA 2011.



274,8 M€

C'est l'estimation du coût de fonctionnement et d'investissement des MDPH en 2009.

Source CNSA 2010.

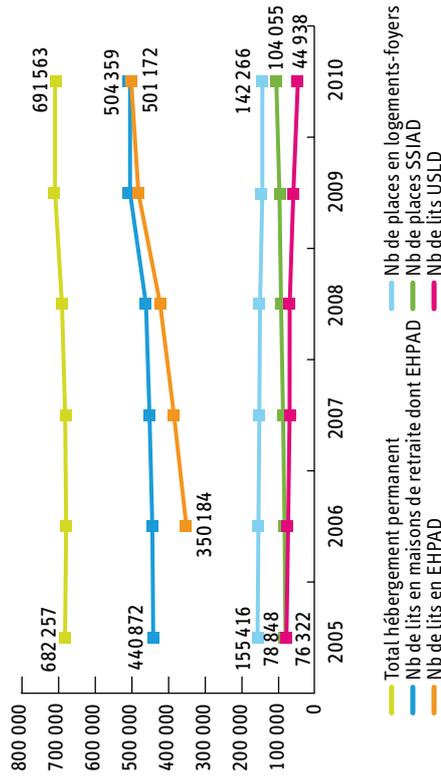
Les trois principaux financeurs des MDPH sont, en moyenne nationale, les **conseils généraux** (39 %), **l'État** (34 %) – surtout par les mises à disposition de personnels – et la **CNSA** (20 %). En 2010, comme en 2009, le financement de la CNSA aux MDPH a atteint 60 M€.

77 % des dépenses sont des dépenses de personnel.

Depuis leur mise en place, le personnel des MDPH a triplé et représente aujourd'hui 5700 personnes, soit 4 874 équivalents temps plein (ETP), donc une moyenne de 49 ETP par MDPH.

LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX (ESMS)

ÉVOLUTION DES PLACES INSTALLÉES EN HÉBERGEMENT PERMANENT ET SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE POUR PERSONNES ÂGÉES Source CNSA Fitness 2011.



56 % des places pour personnes âgées dépendantes sont dans des établissements publics, 27 % dans des établissements privés à but non lucratif et 17 % dans des établissements privés à but lucratif.

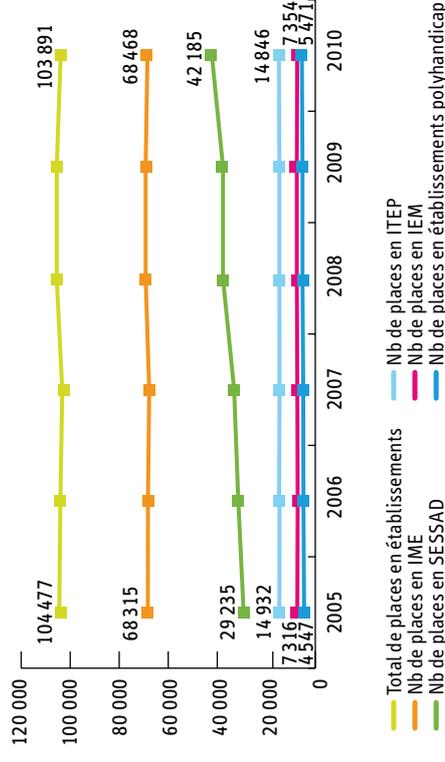
Environ **17 000** établissements et services médico-sociaux (ESMS) en France.

96 % C'est le taux moyen d'occupation des places. Il varie peu selon les catégories d'établissements. Source DREES 2007.

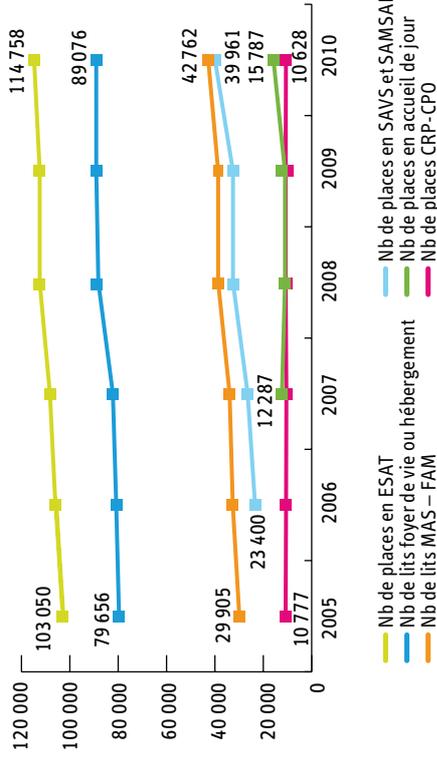
83 ans et 10 mois C'est l'âge moyen à l'entrée en EHPAD en 2007. Source DREES 2007.

GLOSSAIRE
 CPO Centre de préorientation – CRP Centre de rééducation professionnelle – EHPAD Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – ESAT Établissement et service d'aide par le travail (anciennement CAT) – FAM Foyer d'accueil médicalisé – IEM Institut d'éducation motrice – IME Institut médico-éducatif – ITEP Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique – MAS Maison d'accueil spécialisée – SAMSAH Service d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées – SAVS Service d'accompagnement à la vie sociale – SESSAD Service d'éducation spéciale et de soins à domicile – SSIAD Service de soins infirmiers à domicile – USLD Unité de soins de longue durée.

ÉVOLUTION DES PLACES INSTALLÉES EN ESMS POUR ENFANTS HANDICAPÉS Source CNSA Fitness 2011.



ÉVOLUTION DES PLACES INSTALLÉES EN ESMS POUR ADULTES HANDICAPÉS Source CNSA Fitness 2011.



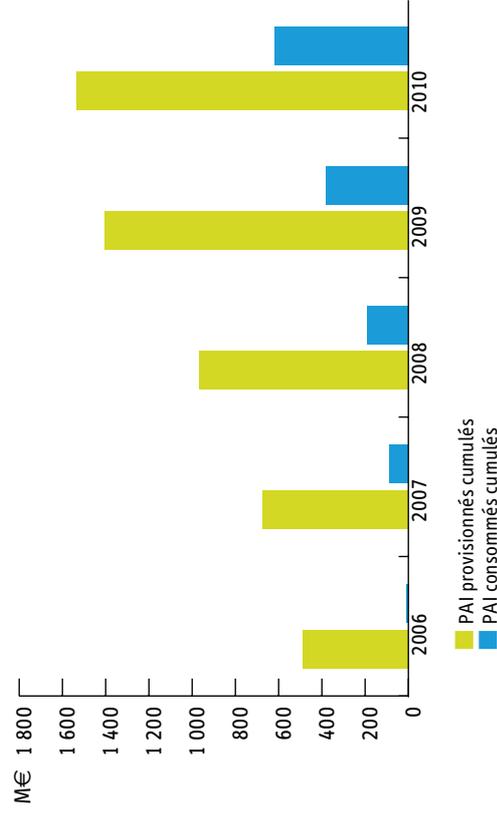
90 % des établissements pour personnes handicapées appartiennent au secteur privé non lucratif.

L'**aide à l'investissement** dans le secteur médico-social pour des opérations de modernisation et de création de places est une mission pérenne de la CNSA depuis la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2008.

Depuis leur création en 2006, les plans d'aide à l'investissement ont été financés sur les excédents budgétaires de la CNSA liés à la sous-consommation des crédits de l'objectif global de dépenses (OGD).

ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DES PLANS D'INVESTISSEMENT

Source CNSA 2011.



1,5 Md€ C'est la somme engagée par la CNSA de 2006 à 2010.

Cela représente aujourd'hui plus de **2000 projets**, dont 65 % pour les personnes âgées et 35 % pour les personnes handicapées.

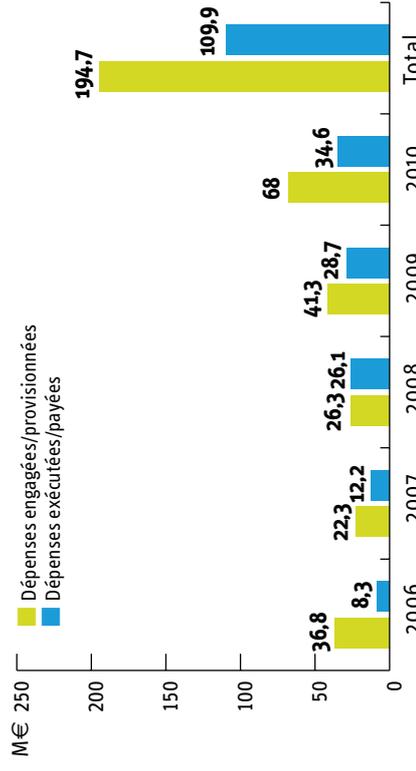
Au 31 décembre 2010, 1 321 établissements avaient engagé leurs travaux, soit une consommation de 620 M€. L'exécution des plans est en effet conditionnée par le rythme de réalisation des travaux.

Un euro d'aide de la CNSA génère plus de 6 euros de travaux, soit plus de **9 milliards d'euros** depuis 2006.

La **modernisation** et la **professionnalisation** de l'aide à domicile ainsi que des métiers du secteur médico-social font partie des missions de la CNSA. Une politique de partenariat a été développée dès 2006 avec les conseils généraux, les grands opérateurs de l'aide à domicile et les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA).

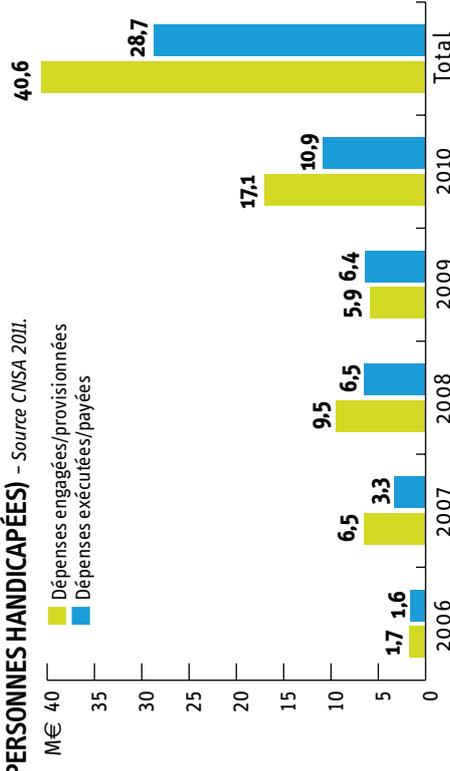
DÉPENSES DE MODERNISATION, PROFESSIONNALISATION ET FORMATION DES MÉTIERS (SECTION IV – PERSONNES ÂGÉES ET PERSONNES HANDICAPÉES)

Source CNSA 2011.



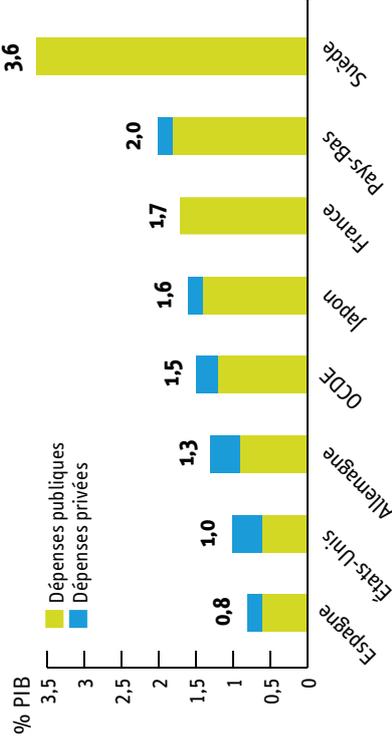
La CNSA consacre également une partie de son budget à la promotion de la **recherche** dans le domaine du handicap et de la perte d'autonomie, à la diffusion de la **connaissance** et au financement d'**études** et d'**actions innovantes**.

DÉPENSES D'ANIMATION, PRÉVENTION ET ÉTUDES (SECTION V – PERSONNES ÂGÉES ET PERSONNES HANDICAPÉES) – Source CNSA 2011.



DÉPENSES LIÉES À LA COMPENSATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE ET AUX SOINS DE LONGUE DURÉE EN 2008

Source OCDE 2010 (extraits).

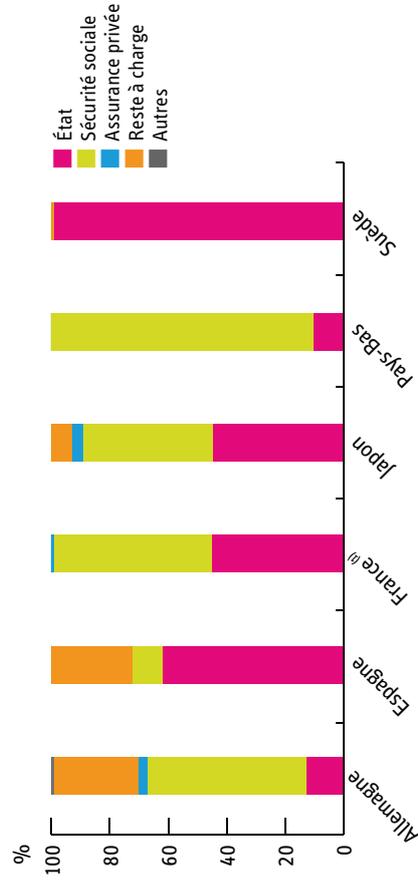


En France, les estimations les plus récentes font état d'un coût global **pour les personnes âgées** (du GIR 1 à 6) des dépenses publiques de santé, de dépendance et d'hébergement qui représente 1,22 point de PIB, soit 24 Md€ en 2010.

Ce montant pourrait croître jusqu'à 1,76 point de PIB en 2040 (scénario intermédiaire avec indexation sur les salaires), soit une dépense supplémentaire de l'ordre de 9 Md€. Source DREES 2011.

RÉPARTITION DES DÉPENSES LIÉES À LA COMPENSATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE ET AUX SOINS DE LONGUE DURÉE PAR FINANCEUR

Source OCDE 2010 (extraits).



(1) En France, il n'existe pas de données chiffrées exhaustives du reste à charge.

* Selon les dernières observations de la CNSA...

Les réponses apportées dans les différents pays en matière d'aide à l'autonomie sont très diverses, qu'il s'agisse de la part du PIB qui y est consacrée, de l'origine des financements ou de l'organisation institutionnelle.

En Allemagne, une assurance dépendance obligatoire fondée sur la répartition, adossée à l'assurance maladie et financée par des cotisations sociales, a été mise en place en 1995. L'octroi des prestations est indépendant des ressources des bénéficiaires. Le financement paraît être employeurs/salariés est ajustable et permet d'assurer l'équilibre financier de l'ensemble. Un débat est actuellement en cours sur l'introduction d'une assurance privée complémentaire basée sur la capitalisation.

En Suède, le système repose beaucoup sur la solidarité collective. Il relève de la compétence des communes qui perçoivent une part de l'impôt sur le revenu et gèrent les établissements et prestations. Dans un système essentiellement public mais cher (3,6 points de PIB), les ouvertures vers le secteur privé sont de plus en plus nombreuses.

Au Japon, pays qui détient le record de la population la plus vieillissante, le premier plan stratégique date de 1989. Depuis 2000, une loi prévoit la mise en place d'une assurance collective sur la dépendance pour les personnes de plus de 65 ans puis, depuis 2008, pour les plus de 75 ans. Le financement est mixte entre cotisations sociales (à partir de 40 ans), État et collectivités locales.

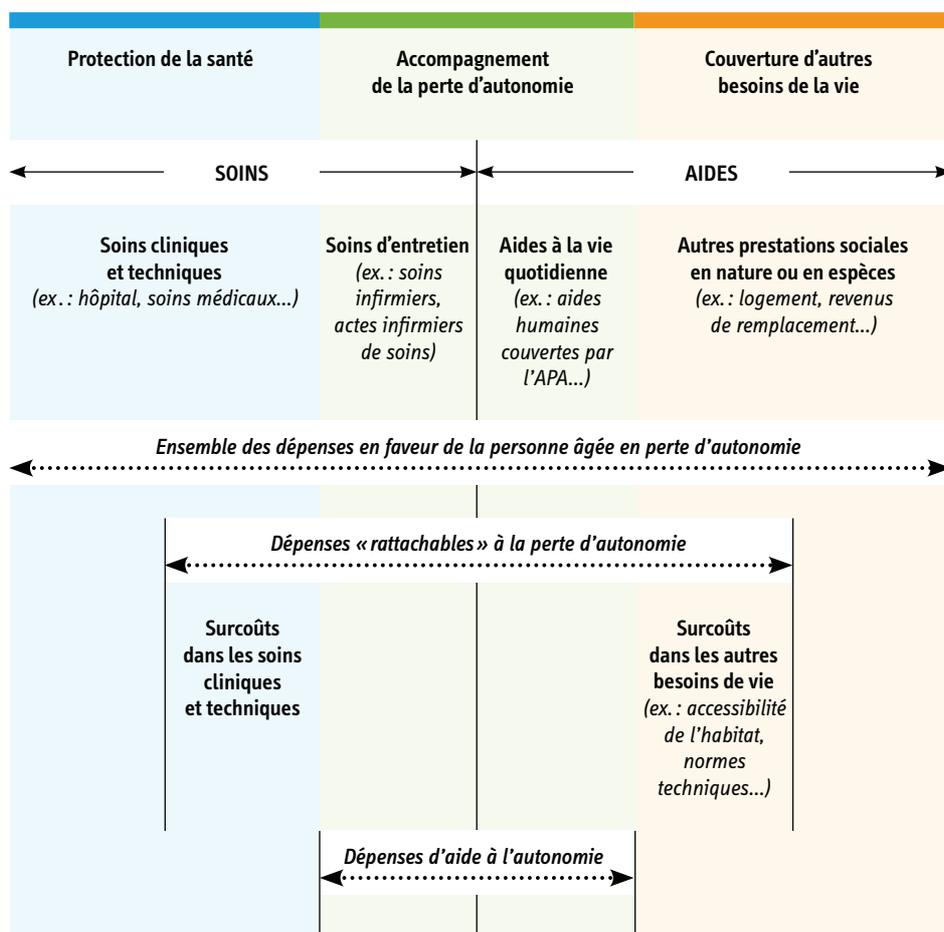
Aux États-Unis, le gouvernement actuel envisage, dans le cadre de la réforme du système de santé, la mise en place d'une assurance publique optionnelle (projet CLASS), qui viendrait compléter le système d'assurances privées. Le programme MEDICARE actuel ne prend pas en charge la couverture des dépenses liées à la dépendance pour les plus de 65 ans.

Les États-Unis sont, avec la France, le pays dans lequel le système d'assurances privées est le plus développé, mais ne couvre qu'une faible partie de la population : 5 % des plus de 40 ans (15 % en France, mais avec des garanties très diversifiées dans leur contenu et leur montant selon les contrats).

En France, le montant des primes d'assurance privée collectées a été de 550 M€ en 2010. Les prestations ont été versées à environ 15 000 assurés, sous forme de rente mensuelle pour un montant moyen de 520 €, généralement pour les cas de perte d'autonomie importante (GIR 1 et 2). Elles représentaient 94 M€ en 2010.

L'APPROCHE DU HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (HCAAM)

Afin de mieux appréhender les dépenses liées au champ de l'aide à l'autonomie, il convient de le replacer dans un contexte plus large. La **prévention** et le **parcours global de soins** sont des éléments complémentaires à prendre en considération.



Principaux sites officiels sur l'aide à l'autonomie

- Débat national sur la dépendance : www.dependance.gouv.fr
- INSEE : www.insee.fr
- DREES : www.sante.gouv.fr
- INED : www.ined.fr
- OCDE : www.ocde.org





Réseaux de santé Personnes Agées : quels modèles d'organisation ?

Premiers résultats de l'enquête sur les typologies de réseaux

3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 24 mai 2011 - Hôpital Sainte-Anne

Objectifs de travail

- Chaque réseau PA s'est construit selon ses opportunités, ressources et contraintes de terrain...
- **Deux objectifs :**
 - > 1 - Repérer a priori les critères pouvant décrire le plus précisément possible chaque typologie de réseaux PA
(Objet de la réunion de travail du 7 février)
 - > 2 - Puis modéliser la réalité existante par une analyse de ces critères recueillis auprès de chaque réseau
(Objet de la présente présentation et de travaux complémentaires)

➔ Répondre à la question :
« Qu'est ce qu'un réseau de santé Personnes Agées ?? »



3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 24 mai 2011 - Hôpital Sainte-Anne

Contexte

- Le groupe « réseaux » de la SFGG : plusieurs objectifs, et une première question : définir quels modèles d'organisation ont été élaborés par les réseaux
- Mise en place d'un groupe de travail « Les typologies de réseaux » :

- Réseau VISAGE (38)	- Réseau de la Vallée du Clain (86)	- Réseau du Pays Charolais (71)
- Réseau ENVISAGER (18)	- Réseau AG3C (76)	- Réseau EOLLIS (59)
- Réseau Marseille Nord (13)	- Réseau Baume-les-Dames (25)	- Réseau PASS'AGE (49)
- Réseau CARMAD (78)	- Réseau AGEPE (75)	- FREGIF
- FNRG	- Groupe « réseaux » du CGL	- Réseau Alsace Gériatrie

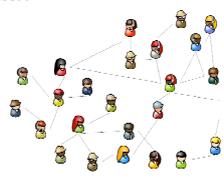


1^{ère} session de travail : 7 février 2011

3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 24 mai 2011 - Hôpital Sainte-Anne

Méthodologie

- Définition **a priori** des critères pouvant décrire chaque modèle de réseaux :
- > Critères décrivant les aspects organisationnels d'un réseau :
 - Structure juridique
 - Nature des membres fondateurs
 - Composition du CA
 - Année de création
 - Professions des membres du bureau (Président)
 - Sources de financement
 - Mutualisations avec d'autres structures (nature, types)
 - Population couverte (effectifs + de 60 ans, + de 75 ans)
 - Nombre de communes et étendue du territoire (et taille aggl. principale, distance / temps de parcours)
 - Paysage sanitaire : nombre de MT, structures hospitalières, accès à la filière gériatrique



3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 24 mai 2011 - Hôpital Sainte-Anne

Méthodologie (2)

> Critères décrivant les aspects fonctionnels d'un réseau :

- Ressources salariées / mises à disposition / non salariées
- Origine du signalement
- Existence d'un outil de repérage de la fragilité
- Professionnel(s) réalisant l'évaluation initiale
- Existence d'une EGS et nature des professionnel(s) la réalisant
- Existence d'une évaluation sociale et nature des professionnel(s) la réalisant
- Nature des professionnels qui proposent / coordonnent le PPS
- Réalisation de réunions de coordination
- Nature des professionnels qui réalisent le suivi du PPS
- Rythme de suivi du PPS / modalités de suivi
- Implication du réseau dans :
 - Actions de formations
 - Etudes de santé publique
 - Actions d'information et d'éducation pour la santé
 - Elaboration de protocoles / groupes de travail thématique
- Modalités de communication



3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 24 mai 2011 - Hôpital Sainte-Anne

Résultats : premiers taux de participation des réseaux

- Période d'étude : 1^{er} avril – 15 mai 2011

- Participation globale :
 - 34,7 % : 43 réseaux sur 124
 - 15 régions participantes sur 22
- Représentativité satisfaisante

	Nb réseaux PA existant (sollicités)	Nb réseaux PA répondant	Taux de participation
Alsace	1	1	100 %
Aquitaine	3	0	0 %
Basse-Normandie	2	1	50 %
Bourgogne	11	2	18 %
Bretagne	7	4	57 %
Centre	2	1	50 %
Champagne-Ardenne	3	0	0 %
Corse	2	1	50 %
Franche-Comté	2	0	0 %
Haute-Normandie	3	0	0 %
Ile-de-France	21	7	33 %
Languedoc-Roussillon	2	0	0 %
Limousin	1	0	0 %
Lorraine	13	5	38 %
Midi-Pyrénées	2	1	50 %
Nord-Pas de Calais	9	1	11 %
PACA	11	6	55 %
Pays de la Loire	4	2	50 %
Picardie	3	0	0 %
Poitou-Charentes	13	5	38 %
Rhône-Alpes	7	4	57 %
DOM	2	2	100 %
Total	124	43	34,7 %



3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 24 mai 2011 - Hôpital Sainte-Anne

Méthodologie (3)

- A partir de ces critères : définition de variables (items) et des modalités de réponses
- Construction d'un questionnaire de recueil des données, format électronique, hébergé en ligne
- Envoi du questionnaire aux 124 réseaux PA via le canal G_reso, relances successives
- Codages, analyses des données recueillies

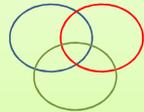


3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 24 mai 2011 - Hôpital Sainte-Anne

Résultats :

1. Les critères communs

Critères renseignés de façon similaire par une majorité de réseaux
Seuil de décision fixé à une majorité de 7 réseaux / 10



3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 24 mai 2011 - Hôpital Sainte-Anne

Résultats : les critères communs

Critères communs en terme organisationnel des réseaux :

Critères	Part des réseaux concernés
▪ Structure porteuse	93 % sont des associations loi 1901
▪ Membres fondateurs :	MT : 70 % CH / hôpital : 70 %
▪ Composition CA :	Professionnels de santé libéraux : 98 % Ets de santé : 81 % Représentants usagers : 79 % Ets d'hébergement, services médico-sociaux, sociaux : 77 %
▪ Sources de financement :	98 % par le FIQCS
▪ Mutualisation :	72 % mutualisent des moyens humains et /ou matériels (40 % avec une avec une autre structure médico-sociale ex. CLIC, 26 % avec autre réseau de santé PA, 14 % avec autre réseau thématique)

3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 24 mai 2011 - Hôpital Sainte-Anne

Résultats : les critères communs (3)

Critères communs en terme fonctionnel des réseaux (2) :

Critères	Part des réseaux concernés	
Missions dites « de plaidage »	▪ Implication dans des actions de formation :	93 % en tant qu'intervenant et / ou promoteur
	▪ Implication dans des actions d'information / éducation pour la santé :	91 % en tant qu'intervenant et / ou promoteur
	▪ Implication dans l'élaboration de protocoles / groupe de travail thématiques :	86 % en tant qu'intervenant et / ou promoteur
	▪ Modalités de communication :	Création d'au moins un support de communication : 95 % Partage du dossier patient en interne : 93 %
	▪ Implication dans la conduite d'études en santé publique :	72 % <u>ne sont pas impliqués</u>

3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 24 mai 2011 - Hôpital Sainte-Anne

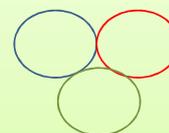
Résultats : les critères communs (2)

Critères communs en terme fonctionnel des réseaux :

Critères	Part des réseaux concernés	
Missions « au lit du patient »	▪ Origine du signalement :	98 % reçoivent des signalements « tout venant »
	▪ Professionnel(s) réalisant l'évaluation initiale :	75 % réalisée par médecins et / ou IDE réseau
	▪ EGS :	86 % en réalisent (et dans 89 % réalisée par l'équipe du réseau)
	▪ Evaluation sociale :	91 % en réalisent
	▪ Proposition du PPS :	83 % par l'équipe du réseau (+/- aidée du MT)
	▪ Coordination / mise en œuvre PPS :	85 % par l'équipe du réseau (+/- aidée du MT)
	▪ Réunions de coordination autour du patient :	98 % en réalisent
	▪ Suivi du PPS :	93 % par l'équipe du réseau (+/- aidée du MT)
	▪ Modalités de suivi du PPS :	92 % par des visites à domicile

3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 24 mai 2011 - Hôpital Sainte-AnneRésultats :
2. Les critères spécifiques

Critères renseignés de façon différente selon les réseaux

3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 24 mai 2011 - Hôpital Sainte-Anne

Résultats : les critères spécifiques

Critères spécifiques en terme organisationnel des réseaux :

Critères	Part des réseaux concernés
▪ Nombre cumulé de sources de financement :	53 % n'ont qu'une seule source de financement 47 % ont plusieurs sources de financement
▪ Population couverte (+ de 60 ans / + de 75 ans) :	Effectif des plus 60 ans : (moyenne = 29 800 habitants) [5 000;15 000] : 29 % [1 5000;30 000] : 32 % [30 000;45 000] : 13 % [45 000;75 000] : 26 % Effectif des plus de 75 ans : (moyenne = 11 100 habitants) [1000;6000] : 39 % [6 000;11 000] : 25 % [11 000;17 000] : 11% [17 000; 44 000] : 25 %
▪ Distance max. réseau – commune la + éloignée (aller) :	(moyenne = 36 km) [5 km ; 20 km] : 32 % [20 km ; 35 km] : 26 % [35 km ; 50 km] : 24 % [50 km ; 100 km] : 18 %
▪ Temps parcours max. réseau – commune la + éloignée (aller) :	(moyenne = 46 mn) [0 mn ; 20 mn] : 13 % [20 mn ; 40 mn] : 37 % [40 mn ; 60 mn] : 37 % [60 mn ; 120 mn] : 13 %
▪ Taille de l'agglomération principale :	21 % secteur rural 33 % petite aggro (- de 50 000 hab) 26 % moyenne aggro (50 000 à 200 000 hab) 19 % grosse aggro (+ de 200 000 hab)

3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 24 mai 2011 – Hôpital Sainte-Anne

Résultats : les critères spécifiques (3)

Critères spécifiques en terme fonctionnel des réseaux :

Critères	Part des réseaux concernés
▪ Equipe des réseaux :	58 % ont un médecin salarié ou MAD (0.78 ETP pour les salariés et 0.4 ETP pour les MAD) 47 % ont un directeur / coordinateur adm. salarié (0.86 ETP)
▪ Ressources humaines non salariées des réseaux :	53 % font appel à des ressources professionnels non salariés (majoritairement psychologue et diet : vacations, prestations à l'acte, forfait dérogatoire)
▪ Existence d'un outil de repérage de la fragilité :	56 % en ont diffusé un
▪ Professionnel réalisant l'évaluation sociale :	40 % des cas réalisée par le réseau / 60 % des cas par CLIC, caisse de retraite, commune
▪ Rythme de suivi du PPS :	19 % mensuel 14 % tous les 2 mois 9 % trimestriel 12 % semestriel 16 % annuel 30 % variable selon les situations

3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 24 mai 2011 – Hôpital Sainte-Anne

Résultats : les critères spécifiques (2)

Critères spécifiques en terme organisationnel des réseaux (2):

Critères	Part des réseaux concernés
▪ Nombre de MT sur le territoire :	[0;100] : 51 % [100 à 200] : 20 % [200 à 300] : 17 % Plus de 300 : 12 %
▪ Structure(s) hospitalière(s) sur le territoire :	CHR / CHU : 47 % Pas de CHR / CHU (mais hôpital local) : 51 % Aucun hôpital : 2 %
▪ Accès à la filière gériatrique labellisée :	58 % ont accès

Indicateur non pertinent : nombre de communes ou d'arrondissement couverts (ex : CRONOSS 06 : 1 commune = Nice...)
Indicateur non exploitable : superficie du territoire couvert (peu de répondants)

3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 24 mai 2011 – Hôpital Sainte-Anne

Zoom sur les ressources humaines des réseaux

Moyenne d'ETP salarié pour les réseaux		3.89 ETP	Moyenne d'ETP mises à dispo pour les réseaux		0.22 ETP
IDE	Proportion des réseaux ETP moyen	81 % 1.70 ETP	Médecin	Proportion des réseaux ETP moyen	14 % 0.4 ETP
Secrétaire	Proportion des réseaux ETP moyen	79 % 1.08 ETP	IDE	Proportion des réseaux ETP moyen	12 % 0.66 ETP
Médecin	Proportion des réseaux ETP moyen	51 % 0.78 ETP	AS	Proportion des réseaux ETP moyen	9 % 0.38 ETP
Directeur / Coordinateur administratif	Proportion des réseaux ETP moyen	47 % 0.86 ETP	Psychologue	Proportion des réseaux ETP moyen	7 % 0.33 ETP
Psychologue	Proportion des réseaux ETP moyen	33 % 0.57 ETP	Secrétaire	Proportion des réseaux ETP moyen	4 % 0.25 ETP
AS	Proportion des réseaux ETP moyen	19 % 0.79 ETP	Ergothérapeute	Proportion des réseaux ETP moyen	2 % 0.5 ETP
Ergothérapeute	Proportion des réseaux ETP moyen	16 % 0.58 ETP	Diététicienne / Conseillère ESF	Proportion des réseaux ETP moyen	2 % 0.25 ETP
Diététicienne / Conseillère ESF	Proportion des réseaux ETP moyen	9 % 0.72 ETP	Directeur / Coordinateur administratif	Proportion des réseaux ETP moyen	0 0

3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 24 mai 2011 – Hôpital Sainte-Anne

Conclusions

Vers un socle commun pour les réseaux :

- Certains critères organisationnels et fonctionnels sont partagés par tous les réseaux, il sont fondateurs des réseaux



- Vers des critères qualité des réseaux ?
- Vers la constructions de futures recommandations pour les réseaux ?

3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 24 mai 2011 – Hôpital Sainte-Anne

Conclusions (3)

Vers 3 modèles ou typologies de réseaux de santé PA :

En valorisant l'approche territoriale des réseaux :

Taille de l'aggl. Principale	Distance de la commune la plus éloignée	Temps parcours max.	Population couverte : + de 60 ans	Population couverte : + de 75 ans	Nombre de MT	CHU / CHR	Accès à Filière gériat. labellisée
> 200 000 hab.	Moins de 20 km	40 à 60 mn	[45 000;75 000]	[17 000; 44 000]	> 300	100 %	75 %
Entre 50 000 et 200 000	20 à 50 Km	20 à 40 mn	Aucune tendance forte	Aucune tendance forte	[100 à 300]	60 %	80 %
< 50 000 ou pas d'aggl. urbaine (rural)	35 à 100 Km	40 à 60 mn	[5 000; 30 000]	[1 000;6 000]	< 100	17 %	39 %

3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 24 mai 2011 – Hôpital Sainte-Anne

Conclusions (2)

Vers des propositions d'harmonisation possible :

- Construction et diffusion d'un outil de repérage de la fragilité dans les réseaux
- Définition des modalités et rythmes de suivi des PPS : 1 réseau sur trois n'a pas de protocole
- Mises en place de formations pour le soutien aux pratiques des équipes des réseaux ?



Rôle de la SFGG en tant que société savante

3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 24 mai 2011 – Hôpital Sainte-Anne

Conclusions (4)

Territorialité et ressources humaines des réseaux :

Equivalents temps pleins moyens par poste professionnel selon « le type » de réseau :

Taille de l'aggl. Principale	ETP global moyen salariés / MAD *	ETP médecin salarié / MAD	ETP directeur salarié / MAD	ETP IDE salarié / MAD	ETP secret. salarié / MAD	ETP AS salarié / MAD	ETP Psycho. Salarié / MAD	ETP Ergo. Salarié / MAD	ETP Stoc. Salarié / MAD
> 200 000 hab.	5,1 / 0,14	0,81 / 0,02	0,62 / 0	2,10 / 0,01	0,93 / 0,03	0,22 / 0,03	0,20 / 0,03	0,16 / 0	0 / 0,30
Entre 50 000 et 200 000	4,1 / 0,21	0,54 / 0,10	0,46 / 0	1,70 / 0,07	0,82 / 0,02	0,20 / 0,02	0,10 / 0	0,10 / 0	0 / 0
< 50 000 ou pas d'aggl. urbaine (rural)	3,3 / 0,25	0,21 / 0,05	0,35 / 0	1,21 / 0,1	1,1 / 0	0,09 / 0,04	0,25 / 0,03	0,07 / 0,02	0,15 / 0

* Mises à disposition

3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 24 mai 2011 – Hôpital Sainte-Anne



**Merci aux réseaux d'avoir pris le
temps de répondre !**

**Et merci à ceux qui vont prendre
ce temps... !!!**

3^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées - Mardi 24 mai 2011 - Hôpital Sainte-Anne

Répartition régionale des 152 réseaux

Ile de France	38	Pays de la Loire	4
Rhône-Alpes	26	Poitou-Charentes	4
Bretagne	19	Languedoc-Roussillon	4
PACA	11	Bourgogne	3
Nord Pas de Calais	10	Lorraine	3
Franche Comté	8	Haute-Normandie	2
Basse-Normandie	5	Picardie	2
Midi-Pyrénées	4	Autres Régions	9

L'ancienneté moyenne des réseaux est de 7,1 ans

Le nombre de salariés est de 606 ETP (4,3 par réseau en moyenne) dont 105 ETP médecins, 97 infirmières, 59 coordinateurs de parcours de soins, 56 directeurs administratifs, 50 psychologues, 39 assistantes sociales, 30 diététiciennes, 14 éducateurs médico-sportifs.

Répartition par thème

Gérontologie	39	Handicap	5	Alcoolologie	1
Soins palliatifs	23	Santé mentale	5	Douleur	1
Diabète	20	Précarité Accès aux soins	4	Allergie	1
Oncologie	11	SLA SEP Neurologie	4	Adolescents	1
CV Néphrologie	7	Troubles de l'apprentissage	4	Sommeil	1
Polythématiques	6	Obésité enfant	4	Hépatites	1
Addictions	6	Périnatalité	4	IVG médicalementeuse	1

124 ont une action locale ou départementale,
28 ont une action régionale

Questionnaire sur réseaux et coordination

Résultats

mai 2011

UNR.Santé

Bien que ce questionnaire ne porte pas sur un échantillon représentatif des réseaux, en raison d'un biais de réponse, il est significatif des thèmes et des régions sur lesquels les réseaux se sont développés.

Rappelons que pour nous, coordonner c'est:

- mettre en ordre, organiser,
- ou encore faire du lien dans le respect des places, des fonctions et des métiers dans le but d'aboutir à une décision conjointe avec l'ensemble des acteurs concernés dont le patient et son entourage et/ou transmettre les informations utiles, à la bonne personne au bon moment.

Ce questionnaire montre l'étendue de l'expertise des réseaux dans la coordination.

Il confirme que l'élaboration et le suivi des PPS sont devenus un outil majeur de la coordination: aujourd'hui cet outil est proposé par les réseaux aux médecins traitants pour les parcours de soins complexes. L'enjeu est qu'il devienne demain une méthode familière aux médecins pour gérer de façon projective les parcours de santé de tous les malades chroniques. Le recours aux vidéo conférences pour les réunions de concertation (22%) reste encore en-dessous de qu'on pourrait espérer et est appelé à se développer: car l'organisation de la concertation entre professionnels est l'autre fonction majeure des réseaux.

Il montre également l'activité des réseaux dans la coordination avec les établissements hospitaliers: en particulier dans l'organisation de la sortie (y compris des SSR et de HAD) et les programmes post-hospitalisation. Le fait que dans plus de la moitié des cas la personne contact soit un cadre hospitalier ou une assistante sociale montre que les hôpitaux doivent encore s'organiser pour fournir un interlocuteur unique identifiable aux professionnels de santé ambulatoire.

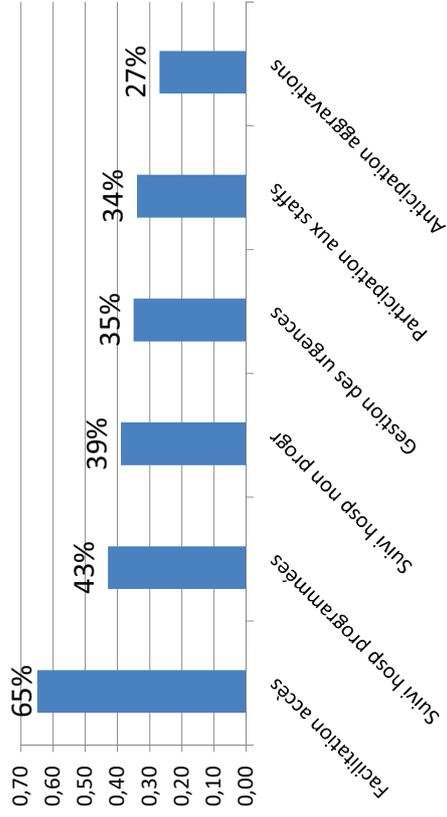
Près de 9 réseaux sur 10 travaillent avec les organismes sociaux, en ville et à l'hôpital: 52 % estiment avoir délimité de façon formalisée les missions du réseau et de ses partenaires du secteur social; ce résultat, bien que déjà significatif, doit encore être amélioré pour éviter les doublons et les gaspillages.

Il faut souligner le rôle des paramédicaux dans l'accompagnement éducatif, psychologique et thérapeutique des patients. Ceci annonce les délégations de tâche à venir.

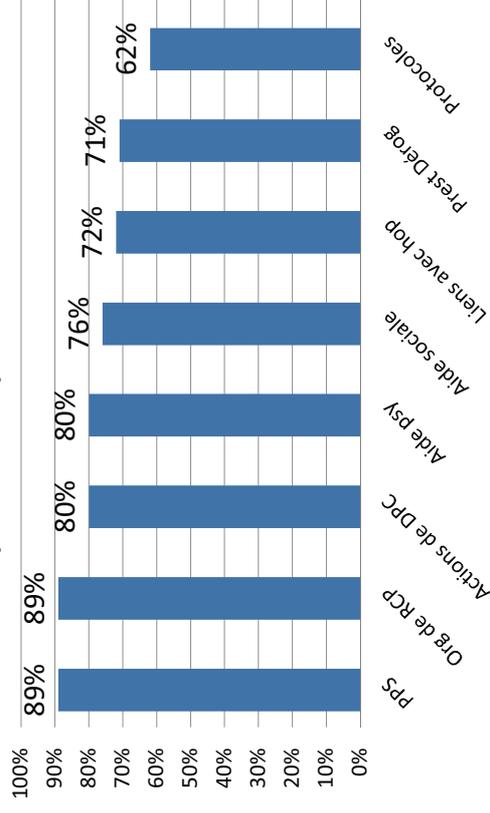
La forte implication des usagers est un autre fait capital: non pas tant parce que 2011 est l'année des patients mais parce que la présence des usagers est d'une importance éthique majeure pour assurer que les parcours conseillés aux patients donnent accès à toutes les expertises nécessaires, sans risque de conflits d'intérêts économiques.

Enfin, 1 réseaux sur 2 a une activité locale et 1 sur 4 a déjà au moins 2 types d'activités différentes: même si cette évolution doit s'accélérer, ceci dessine le contour des futures plateformes de coordination territoriales prônées par l'UNR.Santé.

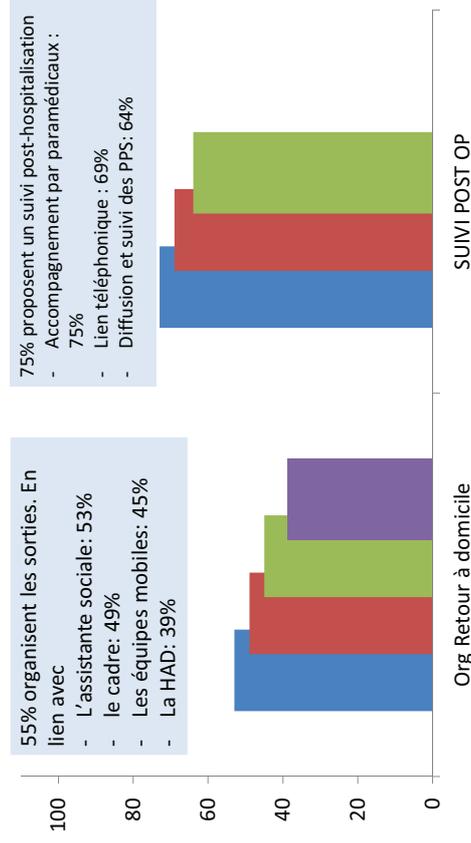
94% des réseaux ont une fonction de coordination avec l'hôpital



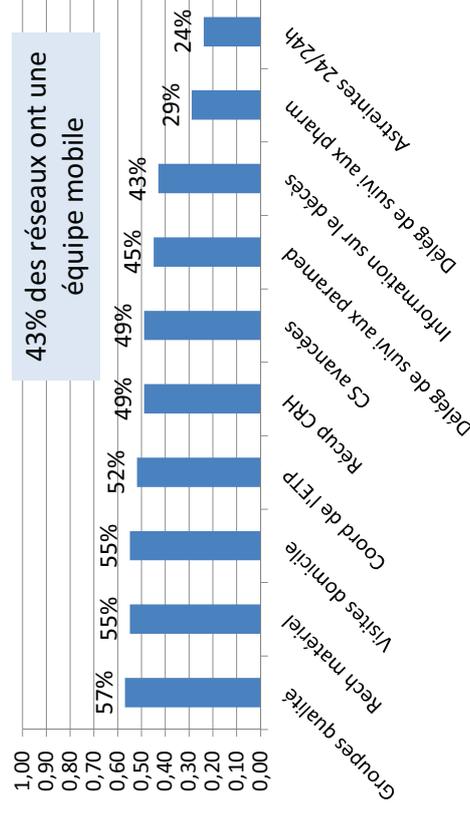
Actions de coordination et d'appui les plus fréquentes



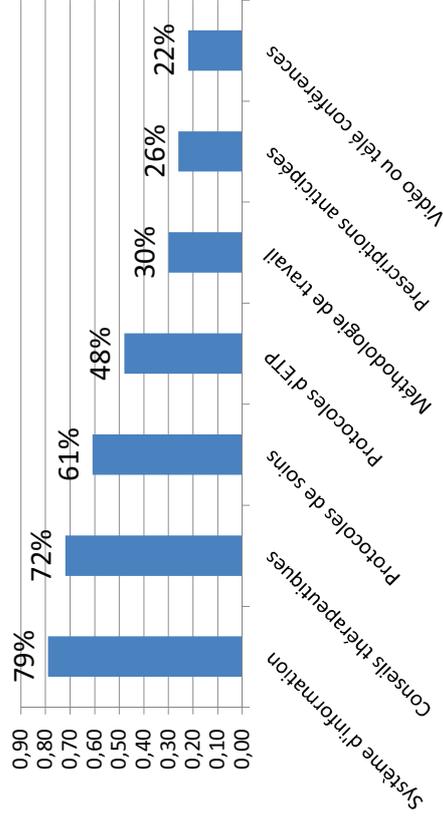
75% des réseaux participent à l'organisation des sorties et du suivi post hospitalisation



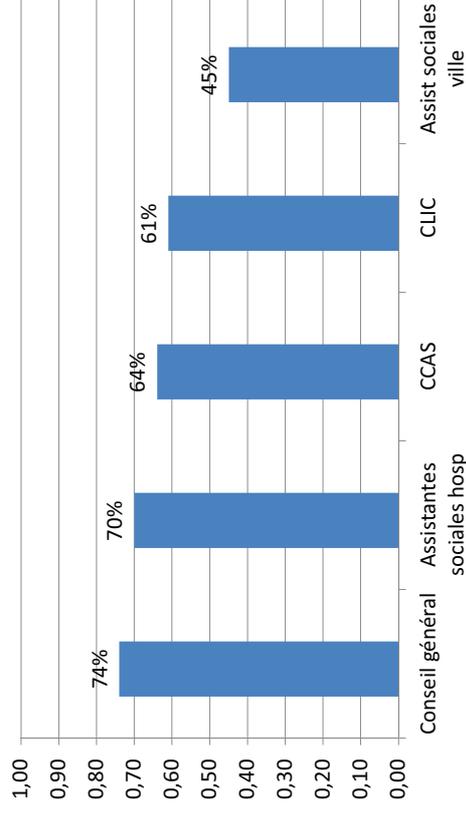
Autres actions de coordination et d'appui



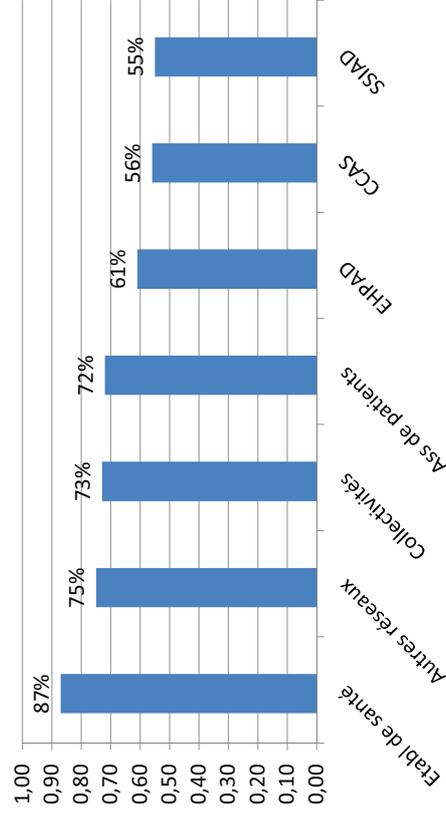
95 % des réseaux ont développés des outils pour la coordination



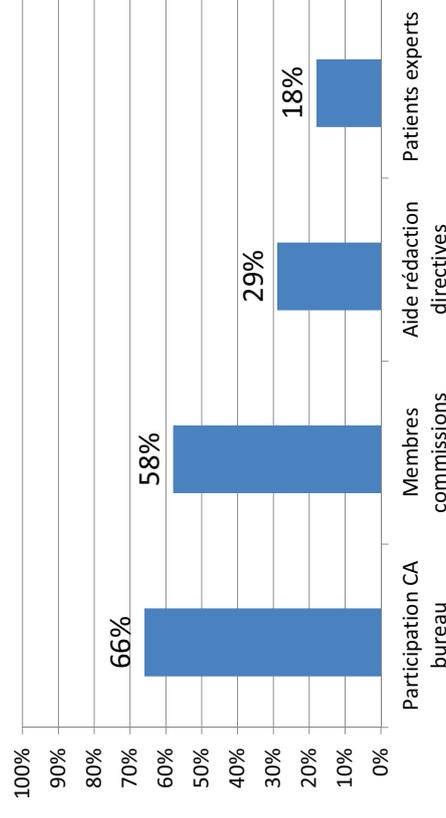
85% des réseaux ont une collaboration avec le secteur social



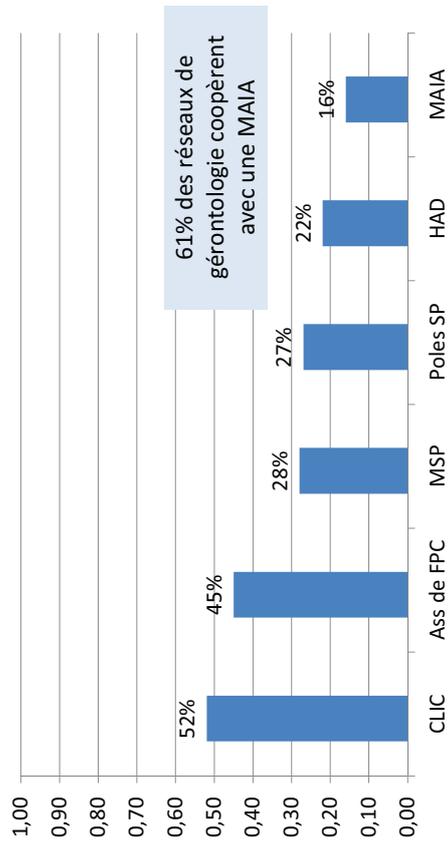
Coopérations organiques les plus fréquentes



88% des réseaux impliquent les usagers dans leur fonctionnement



Coopérations organiques moins fréquentes





CARNET DE SANTÉ

Par **ÉRIC FAVEREAU**

Ils sont vieux, tout repliés chez eux

Seul, chez soi, à l'abandon : est-ce une maladie ? Des « personnes âgées en perdition dans leur domicile », tout le monde en connaît : ces vieux qui ne sortent plus de chez eux, qui ouvrent peu la porte, ont peur de tout. Souvent, quand le voisinage intervient, c'est trop tard, la personne a basculé dans un autre univers.

La semaine dernière, à l'hôpital Georges-Pompidou à Paris, s'est tenu, à l'initiative de la [Fédération] des réseaux de santé gérontologie d'Ile-de-France, le colloque «Gérontes et psychiatres : quelles collaborations au domicile du patient ?» Une étude a été présentée sur ces vieux en perdition chez eux. Ce sont des gérontes d'une association de l'est parisien qui ont travaillé sur cette population. Ils disent avoir vite senti qu'il s'agit «d'une population particulière, pour la plupart en manque de soins». Et ont décidé d'analyser les dossiers des 225 premiers patients visités.

Leur âge moyen est de 81 ans, 62% sont des femmes, 75% vivent seuls. «Près d'une personne sur deux a un entourage défaillant, lointain, voire inexistant», a décrit le Dr Stephan Pau-Montero. «35%, au départ, refusent les soins ou les aides en tout

genre. 49% n'ont pas de médecin traitant.» L'étude montre que «31% de ces personnes âgées vivent dans des domiciles insalubres, 32% sont dénutris. Par exemple, 14% d'entre eux ont des frigidaires vides, ou éteints, ou encore mal utilisés.» Que faire ? Intervenir alors qu'apparemment la plupart de ces personnes n'expriment pas de demandes ? Ne rien faire, ne serait-ce pas de la non-assistance à personne en danger ?

Les gérontes américains ont défini un syndrome gériatrique dit «d'autonégligence», à l'instar des chutes, de la dénutrition, voire des incontinences. Ce syndrome se définit «par une absence de recours aux besoins primaires», que ce soit l'hygiène, la santé, la sécurité, l'eau ou la nourriture. Dans le cas de l'étude de l'est parisien, près des deux tiers des personnes âgées en seraient atteintes. Et le Dr Stephan Pau-Montero de conclure : «La reconnaissance de ce syndrome doit permettre une meilleure prise en charge de ces personnes jusque-là exclues du parcours de soins traditionnels.» Est-ce si sûr ? Médicaliser des comportements peut certes avoir des effets positifs. Mais sont-ils malades ? Qu'en disent les intéressés ? Comme souvent, leur parole manque fortement dans cette étude. ◀

ACTION SOCIALE

“Facilitons la vie des personnes âgées à leur domicile”

Faciliter la vie des personnes âgées à leur domicile, telle est la raison d'être de la Fédération des Réseaux de santé Gérontologiques d'Île-de-France (FREGIF). Il s'agit aussi d'une préoccupation majeure pour notre mutuelle qui a de nombreux adhérents seniors. Dans le souci de répondre à leurs besoins, de les orienter vers les services adaptés ou de conseiller leurs proches, notre service d'action sociale a noué un partenariat avec la FREGIF.



Créée en 2007, la Fédération des Réseaux de santé Gérontologiques d'Île-de-France (FREGIF) rassemble aujourd'hui 16 réseaux de santé gérontologiques qui sont implantés dans la plupart des arrondissements parisiens, en Seine-et-Marne et en Essonne, dans les Yvelines, les Hauts-de-Seine, le Val d'Oise et le Val-de-Marne. Subventionnés par l'Assurance Maladie, ces réseaux ont pour mission de coordonner tous les acteurs médicaux, sociaux et paramédicaux, issus de l'hôpital ou de la ville pour faciliter le maintien à domicile des personnes âgées. Le Dr Marie-France Maugourd, présidente de la FREGIF, souligne l'intérêt de la démarche tout comme son caractère novateur. Elle

rappelle en effet cette loi de 1975 qui a établi un cloisonnement entre le monde du sanitaire et l'univers du social rendant particulièrement complexe la prise en charge des personnes âgées. À l'inverse, la récente loi Hôpital, Patients, Santé et

Territoires (HPST) a reconnu l'interaction évidente entre le sanitaire et le social et prône une prise en charge globale et coordonnée des personnes âgées. « L'Île-de-France compte 720 000 habitants âgés de 75 ans et plus. Certains d'entre eux souffrent d'une perte d'autonomie liée à des pathologies chroniques, physiques ou psychiques. Face au vieillissement de la population, le défi est de permettre aux personnes âgées de vivre le plus longtemps possible chez elles dans les meilleures conditions. Dans cette optique, les réseaux de santé réunissent autour d'une même table tous les intervenants concernés par la prise en charge d'une personne âgée fragilisée. Ce mode d'approche pluridisciplinaire permet de gagner en simplicité, en cohérence et aussi en continuité de soins et d'attentions auprès du patient », explique le Dr Marie-France Maugourd. Depuis leur création, les

À VOS CÔTÉS, NOTRE SERVICE D'ACTION SOCIALE

Contactez la conseillère sociale de votre agence pour en savoir plus sur :

- Notre réseau de partenaires médico-sociaux en perpétuel développement,
- Notre service d'accompagnement lors de votre hospitalisation,
- Notre service d'information et d'accompagnement pour la recherche d'une maison de retraite ou d'un établissement médico-social,
- Notre atelier "Équilibre et prévention des chutes",
- Le groupe de parole destiné à nos adhérents déficients visuels.

réseaux de santé gérontologiques d'Île-de-France ont toujours travaillé ensemble. Se réunir en fédération témoigne de leur volonté de formaliser et d'intensifier leur collaboration. De toute évidence, il s'avère plus rationnel, plus efficace et moins onéreux de mutualiser les compétences aussi bien que les expériences. De plus, en termes de gestion comme de communication, la FREGIF ouvre des perspectives de développement structuré pour les réseaux de santé gérontologiques ainsi qu'une meilleure visibilité auprès des partenaires médico-sociaux et des aidants. À ce sujet, le Dr Marie-France Maugourd souligne tout l'intérêt pour la FREGIF d'un partenariat avec une mutuelle comme la nôtre. Grâce à notre service d'action sociale, France Mutuelle offre un relais d'information et de conseil auprès des adhérents fragilisés par l'âge.

TRAVAILLER ENSEMBLE

Le réseau de santé gérontologique intervient auprès des personnes âgées de 75 ans et plus :

- qui souffrent de plusieurs pathologies, sources d'une dépendance physique ou psychique, ou bien conjointe,
- qui sont atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée,
- qui sont en situation de rupture socio-sanitaire.

Chaque réseau de santé repose sur une équipe de 5 à 10 professionnels des secteurs médical (médecin et/ou infirmière coordinatrice, gériatre, psychologue, etc.), social (assistante sociale et/ou secrétaire médicale et sociale, etc.) et administratif. Loin de vouloir se substituer à l'existant, un réseau de santé gérontologique a pour mission d'améliorer l'efficacité de la prise en charge actuelle. Il travaille en lien étroit avec le médecin traitant. Celui-ci se montre d'ailleurs fort satisfait d'avoir trouvé un interlocuteur qui assure la coordination avec les autres intervenants concernés par la prise en charge du patient. Ainsi, à l'issue d'un diagnostic psycho-médico-social, le réseau établit un Plan d'Intervention Personnalisé dont il assure la mise en œuvre et la coordination. Le réseau de santé tient à jour un "dossier patient" qui synthétise l'ensemble des informations médicales, médico-sociales et sociales et permet le suivi du Plan d'Intervention Personnalisé. Hôpitaux, cliniques, services de soins à domicile, professionnels de santé de toutes spécialités, établissements d'hébergement pour personnes âgées, services d'aide à domicile, services sociaux de tout ordre et associations d'aide aux usagers... sont autant de partenaires avec qui les réseaux de santé gérontologiques sont amenés à collaborer.

Par ailleurs, la FREGIF, s'investit largement dans la mise en place des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration

À QUI S'ADRESSENT LES RÉSEaux DE SANTÉ GÉRONTOLOGIQUES D'ÎLE-DE-FRANCE ?

- Aux patients pour une évaluation à domicile en équipe pluridisciplinaire, un accompagnement social et médico-social, une participation à des ateliers mémoire, une éducation thérapeutique...
- Aux aidants pour obtenir informations et recommandations, bénéficier d'un soutien psychologique à domicile ou en groupes de parole...
- Aux professionnels de santé pour bénéficier d'une expertise et d'un soutien à la prise en charge des personnes âgées fragilisées, d'une aide à l'orientation des patients, de formations professionnelles, pour l'organisation de réunions de concertation en équipe pluridisciplinaire médico-psycho-sociale.



The image shows a map of the Île-de-France region with various departments highlighted in light blue. The departments shown are 78 (Seine-et-Marne), 95 (Seine-Saint-Denis), 92 (Seine-la-Marne), 75 (Paris), 93 (Seine-Saint-Denis), 94 (Seine-Martinique), 91 (Yvelines), and 77 (Seine-et-Marne). The FREGIF logo is prominently displayed in the top right corner of the map area. Below the map, there is a small inset image of a document or brochure with the FREGIF logo and some text.

www.fregif.org

des malades d'Alzheimer (MAIA). Prévu dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012, ces nouvelles structures doivent constituer des "guichets uniques" pour une prise en charge personnalisée associant le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Pour nos adhérents de province, sachez que des réseaux de santé gérontologiques commencent à se développer en régions. N'hésitez pas à solliciter la conseillère sociale de votre agence France Mutuelle, elle saura vous orienter vers les interlocuteurs adaptés. ■

Diminution de budget des réseaux de santé franciliens. Mobilisation de la FREGIF (*)

La fédération des réseaux de santé gérontologiques d'Ile de France (Fregif) informe avec les 90 réseaux de santé, qu'"une diminution de 13 % des budgets a été annoncée en février et qu'aucun réseau n'a, à ce jour, perçu le moindre euro de la subvention 2011 de l'Assurance Maladie".

Les équipes des réseaux sont donc menacées : médecins, infirmiers, psychologues, diététiciens, assistants sociaux et administratifs.

Les situations de cessation de paiement se multiplient, alerte la Fregif.

Les réseaux de santé gérontologiques

[En images sur le site de la Fregif](#), voir les explications sur la nécessité des réseaux en Ile de France.

Autour du patient, les professionnels du réseau sont en lien entre les différents acteurs aujourd'hui encore cloisonnés : sanitaire (hôpital/médecine de ville), social, médico-social (aides et soins à domicile).

Les professionnels du réseau sont interpellés par les professionnels libéraux, les proches, les clic, les personnes âgées elles-même. D'emblée les réseaux proposent une **"évaluation pluridisciplinaire gérontologique à domicile"**, puis une coordination des acteurs du plan d'aides, un suivi.

Le réseau informe les patients et les proches. Il les accompagne.

Les enjeux : éviter les passages aux urgences, permettre aux médecins de villes des patients âgés d'accéder à des avis de spécialistes, renforcer la formation des acteurs

Ces réseaux de santé gérontologiques sont régulièrement salués, comme dans le rapport de l'IGAS en mai 2006 au demeurant plutôt critique sur les réseaux de santé génériques : diabète, cancer... (faible performance, trop de fonds mobilisés pour peu de patients, disparité des pratiques, besoin d'un cahier des charges partagé, besoin d'une meilleure connaissance des réseaux par les professionnels de terrain, et de sécuriser leur suivi financier).

Action/Mobilisation

Après une journée de manifestations le 2 avril, la Fregif invite à signer la [pétition pour la défense des réseaux de santé](#)

Les 90 réseaux de santé d'Ile de France mobilisés

UNR.Santé : Union Nationale des Réseaux de santé- ww.unrsante.fr

FEDERASIF: Fédération des Réseaux d'Accès aux Soins d'Ile-de-France - vmichel.federasif@gmail.com

FREDIF: Fédération des Réseaux Diabète d'Ile-de-France –www.fredif.fr

Réseaux de santé Périnatalité

FREGIF : Fédération des Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France - www.fregif.org

ONCORIF : Réseau régional de cancérologie d'Ile-de-France - www.oncorif.fr

RESPALIF : Fédération des Réseaux de santé en Soins Palliatifs d'Ile-de-France – www.respalif.com

RESODIF : Réseaux d'Ile-de-France - rzodif@gmail.com

Par ailleurs d'autres réseaux gérontologiques existent sur les territoires, notamment [fédérés par la MSA](#) (Mutualité sociale agricole).

AdV

mis à jour le 04/04/2011

[Retour vers la liste des actualités pour ce sujet: Santé](#)

27/01/1900 18:09:00

Personnes âgées : la prévention, le meilleur moyen d'éviter la dépendance (PAPIER D'ANGLE)

Par Julie CHARPENTRAT

PARIS, 27 mai 2011 (AFP) - A l'heure où l'on cherche les milliards pour financer la dépendance, professionnels et pouvoirs publics soulignent la nécessité de renforcer la prévention, un chantier de longue haleine qui permettra à la fois de mieux vieillir et de faire des économies.

Une activité intellectuelle, physique, un bon suivi médical, un logement adapté où on peut rester le plus longtemps possible, sont autant de clés pour diminuer les risques de dépendance.

"La prévention est une question tout à fait fondamentale qui doit guider notre politique publique", a assuré vendredi la ministre des Solidarités Roselyne Bachelot, lors d'un débat public sur la dépendance à Paris.

Plusieurs hôpitaux ont mis en place ces dernières années des pôles spécialisés, comme à Toulouse, avec des consultations "mémoire" ou des bilans gériatriques complets, comme à l'hôpital Les Magnolias, dans l'Essonne. Certaines mutuelles mais aussi la Caisse nationale d'assurance vieillesse ont de nombreuses actions de prévention.

Mais le système de soins en France est plus souvent curatif que préventif.

Selon les calculs de l'Assemblée des départements de France, un bon système de prévention de la dépendance permettrait pourtant d'économiser à terme 10 milliards d'euros. La dépendance coûte aujourd'hui environ 25 milliards annuels aux pouvoirs publics.

"En général, les hospitalisations de personnes âgées sont pertinentes mais ce sont les derniers mois du parcours de prise en charge qui posent problème", explique Olivier Saint-Jean, chef du service de gériatrie à l'hôpital Georges Pompidou à Paris, lors du débat dépendance.

Bien souvent, les patients ont par exemple multiplié les aller-retours entre hôpital et maison de retraite, ce qui conduit "à un accroissement de leur dépendance pourtant déjà très lourde", selon une étude récente copilotée par le "gérontopôle" de Toulouse.

"C'est à l'hôpital que j'ai vu beaucoup de personnes âgées perdre leur autonomie. L'hôpital ne doit pas être l'antichambre de la dépendance, il doit au contraire avoir un rôle de prévention", témoigne Evelyne Gaussens, directrice générale des Magnolias.

Avec des bilans gériatriques et un accompagnement systématique des sorties, son établissement est passé de 10% de patients qui retournaient chez eux à 70% aujourd'hui. Beaucoup d'entrées en dépendance ont ainsi sans doute été sinon évitées, du moins repoussées.

Et si les personnes âgées se retrouvent à l'hôpital, c'est parfois qu'elles ont été mal diagnostiquées ou trop tardivement.

En France, on raisonne par maladies alors que les personnes âgées ont des pathologies multiples, explique la gériatre Marie-France **Maugourd**, "qui ne sont pas prises en charge, faute d'éducation thérapeutique. Alors, petit à petit la dépendance s'installe".

La prévention doit donc passer d'abord par le médecin traitant, qui doit être mieux formé aux pathologies multiples, soulignent les intervenants.



11/15 PLACE DE LA BOURSE
75061 PARIS CEDEX 02 - 01 40 41 46 46

27 MAI 11
Quotidien Paris

Surface approx. (cm²) : 509

Page 2/2

Médecin, hôpital, services sociaux, maison de retraite: c'est en fait tout le système de soins et d'accompagnement autour de la personne âgée qui est mal coordonné, insistent-ils.

Jérôme Guedj, président (PS) du Conseil général de l'Essonne, incite les pouvoirs publics à "obliger les départements à faire de la prévention", appelant à une "loi d'orientation sur les effets du vieillissement", qui aborderait le logement, les transports...

Mais difficile d'entrevoir une telle "révolution" dans le peu de temps imparti pour réformer la dépendance: arbitrages en juillet, mesures à l'automne.

jc/db/ct

Grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité

Proposée par le GTR Bien Vieillir du PRSP et le réseau RÉGéCA de Champagne Ardenne

Version expérimentale février 2009

Cet outil est destiné à l'évaluation rapide du profil de fragilité des personnes âgées. L'évaluation est faite par tout acteur du champ gérontologique formé à l'évaluation de l'outil, à partir de questions posées au senior et/ou à la personne de référence présente ou contactée par téléphone.

La grille n'est pas une évaluation gériatrique, mais dessine un profil de risque de fragilité et donne un signalement des problèmes et des facteurs susceptibles d'influencer le déclin fonctionnel.

NOM & PRENOM de la PERSONNE.....

ANNEE DE NAISSANCE AGE Sexe

Date évaluation	N° Structure	Fonction de l'évaluateur	N° Personne	POIDS (en Kg)	TAILLE (en cm)	Code postal	Statut marital

Volet A	Profil gériatrique et facteurs de risques			Score
	0	1	2	
Age	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et/ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)	
Total / 26				

TOTAL Volet A

< ou = 8 : Personne peu fragile	[9-11] : Personne fragile	> ou = 12 : Personne très fragile
--	-------------------------------------	--

Volet B	Données complémentaires			Score
	0	1	2	
Hospitalisation au cours des 6 derniers mois	Aucune hospitalisation	1 hospitalisation de durée < 3 mois	Plusieurs hospitalisations ou 1 seule > 3 mois	
Vision	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
Audition	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
Support social / entourage	Couple (ou famille)	Seul sans aide	Seul avec aide	
Aide à domicile professionnelle	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple	
Aidant naturel	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple	
Perception de la charge par les proches	Supportable	Importante	Trop importante	
Habitat	Adapté	Peu adapté	Inadéquat	
Situation financière	Pas de problème	Aide déjà en place	Problème identifié et absence d'aide	
Perspectives d'avenir selon la personne	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité	
Perspectives d'avenir selon son entourage	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité	

TOTAL Volet B (sur 22)

Plus le score est élevé, plus grande est la fragilité

Cette grille est une adaptation de la grille SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment ou Sommaire de l'Evaluation du profil Gériatrique à l'Admission). Auteurs : SCHOEVAERDTS Didier, BIETTLOT Serge, MALHOMME Brigitte, REZETTE Céline, GILLET Jean-Bernard, VANPEE Dominique, CORNETTE Pascale, SWINE Christian, La Revue de Gériatrie : 2004, vol.29, n°3, pp.169-178

REMARQUES DE L'EXPERIMENTATEUR

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PRINCIPAUX PROBLEMES REPERES

.....

.....

.....

.....

.....

Propositions d'actions pour diminuer le niveau de fragilité

Besoins repérés par l'évaluateur d'une prise en charge médico-sociale OUI NON

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> assistante sociale | <input type="checkbox"/> protection juridique |
| <input type="checkbox"/> auxiliaire de vie | <input type="checkbox"/> portage de repas |
| <input type="checkbox"/> garde de jour | <input type="checkbox"/> téléalarme |
| <input type="checkbox"/> garde de nuit | <input type="checkbox"/> activité physique ou sportive |
| <input type="checkbox"/> hébergement temporaire | <input type="checkbox"/> vie associative |
| <input type="checkbox"/> accueil de jour | <input type="checkbox"/> soutien aidant naturel |
| <input type="checkbox"/> entrée en EHPAD | <input type="checkbox"/> autre action / à préciser |
| <input type="checkbox"/> demande d'A.P.A. | |

TRANSMISSION AU MEDECIN TRAITANT OUI NON

Besoins repérés par l'évaluateur d'une prise en charge sur décision médicale OUI NON

- évaluation gériatrique complète
- prise en charge médicale ciblée
- kinésithérapeute
- psychologue
- ergothérapeute
- orthophoniste
- diététicien
- atelier équilibre
- éducation thérapeutique du patient
- soutien nutritionnel
- autre action / à préciser

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE D'ÉVALUATION DU NIVEAU DE FRAGILITÉ

DES PERSONNES ÂGÉES EN CHAMPAGNE-ARDENNE

Définition de la personne âgée fragile par le Groupe technique régional Bien Vieillir du PRSP

« C'est une personne présentant un état instable conduisant à un risque de décompensation somatique, psychique ou sociale, secondaire à un évènement même minime ; cet état est potentiellement réversible, s'il est identifié, et si des actions adaptées sont mises en place. »

Volet A :

Provenance : *La personne vit-elle à domicile ou en lieu de vie collectif ? Si elle vit à domicile, reçoit-elle une aide professionnelle ?*

(FL : Foyer Logement ; EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

Médicaments : *Combien de médicaments différents la personne prend-elle par jour ?*

Considérer chaque substance différente prise au moins une fois par semaine.

Humeur : *Au cours des trois derniers mois la personne s'est-elle sentie anxieuse, triste ou déprimée ?*

La question posée est celle du « moral ». On peut demander : *Vous sentez-vous bien, êtes-vous anxieux, êtes-vous souvent triste ou déprimé ? Prenez-vous des antidépresseurs depuis moins de trois mois ?*

Perception de sa santé : *Par rapport aux personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est meilleure, équivalente, moins bonne ?*

Cette question doit être posée directement à la personne.

Chute durant les six derniers mois : *Au cours des 6 derniers mois, la personne a-t-elle fait une chute ?*

Par chute compliquée, on entend une chute ayant nécessité un bilan médical.

Nutrition : *La personne a-t-elle actuellement un appétit normal, un poids stable ? Durant les 3 derniers mois, la personne a-t-elle perdu du poids sans le vouloir ?*

Si la personne n'a pas de problème évident de nutrition, d'appétit ou de poids, on code (0) ; si elle a une diminution nette de l'appétit depuis au moins 15 jours, on code (1) ; si elle est franchement dénutrie et a perdu sans le vouloir plus de 3 kg en trois mois, on code (2).

Autant que possible veuillez renseigner le poids et la taille dans les items au début de la grille, ce qui permettra de calculer l'IMC (Indice de Masse Corporelle). Dénutrition si IMC < 21.

Maladie associées : *La personne souffre-t-elle d'une ou plusieurs maladies nécessitant un traitement régulier ?*

Mobilité : *La personne a-t-elle des difficultés pour se lever et/ou pour marcher ?*

Cette zone explore l'indépendance de la personne dans les transferts de la position assise à la position debout et la marche. Le soutien peut être technique (canne, déambulateur) ou humain, on code (1). L'incapacité se définit par l'impossibilité de se lever et/ou de marcher, on code (2) dans cette situation.

Continence : *La personne a-t-elle des problèmes d'incontinence, utilise-t-elle des protections ?*

Si la personne n'a pas d'incontinence urinaire ni fécale, on code (0). Si elle a des pertes occasionnelles ou une incontinence seulement la nuit, on code (1) ; si elle est incontinente urinaire et/ou fécale en permanence, on code (2).

Prise des repas : *La personne a-t-elle des difficultés pour prendre ses repas, doit-elle être aidée, doit-on lui donner à manger tout au long du repas ?*

Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une préparation des aliments dans l'assiette et des instructions pour le repas, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète pour les repas, on code (2).

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) : *La personne a-t-elle des difficultés pour accomplir des activités quotidiennes telles que préparation des repas, usage du téléphone, gestion des médicaments, formalités administratives et financières à accomplir...?*

Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une aide partielle pour réaliser au moins une de ces activités, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète, on code (2).

Fonctions cognitives : *Au vu de votre entretien, diriez-vous que la personne a des problèmes de mémoire, d'attention, de concentration, ou de langage ?*

Par fonctions cognitives on entend mémoire, attention, concentration, langage, etc. Il ne s'agit pas de faire une évaluation neuropsychologique ou un mini-mental test (MMSE), mais d'apprécier la situation connue du patient à cet égard. Soit la personne n'a pas de problème de mémoire à l'évidence et on code (0) ; soit il y a un doute sur l'intégrité des fonctions cognitives et on code (1) ; soit les fonctions cognitives sont connues pour être altérées et l'on code (2).

→ **COTATION SUR 26 : Elle** indique l'intensité du profil de fragilité en reflétant globalement le nombre de problèmes signalés ; il est clair que ce chiffre n'a qu'une valeur indicative. On peut considérer que le profil de la personne est peu fragile pour un score inférieur ou égal à 8, qu'il est moyen pour un score compris entre 9 et 11 et qu'il est très fragile pour un score supérieur ou égal à 12.

Volet B : Données complémentaires. Cette partie regroupe des facteurs susceptibles d'influencer le plan de soins et d'aides. Les facteurs sensoriels, le recours à l'hospitalisation y sont pointés ainsi que des facteurs propres aux aides existantes et à l'aidant principal (perception de la charge de soins) ainsi que les facteurs propres aux attentes de la personne et de ses proches.

Hospitalisation récente : *La personne a-t-elle été hospitalisée durant les 6 derniers mois ? Combien de fois a-t-elle été hospitalisée ? Une hospitalisation a-t-elle duré plus de 3 mois ?*

Vision : *La vue de la personne, avec des lunettes si elle en porte, est-elle normale, diminuée ou très diminuée ?*

Audition : *L'ouïe de la personne, avec des prothèses auditives si elle en porte, est-elle normale, diminuée ou très diminuée ?*

Support social / entourage : *La personne vit-elle seule à domicile, en couple, ou avec un ou plusieurs membres de sa famille ?*

Aide à domicile professionnelle : *Selon vous, la personne de l'aide à domicile de la part de professionnels ? Cette aide est-elle occasionnelle ou quotidienne ? Combien de services différents interviennent-ils à son domicile ? L'aide peut-être à visée soit sanitaire, soit médico-sociale, soit sociale.*

Aidant naturel: *La personne a-t-elle besoin de recevoir de l'aide à domicile de la part de sa famille ? Cette aide est-elle occasionnelle ou quotidienne, combien de personnes différentes interviennent-elles à son domicile ?*

Perception de la charge par les proches : *l'accompagnement de la personne est-il vécu par son entourage comme supportable, importante ou trop importante ? Si l'entourage est absent, on code (2).*

Habitat : *De votre point de vue de professionnel, diriez-vous que l'habitat de la personne est adapté, peu adapté, ou inadéquat ?*

Cette zone explore l'influence des conditions d'habitat sur l'autonomie de la personne. Exemples : chambre à l'étage, éclairage déficient, salle de bains non aménagée, absence de barres d'appui, etc.

Situation financière : *la personne vous semble t-elle avoir des difficultés sur le plan de ses ressources ? A-t-elle demandé une aide ? La reçoit-elle déjà ? Il s'agit d'une appréciation déclarative par la personne.*

Perspectives d'avenir selon la personne : Cette question doit être posée directement à la personne. *Dans les 6 prochains mois, envisagez-vous de modifier votre mode de vie ? Par exemple : renforcer les aides à domicile familiales ou professionnelles, changer de lieu de vie, entrer en maison de retraite ?*

Perspectives d'avenir selon l'entourage : Cette question doit être posée directement à l'aidant naturel de la personne. *Dans les 6 prochains mois, envisagez-vous la nécessité de modifier le mode de vie de votre parent ? Par exemple : renforcer les aides à domicile familiales ou professionnelles, changer de lieu de vie, entrer en maison de retraite ?* Ces deux dernières questions permettent de noter une discordance entre l'avis de la personne et celui de ses proches, notamment sur l'entrée en institution

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'immatriculation :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse : _____

Code Postal :

--	--	--	--	--	--

 Commune : _____

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...		
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement

B : fait partiellement, non habituellement, non correctement

C : ne fait pas.

A, le

Signature et cachet du praticien

ATTENTION

**Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention
du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie,
à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie**

Auteur et date

Dr Pierre-André COULON,
Réseau Hippocampes – Juin 2011



Titre

**Conseils adaptés aux malades à risque de
fausses routes (pour les aidants)**

Certains signes doivent attirer l'attention

Fermeture incomplète de la bouche, mauvais contrôle de la langue, incapacité à boire ou à mastiquer, intolérance à certaines textures d'aliments

Accumulation des aliments dans la cavité buccale, mastication excessive, allongement du temps pendant lequel les aliments restent dans la bouche

Sensation d'aliments « coincés » ou blocages alimentaires, gêne pour avaler ou toux lors de la déglutition, vomissements, régurgitations, bave

Réduction des prises alimentaires, amaigrissement, encombrement bronchique

Mycose buccale

Recommandations générales

1 - Environnement

Minimiser les sources de distraction au moment des repas et collations (éteindre la télévision, éviter les bruits environnants et les conversations ...)

Se procurer un verre à découpe anatomique en pharmacie ou faire boire avec un verre toujours plein

Tête de lit toujours légèrement redressée en dehors des repas et même la nuit

2 - Hygiène bucco-dentaire

Soigner toute mycose buccale

Avant le repas : Mettre l'appareil dentaire propre

Après le repas : Rincer la bouche, soin de bouche si nécessaire

3 - Alimentation fractionnée

6 repas par jour (3 repas, 3 collations)

Proposer des boissons gazeuses froides, épaissies ou gélifiées sur avis médical

Aliments bien contrastés en goût (acides, salés mais jamais pimentés)

Aliments plutôt froids

Consistance des aliments à définir et à adapter avec le médecin traitant

Le repas

▪ **Au moment des repas :**

	Au lit	Au fauteuil
Installation	<p>Bien caler le dos avec de gros oreillers pour verticaliser au maximum le haut du corps</p> <p>Personne bien réveillée</p>	<p>Dossier verticalisé au maximum</p> <p>Haut du corps droit</p> <p>Tête dans l'axe</p>
Posture	<p>Buste droit</p> <p>Tête droite et suffisamment calée pour empêcher l'extension en arrière</p> <p>Menton rentré</p> <p>Regard orienté vers le bas</p>	
Déroulement du repas	<p>S'installer de façon à être en face et légèrement en contrebas par rapport au patient</p> <p>Favoriser l'attention du patient sur la prise alimentaire</p> <p>Eviter de faire parler le patient</p> <p>Administrer de petites cuillérées</p> <p>Evitez l'extension en arrière de la tête en proposant systématiquement les aliments par le bas, la cuillère bien en contact avec la langue</p> <p>Au besoin maintenir la tête du patient inclinée vers le bas tout au long de la déglutition</p> <p>Lui laisser le temps de bien mastiquer et de bien avaler</p> <p>Vérifier que la déglutition a eu lieu et que la bouche est vide avant de présenter une nouvelle cuillère</p> <p>A la fin du repas, faire tousser ou racler la gorge si la voix n'est pas claire pour dégager le larynx</p>	

▪ **Après les repas :**

Maintenir la verticalisation du patient au moins une demi-heure après le repas au lit comme au fauteuil

Assurer l'hygiène bucco-dentaire après avoir vérifié que la bouche est vide

Retirer le plateau dès la fin du repas

Ne laisser ni aliment, ni boisson à portée de main

Auteur et date

Dr Pierre-André COULON,
Réseau Hippocampes – Juin 2011



Titre

**Alimentation adaptée aux troubles de
déglutition (à destination des médecins)**

Situations à risque

- Démence sévère
- Déshydratation
- Sécheresse buccale
- Gloutonnerie
- Paralysie faciale
- Pathologie et malformations ORL
- Prothèses mal fixées
- Psychotropes
- Séquelles d'AVC
- Trouble de conscience

Signes d'alerte

- Reflux gastro-œsophagien
- Toux
- Pneumopathies à répétition (basale droite ou bilatérale)
- Refus alimentaire (de crainte)
- Allongement temps buccal
- Bavage
- Amaigrissement
- Amyotrophie

Test au verre d'eau

En cas de doute permet de vérifier l'absence de fausse route, on commence par tester avec 3 cuillères à café.
Si pas de signe anormal au bout d' 1 minute, on teste avec le verre d'eau.
Environnement calme sans distraction (porte fermée, télévision éteinte).
Patient le plus assis possible, la tête la plus droite possible.
Se placer le plus en face possible, du côté sain ou moins atteint si hémiparésie ou troubles neurologiques asymétriques.

Ecouter la « voix de base » du patient

3 cuillères à café d'eau



Un verre d'eau plein pour
éviter que le patient ne
penche la tête en arrière

- Observer pendant **1 minute** si :
- toux
 - voix mouillée ou rauque
 - régurgitation
 - bruits anormaux
 - gêne respiratoire

1. Aliments solides

Supprimer :

Les morceaux fermes et les morceaux élastiques comme le blanc d'œuf cuit.

Les aliments ou préparations de consistance :

- Filandreuse : Potage peu mixé, poireaux et endives crus, épinard en branche, céleri-branche, bettes, gratins avec filaments...
- Granuleuse : Semoule, riz, lentilles, petit-pois, maïs...
- Pâteuse : Fromage frais ou fromages fondus.

Les aliments crus : Salades vertes, salades composées, les fruits (agrumes, fruits à noyaux).

Les préparations à base de feuilletage (feuilletés, tourtes, croissants...).

Les préparations à texture pâteuse (purées à consistance solide...).

Les préparations à texture mixte : Association de petits éléments solides et liquides comme le bouillon au vermicelle ou le tapioca.

Favoriser les aliments bien contrastés en goût (salés, acides mais éviter le piment) et en température (les aliments froids diminuent le risque de fausse route).

2. Boissons et préparations liquides

Préférer les boissons gazeuses pauvres en sel, froides ou si nécessaire boissons additionnées d'épaississant (vendu en pharmacie).

Boissons : eau, thé, café, tisane, jus de fruits, bouillon de légumes...

Aliments et préparations : lait, café au lait, lait chocolaté, potage liquide...

A supprimer : les boissons alcoolisées, le vinaigre, les jus de fruits à base d'agrumes

3. Textures

Trois types de textures existent : mixée lisse, moulinée, ou hachée.

Le but est d'adapter la texture de l'alimentation et des boissons aux troubles spécifiques de chaque patient. Le choix de texture est une décision médicale.

Le régime de texture *moulinée* est le régime de sécurité. **Le passage aux régimes de texture mixée lisse ou normale hachée doit se discuter avec le médecin.**

Mixée lisse	Moulinée	Normale hachée
<i>Offrir au patient des repas de texture lisse, de petit volume, enrichis et fractionnés.</i>	<i>Introduire des aliments fondants en bouche.</i>	<i>Introduire des aliments à texture tendre.</i>
<p>Sont autorisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> Assiette lisse Purée de légumes enrichies en beurre ou fromage frais Sauces fines Bouillie Fromage blanc, yaourts Entremets, flans Compotes fines Mousse de fruits Glaces Crèmes enrichies 	<p>Sont introduits :</p> <ul style="list-style-type: none"> Haché fin de viande Haché fin de poisson Haché fin de jambon Œuf dur haché Jambon haché Biscuits secs humidifiés Mousse de poisson Mousse de légumes Entremets à la semoule fine Compote Purée de légumes Banane écrasée 	<p>Sont introduits :</p> <ul style="list-style-type: none"> Viande hachée ou tendre Lasagnes, raviolis, cannellonis Poisson sans arêtes Jambon coupé fin Quenelles Omelette nature Pâtes bien cuites (taille moyenne type macaronis) Légumes bien cuits pouvant s'écraser à la fourchette (courgettes, haricots verts, choux...) Fruits cuits fondants (pêche, pomme...) Fruits bien mûrs (poires, pêches, abricots, bananes...) Fromages à pâte molle avec croûte fine bien fait (camembert, brie, Saint Paulin...)

Auteur et date

Titre

Dr Aurélie LEMAIRE et
Dr Caroline MARQUIS,
Réseau Mémoires – Juin 2011



DENUTRITION DE LA PERSONNE AGÉE

(à destination des patients et aidants)

1- Fréquence de la dénutrition

5 % des plus de 70 ans ; 10 % des plus de 80 ans.

2- Apports nécessaires

30-35 Kcal/Kg/j et 1,2 g protéines /Kg /j en situation non pathologique.

3- Quand y penser / Situations à risque :

- Moins de 3 repas /jour
- Perte d'appétit
- Perte de poids
- Réfrigérateur vide
- Mauvais état bucco-dentaire, appareil inadapté
- Troubles de la déglutition, difficultés à avaler et à mâcher
- Hospitalisation récente
- Situation de stress/ Dépression
- Infection
- Douleur
- Prise de plus de 5 médicaments par jour
- Régime alimentaire restrictif
- Troubles de la mémoire/ Troubles Psychiatriques
- Sédentarité/Dépendance

4- Prévention :

- Pesée mensuelle à comparer au poids de forme (habituel)
- Augmenter les apports alimentaires dès que situation à risque et penser à modifier la texture alimentaire si besoin ; adapter l'alimentation au goût de la personne ; vérifier la quantité consommée
- Eviter les régimes restrictifs
- Hydratation correcte : 5 verres de 20 cl/jour minimum
- Bonne hygiène bucco-dentaire
- Lutter contre la constipation
- Pratiquer une activité physique de 30 minutes/jour

5- Parlez-en régulièrement à votre médecin traitant ! Indiquez-lui votre poids.

Demandez conseil à votre médecin traitant !

Auteur et date

Dr Nabila FOUCRET,
Réseau Hippocampes – Juin 2011



Titre

LES ESCARRES EN GERIATRIE

Définition :

En gériatrie, l'escarre survient toujours dans un contexte associant des facteurs locaux et des facteurs généraux qu'il convient de rechercher.

L'escarre est une plaie de pression, plus ou moins profonde et étendue, provoquée dans la majorité des cas par la compression et/ou le cisaillement et/ou le frottement des vaisseaux sanguins entre un os et un plan dur. Il en résulte alors une ischémie des parties molles puis un délabrement nécrotique des tissus (les muscles étant plus sensibles à l'ischémie que les structures cutanées).

Physiopathologie des escarres :

Contexte d'apparition	Prévention
Facteurs locaux	
<ul style="list-style-type: none"> - Alitement prolongé - Immobilisation au fauteuil prolongée 	<p>Diminution de la durée d'appui ou mise en décharge : Lever quotidien (au fauteuil si besoin) Eviter la contention au lit ou au fauteuil et, si elles sont prescrites, éviter la ceinture thoraco-abdomino-pelvienne, ou pelvienne trop serrée Planifier le changement de position si la personne âgée ne peut l'assurer seule</p>
	<p>Assurer une hygiène rigoureuse : Change régulier des protections et des draps Effleurage (massage doux du bout des doigts sur les zones à risque) à chaque change</p>
	<p>Support inadéquat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Source de lésion cutanée - Macération
Facteurs généraux	
<ul style="list-style-type: none"> - Malnutrition protéino-énergétique - Déshydratation - Artérite - Hypotension-artérielle - Insuffisance cardiaque - Hypoxémie - Etat de choc... 	<p>Surveiller régulièrement :</p> <p>L'état nutritionnel L'hydratation La tension (surtout si traitement diurétique ou hypotenseur) Les pouls périphériques L'état cutané des personnes âgées</p>

Le risque d'escarre est évalué par des échelles qui permettent de mettre en place des stratégies de prévention dont l'échelle de Braden et l'échelle de Norton (le risque est élevé si score ≥ 14).

	Etat général	Etat mental	Activité et Autonomie	Mobilité	Incontinence
4	Bon	Bon	Sans aide	Totale	Aucune
3	Moyen	Apathique	Avec aide	Diminuée	Parfois
2	Mauvais	Confus	Assis	limitée	Urinaire
1	Très mauvais	Crépusculaire	Alité	Aucune	Mixte

Diagnostic et classification :

Examiner régulièrement toutes les zones d'appui ou de friction pour un dépistage précoce.

Stade 0	Hyperhémie réactionnelle : rougeur qui blanchit à la pression du doigt. Histologie : œdème, dilatation vasculaire, infiltrat périvasculaire. Réversible en 24h.
Stade 1	Rougeur persistante : qui ne blanchit pas à la pression du doigt, persiste plus de 24h. Histologie : engorgement des hématies, œdème et infiltrat périvasculaire.
Stade 2	Perte de substance impliquant l'épiderme et en partie le derme, se présentant comme une phlyctène, une abrasion ou une ulcération superficielle.
Stade 3	Perte de substance impliquant le tissu sous cutané avec ou sans décollement périphérique.
Stade 4	Perte de substance atteignant ou dépassant le fascia et pouvant impliquer l'os, l'articulation, le muscle ou les tendons sous-jacents.

Traitement :

- **Cibler les patients à risque (Echelle de Norton)** et appliquer des mesures préventives
- La prévention et l'examen quotidien des téguments des personnes à risque doit être une préoccupation permanente de l'entourage familial et professionnel
- **Traiter les facteurs de risque** (artérite, déshydratation, dénutrition, bas débit...).
- **Adapter les supports** pour une meilleure décharge de la zone atteinte. Lutter contre les facteurs de macération et lésions de cisaillement en utilisant les draps de transfert.
- **Evaluation de la douleur et traitement selon les 3 paliers de l'OMS.**
- **Soins locaux** selon le stade de l'escarre et le protocole médical.
- Ne pas hésiter à solliciter les équipes spécialisées qui préconisent parfois des systèmes de traitement par dépression aussi appelés VAC® (Vacuum Assisted Closure) ou faire appel aux chirurgiens vasculaires qui peuvent procéder à une reconstitution cutanée avec une mise à plat de l'escarre et une greffe si le problème vasculaire est identifié et persistant. Suivi à distance possible par photos numériques.

Stade 0 et 1	Effleurage et protection reposent sur : la surveillance , la propreté , la protection des zones de frottement (avec pansements hydrocolloïdes fins ou crèmes hydratantes et réparatrices) et la mobilisation du patient .
Stade 2 - 3 et 4	Nettoyage de la plaie au sérum physiologique ou glucosé. Puis pose de pansement hydrocellulaire, hydrogel, ou interface neutre (tulle) Possibilité d'appliquer un hydrocellulaire épais ou un alginat (en compresse ou mèche en fonction de la profondeur) si plaie fibrineuse et/ou exsudative. Il existe des hydrocellulaires imprégnés d'antalgiques (Ibuprofène), d'argent si la plaie est infectée ou de charbon si la plaie est malodorante. Si nécrose sèche : ne pas ramollir par hydrogel, ni scarifier, ni faire de détersion sans avis médical car risque d'atteinte profonde irréversible.

La détersion mécanique est un acte thérapeutique, qui doit-être adapté, contrôlé et évalué en fonction de l'**état artériel local**. L'examen clinique de base sera une recherche des pouls distaux et la mesure de l'index de pression systolique (IPS) qui ne doit pas être inférieure à 0,8.

Auteur et date

Titre

Dr Aurélie LEMAIRE et
Dr Caroline MARQUIS,
Réseau Mémoires – Juin 2011



iatrogénie : les problèmes liés aux médicaments (pour patients et aidants)

Quand y penser ?

Devant tout symptôme inhabituel surtout quand on prend beaucoup de médicaments qu'ils soient nouveaux ou anciens.

Fréquence ?

Assez fréquents, responsables de 10 à 20% des causes d'hospitalisations chez les personnes âgées.

Quels sont les médicaments en cause ?

TOUS et en particulier les traitements à visée cardiaque, anti douleurs et tranquillisants

Attention à l'automédication ou aux conseils de non professionnels, aux multiples ordonnances, et aux traitements qui peuvent vous paraître anodins (ex : collyres, crèmes, plantes, poudres....), aux médicaments périmés ou anciens traitements.

Quelle sont les situations à risque ?

- modifications de traitement
- passage d'un médicament au nom commercial à un générique ou l'inverse
- sortie d'hospitalisation,
- troubles de la mémoire
- troubles de la vision
- problèmes médicaux aigus (infection, déshydratation, mauvaise alimentation.....), canicule
- personne dépendante avec absence d'aidant

Prévention :

- Le médecin doit réévaluer régulièrement les traitements
- Informez votre médecin traitant de tous vos traitements (y compris ophtalmologiques, dermatologiques, etc.)
- Importance de se faire expliquer l'ordonnance par le médecin, le pharmacien, éventuellement l'infirmière
- En cas d'erreur de prise : en référer à votre médecin
- En cas d'erreurs fréquentes, le passage d'une infirmière est nécessaire pour la distribution ou la préparation d'un pilulier (si besoin retirer l'accès aux médicaments)
- Vérifier l'armoire à pharmacie régulièrement (noter la date de vérification) et ramener les médicaments périmés ou non utilisés à votre pharmacien
- Noter la date d'ouverture des produits liquides sur la boîte.
- Laisser les comprimés dans leur boîte.

Demandez conseil à votre pharmacien !



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Sous direction de l'organisation et
du système de soins

Bureau de l'organisation régionale
des soins et des populations spécifiques (O2)

Bureau des réseaux, complémentarités et
recomposition des activités de soins (O3)

Personnes chargées du dossier :
Dominique LELIEVRE
Jean MALIBERT



UNION NATIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE

Frédéric van Rookeghem
Directeur Général

Direction Déléguée à la Gestion et à
l'Organisation de l'Offre de soins
Direction des Assurés

Département Coordination et Efficience
des Soins

Personnes chargées du dossier :
Annie ARPIN-BARBIEUX
Pierre BERGMAN

**Le Ministre de la santé et des solidarités
Le Directeur Général de l'UNCAM**

à
Mesdames et Messieurs les directeurs
d'Agence Régionale d'Hospitalisation et

Mesdames et Messieurs les Directeurs
d'Unions Régionales des Caisses d'Assurance
Maladie
(pour mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les préfets de région,
Directions Régionales des Affaires Sanitaires et
Sociales (pour information)

Mesdames et Messieurs les Préfets de
département
Directions Départementales des Affaires
Sanitaires et Sociales
(pour information)

Mesdames et Messieurs les Directeurs de
Caisses Primaires d'Assurance Maladie
(pour information)

Mesdames et Messieurs les Directeurs
Régionaux du Service Médical
(pour information)

CIRCULAIRE N°DHOS/O2/O3/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel
d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ».

Date d'application : immédiate

NOR : SANH0730381C

Classement thématique : Protection sanitaire

Résumé : La présente circulaire a pour objet la diffusion du référentiel d'organisation national des réseaux de prise en charge de personnes âgées.

Mots clés : réseau, évaluation, médecin traitant, personne âgée, parcours coordonné de soins, coordination, CLIC, plan d'intervention personnalisé, plan d'aide, plan de soins, APA,

Textes de référence :

- Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé codifiée aux articles L.6321-1 et L.6321-2 du code de la santé publique, en particulier dans son article 84
- Loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- Décret n°2001-1086 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L.162-43 à L.162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code.
- Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux
- Circulaire n° DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques
- Circulaire DHOS/O3/DSS/CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé, en application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique et des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et des décrets n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 et n° 2002-1463 du 17 décembre 2002.
- Circulaire n°DHOS/O3/DGAS/AVIE/2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local
- Lettre circulaire n° DGAS/DHOS/2C/O3/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux CLICs et aux réseaux de santé gériatriques
- Circulaire n°DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des SSIAD
- Circulaire n° DGS/SD5D/DHOS/O2/DGAS/SD2C/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du Plan Alzheimer et maladies apparentées
- Circulaire N°DHOS/O3/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 ARH et des URCAM
- Circulaire n° DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Textes abrogés ou modifiés : néant

Annexes :

- 1- Référentiel national d'organisation des réseaux de santé « personnes âgées »

Le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012, annoncé le 27 juin 2006 par le Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées par le développement de la coordination des différents acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux : établissements publics, privés, PSPH ou à but lucratif, professionnels libéraux. Les réseaux de santé « personnes âgées » répondent parfaitement à cet objectif. L'élaboration d'un référentiel national d'organisation des réseaux de santé « personnes âgées » concourt donc logiquement à la mise en œuvre de cette politique.

Un groupe de travail pluridisciplinaire, piloté par la DHOS et la CNAMTS, coordonné par le professeur Claude Jeandel, chargé de mission auprès du Ministre, a été mis en place à cet effet.

Ce référentiel d'organisation a vocation à accompagner le développement des réseaux de santé « personnes âgées », axe essentiel du Plan Solidarité Grand Age, complémentaire de la mise en place des filières de soins gériatriques.

Ce référentiel précise les missions et les objectifs des réseaux de santé « personnes âgées » ainsi que leur organisation générale, notamment pour ce qui concerne les acteurs du réseau, les modalités de pilotage et l'articulation avec l'environnement sanitaire et médico-social.

Une telle organisation doit permettre, de façon coordonnée avec le médecin traitant, d'assurer la mise en place d'un plan d'intervention personnalisé en faveur des personnes âgées afin de favoriser le maintien à domicile de qualité ou d'accompagner le retour à domicile après une hospitalisation.

Le développement de ces réseaux de santé « personnes âgées » doit s'appuyer sur les réseaux déjà existants, en veillant à ce qu'ils permettent d'atteindre de façon progressive l'ensemble des objectifs décrits dans le référentiel. De nouveaux réseaux de santé « personnes âgées » pourront également être identifiés selon les besoins dans chaque région, l'objectif à terme étant de couvrir l'ensemble du territoire.

Les décisions de financement de réseaux que vous serez amenés à prendre devront s'appuyer notamment sur la cohérence du projet de réseau proposé avec les éléments du référentiel national d'organisation. Elles devront également tenir compte des garanties apportées par les promoteurs sur la capacité du réseau à disposer des données nécessaires au suivi de ses activités et des résultats obtenus.

Nous vous demandons de bien vouloir assurer la diffusion de cette circulaire et de sa pièce jointe aux établissements de santé, aux réseaux existants ainsi qu'aux professionnels libéraux ou à leurs représentants, l'objectif étant que la majorité des professionnels concernés et impliqués par le développement de ces collaborations puisse en prendre connaissance.

Nous vous saurions gré de bien vouloir nous faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de cette circulaire.

La Directrice de l'Hospitalisation et de
l'Organisation des Soins

Signé

Annie PODEUR

Le Directeur Général de l'Union des Caisses
d'Assurance Maladie

Signé

Frédéric van ROEKEGHEM

<p style="text-align: center;">REFERENTIEL NATIONAL D'ORGANISATION DES RESEAUX DE SANTE « PERSONNES AGEES »</p>
--

I. POPULATION CONCERNEE

Un réseau de santé « personnes âgées » s'adresse prioritairement à des personnes de 75 ans et plus, vivant et souhaitant rester ou retourner à leur domicile et répondant aux situations suivantes :

- des patients gériatriques « se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique » (*Un programme pour la gériatrie : C. JEANDEL, P. PFITZENMEYER, P. VIGOUROUX*), rendant critique le maintien à domicile ou le retour à domicile dans les suites d'une hospitalisation ;
- des personnes se trouvant dans une situation de rupture socio-sanitaire nécessitant le recours à des aides venant à la fois du champ sanitaire et social. Cette situation de rupture peut provenir d'une absence ou d'une insuffisance « d'aidants » ou d'intervenants professionnels ou de difficultés rencontrées par ces derniers, d'une rupture du lien social ou de tout autre facteur qui contribue à rendre le maintien à domicile difficile ;
- des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, les réseaux Alzheimer ayant vocation à évoluer vers des réseaux de santé « personnes âgées » ou à être intégrés dans un réseau de santé « personnes âgées ».

L'accès aux services d'un réseau « personnes âgées » peut être ouvert par dérogation à des personnes de moins de 75 ans dès lors que la situation le nécessite.

II. MISSIONS

Le réseau permet aux personnes concernées de bénéficier d'une prise en charge correspondant le mieux à leurs besoins de santé et médico-sociaux. Une prise en charge au domicile de la personne âgée est privilégiée dès lors que les conditions de qualité et de sécurité sont remplies.

Il favorise la coordination autour de la personne âgée de tous les acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux.

II.1 Missions générales

Le réseau coordonne les intervenants sanitaires et sociaux (professionnels libéraux, professionnels des établissements de santé, des établissements et services médico-sociaux) afin d'optimiser :

- le maintien à domicile,
- l'accès à une structure de soins si nécessaire,
- le retour à domicile.

A cet égard, il ne se substitue pas à l'offre de soins existante. Il vise à en améliorer l'efficacité et contribue à optimiser la réponse aux besoins sanitaires et sociaux des personnes concernées.

II.2 Objectifs opérationnels

Tout réseau prenant en charge des personnes âgées doit impérativement couvrir les objectifs suivants :

a) Assurer le repérage de la population répondant aux critères ci-dessus

Le réseau assure le repérage des personnes âgées en situation de rupture socio-sanitaire ou susceptibles de le devenir et particulièrement les personnes isolées.

Pour réaliser la mission de repérage des situations à risques, le réseau doit disposer :

- des informations recueillies par les équipes médico-sociales du Conseil Général (équipes APA),
- des signalements effectués par les médecins traitants, les professionnels libéraux (y compris les pharmaciens), les établissements de santé (équipes mobiles gériatriques lorsqu'elles existent, consultations gériatriques), les CLIC ou les assistantes sociales de secteur, les CCAS, les associations de service à domicile et les services d'aide à domicile et services de soins infirmiers à domicile,
- des signalements faits par la personne âgée elle-même, l'entourage, la famille, les voisins.

Dans le cas où le signalement n'est pas effectué par le médecin traitant, le réseau contacte systématiquement celui-ci et lui demande de confirmer la valeur du signalement.

b) Etablir un plan d'intervention personnalisé en équipe pluridisciplinaire

- **Assurer un diagnostic complet**

Il s'agit d'un diagnostic psycho-médico-social qui concerne :

- les pathologies,
- la dépendance,
- le contexte économique, relationnel et psychologique,
- l'habitat (agencement du logement, accessibilité).

- **Proposer le plan d'intervention le plus adapté**

L'équipe opérationnelle de coordination du réseau propose un choix de solutions, engage les démarches auprès des intervenants après s'être assuré de leur disponibilité.

Pour contribuer à l'efficacité des interventions du réseau, les solutions proposées tiennent compte du rôle propre et des compétences des différents intervenants en privilégiant, chaque fois que possible, les complémentarités susceptibles d'être mises en œuvre.

- **Apporter un soutien aux aidants et intervenants professionnels**

L'équipe peut proposer :

- des réponses adaptées aux situations difficiles (hospitalisations, accueil de jour, hébergement temporaire, soutien psychologique,...),
- des formations aux professionnels et aux aidants naturels,
- des groupes de parole pour les professionnels intervenant auprès des personnes âgées,
- des groupes de parole pour les proches et les aidants.

c) Mettre en œuvre des actions d'information et d'éducation de la santé, ainsi que des actions sur des thèmes spécifiques

Le réseau doit être un lieu de diffusion d'informations. Ces informations sont données à titre individuel ou collectif aux usagers, aux familles et à l'entourage.

Le réseau doit par ailleurs proposer des actions de prévention et de dépistage des troubles susceptibles d'entraîner une décompensation rapide de l'état fonctionnel de la personne (dénutrition, déshydratation, ...).

d) Définir une organisation et des procédures de gestion des relations avec les organismes et les financeurs de soins ou de services

Afin d'éviter toute situation de rupture dans les différentes prises en charge, l'équipe opérationnelle du réseau, interlocuteur direct de la personne et du médecin traitant, assure une fonction de correspondant auprès des organismes et des différents financeurs (organismes d'assurance maladie, caisses de retraite, services du conseil général, CCAS, ...).

La charte du réseau décrit l'organisation et les procédures permettant de répondre à cet objectif.

III ORGANISATION GENERALE DU RESEAU

III.1 Définition d'une aire géographique pertinente

L'aire géographique du réseau tient compte des ressources et compétences médico-sociales disponibles et de l'organisation territoriale de la filière gériatrique.

Il est préconisé que le Conseil Général soit associé à la définition de l'aire géographique du réseau.

Un minimum de 200 patients par an suivis par le réseau est recommandé.

III.2 Acteurs du réseau

a) Les intervenants

Le réseau coordonne des professionnels de compétences différentes mais complémentaires.

b) Leurs modalités de coordination

- Le réseau doit définir les modalités de coordination pluridisciplinaire entre les intervenants et les formaliser au sein de la charte du réseau. Il s'appuie sur une équipe opérationnelle de coordination.
- Le réseau doit disposer d'un annuaire des professionnels « ressources » et en assurer la mise à jour.
- Le réseau doit mettre en place un système d'astreinte téléphonique, si possible 7 jours sur 7, tout particulièrement utile pour gérer les situations de crise. Un numéro d'appel unique apparaît pertinent.
- Des réunions périodiques des acteurs de terrain autour de dossiers évalués en commun (réunions de coordination des professionnels) doivent être organisées.

c) Leurs engagements

- **Les recommandations de bonnes pratiques, les référentiels et les protocoles**

Le réseau diffuse aux professionnels les recommandations de bonnes pratiques et référentiels existants.

Il élabore des protocoles de soins et des procédures organisationnelles si nécessaire.

Il organise des actions de diffusion et d'appropriation afin de les appliquer.

- **Les modalités de communication et de transmission de l'information entre professionnels**

Le réseau établit un protocole qui identifie les catégories de professionnels pouvant accéder aux données de santé couvertes par le secret médical.

Dans le cas d'un traitement informatique des données, le réseau soumet le protocole à la Commission Nationale Informatique et Libertés, dans le cadre de la déclaration des traitements concernés.

Le réseau doit au minimum disposer d'un dossier patient partagé sanitaire et social, prenant en compte le rôle des aidants. Une version papier synthétique de ce dossier est mise en place au lieu de vie de la personne. Ce dossier est tenu à jour par les différents intervenants.

Le réseau doit également disposer d'un système de communication entre les acteurs et les structures (vie du réseau, protocoles,...).

- **La formation**

Le réseau propose aux intervenants une formation commune et pluridisciplinaire.

Le programme de formation est choisi de façon consensuelle, tout en répondant aux priorités identifiées de santé publique. Les spécificités gériatriques des soins sont intégrées à la formation, tout comme les soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie.

Le réseau assure également les échanges de compétences et de pratiques entre les intervenants.

III.3 Usagers

La demande d'inclusion dans le réseau est réalisée par l'utilisateur ou par ses proches s'il n'est pas en capacité de décider lui-même et par son médecin traitant. L'inclusion est ensuite décidée par le réseau lui-même après concertation de l'ensemble des acteurs et notamment du médecin traitant de la personne âgée.

Les droits fondamentaux de la personne âgée sont respectés. Le réseau assure son information claire et loyale, la prise en compte de son choix, l'assurance de son consentement éclairé, sa participation et/ou celle de sa famille, de la personne de confiance qui doit être identifiée, à la réflexion quant aux décisions la concernant.

III.4 Pilotage du réseau

Au sein du réseau, les modalités de concertation entre tous les partenaires concernés sont prévues par le règlement intérieur.

Celui-ci définit la composition des instances représentant le réseau à partir de la liste des acteurs figurant en pièce jointe.

III.5 Articulation entre le réseau et son environnement

a) L'articulation avec les autres réseaux de santé

Les réseaux de santé « personnes âgées » doivent rechercher une articulation avec les autres réseaux de santé du territoire, en particulier avec les réseaux de soins palliatifs, les réseaux douleur, les réseaux de cancérologie ainsi que d'autres réseaux thématiques. Sur un territoire donné, la mutualisation de fonctions support des différents réseaux doit être recherchée.

b) L'articulation avec les CLIC

Quel que soit son niveau d'agrément, le(s) CLIC de l'aire géographique du réseau doit(vent) être partenaire(s) du réseau.

Le conseil d'administration du(es) CLIC doit(vent) comporter un représentant du réseau et réciproquement le conseil d'administration du réseau doit comporter au moins un représentant du (des) CLIC.

Les missions et la complémentarité entre ces deux types de structures sont définies dans la lettre DGAS/DHOS/2C/03/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gériatriques.

Les missions des CLIC doivent s'articuler avec celles du réseau en veillant à ce qu'il n'y ait pas de superposition des missions de chacun. Cette articulation, formalisée obligatoirement par une convention, comporte au minimum :

- pour les CLIC de niveau II et III :
 - l'utilisation d'un dossier minimum commun médico-social,
 - l'organisation de rencontres régulières entre CLIC et réseau sur la base de cas concrets (tous les mois au minimum).
- pour les CLIC de niveau III :
 - la mise en place d'équipes mixtes réseau/CLIC pour l'évaluation, le bilan, le suivi des plans d'intervention.

IV MODALITES DE PRISE EN CHARGE AU SEIN DU RESEAU

- La décision d'inclusion dans le réseau est prise à partir d'un outil d'évaluation validé au sein du réseau.
- Au moment de l'inclusion dans le réseau, un bilan d'entrée est systématiquement réalisé par l'équipe opérationnelle de coordination (infirmière coordinatrice, médecin gériatre, assistant social, éventuellement psychologue, professionnels paramédicaux, ergothérapeute). Ce bilan s'appuie sur un outil d'évaluation validé au sein du réseau. Pour effectuer ce bilan, l'équipe utilise des données déjà existantes concernant notamment l'évaluation gériatrique et tout particulièrement les données recueillies par l'équipe médico-sociale du Conseil Général lors d'une demande d'APA. Elle peut aussi utiliser les grilles remplies par le médecin traitant ou le médecin de l'établissement dans lequel le patient est hospitalisé. Elle peut s'assurer pour ce bilan l'aide des établissements de santé.
- Pour chaque personne âgée incluse dans le réseau, un plan d'intervention personnalisé doit être établi en lien avec le médecin traitant qui le prescrit.

IV.1 Elaboration du plan d'intervention personnalisé

Le plan d'intervention personnalisé repose sur le bilan fait à l'inclusion. Il comprend un **plan d'aide** et un **plan de soins**.

Le **plan d'aide** se définit par la nature et le volume des interventions, leurs fréquences, leur répartition dans la journée et la semaine.

Le réseau intègre le plan d'aide proposé par l'équipe médico-sociale (EMS) de l'APA. Il participe si nécessaire à la constitution des dossiers de prise en charge APA.

Le **plan de soins** vise à organiser les soins dans un objectif de continuité, de qualité, de permanence et de cohérence.

Il est établi après évaluation de l'état clinique de la personne en assurant une répartition des missions de chaque acteur, le suivi et l'adaptation du traitement par le médecin traitant. Le plan de soins doit permettre une meilleure efficacité dans les interventions des acteurs et dans la mise à disposition de matériel contribuant au maintien à domicile (ex : lits médicalisés).

IV.2 Mise en œuvre du plan d'intervention personnalisé

L'équipe opérationnelle de coordination du réseau est chargée de la mise en œuvre du plan d'intervention, en collaboration étroite avec le médecin traitant. Elle fait appel aux services requis par l'état de la personne âgée. Elle prend, si nécessaire, tous les rendez-vous médicaux dont a besoin la personne âgée.

Les interventions prévues sont mises en œuvre le plus rapidement possible, dans un délai qui ne peut dépasser un mois après l'évaluation des besoins.

IV.3 Suivi du plan d'intervention personnalisé

L'équipe opérationnelle du réseau assure, en collaboration avec le médecin traitant et avec le CLIC de niveau III s'il existe, un suivi régulier de la personne âgée.

L'objectif de ce suivi est :

- d'évaluer la réalisation du plan d'aide et du plan de soins,
- d'étudier l'évolution de l'autonomie de la personne âgée,
- d'analyser l'adéquation entre les prestations apportées et les besoins de la personne âgée,
- de s'assurer de la qualité du service rendu et de la satisfaction de la personne âgée et de son entourage.

Ce suivi repose sur :

- une visite à domicile dans le mois suivant la réunion d'élaboration du plan d'intervention personnalisé,
- un contact téléphonique avec la personne âgée (ou son représentant) et les différents intervenants au minimum toutes les six semaines,
- une réévaluation complète du plan d'intervention personnalisé, au minimum tous les 6 mois, incluant des revues d'ordonnance éventuelles,
- des visites régulières de l'infirmière coordinatrice à domicile ou en cours d'hospitalisation afin de préparer la sortie. Ces visites peuvent aussi avoir lieu ponctuellement à la demande du bénéficiaire ou des professionnels.

V LES MOYENS PROPRES DU RESEAU

Les objectifs visés et les moyens doivent être en adéquation. Comme indiqué en supra, la mutualisation de certains moyens avec d'autres réseaux ou avec le(s) CLIC doit systématiquement être recherchée.

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.

Des réunions des membres du réseau élargies à l'ensemble des intervenants et aux aidants sont organisées selon une fréquence prédéfinie.

V.2 Les moyens financiers

Le budget du réseau doit permettre :

- le financement des effectifs salariés,
- le financement des moyens de fonctionnement courant,
- le financement d'éventuels actes dérogatoires.

Dans les réseaux personnes âgées, seuls des actes de coordination pluridisciplinaire ont vocation à être financés au titre des dérogations tarifaires mentionnées à l'article L.162-45 du code de la sécurité sociale.

Il est rappelé que le renseignement du dossier patient, les éventuelles transmissions de données ainsi que les fonctions de coordination prévues par les dispositifs conventionnels ne peuvent relever du champ de ce dispositif dérogatoire.

VI EVALUATION DU RESEAU

L'évaluation des réseaux de santé « personnes âgées » doit répondre aux recommandations nationales en matière d'évaluation des réseaux de santé et notamment aux dispositions de la circulaire n°DHOS/CNAM/03/2007/88 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.

Il existe déjà des indicateurs généraux d'évaluation des réseaux de santé couvrant les domaines suivants :

- l'organisation et le fonctionnement du réseau évalué, en particulier son impact sur son environnement,
- la participation et l'intégration des acteurs (professionnels),
- la prise en charge des patients dans le cadre du réseau et l'impact de ce dernier sur les pratiques professionnelles,
- l'évaluation médico-économique au travers d'une comparaison coûts/résultats.

En sus de ces indicateurs généraux, les indicateurs ci-dessous, spécifiques aux réseaux de santé « personnes âgées », constituent un socle minimum :

- **Indicateurs d'activité :**

- Ratio : nombre de bilans d'entrée / nombre total d'inclusions, avec ventilation selon la provenance (domicile ou hôpital),
- Ratio : nombre de plans d'intervention personnalisés / nombre de dossiers,
- Taux d'établissement du plan de soins : nombre de plans de soins établis sur un an / nombre de bilans réalisés sur un an exprimé en pourcentage,
- Taux d'établissement du plan d'aide : nombre de plans d'aide établis sur un an / nombre de bilans réalisés sur un an exprimé en pourcentage,
- Taux de revue d'ordonnance annuel : nombre d'ordonnances revues / nombre total d'ordonnances exprimé en pourcentage.

- **Indicateurs de performance :**

- Délai moyen de réalisation du bilan après signalement,
- Délai moyen de réalisation du plan d'intervention personnalisé après inclusion,
- Proportion de dossiers partagés avec le(s) CLIC.

- **Indicateurs de résultats :**

- Nombre moyen de passages aux urgences par personne âgée prise en charge sur une année,
- Ratio : nombre d'hospitalisations programmées par an / nombre d'hospitalisations totales par an pour les personnes âgées prises en charge par le réseau,
- Nombre moyen de jours d'hospitalisation après indication médicale de sortie par personne âgée prise en charge sur une année,
- Taux de placement en institution : nombre de personnes âgées prises en charge par le réseau placées en institution sur un an / nombre de personnes âgées prises en charge par le réseau exprimé en pourcentage,
- Taux de décès à domicile : nombre de personnes âgées prises en charge par le réseau décédées à domicile / nombre de personnes âgées prises en charge par le réseau.

D'autres indicateurs peuvent en outre être utilisés tels que ceux figurant dans le guide d'évaluation des réseaux de santé de la Haute Autorité en Santé du 8 septembre 2004.

PIECE JOINTE

PARTENAIRES INSTITUTIONNELS DU RESEAU DE SANTE « PERSONNES AGEES » SUSCEPTIBLES DE PARTICIPER AUX INSTANCES REPRESENTATIVES

Représentants :

- du Conseil Général,
- des CLIC,
- de chaque établissement de la filière gériatrique de l'aire géographique concernée (à raison d'un médecin, un administratif, un soignant par structure),
- de l'équipe mobile gériatrique,
- de l'URML,
- des infirmiers libéraux,
- des professionnels libéraux de rééducation,
- des SSIAD,
- des structures d'accueil de jour,
- de l'HAD,
- des usagers,
- des EHPAD,
- des CCAS,
- des structures psychiatriques concernées,
- des services sociaux, municipaux et départementaux,
- des services d'amélioration de l'habitat et d'adaptation du logement (PACTARIM),
- de l'association France Alzheimer,
- des CODERPA,
- de l'association ALMA,
-

PARTENAIRES INSTITUTIONNELS SUSCEPTIBLES DE PARTICIPER AU COMITE DE PILOTAGE DU RESEAU

Le comité de pilotage est organisé par collège comme suit :

- collège des professionnels libéraux (URML,..),
- collège des professionnels hospitaliers (centre hospitalier support de la filière gériatrique dont un médecin gériatre, équipe mobile gériatrique, hôpital local,...)
- collège des professions médico-sociales (CLIC, EHPAD appartenant à la filière gériatrique,...),
- collège des autres professionnels (services d'aide et d'accompagnement à la personne,...),
- collège des usagers.

L'un au moins de ces représentants appartient au personnel soignant et l'un au moins au personnel administratif.

A	ADPS	Annuaire Professionnel de Santé		
	ADEPA	Association des Directeurs des Etablissements d'hébergement pour Personnes Agées		
	ADMR	Association du service à domicile		
	AFBAH	Association Française pour la Bienveillance des Aînés et/ou Handicapés		
	AFSSAPS	Association Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé		
	ALD	Affection Longue Durée		
	AMP	Aide Médico-Psychologique		
	AMPP	Aide Médicale Permanente à la Population		
	ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux		
	ANESM	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux		
	ANSP	Agence Nationale des Services à la Personne		
	ANSP	Association Nationale des Coordinateurs et directeurs de CLIC		
	A.N.C.CLIC	Allocation Personnalisée d'Autonomie		
	APA	Allocation Personnalisée de Compensation du Handicap		
	APCH	Assistance Publique Hôpitaux de Paris		
	APHF	Association pour la Promotion des Systèmes d'Information des Réseaux d'Ile de France		
	APSRIF	Agence Régionale de l'Hospitalisation / d'Ile-de-France		
	ARH/IF	Agence Régionale de Santé		
	ARS	Association de Soins A Domicile		
	ASAD	Actualité Sociale Hebdomadaire		
	ASH	Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé		
	ASIP	Auxiliaire de Vie Sociale		
	AVS			
	C	C3A	Centre d'Aide pour les patients Alzheimer et leurs Aidants	
		CAF	Caisse d'Allocation Familiale	
		CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles	
		CASVP	Centre d'Action Sociale Ville Paris	
CCAS		Centre Communal d'Action Sociale		
CCMU		Classification clinique des malades des urgences		
CERMES		Centre de Recherche Médecine, Sciences et Société		
CG		Conseil Général		
CGL(CLIC)		Coordination Gérontologique Locale		
CH		Centre Hospitalier		
CHRU		Centre Hospitalier Régional Universitaire		
CICAT		Centre d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques		
CIRE		Cellule Interrégionale d'épidémiologie		
CIR IF		Commission d'Instruction des Réseaux d'Ile-de-France		
CISS		Collectif Interassociatif sur la Santé		
CLASMO		Cellule local d'accompagnement social pour la Modernisation des hôpitaux		
CLIC		Centre Local d'Information et de Coordination		
CLS		Contrat Local de Santé		
CME		Commission Médicale d'Etablissement		
CMP		Centres Médicaux Psychologiques		
CMRR		Centre Mémoire de Ressources et Recherches		
CNAMTS		Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés		
CNFCM		Conseil National de la Formation Médicale Continue		
CNP		Conseil National de Pilotage des ARS		
CNQCS		Commission Nationale pour la Qualité et la Coordination des Soins		
CNRS		Centre National de Recherche Scientifique		
CNSA		Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie		
CODERPA		Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées		
CORESIF		Collectif Régional des Réseaux de Santé d'IDF		
CPER		Contrat Pluriannuel Etat-Région		
CPOM		Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens		
CPS		Carte Professionnelle de Santé		
CRAMIF		Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France		
CRESIF		Comité Régional d'Education pour la Santé d'Ile-de-France		
CROSMS		Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale		
CRSA		Conférence Régionale de Santé et d'Autonomie		
CSP		Code de la Santé Publique		
CVAGS		Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire		
D		DASES	Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé	
		DCR	Dossier Communiquant des Réseaux	
		DDASS/DRASS	Direction Départementale/Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales	
		DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale	
		DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins	
		DGS	Direction Générale de la Santé	
		DMP	Dossier Médical Personnalisé	
		DNDR / DRDR	Dotation Nationale/Régionale de Développement Réseau	
		DPC	Développement Professionnel Continu	
		DPS	Dépenses de Santé	
		DRASSIF	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'IDF	
		DREAL	Direction Régionale de l'Environnement, l'Aménagement et du Logement	
		DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques	
		DRSM	Direction Régionale du Service Médical	
		DSS	Direction de la Sécurité Sociale	
		DT	Délégation Territoriale (ARS)	
		E	EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
			EMS	Equipe Medico Sociale
			ENRS	Espace Numériques Régionaux de Santé
	EPP		Evaluation des Pratiques Professionnelles	
	ESSMS		Etablissement et Services Sociaux et Médico-sociaux	
	ETP		Education Thérapeutique du Patient	

F	FAQSV > FIQCS	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville	
	FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne	
	FIQCS	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins	
	FMAD	Fonds de Modernisation de l'Aide à Domicile	
	FMH	Fédération des Malades et Handicapés	
G	FNG	Fondation Nationale de Gérontologie	
	GCS	Groupement de Coopération Sanitaire	
	GDR	Gestion Du Risque	
	GRSP	Groupement Régional de Santé Publique	
	GIPE	Groupement d'Intérêt Public/Economique	
H	HAD	Hospitalisation A Domicile	
	HAS	Haute Autorité de Santé	
	HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique	
	HIT	Health International Information and Technology	
	HPST (loi)	Hôpital, Patients, Santé, Territoires	
I	IADL	Instrumental Activities of Daily Living (indice gériatrique)	
	IDAP	Institut de Développement des Activités de Proximité	
	IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales	
	IME	Instituts Médicaux Educatifs	
	INCA	Institut National du CAncer	
	INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé	
	INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale	
	INVS	Institut de Veille Sanitaire	
	IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé	
	IRESP	Institut de REcherche en Santé Publique	
M	MAD	Maintien à Domicile	
	MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer	
	MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique	
	MDPH	Maisons Départementales des Personnes Handicapées	
	MIS	Maison Info Santé	
	MISP	Médecin de l'Inspection de Santé Publique	
	MMSE	Mini Mental Status (indice gériatrique)	
	MRS = ARH+URCAM	Mission Régionale de Santé	
	MSA	Mutualité Sociale Agricole	
	MSP	Maisons de Santé Pluri-professionnelles	
O	OMS	Organisation Mondiale de la Santé	
	ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie	
	ORS	Observatoire Régional de la Santé	
	P	PAPS	Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (ARS)
		PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (Alzheimer)
PDSA		Permanence Des Soins Ambulatoire	
PDSES		Permanence Des Soins en Etablissement de Santé	
PPE (CLIC)		Point Paris Emeraude (CLICs Paris)	
PPRGDR		Programme Pluriannuel Régional de Gestion Du Risque	
PRAPS		Plan Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins	
PSP		Plan de Santé Personnalisé	
PRAM		Plan Régional d'Assurance Maladie	
PRAC		Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de Perte d'Autonomie	
R	PRISME	Programme de lutte contre le Risque Médicamenteux	
	PRS	Projet Régional de Santé	
	PRSE	Plan Régional Santé Environnement	
	PSP	Pôle de Santé Pluridisciplinaire	
	PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé	
	RGPP	Révision Générale de la Politique Publique	
	RSI	Régime Social des Indépendants	
	S	SAD	Service d'Aide à Domicile
		SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
		SFMG	Société Française de Médecine Générale
SFSP		Société Française de Santé Publique	
SGMAS		Secrétariat Général des Ministères chargés des Affaires Sociales	
SLD		Soins de Longue Durée	
SIS IF		Système d'Information Santé - Ile-De-France	
SMUR		Service Mobile d'Urgence et de Réanimation	
SNIIR-AM		Système National d'Information Inter Régime - Assurance Maladie	
SROS		Schéma Régional d'Organisation des Soins	
U	SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale	
	SRP	Schéma Régional de Prévention	
	SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile	
	SSR	Soin de Suite et de Réadaptation	
	SVA	Site pour la Vie Autonome	
	V	UHR	Unité d'Hébergement Renforcé (Alzheimer)
		UNA	Union Nationale de l'Aide, des soins et des services à domicile
		UNRS	Union Régionale des Réseaux de Santé
		URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
	URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé	
VSS	Dispositif de Veille et de Sécurité Sanitaire		

ANNUAIRE NATIONAL DES RÉSEAUX DE SANTÉ PERSONNES ÂGÉES

Une réalisation du groupe "Réseaux"
de la Société Française
de Gériatrie et Gerontologie



Annuaire édité avec le soutien des laboratoires Novartis



Société
Française de
Gériatrie et
Gerontologie

PRÉSENTATION DU GROUPE "RÉSEAUX" DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉRIATRIE ET GÉRONTOLOGIE

Date de création : le 10 juin 2010 à Paris

Référents : Drs Éliane ABRAHAM (Lorraine)
et Yves PASSADORI (Alsace)

Objectifs :

- ▶ Rassembler les réseaux gérontologiques, les fédérations et les groupements de réseaux gérontologiques autour de thématiques de travail communes, qui intéressent le fonctionnement des réseaux et de leurs équipes opérationnelles.
- ▶ Harmoniser les pratiques, échanges ou créations d'outils communs.
- ▶ Développer des réflexions scientifiques et de santé publique autour des réseaux gérontologiques et des équipes gérontologiques des réseaux multi-thématiques.
- ▶ Créer un espace de dialogue indépendant entre les réseaux gérontologiques au niveau national.
- ▶ Organiser des rencontres régulières entre les équipes des réseaux.
- ▶ Être une interface de communication entre les réseaux et les instances nationales (UNR Santé, SFGG, CPGF, etc.).
- ▶ Être un lieu de réflexion, de recherche et d'amélioration des relations partenariales (hôpital, libéraux, usagers, EHPAD, ordres professionnels, tutelles, collectivités territoriales, etc.).

Organisation :

- ▶ 1 à 2 journées de rencontres nationales par an avec un programme en relation avec l'actualité des réseaux.
- ▶ Participation aux journées de la SFGG à raison d'un atelier au minimum.
- ▶ Groupes de travail sur des sujets spécifiques, à développer (exemples : réseau gérontologique et TIC, réseau gérontologique et CLIC, réseau gérontologique et réseau thématique, réseau gérontologique et enseignement, réseau gérontologique et recherche en gériatrie, etc.).
- ▶ Forums de discussion (en relation avec les sites Internet).

Contacts pour le groupe "Réseaux" de la SFGG :

Mme le Dr Éliane ABRAHAM,
référent du groupe "Réseaux" de la SFGG
docteur@reseaucuny.fr

M. le Dr Yves PASSADORI,
référent du groupe "Réseaux" de la SFGG
passadoriy@ch-mulhouse.fr

Mme le Dr Marie-France MAUGOURD,
marraine du groupe "Réseaux" de la SFGG,
Présidente de la Fédération des Réseaux
de santé Gérontologiques d'Île-de-France
mariefrancemaugourd@fregif.org

Le comité de liaison national "Réseaux de santé Personnes Âgées"

Le groupe "Réseaux" de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques (FNRG) et l'Union Nationale des Réseaux de Santé (UNR Santé) sont réunis depuis le 9 décembre 2010 au sein d'un même comité : le comité de liaison "Réseaux de santé Personnes Âgées". Chaque instance y participant contribue au développement et à la promotion des réseaux de santé Personnes Âgées dans le cadre de ses missions respectives.

Les objectifs communs poursuivis sont :

- ▶ Mutualiser les expériences et les compétences respectives.
- ▶ Faciliter les échanges entre réseaux de santé Personnes Âgées et encourager l'harmonisation de leurs pratiques.
- ▶ Être une interface de communication entre les réseaux de santé Personnes Âgées et les pouvoirs publics.

L'ANNUAIRE NATIONAL DES RÉSEAUX DE SANTÉ PERSONNES ÂGÉES

Créé en août 2010, en accord avec chaque réseau gérontologique y figurant, il répertorie l'ensemble des réseaux gérontologiques de France métropolitaine. Cet annuaire est disponible en ligne sur :

- **www.alsacegeronto.com** : site du réseau Alsace Gérontologie.
- **www.geronto-sud-lorraine.com** : site des réseaux gérontologiques du sud Lorraine.
- **www.fregif.org** : site de la Fédération des Réseaux de santé Gérontologiques d'Île-de-France.
- **www.sfgg.fr** : site de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie.

Il est régulièrement mis à jour. **Vous êtes un réseau gérontologique ?** Vous pouvez nous communiquer tout changement de coordonnées à l'adresse suivante : **projet.reseaucuny@orange.fr**

Sommaire

1\ Alsace

- Bas-Rhin et Haut-Rhin _4

2\ Aquitaine

- Dordogne _4
- Lot-et-Garonne _4
- Pyrénées-Atlantiques _4

3\ Auvergne

- Pas de réseau

4\ Basse-Normandie

- Manche _4
- Orne _4

5\ Bourgogne

- Côte-d'Or _5
- Nièvre _5
- Saône-et-Loire _5
- Yonne _5

6\ Bretagne

- Côtes-d'Armor _6
- Finistère _6
- Ille-et-Vilaine _6
- Morbihan _6

7\ Centre

- Cher _6
- Indre _6

8\ Champagne-Ardenne

- Ardennes, Aube, Marne et Haute-Marne _7
- Aube _7
- Haute-Marne _7

9\ Corse

- Corse-du-Sud _7

10\ Franche-Comté

- Doubs _7

11\ Haute-Normandie

- Seine-Maritime _7

12\ Île-de-France

- Paris _8
- Paris et Hauts-de-Seine _8
- Seine-et-Marne _8
- Yvelines _8
- Essonne _9
- Hauts-de-Seine _9
- Seine-Saint-Denis _9
- Val-de-Marne _9
- Val-d'Oise _9

13\ Languedoc-Roussillon

- Aude _9
- Pyrénées-Orientales _9

14\ Limousin

- Haute-Vienne _10

15\ Lorraine

- Meurthe-et-Moselle _10
- Meuse _10
- Moselle _10

16\ Midi-Pyrénées

- Ariège _11
- Hautes-Pyrénées _11

17\ Nord-Pas-de-Calais

- Nord _11
- Pas-de-Calais _11

18\ PACA

- Alpes-de-Haute-Provence _12
- Hautes-Alpes _12
- Alpes-Maritimes _12
- Bouches-du-Rhône _12
- Var _13

19\ Pays de la Loire

- Loire-Atlantique et Vendée _13
- Maine-et-Loire _13
- Sarthe _13

20\ Picardie

- Oise _13
- Somme _13

21\ Poitou-Charentes

- Charente _14
- Charente-Maritime _14
- Deux-Sèvres _14
- Vienne _14

22\ Rhône-Alpes

- Ardèche _15
- Drôme _15
- Isère _15
- Loire _15
- Rhône _15

23\ Départements d'outre-mer

- Guadeloupe _15
- Guyane _15
- Martinique _15
- Réunion _15

Alsace

67 & 68	Réseau Alsace Gérontologie 122, rue de Logelbach - BP 80469 68020 COLMAR Cedex	Tél. : 03.89.12.74.74 Fax : 03.51.08.19.22 contact@alsacegeronto.com passadoriy@ch-mulhouse.fr christine.schatz@orange.fr	M. le Dr Yves PASSADORI, Président Mme Marie-Christine SCHATZ, Vice-Présidente M. Nicolas VENZON, Directeur
--------------------	--	---	--

Aquitaine

24	Réseau gérontologique du Pays de Bessède Hôpital local - Place Maurice Biraben 24170 BELVÈS	Tél. : 05.53.31.42.62 Fax : 05.53.28.47.66 reseau.bessede@hl-belves.fr	Mme Orlane MARTIN DA COSTA, Coordinatrice
47	Réseau gérontologique Les Cantons d'Aliénor CHIC Marmande - Tonneins - Cours l'Abbé Lanusse 47400 TONNEINS	Tél. : 05.53.20.32.32 Fax : 05.53.20.31.82 association.alienor@chicmt.fr	M. Patrice GAILLERES, Président Mme Véronique GAVA, Secrétaire coordinatrice
64	Réseau gérontologique Gaves et Bidouze Centre médico-social Domaine de Coulomme 64390 SAUVETERRE-DE-BÉARN	Tél. : 05.59.38.79.90 Fax : 05.59.38.28.70 reseaucligavesbidouze@orange.fr	M. Gaston FAURIE, Président Mme Maia ETCHART, Responsable administrative

Auvergne

Pas de réseau de santé gérontologique			
---------------------------------------	--	--	--

Basse-Normandie

50	Réseau PRESAGE "Le Gros Hêtre" - 2, rue Édouard Branly 50130 CHERBOURG-OCTEVILLE	Tél. : 02.33.93.87.70 Fax : 09.70.62.44.36 secretariat.reseaupresage@ch-cotentin.fr	M. Étienne LEPY, Président M. le Dr Olivier RABOURDIN, Responsable
61	Réseau gérontologique du Sud Perche Hôpital Local de Bellême 4 et 28, rue du Mans 61130 BELLÊME	Tél. / Fax : 02.33.25.14.82 reseau.gerontologique.perche@orange.fr yvondiane61@orange.fr dct.virondaud@orange.fr	M. le Dr Jacques VIRONDAUD, Président Mme Diane YVON, Coordinatrice

Bourgogne			
21	Réseau de santé de Haute Côte-d'Or Centre hospitalier intercommunal 22, rue Auguste Carré - BP 80 21506 MONTBARD Cedex	Tél. : 03.80.92.63.66 / 70 Fax : 03.80.92.63.90 reseaudesante.hco@orange.fr	Mme Angela BLONDEL, Assistante de direction Mme Hélène OBRADORS, Responsable
21	Projet de réseau de santé gérontologique sur l'agglomération de Dijon		
58	Réseau de santé du Pays Nivernais-Morvan Maison de la Solidarité - 6, place Notre-Dame 58120 CHÂTEAU-CHINON	Tél. : 03.86.79.47.90 Fax : 03.86.79.47.99 reseau-sante-morvan@wanadoo.fr	Mme Brigitte LEGRANT, Coordinatrice
58	Réseau gérontologique du Haut-Nivernais Centre hospitalier - 14, route de Beaugy 58500 CLAMECY	Tél. : 03.86.27.60.14 Fax : 03.86.27.61.17 rshngeronto@hotmail.com	Mme Marie FAUTRIER, Coordinatrice
71	Réseau de santé gérontologique de l'Autunois 9, boulevard Frédéric Latouche 71400 AUTUN	Tél. : 09.77.31.05.78 Fax : 03.85.86.90.51 reseau-geronto-autun@wanadoo.fr	M. le Dr Jean-Pierre ZANTO, Président
71	Réseau gérontologique du Pays Charolais 6, rue du Prieuré 71120 CHAROLLES	Tél. : 03.85.24.32.64 Fax : 03.85.24.30.20 coordinatrice@rgpc71.fr	Mme Cesarina ROMANO, Présidente Mme Christiane DAZY, Coordinatrice
71	Réseau de santé gérontologique de la Bresse Bourguignonne - 3, rue des Bordes 71500 LOUHANS	Tél. : 03.85.75.85.85 Fax : 03.85.75.85.86 cg2b@orange.fr	M. Guy PIPONNIER, Président Mme Annie-Claude PARNALAND, Infirmière coordinatrice
71	Réseau de santé gérontologique des Trois Rivières Hôpital de Belnay - 627, avenue Henri et Suzanne Vitrier 71700 TOURNUIS	Tél. / Fax : 03.85.51.35.78 CG3R-filiere.soins@wanadoo.fr	M. le Dr Michel LANDREAU, Président Mme Chantal ANANOS, Coordinatrice
71	Réseau gérontologique Arroux Bourbince Centre hospitalier - BP 189 71300 MONTCEAU-LES-MINES	Tél. : 03.85.67.64.03 Fax : 03.85.67.64.03 secretariat.gerontologie@ch-montceau71.fr	M. le Dr Jacques KONIECZNY, Président Mlle Aurélie RIVAS, Coordinatrice
89	Réseau gérontologique du Pays Avallonnais (réseau Aide Soutien Soins) Hôtel d'entreprises de l'Avallonnais ZA la Grande Corvée - 89200 AVALLON	Tél. : 03.86.34.49.67 Fax : 03.86.34.49.67 reseau-aide-soutien@wanadoo.fr	M. Christian POYER, Président M. Frédéric BRUNET, Coordinateur
89	Réseau gérontologique du Tonnerrois 18, rue du Prieuré 89700 TONNERRE	Tél. : 03.86.55.35.64 Fax : 03.86.54.42.58 co.gerontologique@wanadoo.fr	M. le Dr François MANFOY, Président Mme Martine TRIDON, Coordinatrice
89	Réseau gérontologique de Villeneuve-sur-Yonne Hôpital Roland Bonnon - 87, rue Carnot 89500 VILLENEUVE-SUR-YONNE	Tél. : 03.86.87.38.02 bohler@hl-villeneuve.fr	Mme Anne-Marie BOHLER, Coordinatrice

Bretagne			
22	Réseau Géront'Ouest Trégor Espace Chappe - 1, rue Chappe 22300 LANNION	Tél. : 02.96.46.22.10 Fax : 02.96.46.22.15 gerontouestregor@wanadoo.fr	M. le Dr COLIN, Médecin gériatre
29	Réseau gérontologique Brestoïse 50, rue du Château 29200 BREST	Tél. : 02.98.05.31.26 Fax : 02.98.45.20.61 r.g.b@laposte.net	Mme le Dr Laurence DELAIZE, Directrice Mme Marlène LUGAGNE, Secrétaire
29	Réseau Pol Aurélien Maison des Services - 29, rue des Carmes 29250 SAINT-POL-DE-LÉON	Tél. : 02.98.29.13.98 Fax : 02.98.69.11.98 reseau.pol.aurelien@wanadoo.fr	M. le Dr Roland TILLY, Président M. Élie BIDET, Directeur
35	Réseau Géront'Emeraude Les Alizés 1 10, rue Maison-Neuve 35400 SAINT-MALO	Tél. : 02.99.82.22.47 Fax : 02.99.82.49.70 gerontemeraude@wanadoo.fr	Mme le Dr François CANNEVA, Médecin coordonnateur
35	Réseau Partâge 9, rue des Fougères 35560 ANTRAIN	Tél. : 02.53.35.70.00 Fax : 02.53.35.70.09 l.tual@reseau-partage.com	Mme Luce TUAL, Secrétaire comptable M. le Dr Benjamin MORDELLET, Médecin coordonnateur
56	Association de coordination gérontologique du Canton de Port-Louis 8, rue de Gâvres - BP 11 56290 PORT-LOUIS	Tél. : 02.97.33.53.52 Fax : 02.97.82.28.95 reseau-sante.port-louis@wanadoo.fr	M. le Dr Philippe DANION, Président Mme Marlène GOMBERT, Infirmière coordinatrice
56	RESPEV Réseau de Santé de Proximité Estuaire de Vilaine 9 ter, rue Crespel de Latouche 56130 LA ROCHE-BERNARD	Tél. : 02.99.90.97.55 Fax : 02.23.10.15.73 respev@laposte.net bruno.nagard.respev@laposte.net	Mme Christiane RIBES, Présidente M. le Dr Bruno NAGARD, Médecin coordonnateur

Centre			
18	Réseau ENVISAGER - Maison médicale de la Noue 83, avenue du 14 Juillet - BP 237 18102 VIERZON	Tél. : 02.48.52.34.14 Fax : 02.48.52.32.45 envisager1841@orange.fr asdeprez@orange.fr	Mme Lydie LEFEBVRE, Présidente Mme Anne-Sophie DEPPEZ, Infirmière coordinatrice
36	Réseau Être-Indre Hôpital local de Levroux - 60, rue Nationale 36110 LEVROUX	Tél. : 02.54.29.12.09 Fax : 02.54.29.10.19 etre-indre@hl-levroux.fr	Mme Anne CASTANET, Directrice Mme Christine MOREAUX, Infirmière Coordinatrice

Champagne-Ardenne			
08, 10, 51 & 52	RéGéCA - Réseau Gériatrique Champagne-Ardenne 3, rue de l'Université 51100 REIMS	Tél. : 03.26.07.71.56 secretariat.regeca@orange.fr amoreaux.regeca@orange.fr	Mme le Dr Anne MOREAUX, Coordinatrice médicale
10	RéGéMA - Réseau Gérontologie et Mémoire de l'Aube 16, rue Étienne Dupont 10000 TROYES	Tél. : 03.25.40.80.83 regema.asso@yahoo.fr	Mme Fabienne BON, Coordinatrice
52	GERONTIS - Réseau de soins gérontologiques Hôpital local - Rue Terrail Lemoine 52400 BOURBONNE-LES-BAINS	Tél. : 03.25.87.71.49 Fax : 03.25.87.71.49 gerontis52@wanadoo.fr	M. François PERBAL, Président Mme Annie JAQUET, Coordinatrice

Corse			
2A	Réseau gérontologique SARV Hôpital local - BP 214 20100 SARTÈNE	Tél. : 04.95.70.01.41 reseaugerontsarv@wanadoo.fr	M. Denis MARGUERETERRAZ, Coordonnateur Mme Françoise MANERA, Coordinatrice des soins
2A	Réseau gérontologique AXE 6, boulevard Fred Scamaroni 20000 AJACCIO	Tél. : 04.95.22.45.73 Fax : 04.95.22.45.73 association.axe@wanadoo.fr	Mme Martine LORENZI, Directrice

Franche-Comté			
25	Réseau gérontologique de Baume-les-Dames 7, rue Barbier 25110 BAUME-LES-DAMES	Tél. : 03.81.84.38.78 Fax : 03.81.84.42.15 contact@clic25.info	M. le Dr Philippe LECUYER, Président
25	Réseau gérontologique Bisontin CDS Tilleroyes - 46/48, chemin du Sanatorium 25000 BESANÇON	Tél. : 03.81.41.60.38 Fax : 03.81.41.60.40 reseau.gerontologique@cdstilleroyes.com	Mme le Dr Martine IEHL-ROBERT, Présidente Mme le Dr Mélanie REBIÈRE, Médecin coordonnateur

Haute-Normandie			
76	AG3C - Réseau gérontologique des Trois Cantons Hôpital local - 8, avenue du Général de Gaulle 76430 SAINT-ROMAIN-DE-COLBOSC	Tél. : 02.35.55.03.94 Fax : 02.35.26.12.79 ag3c@free.fr	M. le Dr Jean-Paul THUEUX, Président Mme Béatrice GIRAUD, Coordinatrice
76	Réseau de santé gérontologique du Pays Dieppois Mairie - Place de l'Hôtel de Ville 76950 LES GRANDES-VENTES	Tél. : 02.35.82.16.07 Fax : 02.35.83.15.41 reseauagerontopaysdieppois@orange.fr	Mme DEBRAIZE, Assistante de coordination
76	ACOMAD - Réseau CLIC des Hautes Falaises 13, quai Bérigny 76400 FÉCAMP	Tél. : 02.35.27.18.18 Fax : 02.35.29.92.47 contact@acomad.asso.fr clic@acomad.asso.fr ahauville@acomad.asso.fr	M. le Dr Jacques BRIÈRE, Président Mme Alexia HAUVILLE, Directrice

Île-de-France

75	Réseau gérontologique Mémoires 35, rue Vergniaud 75013 PARIS	Tél. : 01.53.80.82.80 marie-bouchaud@reseau-memories.com	Mme Marie BOUCHAUD, Directrice
75	Réseau gérontologique Géronto 15.7 HEGP - 20, rue Leblanc 75015 PARIS	Tél. : 01.56.09.32.57 samandel.samia@noos.fr hayat.lahjibi-paulet@egp.aphp.fr reseaugeronto15.7@gmail.com	Mme le Dr Hayat LAHJIBI-PAULET, Présidente Mme Samia SALAMANDEL, Médecin coordinateur
75	Réseau de santé Paris-Nord 3-5, rue de Metz 75010 PARIS	Tél. : 01.53.24.80.80 nadine.idalgo@reseau-paris-nord.com	Mme Nadine IDALGO, Directrice
75	Réseau gérontologique AGEP 2, rue Plichon 75011 PARIS	Tél. : 01.46.36.08.12 a.servadio@orange.fr	M. le Dr Albert SERVADIO, Président
75	Réseau gérontologique Ancrage Hôpital Henry Dunant - 95, rue Michel-Ange 75016 PARIS	Tél. : 01.40.71.69.06 Fax : 01.47.43.02.51 reseau-ancrage@orange.fr	Mme Marie-France LÉONET, Présidente
75 & 92	Réseau Mémoire Aloïs 75, rue de Lourmel 75015 PARIS	Tél. : 01.40.29.90.41 reseaumemoire.alois@free.fr	Mme le Dr Bénédicte DESFONTAINES, Directrice
77	Réseau gérontologique RGS 77 32, rue Grande 77210 SAMOREAU	Tél. : 01.60.71.05.93 clifacil@wanadoo.fr y.abecassis-clifacil@wanadoo.fr gilles.seyer@gmail.com	Mme Yvelise ABECASSIS, Directrice M. le Dr Gilles SEYER, Médecin coordinateur
78	Réseau gérontologique EMILE 25, avenue des Aulnes 78250 MEULAN	Tél. : 01.34.74.80.60 emile@alds.org arnaud.larrouture@alds.org	M. le Dr Dominique DESCOUT, Président M. le Dr Arnaud LARROUTURE, Médecin coordinateur
78	Réseau gérontologique REGELIB 78 Rés. Saint-Joseph - 45, rue du Général Leclerc 78430 LOUVECIENNES	Tél. : 01.39.18.76.88 contact@regelib78.com	Mme Béatrice BRUNEAU, Coordinatrice
78	Réseau gérontologique CARMAD 6, chemin des Vignes 78340 LES CLAYES-SOUS-BOIS	Tél. : 01.30.55.77.50 contact@carmad.fr	Mme Marie-Thérèse ROOS, Présidente
78	Réseau gérontologique Odysée 6, rue des Hautes-Meunières 78520 LIMAY	Tél. : 01.30.94.03.68 Fax : 01.30.92.00.84 contact@reseau-odyssee.fr valerie.cornu@reseau-odyssee.fr	Mme Valérie CHEREAU-CORNU, Directrice
78	Réseau gérontologique RACYNES 1, rue de Pontoise 78100 SAINT-GERMAIN-EN-LAYE	Tél. : 01.30.61.70.16 reseau.racynes@orange.fr	M. Philippe LANFRANCONI, Président
78	Epsilon (réseau de gérontologie, soins de support, soins palliatifs) 195, avenue du Général Leclerc 78220 VIROFLAY	Tél. : 01.30.24.28.56 Fax : 01.30.24.88.88 contact@reseau-epsilon.fr segolene.demontgolfier@reseau-epsilon.fr	Mme Ségolène DEMONTGOLFIER, Médecin coordinateur

91	Réseau gérontologique Hippocampes ZA Les Gros-Ballancourt - Route de Fontenay 91610 BALLANCOURT	Tél. : 01.64.93.01.10 reseau.hippocampes@wanadoo.fr p.coulon.hippocampes@orange.fr i.horlande.hippocampes@wanadoo.fr	M. le Dr Pierre-André COULON, Médecin coordonnateur Mme Isabelle HORLANDE, Directrice
92	Réseau gérontologique Agekanonix 194, boulevard Gallieni 92390 VILLENEUVE-LA-GARENNE	Tél. : 01.47.98.76.44 reseau.agekanonix@orange.fr	Mme Galatée COSSET- DESPLANQUES, Directrice
92	Réseau gérontologique REGAL Maison de retraite les Marronniers 36, rue Paul Vaillant Couturier 78430 LOUVECIENNES	Tél. : 01.47.59.59.98 florence.villard@ihfb.org	Mme le Dr Florence VILLARD, Médecin coordonnateur
92	Réseau gérontologique Osmose Immeuble Le Carnot - Hall 9 20-22, avenue Édouard Herriot 92350 LE PLESSIS-ROBINSON	Tél. : 01.46.30.18.14 Fax : 01.46.30.46.71 sleveque@reseau-osmose.fr	M. Stéphane LÉVÊQUE, Directeur
93	Réseau gérontologique Équip'age Hôpital René Muret 52, avenue du Dr Schaeffner 93270 SEVRAN	Tél. : 01.41.52.55.65 Fax : 01.41.52.55.66 reseauequipage@orange.fr	Mme Ba Hoa DANGE, Directrice
94	Réseau gérontologique RSG4 40, avenue de Verdun 94000 CRÉTEIL	Tél. : 01.57 02.22.12 dominique.cottin@chicreteil.fr	Mme le Dr Dominique COTTIN, co-Présidente
95	Réseau gérontologique Automne 19, rue de la Gare 95470 SURVILLIERS	Tél. : 08.10.20.41.53 reseauautomne.directioneb@gmail.com	Mme Catherine DUBAN- LETOURNEUR, co-Directrice
95	Réseau gérontologique Joséphine 2, rue Hoche 95120 ERMONT	Tél. : 01.34.15.09.62 reseaujosephine@orange.fr	Mme Audrey OCANA-NUNEZ, Coordinatrice gérontologique

Languedoc-Roussillon

11	Réseau gérontologique Limoux-Quillan - Haute Vallée-Chalabrais <i>Bureau de Limoux</i> : Hôpital local - BP 34 11300 LIMOUX <i>Bureau de Chalabre</i> : Hôpital local Les Hauts de Bon Accueil 11230 CHALABRE	Tél. : 04.68.74.20.68 reseau.de.sante@cegetel.net Tél. : 04.68.20.30.87 rsg.chalabre@wanadoo.fr	M. le Dr Éric COUÉ, Président Mme Béatrice PAINCO, Infirmière coordinatrice
66	Réseau gérontologique du Conflent Hôpital local de Prades - 1, rue de la Basse 66500 PRADES	Tél. : 04.68.05.32.18 gerontologie.prades@orange.fr	Mme le Dr Marie-Christine RAVERAT, Présidente Mme Yolande RUIZ, Infirmière coordinatrice

Limousin

87	Réseau gérontologique du Pays Monts et Barrages Hôpital intercommunal 6, boulevard Carnot 87400 SAINT-LÉONARD-DE-NOBLAT	Tél. : 05.55.56.43.00 Fax : 05.55.56.43.22 michele.faintrenie@himb.fr	Mme Michèle FAINTRENIE, Présidente M. le Dr Pierre-Albert TRICARD, Médecin coordonnateur
-----------	--	---	---

Lorraine

54	Réseau gérontologique Domi Réseau Espace Margaine 16, avenue de Lattre de Tassigny 54400 LONGWY-BAS	Tél. : 03.82.89.85.85 Fax : 03.82.89.85.86 domireseau@gmail.com acasoni@mairie-villerupt.fr dalila.tissot-daif@alpha-sante.fr	M. Alain CASONI, Président Mme le Dr Dalila TISSOT, Médecin gériatre
54	Réseau Gérard Cuny Immeuble Joffre Saint-Thiébaud 13-15, boulevard Joffre "J" 54000 NANCY	Tél. : 03.83.45.84.90 Fax : 03.83.45.84.89 my.george@saint-charles.fr docteur@reseaugcuny.fr	Mme le Dr Marie-Yvonne GEORGE, Présidente Mme le Dr Éliane ABRAHAM, Médecin coordonnateur
54	Réseau gérontologique Maill'âge Maison de l'information 29A, rue Albert de Briey 54150 BRIEY	Tél. : 09.81.89.33.23 Fax : 03.82.20.80.19 dolcJeanluc@gmail.com secmailage@gmail.com	M. le Dr Jean-Luc DOLCI, Président Mme Sandrine GALLAND-MAURICE, Coordinatrice administrative
54	Réseau gérontologique Resapeg Centre hospitalier Saint-Charles 1, cours Raymond Poincaré 54200 TOUL	Tél. : 03.83.62.22.21 - 06.11.63.23.96 Fax : 03.83.62.22.20 c.toulemonde@ch-toul.fr resapeg@ch-toul.fr	Mme Corinne TOULEMONDE, Présidente Mme le Dr Marie-Claire TROTZIER, Médecin coordonnateur
54	Réseau gérontologique Réseaulu Maison des réseaux 14, rue de Sarrebourg 54300 LUNÉVILLE	Tél. : 03.83.74.38.91 Fax : 03.83.73.69.76 ccollard@ch-luneville.fr reseaulu@yahoo.fr	Mme le Dr Catherine COLLARD, Présidente Mme le Dr Aline KUTA, Médecin coordonnateur
54	Réseau gérontologique du Val de Lorraine 20 bis, avenue Victor Claude 54700 BLÉNOD-LÈS-PONT-À-MOUSSON	Tél. : 03.83.83.18.43 Fax : 03.83.80.88.17 bjambois@wanadoo.fr docteur.rgvl@orange.fr	M. Bernard JAMBOIS, Président Mme le Dr Fabienne DURANTAY, Médecin coordonnateur
54	Réseau gérontologique du Vermois, du Sel et du Grand Couronné 36, rue Charles Courtois 54210 SAINT-NICOLAS-DE-PORT	Tél. : 03.83.36.63.71 Fax : 03.83.36.63.71 denis.craus@yahoo.fr coordination.geronto@wanadoo.fr	M. le Dr Denis CRAUS, Président Mme Isabelle THIEBAUT, IDE coordinatrice
55	Réseau gérontologique Âge et Santé 1, boulevard d'Argonne - BP 40223 55005 BAR-LE-DUC Cedex	Tél. : 03.29.76.35.57 Fax : 03.29.45.88.58 ageetsante@wanadoo.fr	M. Laurent BERTAUX, Président Mme Marie-Laure CHATELARD, Coordinatrice administrative
57	Réseau gérontologique GérontoNord 94, route de Guentrange - Villa Roland 57100 THIONVILLE	Tél. : 03.82.82.72.57 Fax : 03.82.86.26.72 m.dumay@chr-metz-thionville.fr mengel@gerontonord.fr	M. le Dr Michel DUMAY, Président Mme Fanny MENGEL, Coordinatrice administrative
57	Réseau gérontologique Rege2M Résidence Sainte-Marie 2, rue Vieilleville 57070 METZ	Tél. : 03.87.18.77.44 Fax : 03.87.18.77.46 s.rettel@chr-metz-thionville.fr coordinatrice@rege2m.com	Mme le Dr Sophie RETTEL, Présidente Mme Sandra STARCK, Coordinatrice administrative

57	Réseau gérontologique Regeme 44, rue de la Mine 57150 CREUTZWALD	Tél. : 03.87.29.46.15 Fax : 03.87.81.46.53 regeme@laposte.net anne.marie.bauer.quirin@unisante.fr	Mme le Dr Anne-Marie BAUER-QUIRIN, Présidente Mme Claude APERCE, Coordinatrice administrative
57	Réseau gérontologique Régésa Hôpital Saint-Jacques 21, route de Loudrefing 57260 DIEUZE	Tél. : 03.87.05.02.99 Fax : 03.87.05.80.44 christophe.przychocki@orange.fr regesa@hopital-dieuze.fr	M. le Dr Christophe PRZYCHOCKI, Président Mme Corine KREMER, Coordinatrice administrative
57	Réseau gérontologique du Pays de Sarrebourg Espace Péguy - Avenue Clemenceau 57400 SARREBOURG	Tél. : 03.87.25.36.63 Fax : 03.87.03.80.31 amechkour@free.fr reseaugps@mairie-sarrebourg.fr	M. le Dr Abdellatif MECHKOUR, Président Mme Denise SCHMITT, Coordinatrice administrative

Midi-Pyrénées

09	Réseau Accords 09 (réseau de santé, soins palliatifs, douleur) 10, rue Saint-Vincent 09100 PAGNIERS	Tél. : 05.61.67.69.21 Fax : 05.61.68.67.57 accords09@orange.fr	Mme Marianne EBERWEIN, Coordinatrice administrative
65	Réseau de santé Arcade (soins palliatifs, douleur, cancérologie, gérontologie, réhabilitation respiratoire) 9, boulevard du Martinet 65000 TARBES	Tél. : 05.62.93.11.12 Fax : 05.62.93.86.53 gerald.sicard@reseau-arcade.fr joelle.prudent@reseau-arcade.fr	M. le Dr Gérald SICARD, Directeur Mme Joëlle PRUDENT, Directrice adjointe

Nord-Pas-de-Calais

59	Réseau gérontologique de Sambre-Avesnois 272, rue Hector Despret 59460 JEUMONT	Tél. : 03.27.39.82.46 06.45.42.66.53 ags0358@orange.fr	Mme Bernadette LEVEAU, Infirmière coordinatrice
59	Réseau gérontologique Lille-Hellemmes-Lomme 24, boulevard de Belfort - BP 387 59020 LILLE Cedex	Tél. : 03.20.87.74.22 Fax : 03.20.87.74.25 cadre_RSG@ghicl.net pelisset.colette@ghicl.net	Mme Agnès DURANDE, Cadre coordinatrice Mme Colette PELISSET, Médecin gériatre
59	Réseau gérontologique Eollis 7, rue Jean-Baptiste Lebas 59133 PHALEMPIN	Tél. : 03.20.90.01.01 Fax : 03.20.90.39.06 pfournier@ch-lens.fr eollis@wanadoo.fr	M. le Dr Patrick FOURNIER, Président Mme le Dr Geneviève LALISSE, Médecin référent
59	Réseau gérontologique Reper'Âge Avenue Désandrouins - CS 50 479 59322 VALENCIENNES Cedex	Tél. : 03.27.14.00.98 Fax : 03.27.14.01.11 contact@reperage-sante.fr pecoraro-l@ch-valenciennes.fr	Mme Laëtizia PECORARO, Coordinatrice chargée de la gestion, de la promotion et de la communication
59	Réseau gérontologique TREFLES 36, avenue Breuvar 59280 ARMENTIÈRES	Tél. : 03.20.38.83.06 Fax : 03.20.38.83.07 trefles@nordnet.fr direction.trefles@nordnet.fr	M. Jean-François HIAULT, Président Mme Céline POISSONNIER, Coordinatrice
62	Réseau gérontologique du Ternois 172 à 178, rue d'Hesdin 62130 GAUCHIN-VERLOINGT	Tél. : 03.21.47.29.14 Fax : 03.21.47.78.89 agt.stpol@orange.fr	M. Roger PRUVOST, Président Mme Françoise LAMIRAND, Coordinatrice

62	Réseau de Santé gérontologique Vie l'Âge (de Lens-Liévin) Tour Béchart - 3 ^e étage Avenue S. Allende - Grande résidence 62300 LENS	Tél. : 03.21.200.800 Fax : 03.21.20.92.20 reseauvielage@wanadoo.fr	M. Pierre CHAPOUTHIER, Président Mme Paule LAURENT, Responsable administrative Mme Nicole DUBOIS, Responsable santé
62	Réseau gérontologique des 7 Vallées 3, route d'Arras 62140 MARCONNE	Tél. : 03.21.86.10.29 alhds@wanadoo.fr	Mme Christine MARIETTE, Infirmière coordinatrice
62	Association PrevArt, réseau gérontologique "Sérénité" - 42-48, rue de la Ferme du Roy 62400 BÉTHUNE	Tél. : 03.21.68.80.80 Fax : 03.21.68.11.93 claire.foulon@prevart.fr pierre.moity@ch-bethune.fr	M. le Dr Frédéric FOULON, Président Mme Claire FOULON, Directrice M. le Dr Pierre MOITY, Médecin coordonnateur

PACA			
04	Réseau gérontologique COOMAID Maison de retraite Saint-André 45, avenue Jean Giono 04100 MANOSQUE	Tél. : 04.92.72.75.99 Fax : 04.92.72.75.99 reseau.coomaid@orange.fr	Mme Françoise EL-MALIK, Directrice
05	Réseau de santé Symbiose Maison du Canton 05120 L'ARGENTIÈRE-LA-BESSÉE	Tél. : 04.92.23.09.16 Fax : 04.92.23.09.16 reseauante05nord@e-santepaca.fr	M. Pierre CHAMAGNE, Président M. le Dr Frédéric MESSIAT, Médecin coordonnateur
06	Réseau gérontologique CRONOSS Coordination en Réseau d'Organisation Niçois pour l'Optimisation des Soins aux Seniors 25, avenue Notre-Dame 06000 NICE	Tél. : 04.92.00.02.03 Fax : 04.93.55.26.22 info@cronoss06.org if@cronoss06.org	Mme le Dr Alexandra CLOUET D'ORVAL, Médecin coordonnateur Mme Isabelle FOSSATI, Gestionnaire Réseau
06	Réseau AG3 Plate-forme Gérontologique Grassoise Centre du Petit Paris - 78, boulevard Victor Hugo 06130 GRASSE	Tél. : 04.93.60.09.69 Fax : 04.93.60.09.54 association-geronto-grasse@wanadoo.fr i.theveninlavalou@wanadoo.fr	Mme le Dr Isabelle THÉVENIN-LAVALOU, Médecin coordonnateur
13	Réseau gérontologique Alp'Âges 11, rue Robert Marignan 13160 CHÂTEAURENARD	Tél. : 04.90.92.60.05 Fax : 04.90.92.25.14 assoc.alpages@wanadoo.fr	Mme Françoise CARUSO, Directrice
13	Réseau gérontologique Géront'o Nord A.Gé 13 (13 ^e , 14 ^e , 15 ^e et 16 ^e arrondissements de Marseille) 40, chemin de la Baume-Loubière 13013 MARSEILLE	Tél. : 04.91.60.37.16 Fax : 04.91.60.33.19 Port. : 06.81.38.68.07 contact@gerontonord.com pierre.jeandel@gerontonord.com	M. le Dr Pierre JEANDEL, Président Mme le Dr Carole BEAUDET, Médecin coordonnateur
13	Réseau gérontologique Marseille-Est (3 ^e , 4 ^e , 11 ^e et 12 ^e arrondissements de Marseille) Centre gérontologique départemental de Montolivet 1, rue Elzéard Rougier 13012 MARSEILLE	Tél. : 04.91.12.75.54 / 55 Port. : 06.64.45.03.29 reseau.cgd13@e-santepaca.fr	M. Jean-Claude PICAL, Président Mme le Dr Valérie CÉRASE, Médecin coordonnateur

13	Réseau gérontologique Marseille-Sud (7 ^e , 8 ^e , 9 ^e et 10 ^e arrondissements de Marseille) Hôpital Sainte-Marguerite 270, bd Sainte-Marguerite 13009 MARSEILLE	Tél. : 04.91.74.58.24 Fax : 04.91.74.45.27 Port. : 06.60.33.73.58 reseau.gms@ap-hm.fr	Mme le Dr Marie-Josée MATHIEU, Médecin coordonnateur
13	Réseau gérontologique Marseille-Centre (1 ^{er} , 2 ^e , 5 ^e et 6 ^e arrondissements de Marseille) ACLAP - 50, rue Ferrari 13005 MARSEILLE	Tél. : 04.91.48.53.33 Fax : 04.91.42.12.65 Port. : 06.62.73.46.67 reseau.sante@aclap.org	M. le Dr Jean-Jacques PORTIER, Médecin coordonnateur
13	Réseau gérontologique du Pays Martégal Avenue Paul Éluard Canto Perdrix Est 13500 MARTIGUES	Tél. : 04.42.43.21.64 Fax : 04.42.43.26.01 reseau.gerontologie@ch-martigues.fr	Mme Céline FRANCES, Coordinatrice administrative
83	Réseau gérontologique Guidage 105, avenue Alphonse Denis 83400 HYÈRES	Tél. : 04.94.35.32.01 Fax : 04.94.42.12.64 guidage83@wanadoo.fr	Mme le Dr Martine BROQUIER, Médecin coordonnateur

Pays de la Loire

44 & 85	Réseau gérontologique RESPA De la Loire à la vie 8, place de l'Hôtel de Ville 85300 CHALLANS	Tél. : 02.51.49.39.85 (Challans) Tél. : 02.51.70.93.37 (Machecoul) Tél. : 02.51.39.15.96 (Saint-Gilles) respaloirevie@orange.fr	M. le Dr Alain DE LA GARANDERIE, Président Mlle Cécile DEGUILL, Infirmière coordinatrice
49	Réseau gérontologique du Saumurois Hôpital local de Doué-la-Fontaine 30 ter, rue Saint François 49700 DOUÉ-LA-FONTAINE	Tél. : 02.41.83.46.74 Fax : 02.41.83.46.42 reseau.gerontologie@idhl.fr j.servins@idhl.fr	M. Jean-Yves CESBRON, Président Mme Joëlle SERVINS, Coordinatrice
49	Réseau gérontologique Pass'Âge Espace du Bien vieillir Robert Robin 16 bis, avenue Jean XXIII 49000 ANGERS	Tél. : 02.41.68.55.74 Fax : 02.41.68.00.73 secretariat@plateformepassage.fr	Mme Christine POCHÉ, Directrice
72	Association COOrdination REseau GEriatrique (ACOREGE) 5, allée Saint-Martin - BP 80129 72500 CHÂTEAU-DU-LOIR	Tél. : 02.43.44.76.97 Fax : 02.43.44.76.96 acorege@ch-chateauduloir.fr	M. le Dr Jean-Luc DESHAYES, Président Mme Chantal OLIVO, Référente

Picardie

60	Réseau gérontologique du Compiégnois 589, avenue Octave Butin 60280 MARGNY-LÈS-COMPIÈGNE	Tél. : 03.44.97.52.02 Fax : 03.44.40.27.66 resgeco@orange.fr	M. le Dr François FRANCK, Président Mme Laure MEYER, Infirmière coordinatrice
60	Réseau gérontologique Bien vieillir chez soi 11, rue Albert de Mun 60400 NOYON	Tél. : 03.44.09.16.78 Fax : 03.66.72.06.68 bien-vieillir-chez-soi@asso-web.com	Mme Martine VANDEPUTTE, Coordinatrice
80	Réseau gérontologique de Vimeu-Baie de Somme 35, rue du Docteur Léger 80230 SAINT-VALÉRY-SUR-SOMME	Tél. : 03.22.60.64.20 Fax : 03.22.60.64.16 reseau-gerontologique-vimeu-baie- de-somme@wanadoo.fr	Mme Chantal BOURSCOT, Coordinatrice

Poitou-Charentes			
16	Réseau gérontologique RESPA (Réseau de Santé Personnes Âgées du Pays de Charente Limousine) 3, place Émile Roux 16500 CONFOLENS	Tél. : 05.45.30.20.75 Fax : 05.45.30.20.75 respa.cl@orange.fr elise.patriarche@wanadoo.fr	Mme Élise PATRIARCHE, Présidente
16	Réseau gérontologique du Pays de l'Angoumois Centre des Affaires du Pôle Z.I. n° 3 - Impasse de la Valenceaude 16160 GOND-PONTOUVRE	Tél. : 05.45.20.35.95 Fax : 05.45.95.42.93 rgpa@orange.fr	Mlle Mélanie DECELLE, Secrétaire coordinatrice
17	Réseau gérontologique IVHOIR 16, rue Henri Durant 17200 ROHAN	Tél. : 05.46.05.58.40 Fax : 05.46.23.15.70 ivhoir@orange.fr	M. Jean-Louis RICHARD, Président
17	Association coordination santé sociale de Haute-Saintonge Route de Monfnac - Résidence Philippe Bât. B - Appart. 301 - BP 144 17504 JONZAC Cedex	Tél. : 05.46.70.73.70 Fax : 05.46.70.73.72 coordsantesocial.hs@wanadoo.fr	Mme Karine DU CAMP D'ORGAS
17	Réseau gérontologique du Pays des Vals de Saintonge (RELANSE) Pôle Santé Social - 14, rue des Alouettes 17470 AULNAY-DE-SAINTONGE	Tél. : 05.46.333.777 Fax : 05.46.26.97.22 relanse@wanadoo.fr	Mme Isabelle JOSSE, Infirmière coordinatrice
17	Réseau gérontologique du Pays d'Aunis (Résaunis Santé Social) 8, impasse Valpastour 17220 SAINT-MÉDARD-D'AUNIS	Tél. : 05.46.09.73.08 resaunissantessocial@orange.fr	M. le Dr Jean-Louis MARIE, Président
79	Réseau gérontologique des Pays Mellois et Haut Val de Sèvre 55, route de Saint-Maixent 79800 LA MOTHE-SAINT-HÉRAY	Tél. : 06.12.22.39.55 reseaugeronto@yahoo.fr cdecou@hl-stmaixent.fr	Mme BAILLON, Infirmière Coordinatrice Mme le Dr Corinne DECOU, Médecin gériatre
79	Réseau de santé Nord Deux-Sèvres Centre médico-social 20, rue de la Citadelle - BP 36 79201 PARTHENAY Cedex	Tél. : 05.49.63.45.70 Fax : 05.49.94.05.13 association@clic-reseau-gatine.fr pascal.pousse@clic-reseau-gatine.fr	Mme Marie-Laure DOUCET, Présidente M. Pascal POUSSE, Directeur
86	Réseau gérontologique de la Vallée du Clain 78-80, Grand'Rue 86130 JAUNAY-CLAN	Tél. : 05.49.37.81.37 Fax : 05.49.34.75.70 reseaugerontovalleeclain@hotmail.fr	M. Daniel MICHAUDET, Président
86	Réseau gérontologique du Val de Vonne 29, rue de Chypre 86600 LUSIGNAN	Tél. : 05.49.54.38.62 Fax : 05.49.57.98.13 reseau-gerontologique@wanadoo.fr	M. le Dr Michel BESSON, Président
86	Réseau gérontologique du Pays Montmorillonnais Centre hospitalier - 6, rue des Augustins 86500 MONTMORILLON	Tél. : 05.49.84.93.20 Fax : 05.49.91.78.82 rgpm-clic@wanadoo.fr	M. le Dr Christian TAVILIEN, Président
86	Réseau gérontologique Lien de Vie 4, rue Marcel Leideck 86230 SAINT-GERVAIS-LES-TROIS-CLOCHERS	Tél. : 09.75.61.55.18 - 05.49.93.12.29 Fax : 05.49.90.78.99 liendevie@wanadoo.fr	M. Josselin KAMGA, Président

86	GCS Réseau gérontologique ville-hôpital du Grand Poitiers 93, avenue Jacques Cœur 86000 POITIERS	Tél. : 05.49.30.80.70 Fax : 05.49.62.13.69 reseau.geronto@chu-poitiers.fr d.metais@chu-poitiers.fr	M. Renaud BÈGUE, Administrateur Mme Danielle METAIS, Cadre supérieure de santé
----	--	---	--

Rhône-Alpes			
07	Réseau gérontologique MADO 15, boulevard de la République 07100 ANNONAY	Tél. : 04.75.69.01.32 Fax : 04.75.33.57.54 mado.07@wanadoo.fr	Mme Denise MORET, Coordinatrice administrative
07	Réseau gérontologique AGAM (Association Gérontologique de l'Ardèche Méridionale) Hôpital local - Rue du Dr Pialat 07260 JOYEUSE	Tél. : 04.75.39.97.47 04.75.36.10.95 ml.hachet-casez@agam07.fr	Mme Marie-Laure HACHET-CASEZ, Directrice
26	Réseau gérontologique du Nyonsais-Baronnies (RESAGE 26) - 48, avenue Henri Rochier 26110 NYONS Cedex	Tél. : 04.75.27.25.14 resage26@gmail.com	Mme Fabienne VILLON
38	Réseau gérontologique VISage Centre hospitalier Lucien Husel - BP 12 38209 VIENNE Cedex	Tél. : 04.74.31.32.97 - 04.74.31.33.16 Fax : 04.74.31.34.13 secretariat.visage@ch-vienne.fr visage@ch-vienne.fr e.kiledjian@ch-vienne.fr	Mme Véronique CURT, Cadre de santé coordinatrice Mme le Dr Anne-Marie AMMEUX, Médecin coordinateur M. le Dr Éric KILEDJIAN, Médecin gériatre
42	Réseau gérontologique des Coteaux Roannais Puits Perron 42370 SAINT-HAON-LE-CHÂTEL	Tél. : 04.77.62.15.59 Fax : 04.77.62.15.29 secretariat@resogeronto42.com coordination@resogeronto42.com	M. le Dr Thierry DECHELETTE, Président
42	Réseau gérontologique AMADIS 1 bis, rue E. Reclus - B389 42000 SAINT-ÉTIENNE	Tél. : 04.77.25.84.29 Fax : 04.77.41.67.49 accueil.amadis@laposte.net fauredressyf.amadis@laposte.net	Mme le Dr Françoise FAURE-DRESSY, Médecin directeur
69	Réseau gérontologique CORMADOM 75, rue Bataille 69008 LYON	Tél. : 04.78.76.58.40 Fax : 04.78.76.03.36 cormadom@wanadoo.fr	
69	Projet de réseau de santé gérontologique sur les 3 ^e et 7 ^e arrondissements de Lyon		

Départements d'outre-mer			
Guadeloupe	Pas de réseau de santé gérontologique (n'existe plus depuis 2007)		
Guyane	Pas de réseau de santé gérontologique		
Martinique	Réseau gérontologique de la Martinique 142, bois Boyer Route de Châteaubœuf 97200 FORT-DE-FRANCE	Tél. : 05.96.75.88.58 Fax : 05.96.75.16.53 smgg@wanadoo.fr jean-luc.fanon@wanadoo.fr	M. le Dr Jean-Luc FANON, Médecin coordonnateur
Réunion	Réseau gérontologique Ouest 21, rue Saint Louis 97460 SAINT-PAUL	Tél. : 02.62.45.40.10 rgouest@yahoo.fr herymahandry@yahoo.fr	Mme le Dr Anna RAHERIMANANTSOA, Médecin coordonnateur, Présidente Mme Daisy PERIANAYAGOM-MARY, Coordinatrice



Société
Française de
Gériatrie et
Gérontologie

Département (75) Paris	   www.points-paris-emeraude.org	Territoire	Promoteur
CLIC - PPE Point Paris Emeraude			
PPE - CLIC 1-2-3-4 24 rue Saint Roch 75001 PARIS	☎ 01 42 92 01 54 ppe.clic.1-2-3-4@paris.fr	1 ^{er} , 2 ^e , 3 ^e , 4 ^e arrondissements	CCAS
PPE - CLIC 5-6 48 rue Saint André des Arts 75005 PARIS	☎ 01 44 07 13 35 ppe.clic.5-6@andre-des-arts.com	5 ^e , 6 ^e arrondissements	Association PPE des 5 ^e et 6 ^e arrondissements
PPE - CLIC 7 109 rue Saint Dominique 75007 PARIS	☎ 01 45 50 46 12 ppe.clic.7@paris.fr	7 ^e arrondissement	CCAS
PPE - CLIC 8 3, rue de Lisbonne 75008 PARIS	☎ 01 44 90 76 88 ppe.clic.8@paris.fr	8 ^e arrondissement	CCAS
PPE - CLIC 9 25 bis rue de la Rochefoucault 75009 PARIS	☎ 01 49 70 98 18 ☎ 01.49.70.98.19 ppe.clic.9@paris.fr	9 ^e arrondissement	CCAS
PPE - CLIC 10 23 bis rue Bichat 75010 PARIS	☎ 01 53 19 26 44 ppe.clic.10@paris.fr	10 ^e arrondissement	CCAS
PPE - CLIC 11 130 avenue Ledru Rollin 75011 PARIS	☎ 01 53 36 51 19 ppe.clic.11@paris.fr	11 ^e arrondissement	CCAS
PPE - CLIC 12 33 boulevard de Picpus 75012 PARIS	☎ 01 40 19 36 36 ppe.clic.12@th.aphp.fr	12 ^e arrondissement	AP-HP
PPE - CLIC 13 17 rue Rubens 75013 PARIS	☎ 01 45 88 21 09 ppe.clic.13@wanadoo.fr	13 ^e arrondissement	Association Point Paris Emeraude du 13 ^e arrondissement
PPE - CLIC 14 68 rue des Plantes 75014 PARIS	☎ 01 40 52 44 03 ppe.clic.14@wanadoo.fr	14 ^e arrondissement	Association Réseau gériatrique du 14 ^e PPE 14 ^e
PPE - CLIC 15-16 8 rue Fallempein 75015 Paris	☎ 01 44 19 61 60 ppe.clic.15-16@wanadoo.fr	15 ^e , 16 ^e arrondissements	Association XV. XVI
PPE - CLIC 17 23 rue Truffaut 75017 PARIS	☎ 01 44 69 85 00 ppe.clic.17@paris.fr	17 ^e arrondissement	CCAS
PPE - CLIC 18 3 place Jacques Froment 75018 PARIS	☎ 01 53 11 18 18 ppe.clic.18@brt.aphp.fr	18 ^e arrondissement	AP-HP
PPE - CLIC 19 23 rue du Docteur Potain 75019 PARIS	☎ 01 42 45 85 83 ppe.clic.19@wanadoo.fr	19 ^e arrondissement	Association UnionRetraiteAction
PPE - CLIC 20 127 bis, rue d'Avron 75020 PARIS	☎ 01 44 64 20 20 ppe.clic.20@croix-saint-simon.org	20 ^e arrondissement	Fondation de l'oeuvre de la Croix Saint- Simon

Département (75) Paris	Territoire 15 CLIC 6 Réseaux Santé Géronto
Réseau MEMORYS 35 rue Vergniaud 75 013 Paris	1 ^{er} , 2 ^e , 3 ^e , 4 ^e , 5 ^e , 6 ^e , 13 ^e , 14 ^e arrondissements
Réseau de Santé PARIS-NORD 3 et 5 Rue de Metz 75010 PARIS	8 ^e , 9 ^e , 10 ^e , 17 ^e , 18 ^e , 19 ^e arrondissements
Réseau AGEP Réseau Gériatrique de l'Est Parisien 2 rue Pilichon 75011 Paris	11 ^e , 12 ^e , 19 ^e , 20 ^e arrondissements + (94) Saint-Mandé, Vincennes
Réseau Géronto 15.7 HEGP Hôpital Européen Georges Pompidou 20 rue Leblanc 75015 PARIS	7 ^e , 15 ^e arrondissements
Réseau ANCRAGE Hôpital Henry Dunant 95 rue Michel-Ange 75016 PARIS	16 ^e arrondissement
Réseau mémoire Alois 68 rue des Plantes 75 014 PARIS	Paris + (92) Boulogne-Billancourt, Châtillon, Clamart, Issy-les-Moulineaux, Malakoff, Montrouge, Neuilly-sur-Seine, Vanves

Département (77) Seine-et-Marne	Territoire 5 CLIC 1 Réseau Santé Géronto	Promoteur
CLIC RELIAGE Résidence "La Sérénité" - 33 rue Henri Dunant 77400 LAGNY-SUR-MARNE	Cantons de Lagny sur Mame, Champs S/Mame, Claye Souilly, Noisiel, Thorigny sur Marne, Torcy, Vaires sur Mame, Crécy La Chapelle	Association
CLIC RIVAGE 24 rue du Colonel Picot 77000 MELUN RGS77	Communauté d'Agglomération de Melun Val de Seine, District du Chatelet en Brie, San de Senart	Association
CLIC SOUTIEN Centre hospitalier de Nemours Bât Le Rocher Vert RDC gauche 15 rue des Chaudins 77140 NEMOURS RGS77	Cantons de Chateau Landon, La Chapelle La Reine, Lorez Le Boccage, Nemours,	Association
CLIC SILLAGE 4 rue Christophe Opoix 77160 PROVINS RGS77	Cantons de Provins, Bray S/Seine, Villiers Saint Georges, Donnemarie Donville, Nangis	Association
CLIC FACIL 32 rue Grande 77210 SAMOREAU RGS77 Réseau Gériatrique Sud 77 32 rue Grande 77210 SAMOREAU	Cantons de Fontainebleau, Perthes en Gatinais, Moret S/Loing, Monterault Fault Yonne	Association Association

Département (78) Yvelines	Territoire	9 CGL	6 Réseaux Santé Géroto	Promoteur
CGL Coordination Gérotoologique des Yvelines				
CGL Val de Seine et Oise 2 boulevard Richard Garnier BP 333 78703 CONFLANS-SAINT-HONORINE		☎ 01 34 90 09 74 clic.boucladeseine@wanadoo.fr	Achères, Les Alluets-le-Roi, Andrésey, Camières-sous-Poissy, Chanteloup-les-Vignes, Conflans-Sainte-Honorine, Crespières, Maurecourt, Médan, Poissy, Villennes-sur-Seine	Association
Secteur ALDS 25 rue des Aulnes 78250 MEULAN		☎ 01 34 74 17 58 coordination@alds.org ☎ 01 34 74 80 60 emile@alds.org	Chapet, Morainvilliers, Orgeval, Tnel-sur-Seine, Vermeuil-sur-Seine, Vermouillet	
CGL Méandre de la Seine 20 place Michelet 78800 HOUILLES		☎ 01 30 86 93 89 cgl@meandredealseine.fr	Camères-sur-Seine, Chatou, Croissy-sur-Seine, Houilles, Maisons-Laffitte, Montesson, Sartrouville, Le Vésinet	CCAS
CGL Mantois 1 place Léopold Bellan 78200 MAGNANVILLE		☎ 01 34 78 50 90 clicmantois@wanadoo.fr	Arnouville-Lès-Mantes, Aufferville-Brasseuil, Bernecourt, Blaru, Boinville-en-Mantais, Boissy-Mauvoisin, Bonnières-sur-Seine, Breuil-Bois-Robert, Bréval, Buchelay, Chaufour-lès-Bonnières, Cravent, Drocourt, Epône, La Falaise, Favrieux, Flacourt, Follainville-Dennemont, Fontenay-Mauvoisin, Fontenay-Saint-Père, Freneux, Gargenville, Gommecourt, Goussouville, Guernes, Guerville, Guitrancourt, Hargeville, Issou, Jeurfosse, Jouy-Mauvoisin, Jumeauville, Limay, Limez-Villez, Lommoye, Magnanville, Mantes-la-Jolie, Mantes-la-Ville, Ménéville, Méricourt, Mézières-sur-Seine, Moisson, Mousseaux-sur-Seine, Neauphle-le-Vieux, Neauphle-le-Château, Port-Villez, Rolleboise, Rosay, Rosny-sur-Seine, Sality, Saint-Illiers-du-Bois, Saint-Illiers-la-Ville, Saint-Martin-Le-Gareme, Soindres, Le Tertre-Saint-Denis, Vert, La Villeneuve-en-Chevrie, Villette	Association Coordination gérotoologique du Mantais
CGL Ville Nouvelle Domaine du Marantais 415 route de Trappes 78114 MAGNY-LES-HAMEAUX		☎ 01 34 98 30 46 cgl-vn@larecontre-asso.fr	Elancourt, Guyancourt, Magny-les-Hameaux, Montigny-le-Bretonneux, Trappes, La Verrière, Voisins-le-Bretonneux	Association La Rencontre
CGL Seine et Mauldre 25 rue des Aulnes 78250 MEULAN		☎ 01 34 74 17 58 coordination@alds.org ☎ 01 34 74 80 60 emile@alds.org	Andelu, Aubergenville, Aulnay-sur-Mauldre, Bazemont, Bouaffle, Brueil-en-Vexin, Ecquevilly, Evrecourt, Flins-sur-Seine, Gallon-sur-Monsieurt, Hardicourt, Herveville, Jambville, Juziers, Lainville-en-Vexin, Marzi-sur-Mauldre, Maulle, Meulan, Mézy-sur-Seine, Montainville, Montalet-le-Bois, Les Mureaux, Nézel, Oinville-sur-Monsieurt, Tessancourt-sur-Aubette, Vaux-sur-Seine	ALDS Association locale de développement sanitaire
CGL Centre Yvelines Hôpital local 2 chemin du Bois Renault 78490 MONTFORT-L'AMAURY		☎ 01 34 94 58 40 muriel.bianchard@hopitalmontfort.fr ☎ www.clic-centre-yvelines.com	Auteuil, Autouillet, Bazoches-sur-Guyonne, Bâhoust, Beyne, Boissy-sans-Avoir, Coignières, Flexanville, Galluis, Garancières, Goupillières, Grosrouvre, Jouars Pontchartrain, Marcq, Mareil-le-Guyon, Maurepas, Méré, Les Mésnuls, Milliermont, Montfort l'Amaury, Neauphle-le-Château, Neauphle-le-Vieux, Plaisir, La Queue-les-Yvelines, Saint-Germain-de-la-Grange, Saint-Rémy-l'Honoré, Saux-Marchais, Thiverval-Grignon, Thoiry, Le Tremblay-sur-Mauldre, Vicq, Villiers le Mañieu, Villiers-Saint-Frédéric	Hôpital Local de Houdan
Secteur Houdan 42 rue de Paris 78650 HOUDAN		☎ 01 30 46 18 21 valerie.plantecoste@hopitalhoudan.fr	Adamville, Bazainville, Boinvilliers, Boissets, Bourdonné, Civry-la-Forêt, Condé-sur-Vesgre, Courgent, Dammarin-en-Serve, Dannemarie, Flins-Neuve-Eglise, Gambais, Grandchamp, Gressay, La Hauteville, Houdan, Longnes, Maulette, Mondreville, Montchauvet, Mulcent, Orgerus, Orvillers, Osmoy, Prunay-le-terrible, Richebourg, Saint-Martin-dés-Champs, Septeuil, Tacotnières, Le Tertre-Gaudran, Tilly	
CGL Sud Yvelines Hôpital de Rambouillet 13 rue Pasteur 78120 RAMBOUILLET		☎ 01 61 08 66 60 iosycg@free.fr	Ables, Allainville-aux-Bois, Auffargis, Boinville-le-Gaillard, La Boissière-Ecole, Bornelles, Les Bréviaires, Bullion, La Celle-Bordes, Cernay-la-Ville, Châteaufort, Chevreuse, Choisel, Clairefontaines-en-Yvelines, Dampierre-en-Yvelines, Emancé, Les Essarts-le-Roi, Gambaisaui, Gazeran, Hermeray, Lévis-Saint-Nom, Longvilliers, Le Mesnil-Saint-Denis, Milton-la-Chapelle, Mittainville, Orcemont, Orphin, Orsonville, Paray-Douaville, Le Paray-en-Yvelines, Poigny-la-Forêt, Ponthévrard, Prunay-en-Yvelines, Raizeux, Rambouillet, Rochefort-en-Yvelines, Saint-Arnoult-en-Yvelines, Saint-Forget, Saint-Hilarion, Saint-Lambert-des-Bois, Saint-Léger-en-Yvelines, Saint-Martin-de-Bréthencourt, Sainte-Mesme, Saint-Rémy-lès-Chevreuse, Senlisse, Sonchamp, Vieille-Eglise-en-Yvelines	Association ICSY
CGL Grand Versailles 6 avenue du Maréchal F ranchet d'Esperey 78000 VERSAILLES		☎ 01 39 63 74 15 contacts@cogitey.com	Bois d'Arcy, Buc, Le Chesnay, Les Clayes-sous-Bois, Fontenay-le-Fleury, Jouy-en-Josas, Les Loges-en-Josas, Rocquencourt, Saint-Cyr-l'Ecole, Toussus le Noble, Velizy-Villacoublay, Versailles, Virorlay, Villepreux	Association COGITEY

Département (78) Yvelines	☎ 01 34 51 19 40 muriel.queray@simad.fr www.simad.fr	Territoire	Promoteur
CGL Saint-Germain 131/135 Boulevard Carnot 78110 LE VÉSINET	☎ 01 34 51 19 40 muriel.queray@simad.fr www.simad.fr	11 CLIC 6 Réseaux Santé Géronto Aigremont, La Celle-Saint-Cloud, Chambourcy, Chavenay, Fourqueux, Mareil-Marty, Marty-Le-Roi, Le Mesnil-He-Roi, Le Pecq, Le Port-Marty, Saint-Germain-en-Laye	Syndicat Intercommunal pour le Maintien à Domicile
Secteur Louveciennes 45 rue du Général Leclerc 78430 LOUVECIENNES Réseau REGELIB 78	☎ 01 39 18 76 86 clic.ems-sj78@monsieurvincent.asso.fr ☎ 01 39 18 76 88 contact@regelib78.com www.regelib78.com	Bailly, Bougival, Davron, l'Etang-la-Ville, Feucherolles, Louveciennes, Noisy-le-Roi, Rennemoulin, Saint-Nom-la-Bretèche	Association Monsieur Vincent
Réseau CARMAD 6 Chemin des Vignes 78340 LES CLAYES SOUS BOIS	☎ 01 30 55 77 50 ☎ 06 71 82 12 27 contact@carmad.fr www.carmad.fr	Beynes, Bois-d'Arcy, Chavenay, Les Clayes-sous-Bois, Elancourt, Guyancourt, Magny-les-Hameaux, Maurepas, Montigny-le-Bretonneux, Saint-Quentin-en-Yvelines, Thiverval-Grignon, Trappes, La Verrière, Villepreux, Voisins-le-Bretonneux	Association
Réseau ODYSSEE 6 rue des Hautes Meunières 78520 LIMAY	☎ 01 30 94 03 68 contact@reseau-odysee.fr www.reseau-odysee.fr	Secteur nord des Yvelines : 52 communes	Association
Réseau RACYNES 1 rue Pontoise 78100 SAINT-GERMAIN-EN-LAYE	☎ 01 30 61 70 16 reseau.racynes@orange.fr www.reseau-racynes.fr	Achères, Aigremont, Andrésy, Carrières-sous-Poissy, Carrières-sur-Seine, Chambourcy, Chanteloup-les-Vignes, Chatou, Confians-Ste-Honorme, Croissy-sur-Seine, Fourqueux, Houilles, Le Mesnil-He-Roi, Le Pecq, Le Vésinet, L'Etang-La-Ville, Maisons-Laffitte, Mareil-Marty, Maurecourt, Montesson, Poissy, Saint-Germain-en-Laye, Sartrouville	Association
Réseau EPSILON 195 avenue du Général Leclerc 78220 VIROFLAY	☎ 01 30 24 28 56 contact@reseau-epsilon.fr www.reseau-epsilon.fr	Buc, Jouy-en-Josas, La Celle-Saint-Cloud, Le Chesnay, Le Port-Marty, Les Loges-en-Josas, Marty-le-roi, Rocquencourt, Toussus-le-Noble, Vélizy Villacoublay, Versailles, Viroflay	Association

Département (91) Essonne	📞 01 64 90 61 84 📧 clic.centre.essonne@wanadoo.fr 🌐 http://	Territoire 9 CLIC 1 Réseau Santé Géronto	Promoteur
CLIC Centre Essonne 4 rue Henri Barbusse 91290 ARPAJON		Arpajon, Avrainville, Boissy-sous-Saint-Yon, Brétigny-sur-Orge, Breuillet, Bruyères-le-Châtel, Cheptainville, Egly, Guibeville, La Norville, Lardy, Le Plessis-Paté, Leuville-sur-Orge, Marolles-en-Hurepoix, Ollainville, Saint-	
CLIC Les Portes de L'Essonne 3 rue Lefèvre-Utile 91205 ATHIS-MONS Cedex	☎ 01 69 57 80 91 ☎ 01 69 57 80 22 📧 myunes@cc-portessesonnes.fr 🌐 www.cc-portessesonne.fr	Germain-les-Arpajon, Saint-Vrain Athis-Mons, Juvisy-sur-Orge, Paray-Vieille-Poste, Savigny-sur-Orge, Wissous	Communauté d'agglomération Les Portes de l'Essonne
CLIC Orgyvette Hôpital Les Magnolias 77 rue du Perray 91160 BALLAINVILLIERS	☎ 0800 777 618 ☎ 01 69 80 59 00 ☎ 01 69 80 46 92 📧 clic.orgyvette@wanadoo.fr	Ballainvilliers, Champlan, Chilly-Mazarin, Epinay-sur-Orge, Linas, Longjumeau, Longpont, Marcoussis, Monthery, Morangis, Nozay, La Ville-du-Bois, Saux-les-Chartreux, Villejust	Hôpital Privé Gériatrique Les Magnolias
CLIC de la Vallée de l'Essonne (CGVE) 8 rue Dugommier 91590 CERNY	☎ 01 64 57 45 52 ☎ 01 64 57 45 52 📧 clicvallessonne@wanadoo.fr	29 communes des cantons de La Ferté-Alais, Mennecy, Milly-la-Forêt	
CLIC du Cœur Essonne 114 Allée des Champs Elysées 91080 COURCOURONNES	☎ 01 60 78 01 01 ☎ 01 64 93 07 92 📧 cliccoeurdelessonne@wanadoo.fr	Bondoufle, Courcouronnes, Etolles, Evry, Lisses, Saintry-sur-Seine	
CLIC du Sud Essonne 19 promenade des Prés 91150 ETAMPES	☎ 01 60 80 15 67 ☎ 01 60 80 16 23 📧 clicsudessonne@wanadoo.fr	Abbéville-la-Rivière, Angerville, Arrancourt, Authon-la-Plaine, Blandy, Bois-Herpin, Boissy-la-Rivière, Boissy-le-Sec, Boutervilliers, Bouville, Brières-les-Scellés, Brouy, Châlo-Saint-Mars, Chalou-Moulineux, Champmotteux, Châtignonville, Estouches, Etampes, Etréchy, Fontaine-la-Rivière, Guillerval, La Forêt-Sainte-Croix, Le Plessis-Saint-Benoist, Marolles-en-Beauce, Mespuits, Monnerville, Morigny-Champigny, Ormoy-la-Rivière, Puiset-le-Marais, Roinvilliers, Saclas, Saint-Cyr-la-Rivière, Saint-Escobille, Saint-Hilaire, Valpuseaux	Association
CLIC du Hurepoix 2 rue de Marcoussis Cour de La Grange 91470 LIMOURS	☎ 01 64 91 71 48 📧 cgh.limours91@orange.fr 🌐 www.clic-hurepoix.fr	Britis-sous-Forges, Corbreuse, Dourdan, Forges-les-Bains, La Forêt-le-Roi, Gometz-la-Ville, Janvry, Limours-en-Hurepoix, Pecqueuse, Saint-Jean-de-Beauregard, Saint-Maurice-Montcouronne	
CLIC La H.A.R.P.E. 11 rue de Rome 91300 MASSY	☎ 01 60 13 52 30 ☎ 01 60 13 19 09 📧 contact@harpe.asso.fr 🌐 www.harpe.asso.fr	Bièvres, Igny, Massy, Palaiseau, Vernières le Buisson, Villebon	H.P.G.M Hôpital privé gériatrique Les Magnolias
CLIC Val d'Orge 21 rue Anatole France (face à la gare) 91240 SAINT-MICHEL-SUR-ORGE	☎ 01 69 72 23 80 ☎ 01 69 72 23 84 📧 clic.valdorge@wanadoo.fr	Morsang-sur-Orge, Saint-Michel-sur-Orge, Sainte-Geneviève-des-Bois, Villemoisson-sur-Orge, Villiers-sur-Orge	
Réseau Hippocampes ZA les Gros Ballancourt Route de Fontenay 91610 BALLANCOURT	☎ 01 64 93 01 10 ☎ 01 64 93 01 11 📧 reseau.hippocampes@wanadoo.fr 🌐 www.hippocampes.net	Département de l'Essonne	Association

Département (92) Hauts-de-Seine	☎ 📠 📧 @ http://	Territoire 12 CLIC 4 Réseaux Santé Gérontologiques	Promoteur
CLIC 81 rue Prosper Legouté 92160 ANTONY	☎ 01 40 96 31 70 📠 01 40 96 31 66 manuelle.bacle@ville-antony.fr sophie.piveteau@ville-antony.fr	Antony	CCAS
CLIC 16 place de l'Hôtel de ville 92600 ASNIERES-SUR-SEINE	☎ 01 41 11 17 70 📠 01 47 93 94 78 clic.asnieres.92@wanadoo.fr	Asnières	CCAS
I'D CLIC 83-87 rue de Paris 92100 BOULOGNE-BILLANCOURT	☎ 01 55 18 47 82 📠 01 48 25 31 76 clic@mairie-boulogne-billancourt.fr	Boulogne-Billancourt	CCAS
CLIC CMS Marc Chagall 3 rue Simonneau 92110 CLICHY	☎ 01 41 40 93 82 📠 01 47 37 12 82 reseau-gerontologie@ville-clichy.fr 📠 www.ville-clichy.fr/index.php?Rub=178	Clichy + (93) Saint-Ouen	
Pipa CLIC 36 rue du Maréchal Joffre 92700 COLOMBES	☎ 01 47 60 43 54 📠 01 41 19 04 43 ☎ 01 47 86 95 62 clic@mairie-colombes.fr	Colombes	CCAS
CLIC Archipel 71 Boulevard Saint-Denis 92400 COURBEVOIE	☎ 01 47 88 12 22 📠 01 47 88 12 22 clicarchipel@wanadoo.fr	Bois-Colombes, Courbevoix, La Garenne-Colombes	Association ARCHIPEL
CLIC Sud de Seine 28 rue de la Redoute 92260 FONTENAY-AUX-ROSES	☎ 01 55 95 95 38 📠 clic@sudseine.fr	Bagneux, Clamart, Fontenay-aux-Roses, Malakoff	Communauté d'Agglomération Sud de Seine
CLIC 13 place du Docteur Pierre 92000 NANTERRE	☎ 01 41 91 10 30 📠 01 41 91 10 39 coordinationsgerontologie@jiscall.fr	Nanterre	CCAS
CLIC Espace Solidarité Seniors Hôtel de ville 96 avenue Achille Peretti 92200 NEUILLY-SUR-SEINE	☎ 01 40 88 87 07 📠 01 40 88 88 77 clic@ville-neuillysurseine.fr	Neuilly-sur-Seine	Ville
CLIC 10 ter rue d'Estiennes d'Orves 92500 RUEIL-MALMAISON	☎ 01 41 39 88 00 📠 01 41 39 88 01 edith.senellart@mairie-rueilmalmaison.fr	Rueil-Malmaison	CCAS
CLIC GERICO 1 bis rue Leïgard 92210 SAINT-CLOUD	☎ 01 47 71 34 42 📠 01 47 71 24 42 gerico.clic@wanadoo.fr 📠 www.clicgerico.fr	Garches, Marnes-la-Coquette, Saint-Cloud, Vaucresson	Association CLIC GERICO
CLIC Entour'Âge 170 Grande Rue 92310 SEVRES	☎ 01 41 14 50 96 📠 01 41 14 51 72 clicentourage92@free.fr	Chaville, Sèvres, Villed'Avray	Association
Réseau Régal Maison de Retraite Les Marronniers 36 rue Paul Vaillant Couturier 92300 LEVALLOIS-PERRET	☎ 01 47 59 59 98 florence.villard@ihtb.org	Levallois-Perret	Association
Réseau de Santé Agékanonix 194 boulevard Gallieni 92390 VILLENEUVE-LA-GARENNE	☎ 01 47 98 76 44 📠 01 41 21 38 84 reseau.agekanonix@orange.fr 📠 www.aliser92.com	Clichy, Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne	Association
Réseau Osmose Immeuble Le Carnot - Hall 9 20-22 avenue Edouard Herriot 92350 LE PLESSIS ROBINSON	☎ 0820 20 00 65 📠 01 46 30 46 71 info@reseau-osmose.fr 📠 www.reseau-osmose.fr	Territoire 92-1 : Antony, Bagneux, Bourg-la-Reine, Châtenay-Malabry, Châtillon, Clamart, Fontenay-aux-Roses, Issy-les-Moulineaux, Malakoff, Meudon, Montrouge, Le Plessis Robinson, Sceaux, Vanves	Association
Réseau mémoire Aloïs 68 rue des Plantes 75014 PARIS	☎ 01 40 29 90 41 📠 01 30 21 70 86 secretariat@reseau-memoire-alois.fr 📠 www.reseau-memoire-alois.fr	Paris + (92) Boulogne-Billancourt, Châtillon, Clamart, Issy-les-Moulineaux, Malakoff, Montrouge, Neuilly-sur-Seine, Vanves	Association

Département (93) Seine-Saint-Denis	☎ 01 48 11 21 92 ☎ 01 48 11 22 03 @ http://	Territoire 7 CLIC 1 Réseau de santé Gérontologique	Promoteur
CLIC Centre médico-social 5 rue du Docteur Pesqué 93300 AUBERVILLIERS	☎ 01 48 11 21 92 ☎ 01 48 11 22 14 ☎ 01 48 11 22 03 pole.gerontologique@mairie-aubervilliers.fr	Aubervilliers	Ville
CLIC CLIMAD 19-21 rue Jacques Duclos 93602 AULNAY-SOUS-BOIS	☎ 01 48 79 40 70 ☎ 01 48 79 63 09 mad@aulnay-sous-bois.com	Aulnay-sous-Bois	Ville
CLIC 15 place Albert Thomas 93140 BONDY	☎ 01 71 86 64 05 ☎ 01 48 50 98 55 clic@ville-bondy.fr	Bondy	CCAS
CLIC 1 place Foch 93220 GAGNY	☎ 01 43 01 37 78 ☎ 01 43 01 37 65 s.renier@mairie-gagny.fr	Gagny	Ville
CLIC 23 rue Gaston Lauriau 93100 MONTREUIL	☎ 01 48 70 65 01 ☎ 01 48 70 60 78 estelle.mayart@montreuil.fr	Montreuil	Ville
CLIC SILLAGE 9 rue des Chaumettes 93200 SAINT-DENIS	☎ 01 55 87 09 19 ☎ 01 55 87 09 10 association@clicsillage.com	Saint-Denis, Ile-Saint-Denis	Association
CLIC 6 place de la République 93400 SAINT-OUEN	☎ 01 41 66 33 35 ☎ 01 41 66 33 38 clic-clichy-saint-ouen@mairie-saint-ouen.fr	Saint-Ouen + (92) Clichy	SIVU Syndicat intercommunal à vocation unique
Réseau Equipage Hôpital René Muret 52 avenue du Docteur Schaeffner 93270 SEVRAN	☎ 01 41 52 55 65 ☎ 01 41 52 55 66 reseauequipage@orange.fr		

Département (94) Val-de-Marne	Territoire	6 CLIC 2 Réseaux Géronto	Promoteur
CLIC des Rives de Marne 2 rue du 2 décembre 1870 94360 BRY-SUR-MARNE	Bry-sur-Marne, Champigny-sur-Marne, Nogent-sur-Marne, Le Perreux	6 CLIC 2 Réseaux Géronto	Association de Gestion du CLIC secteur 2
CLIC 6 Adresse postale CLIC 6 Espace Commun des Solidarités à CHEVILLY-LARUE 3 rue du Béarn 94550 CHEVILLY-LARUE	Ablon-sur-Seine, Chevilly-Larue, Choisy-le-Roi, Orly, Rungis, Thiais, Villeneuve-le-Roi		Association du Centre Local d'Information et de Coordination Gérontologique du secteur N°6 du Val-de-Marne
CLIC 4 28 avenue de Verdun 94000 CRETEIL	Alfortville, Bonneuil-sur-Marne, Créteil, Joinville-le-Pont, Saint-Maur-des-Fossés		Etablissement public autonome Résidences - Services pour personnes âgées Abbaye-Bords de Marne
CLIC 1 73, rue d'Estienne d'Orves 94120 FONTENAY-SOUS-BOIS	Fontenay-sous-Bois, Saint-Mandé, Vincennes		Etablissement public autonome Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay
CLIC 3 48 rue Henri Barbusse 94456 LIMEIL-BREVANNES Cedex	Boissy-Saint-Léger, Chennevières-sur-Marne, Limeil-Brevannes, Mandres-les-Roses, Marolles-en-Brie, Ormesson, Périgny-sur-Yerres, Santeury, Sucy-en-Brie, Valenton, Villecresnes, Villeneuve-Saint-Georges		Hôpital Emie Roux
CLIC 7 132/136 rue Julian Grimaud 94400 VITRY	Arcueil, Cachan, Fresnes, Gentilly, L'Hay-les-Roses, Ivry-sur-Seine, Kremlin-Bicêtre, Villejuif, Vitry-sur-Seine		Association pour le CLIC gérontologique du secteur n° 6 du Val-de-Marne
Conseil général Service Accueil-Information Personnes âgées Personnes handicapées	Autres communes		
RS4 Réseau Santé Géronto 4 17 avenue de Verdun à CRETEIL Adresse postale RS4 CHIC Pavillon 1 40 avenue de Verdun 94000 CRETEIL	Alfortville, Bonneuil, Boissy-Saint-Léger, Créteil, Joinville-le-Pont, Limeil-Brevannes, Mandres-les-Roses, Marolles-en-Brie, Périgny-sur-Yerres, Saint-Maur, Santeury, Sucy-en-Brie, Valenton, Villecresnes, Villeneuve-Saint-Georges Secteurs 4 + 3 sauf Chennevières et Ormesson		Association Réseau Santé Géronto 4 - Réseau Ville-Hôpital
AGEP Réseau Gériatrique de l'Est Parisien 2 rue Plichon 75011 PARIS	Saint-Mandé, Vincennes + (75) 11 ^e , 12 ^e , 19 ^e , 20 ^e arrondissements de Paris		AGEP Association Gériatrique de l'Est Parisien
Département (95) Val-d'Oise	Territoire	3 CLIC 2 Réseaux Santé Géronto	Promoteur
CLIC RIVES DE SEINE CLIC VAL ET FORET Réseau Joséphine 2 rue Hoche 95120 ERMONT	RIVES DE SEINE Argenteuil, Bezons, Cormeilles en Parisis, Saranois VAL ET FORET Eaubonne, Ermont, Franconville, Le Plessis Bouchard, Montlignon, Saint Prix Territoire de santé du 95-1	3 CLIC 2 Réseaux Santé Géronto	Association gériatrique Vallée de Montmorency Rives de Seine
CLIC de Sarcelles CCAS 4 place de Navarre 95200 SARCELLES	Sarcelles		Mairie de Sarcelles
Réseau Autonne 19 rue de la Gare 95470 SURVILLIERS	Asnières Sur Oise, Attainville, Bellefontaine, Belloy En France, Chaumontel, Chatenay en France, Chennevières les Louvres, Ecouen, Epiais Les Iouvers, Epinay Champlatreux, Ezanville, Fontenay en Parisis, Fosses, Goussainville, Jagry Sous Bois, Lassy, Louvres, Luzarches, Mareil En France, Marly La Ville, Le Mesnil Aubry, Moisselles, Noisy Sur Oise, Le Plessis Gassot, Le Plessis Luzarches, Puisieux en France, Roissy en France Saint Martin du Tertre, Saint Witz, Seugy, Survilliers, Le Thillay, Vémars, Viarmes, Villaines sous bois, Villeron, Villiers Le Sac, Le Sarcelles, Villiers le Bel, Arnouville, les Gonesse, Garges les Gonesse, Bonneuil en France		Association

AGEKANONIX - Handicaps et Dépendances	Médecin gériatre coordinateur	Nathalie	01 47 98 76 44	01 41 21 38 84	reseau.agenkanonix@orange.fr	194 Bd Gallieni	92390 Villeneuve la Garenne
AGEKANONIX - Handicaps et Dépendances	Directeur (trice)	Colas-Doligez	01 47 98 76 44	01 41 21 38 84	nicolas.doligez.agk@orange.fr	194 Bd Gallieni	92390 Villeneuve la Garenne
AGEKANONIX - Handicaps et Dépendances	Psychologue	Galatée	01 47 98 76 44	01 41 21 38 84	gcosset.agk@orange.fr	194 Bd Gallieni	92390 Villeneuve la Garenne
AGEKANONIX - Handicaps et Dépendances	Psychologue	Valérie	01 47 98 76 44	01 41 21 38 84	vcoulaud.agk@orange.fr	194 Bd Gallieni	92390 Villeneuve la Garenne
AGEKANONIX - Handicaps et Dépendances	Psychologue	Adélaïde	01 41 21 38 84	01 41 21 38 84	adelbar.agk@orange.fr	194 Bd Gallieni	92390 Villeneuve la Garenne
AGEKANONIX - Handicaps et Dépendances	Infirmier(e)	Anne	01 47 98 76 44	01 41 21 38 84	aferrari.agk@orange.fr	194 Bd Gallieni	92390 Villeneuve la Garenne
AGEKANONIX - Handicaps et Dépendances	Infirmier(e)	Blandine	01 47 98 76 44	01 41 21 38 84	bloclairfroy.agk@orange.fr	194 Bd Gallieni	92390 Villeneuve la Garenne
AGEKANONIX - Handicaps et Dépendances	Ergothérapeute	Elodie	01 47 98 76 44	01 41 21 38 84	elouanneau.agk@orange.fr	194 Bd Gallieni	92390 Villeneuve la Garenne
AGEKANONIX - Handicaps et Dépendances	Président(e)	Thierry	01 47 94 14 54	01 41 21 38 84	tmazarso001@yahoo.fr	194 Bd Gallieni	92390 Villeneuve la Garenne
AGEKANONIX - Handicaps et Dépendances	Ergothérapeute	Vincent	01 47 98 76 44	01 41 21 38 84	vnourry1.agk@orange.fr	194 Bd Gallieni	92390 Villeneuve la Garenne
AGEKANONIX - Handicaps et Dépendances	Infirmier(e)	Elisabeth	01 47 98 76 44	01 41 21 38 84	eroger.agk@orange.fr	194 Bd Gallieni	92390 Villeneuve la Garenne
AGEKANONIX - Handicaps et Dépendances	Assistant(e) Social(e)	Anne-Charlotte	01 47 98 76 44	01 41 21 38 84	acrosenberg.agk@orange.fr	194 Bd Gallieni	92390 Villeneuve la Garenne
AGEKANONIX - Handicaps et Dépendances	Secrétaire	Alexandre	01 47 98 76 44	01 41 21 38 84	asueur.agk@orange.fr	194 Bd Gallieni	92390 Villeneuve la Garenne
AGEKANONIX - Handicaps et Dépendances	Assistante de coordination	Valérie	01 47 98 76 44	01 41 21 38 84	vzarrouk.agk@orange.fr	194 Bd Gallieni	92390 Villeneuve la Garenne
AGEP			01 46 36 08 12	01 58 30 60 29	reseau.azard@gmail.com	2 rue Plichon	75011 Paris
AGEP	Psychologue	Christine	01 46 36 08 12	01 58 30 60 29	agep.azard@gmail.com	2 rue Plichon	75011 Paris
AGEP	Ergothérapeute	Delphine	01 46 36 08 12	01 58 30 60 29	delphine.chable-agep@hotmail.fr	2 rue Plichon	75011 Paris
AGEP	Ergothérapeute	Muriel	01 46 36 08 12	01 58 30 60 29	muriel.chetuti-agep@hotmail.fr	2 rue Plichon	75011 Paris
AGEP	Professionnel de santé libéral	Yaël	01 46 36 08 12	01 58 30 60 29	yael.igsmann@wanadoo.fr	2 rue Plichon	75011 Paris
AGEP	Professionnel de santé libéral	Pierre	01 46 36 08 12	01 58 30 60 29	pgross@orange.fr	2 rue Plichon	75011 Paris
AGEP	Assistant(e) Social(e)	Tiffany	01 46 36 08 12	01 58 30 60 29	agep.hannequin@gmail.com	2 rue Plichon	75011 Paris
AGEP	Psychologue	Alba	01 46 36 08 12	01 58 30 60 29	agep.herve@gmail.com	2 rue Plichon	75011 Paris
AGEP	Assistant(e) Social(e)	Sonia	01 46 36 08 12	01 58 30 60 29	agep.herve@gmail.com	2 rue Plichon	75011 Paris
AGEP	Secrétaire	Claire	01 46 36 08 12	01 58 30 60 29	agep.s-huqueny@laposte.net	2 rue Plichon	75011 Paris
AGEP	Médecin gériatre coordinateur	Jean-Luc	01 46 36 08 12	01 58 30 60 29	reseauagep@gmail.com	2 rue Plichon	75011 Paris
AGEP	Médecin Thérsard	Stéfan	01 46 36 08 12	01 58 30 60 29	stefanai@yahoo.fr	2 rue Plichon	75011 Paris
AGEP	Secrétaire	Mégane	01 46 36 08 12	01 58 30 60 29	reseauagep@gmail.com	2 rue Plichon	75011 Paris
AGEP	Professionnel de santé libéral	René	01 46 36 08 12	01 58 30 60 29	agep@orange.fr	2 rue Plichon	75011 Paris
AGEP	Président(e)	Albert	01 46 36 08 12	01 58 30 60 29	agep@orange.fr	2 rue Plichon	75011 Paris
AGEP	Médecin gériatre coordinateur	Albert	01 46 36 08 12	01 47 97 94 53	a.servainio@orange.fr	2 rue Plichon	75011 Paris
ANCRAGE			01 40 71 69 06	01 44 96 31 80	reseau-anorage@orange.fr	Henry Dunant - 95 rue Michel Ange	75016 Paris
ANCRAGE	Promoteur	Mathieu	01 40 71 69 06	01 44 96 31 80	matthieu.destamp@spr.apohp.fr	Henry Dunant - 95 rue Michel Ange	75016 Paris
ANCRAGE	Infirmier(e)	Catherine	01 40 71 69 06		reseau-anorage@orange.fr	Henry Dunant - 95 rue Michel Ange	75016 Paris
ANCRAGE	Vice-Président(e)	Jean-Marie			jean-marie.gomas@spr.apohp.fr	Henry Dunant - 95 rue Michel Ange	75016 Paris
ANCRAGE	Médecin gériatre coordinateur	Catherine	01 40 71 69 06		reseau-anorage@orange.fr	Henry Dunant - 95 rue Michel Ange	75016 Paris
ANCRAGE	Médecin coordinateur	Fanny	01 40 71 69 06		reseau-anorage@orange.fr	Henry Dunant - 95 rue Michel Ange	75016 Paris
ANCRAGE	Président(e)	Marie-France	01 40 71 69 06		leonet.mariefrance@gmail.com	Henry Dunant - 95 rue Michel Ange	75016 Paris
ANCRAGE	Infirmier(e)	Manuelle	01 40 71 69 06		reseau-anorage@orange.fr	Henry Dunant - 95 rue Michel Ange	75016 Paris
ANCRAGE	Infirmier(e)	Olivier	01 40 71 69 06		reseau-anorage@orange.fr	Henry Dunant - 95 rue Michel Ange	75016 Paris
ANCRAGE	Assistant(e) Social(e)	Harmony	01 40 71 69 06		reseau-anorage@orange.fr	Henry Dunant - 95 rue Michel Ange	75016 Paris
AUTOMNE			0810 20 41 53	01 34 71 00 12	reseauautomme@free.fr	85 rue de Paris	95380 LOUVRES
AUTOMNE	Directeur (trice)	Busi	01 34 68 39 44		reseauautomme.directioneb@gmail.com	85 rue de Paris	95380 LOUVRES
AUTOMNE	Président(e)	Frédéric	01 34 68 39 44	01 34 71 00 12	adrm.desmoullins@free.fr	85 rue de Paris	95380 LOUVRES
AUTOMNE	Administrateur	DUBAN - LETOURNEUR	01 34 68 39 44		siadchm.pdf@orange.fr	85 rue de Paris	95380 LOUVRES
AUTOMNE	Assistant(e) Social(e)	Sabine	01 34 68 39 44		reseauautomme.assistantesociale@gmail.com	85 rue de Paris	95380 LOUVRES
AUTOMNE	Assistant(e) Social(e)	HARDY	01 34 68 39 44		reseauautomme.cesl@gmail.com	85 rue de Paris	95380 LOUVRES
AUTOMNE	Infirmier(e)	Amandine	01 34 68 39 44		reseauautomme.infirmerieks@gmail.com	85 rue de Paris	95380 LOUVRES
AUTOMNE	Infirmier(e)	Karine	01 34 68 39 44		reseauautomme.infirmerieks@gmail.com	85 rue de Paris	95380 LOUVRES
AUTOMNE	Infirmier(e)	Nadine	01 34 68 39 44		reseauautomme.infirmerieks@gmail.com	85 rue de Paris	95380 LOUVRES
AUTOMNE	Ergothérapeute	MARCINIAK	01 34 68 39 44		reseauautomme.ergotherapieute@gmail.com	85 rue de Paris	95380 LOUVRES
AUTOMNE	Psychologue	TERRIER	01 34 68 39 44		reseauautomme.psychologue@gmail.com	85 rue de Paris	95380 LOUVRES
CARMAD			01 30 55 77 50	01 30 55 77 50	contact@carmad.fr	6 Chemin des Vignes	78340 Les Clayes Sous Bois
CARMAD	Infirmier(e)	CARCAU	01 30 55 77 50		contact@carmad.fr	6 Chemin des Vignes	78340 Les Clayes Sous Bois
CARMAD	Infirmier(e)	DEFRANCE	01 30 55 77 50	01 30 55 72 87	contact@carmad.fr	6 Chemin des Vignes	78340 Les Clayes Sous Bois
CARMAD	Infirmier(e)	FERRE	01 30 55 77 50		contact@carmad.fr	6 Chemin des Vignes	78340 Les Clayes Sous Bois
CARMAD	Directeur (trice)	FleTy	01 30 55 77 50		s.fleTy@carmad.fr	6 Chemin des Vignes	78340 Les Clayes Sous Bois
CARMAD	Infirmier(e)	RIOU	01 30 55 77 50	01 30 55 72 87	contact@carmad.fr	6 Chemin des Vignes	78340 Les Clayes Sous Bois

CARMAD	Président(e)	ROOS	Marie-Thérèse	01 30 55 77 50	01 30 55 72 87	contact2@carmad.fr	6 Chemin des Vignes	78340 Les Clayes Sous Bois
CARMAD	Médecin gériatre coordinateur	SCEMAMA	Albert	01 30 55 77 50		albertscemama@gmail.com	6 Chemin des Vignes	78340 Les Clayes Sous Bois
EMILE	Infirmier(e)	BRUFAU BIOSCA	Nathalie	01 34 74 80 60		emile@alds.org	25 avenue des Aulnes	78250 Meulan
EMILE	Secrétaire	COSTANTINI	Marie-Christine	01 34 74 80 60		Compta@alds.org	25 avenue des Aulnes	78250 Meulan
EMILE	Président(e)	DESCOUT	Dominique	01 34 74 18 18		domdescout@orange.fr	25 avenue des Aulnes	78250 Meulan
EMILE	Diététicienne	FAVERO	Audrey	01 30 22 02 00		audrey_favero@yahoo.fr	25 avenue des Aulnes	78250 Meulan
EMILE	Directeur (trice)	FORASTÉ	René	01 34 74 80 60		rene_foraste@alds.org	25 avenue des Aulnes	78250 Meulan
EMILE	Médecin gériatre coordinateur	LARROUTURE	Arnaud	01 34 74 80 60		arnaud.larrouture@alds.org	25 avenue des Aulnes	78250 Meulan
EMILE	Ergothérapeute	PENARD	Nathalie			ergonathalie@gmail.com	25 avenue des Aulnes	78250 Meulan
EMILE	Médecin gériatre coordinateur	SWAAN KLEIN				docteurswaan@gmail.com	25 avenue des Aulnes	78250 Meulan
EMILE	Neuropsychologue	TANDETIK	Caroline			caroline.tandetik@gmail.com	25 avenue des Aulnes	78250 Meulan
EPSILON	Président(e)	BEGHIN	Gilles	01 30 24 28 56	01 30 24 28 56	contact@reseau-epsilon.fr	195 avenue du Général Leclerc	78220 VIROFLAY
EPSILON	Chargé(e) de projet	BERNARD	Mathilde	01 30 24 28 56	01 30 24 88 88	gilles.bechin@reseau-epsilon.fr	195 avenue du Général Leclerc	78220 VIROFLAY
EPSILON	Infirmier(e)	BONASSI	Géraldine	01 30 24 28 56	01 30 24 88 88	mathilde.bernard@reseau-epsilon.fr	195 avenue du Général Leclerc	78220 VIROFLAY
EPSILON	Médecin gériatre coordinateur	DE MONTGOLFIER	Ségolène	01 30 24 28 56		geraldine.bonassi@reseau-epsilon.fr	195 avenue du Général Leclerc	78220 VIROFLAY
EPSILON	Directeur (trice)	FAGUET	Roselyne	01 30 24 28 56	01 30 24 88 88	segolene.demontgolffier@reseau-epsilon.fr	195 avenue du Général Leclerc	78220 VIROFLAY
EPSILON	Psychologue	HISTE	Sandrine	01 30 24 28 56		roselyne.faguet@reseau-epsilon.fr	195 avenue du Général Leclerc	78220 VIROFLAY
EPSILON	Secrétaire	MERLAUD	Jaquemet	01-36-54-00-00		sandrine.histe@reseau-epsilon.fr	195 avenue du Général Leclerc	78220 VIROFLAY
EPSILON	Médecin gériatre coordinateur	PERRINE	Chantal	01 30 24 28 56	01 30 24 88 88	martine.jaquemet@mageos.com	15,17 rue des deux frères	78150 le chesnay
EPSILON	Infirmier(e)	TEPENIER	Isabelle	01 30 24 28 56		chantal.merlaud@reseau-epsilon.fr	195 avenue du Général Leclerc	78220 VIROFLAY
EPSILON	Président(e)	ENC	Nelly	01 30 24 28 56		isabelle.perrine@reseau-epsilon.fr	195 avenue du Général Leclerc	78220 VIROFLAY
EQUIPAGE	Infirmier(e)	BAMBÉ	Sonia	01 41 52 55 65	01 41 52 55 66	nelly.tepenier@reseau-epsilon.fr	195 avenue du Général Leclerc	78220 VIROFLAY
EQUIPAGE	Infirmier(e)	COULLIOT	Marie-France	01 41 52 55 65	01 41 52 55 66	Nadine.Enc@versailles.fr	196 avenue du Général Leclerc	78220 VIROFLAY
EQUIPAGE	Directeur (trice)	DANG	Bao Hoa	01 41 52 55 65	01 41 52 55 66	reseauequipage@orange.fr	Hôpital René Muret Bât Léonard de Vinci	93270 Sevran
EQUIPAGE	Président(e)	NISENBAUM	Nathalie	01 41 52 55 65	01 41 52 55 66	marie-france.coullioli@mb.aphp.fr	Hôpital René Muret Bât Léonard de Vinci	93270 Sevran
GERONTO 15.7	Secrétaire médicale	EGOUY	Michella	01 56 09 32 57		baohoa.dang@reseauarceciel.org	Hôpital René Muret Bât Léonard de Vinci	93270 Sevran
GERONTO 15.7	Médecin gériatre coordinateur	ESFANDIARI	Alexandra	01 56 09 32 57		nathalie.nisenbaum@reseauarceciel.org	Hôpital René Muret Bât Léonard de Vinci	93270 Sevran
GERONTO 15.7	Infirmier(e)	GUYON	Chantal			reseauarceciel15.7@gmail.com	HEGP, 20 rue Leblanc	75015 Paris
GERONTO 15.7	Président(e)	LAHIBI-PAULET	Hayat	01 56 09 30 36		reseauarceciel15.7@gmail.com	HEGP, 20 rue Leblanc	75015 Paris
GERONTO 15.7	Directeur (trice)	MAHOUT	Claude	01 56 09 32 57		hayat.lahibi-paulet@egp.aphp.fr	HEGP, 20 rue Leblanc	75015 Paris
GERONTO 15.7	Trésorier(e)	SAINT-JEAN	Olivier	01 56 09 33 13	01 56 09 27 84	reseauarceciel15.7@gmail.com	HEGP, 20 rue Leblanc	75015 Paris
HIPPOCAMPES	Secrétaire	BINET	Marie-Pierre	01 64 93 01 10	01 64 93 01 11	olivier.saint-jean@exp.aphp.fr	ZA Les Gros Ballancourt- Route de Fontenay	91610 Ballancourt
HIPPOCAMPES	Président(e)	CHESSON	Jean-Pierre	01 64 93 01 10	01 64 93 01 11	reseauhippocampes@wanadoo.fr	ZA Les Gros Ballancourt- Route de Fontenay	91610 Ballancourt
HIPPOCAMPES	Médecin gériatre coordinateur	COULON	Pierre-André	01 64 93 01 10	01 64 93 01 11	m.binet.hippocampes@orange.fr	ZA Les Gros Ballancourt- Route de Fontenay	91610 Ballancourt
HIPPOCAMPES	Psychologue	DESMOULINS	Isabelle	01 64 93 01 10	01 64 93 01 11	jeanpierre_chess@yahoo.fr	ZA Les Gros Ballancourt- Route de Fontenay	91610 Ballancourt
HIPPOCAMPES	Médecin gériatre coordinateur	FOUCRET	Nabila	01 64 93 01 10	01 64 93 01 11	p.coulon.hippocampes@orange.fr	ZA Les Gros Ballancourt- Route de Fontenay	91610 Ballancourt
HIPPOCAMPES	Administrateur	GUIDEZ	Louis	01 69 23 27 77		desmoulin.hippocampes@wanadoo.fr	ZA Les Gros Ballancourt- Route de Fontenay	91610 Ballancourt
HIPPOCAMPES	Directeur (trice)	HORLANDE	Isabelle	01 64 93 01 10	01 64 93 01 11	n.foucret.hippocampes@orange.fr	ZA Les Gros Ballancourt- Route de Fontenay	91610 Ballancourt
HIPPOCAMPES	Ergothérapeute	MARGILLE	Anne	01 64 93 01 10	01 64 93 01 11	louis.guidiez@rdc.aphp.fr	Hôpital Georges Clémenceau	91750 CHAMPUCEIL
HIPPOCAMPES	Trésorier(e)	MAUGOURD	Marie-France	01 69 23 20 75		l.horland.hippocampes@wanadoo.fr	ZA Les Gros Ballancourt- Route de Fontenay	91610 Ballancourt
HIPPOCAMPES	Secrétaire	MUL	Eloïse	01 64 93 01 10	01 64 93 01 11	a.marclille.hippocampes@wanadoo.fr	ZA Les Gros Ballancourt- Route de Fontenay	91610 Ballancourt
HIPPOCAMPES	Infirmier(e)	SERIN	Dorothee	01 64 93 01 10	01 64 93 01 11	marie-france.maugourd@rdc.aphp.fr	ZA Les Gros Ballancourt- Route de Fontenay	91610 Ballancourt
HIPPOCAMPES	Neuropsychologue	SPINELLA	Anne	01 64 93 01 10	01 64 93 01 11	reseauhippocampes@wanadoo.fr	ZA Les Gros Ballancourt- Route de Fontenay	91610 Ballancourt
HIPPOCAMPES	Infirmier(e)	ZYDZIAK	Fabienne	01 64 93 01 10	01 64 93 01 11	d.serin.hippocampes@orange.fr	ZA Les Gros Ballancourt- Route de Fontenay	91610 Ballancourt
JOSEPHINE	Président(e)	BABADJIAN	Philippe	01 34 15 09 62	01 34 15 28 91	a.spinella.hippocampes@orange.fr	ZA Les Gros Ballancourt- Route de Fontenay	91610 Ballancourt
JOSEPHINE	Assistante de coordination	BEGUE	Pauline	01 34 23 21 03	01 34 23 21 29	fabdzia.hippocampes@wanadoo.fr	ZA Les Gros Ballancourt- Route de Fontenay	91610 Ballancourt
JOSEPHINE	Coordinateur (trice) administratif (ve)	BOUKOBZA	Sandra	01 34 15 09 62	01 34 15 28 91	reseauosephine@orange.fr	30 RUE MAURICE BERTEAUX	95120 Ermont
JOSEPHINE	Chargé(e) de mission	BOUKOBZA	André	01 34 15 09 62	01 34 15 28 91	philippe.babadjian@ch-argenteuil.fr	30 RUE MAURICE BERTEAUX	95120 Ermont
JOSEPHINE	Chargé(e) de mission	HARRAZ	Hassiba	01 34 15 09 62	01 34 15 28 91	pbeque.clic95@orange.fr	30 RUE MAURICE BERTEAUX	95120 Ermont

JOSEPHINE	Infirmier(e)	MARTIN	Sophie	01 34 15 09 62	01 34 15 28 91	01 34 15 09 62	01 34 15 28 91	clrs.smartin@orange.fr	30 RUE MAURICE BERTEAUX	95120 Ermont
JOSEPHINE	Infirmier(e)	MELAN	Sophie	01 34 15 09 62	01 34 15 28 91	01 34 15 09 62	01 34 15 28 91	clrvf.smelan@wanadoo.fr	30 RUE MAURICE BERTEAUX	95120 Ermont
JOSEPHINE	Assistant(e) Social(e)	OCANA-NUJEZ	Audrey	01 34 15 09 62	01 34 15 28 91	01 34 15 09 62	01 34 15 28 91	reseau.iosophine@orange.fr	30 RUE MAURICE BERTEAUX	95120 Ermont
JOSEPHINE	Psychologue	PERODEAU	Guillaume	01 34 15 09 62	01 34 15 28 91	01 34 15 09 62	01 34 15 28 91	guillaume.perodeau@orange.fr	30 RUE MAURICE BERTEAUX	95120 Ermont
JOSEPHINE	Médecin Psycho Gériatre	PROUTEAU BENOIT	Françoise	01 34 15 09 62	01 34 15 09 62	01 34 15 09 62	01 34 15 09 62	n.seramy@orange.fr	30 RUE MAURICE BERTEAUX	95120 Ermont
JOSEPHINE	Médecin gériatre coordinateur	SERAMY	Nicolas	01 34 15 09 62	01 34 15 09 62	01 34 15 09 62	01 34 15 09 62	reseau.lepallium@lepallium.fr	3 place de la Mairie	78190 Trappes
LE PALLIUM	Président(e)	DARRIEUX	Jean-Claude	01 30 13 06 33	01 30 13 06 33	01 30 13 06 33	01 30 13 06 33	reseau.lepallium@lepallium.fr	3 place de la Mairie	78190 Trappes
LE PALLIUM	Président(e)	VESCOVALI	Noëlle	01 30 13 06 33	01 30 13 06 33	01 30 13 06 33	01 30 13 06 33	n.vescovali@lepallium.fr	3 place de la Mairie	78190 Trappes
LE PALLIUM	Administrateur	WILLEMIN	Jean-Pierre	01 30 13 06 33	01 30 13 06 33	01 30 13 06 33	01 30 13 06 33	jp.willemin@lepallium.fr	3 place de la Mairie	78190 Trappes
LE PALLIUM	Directeur (trice)	LEMAITRE	Annelise	01 30 13 06 34	01 30 13 06 34	01 30 13 06 34	01 30 13 06 34	annelise.lemaître@lepallium.fr	3 place de la Mairie	78190 Trappes
MEMOIRS				01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	contact@reseau-memoirs.com	35, rue Vergniaud	75013 Paris
MEMOIRS	Président(e)	AMADEI	Jean-Constantin	01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	ic.amadei@hotmail.fr	35, rue Vergniaud	75013 Paris
MEMOIRS	Directeur (trice)	BOUCHAUD	Marie	01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	marie-bouchaud@reseau-memoirs.com	35, rue Vergniaud	75013 Paris
MEMOIRS	Médecin gériatre coordinateur	CROIZETTE	Jacqueline	01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	croizette@gmail.com	35, rue Vergniaud	75013 Paris
MEMOIRS	Secrétaire médicale	EGOUY	Michella	01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	micHELLa-egouy@reseau-memoirs.com	35, rue Vergniaud	75013 Paris
MEMOIRS	Tésorier(e)	FREYNET	Christian	01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	christian.freynef@wanadoo.fr	35, rue Vergniaud	75013 Paris
MEMOIRS	Médecin gériatre coordinateur	GAUBERT	Jean-Yves	01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	jeanvves-gaubert@reseau-memoirs.com	35, rue Vergniaud	75013 Paris
MEMOIRS	Médecin Psycho Gériatre	HUGONOT-DIENER	Laurence	01 43 06 43 12	01 43 06 43 12	01 43 06 43 12	01 43 06 43 12	mefforms@pda.fr	35, rue Vergniaud	75013 Paris
MEMOIRS	Médecin gériatre coordinateur	LEMAIRE	Auréli	01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	caroline-maruais@reseau-memoirs.com	35, rue Vergniaud	75013 Paris
MEMOIRS	Médecin gériatre coordinateur	MARQUIS	Caroline	01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	sandra-moiteau@reseau-memoirs.com	35, rue Vergniaud	75013 Paris
MEMOIRS	Psychologue	MOIREAU	Sandra	01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	anne-sophie.rigaud@brc.aphp.fr	35, rue Vergniaud	75013 Paris
MEMOIRS	Vice-Président(e)	RIGAUD	Anne-Sophie	01 44 08 35 03	01 45 89 91 01	01 44 08 35 03	01 45 89 91 01	gudrun.tamisier@yahoo.fr	35, rue Vergniaud	75013 Paris
MEMOIRS	Secrétaire Général(e)	SCHONE TAMISIER	Gudrun	01 40 47 85 66	01 45 89 91 01	01 40 47 85 66	01 45 89 91 01	sabrina-touati@reseau-memoirs.com	35, rue Vergniaud	75013 Paris
MEMOIRS	Secrétaire	TOUATI	Sabrina	01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	01 53 80 82 80	01 45 89 91 01	contact@reseau-odysee.fr	6 rue des Hautes Meunières	78520 Limay
ODYSEE				01 30 94 03 68	01 30 94 03 68	01 30 94 03 68	01 30 94 03 68	perime.bagot@reseau-odysee.fr	6 rue des Hautes Meunières	78520 Limay
ODYSEE	Infirmier(e)	BAGOT	Périm	01 30 94 03 68	01 30 94 03 68	01 30 94 03 68	01 30 94 03 68	noufissa.boutlet@reseau-odysee.fr	6 rue des Hautes Meunières	78520 Limay
ODYSEE	Infirmier(e)	BOUTET	Noufissa	01 30 94 03 68	01 30 94 03 68	01 30 94 03 68	01 30 94 03 68	valerie.cornu@reseau-odysee.fr	6 rue des Hautes Meunières	78520 Limay
ODYSEE	Directeur (trice)	CORNU	Valérie	01 30 94 03 68	01 30 92 00 84	01 30 94 03 68	01 30 92 00 84	pascale.delongevialle@reseau-odysee.fr	6 rue des Hautes Meunières	78520 Limay
ODYSEE	Président(e)	DE LONGEVILLE	Pascale	01 30 94 03 68	01 30 92 00 84	01 30 94 03 68	01 30 92 00 84	amina.elyououssy@reseau-odysee.fr	6 rue des Hautes Meunières	78520 Limay
ODYSEE	Président(e)	DUPIN GIROD	Alain	01 30 94 03 68	01 30 92 00 84	01 30 94 03 68	01 30 92 00 84	francois.boue@brc.aphp.fr	6 rue des Hautes Meunières	78520 Limay
ODYSEE	Secrétaire	EL YOUNOUSSY	Amina	01 30 94 03 68	01 30 92 00 84	01 30 94 03 68	01 30 92 00 84	nicorre@reseau-osmose.fr	Hôpital Antoine Bécère	92350 Le Plessis Robinson
OSMOSE				0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	info@reseau-osmose.fr	20-22, av. Edouard Herriot - Bât. Le Carnot - Hall 9	92350 Le Plessis Robinson
OSMOSE	Président(e)	BOUE	François	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	francois.boue@brc.aphp.fr	Immuable Le Carnot - Hall 9 - 20-22, av. Edouard Herriot	92350 Le Plessis Robinson
OSMOSE	Infirmier(e)	CORRE	Nicole	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	nicorre@reseau-osmose.fr	Immuable Le Carnot - Hall 9 - 20-22, av. Edouard Herriot	92350 Le Plessis Robinson
OSMOSE	Médecin coordinateur	ESTOCQ	Gaëlle-Anne	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	eforeau@reseau-osmose.fr	Immuable Le Carnot - Hall 9 - 20-22, av. Edouard Herriot	92350 Le Plessis Robinson
OSMOSE	Assistant(e) Social(e)	FOREAU	Cécilia	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	flhennequin@reseau-osmose.fr	Immuable Le Carnot - Hall 9 - 20-22, av. Edouard Herriot	92350 Le Plessis Robinson
OSMOSE	Infirmier(e)	HENNEQUIN	François	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	slèveque@reseau-osmose.fr	Immuable Le Carnot - Hall 9 - 20-22, av. Edouard Herriot	92350 Le Plessis Robinson
OSMOSE	Directeur (trice)	LEVEQUE	Stéphane	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	gmessina@reseau-osmose.fr	Immuable Le Carnot - Hall 9 - 20-22, av. Edouard Herriot	92350 Le Plessis Robinson
OSMOSE	Médecin gériatre coordinateur	MESSINA	Giorgio	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	ernichaud@reseau-osmose.fr	Immuable Le Carnot - Hall 9 - 20-22, av. Edouard Herriot	92350 Le Plessis Robinson
OSMOSE	Secrétaire	MICHAUD	Cathy	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	issane@ourabah.com	82, rue Pierre Brossette	92320 Châtillon
OSMOSE	Vice-Président(e)	OURABAH	Rissane	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 48 90 11	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 48 90 11	craso@reseau-osmose.fr	Immuable Le Carnot - Hall 9 - 20-22, av. Edouard Herriot	92350 Le Plessis Robinson
OSMOSE	Médecin coordinateur	RASO	Carole	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	problillard@reseau-osmose.fr	Immuable Le Carnot - Hall 9 - 20-22, av. Edouard Herriot	92350 Le Plessis Robinson
OSMOSE	Infirmier(e)	ROBILLARD	Pascale	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	0020200065 ou 01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	contact@reseau-racyness.fr	Immuable Le Carnot - Hall 9 - 20-22, av. Edouard Herriot	78100 Saint Germain en Laye
RACYNES				01 30 61 70 16	01 30 61 71 14	01 30 61 70 16	01 30 61 71 14	laracyness.racyness@orange.fr	1 r Pontoise	78100 Saint Germain en Laye
RACYNES	Directeur (trice)	ARASSUS	Laura	01 30 61 70 16	01 30 61 71 14	01 30 61 70 16	01 30 61 71 14	reseau.racyness@orange.fr	1 r Pontoise	78100 Saint Germain en Laye
RACYNES	Secrétaire	BAUD	Sylvie	01 30 61 70 16	01 30 61 71 14	01 30 61 70 16	01 30 61 71 14	reseau.racyness@orange.fr	1 r Pontoise	78100 Saint Germain en Laye
RACYNES	Infirmier(e)	CAMPENO	Laurence	01 30 61 70 16	01 30 61 71 14	01 30 61 70 16	01 30 61 71 14	reseau.racyness@orange.fr	1 r Pontoise	78100 Saint Germain en Laye
RACYNES	Médecin gériatre coordinateur	CHEMIN	Catherine	01 30 61 70 16	01 30 61 71 14	01 30 61 70 16	01 30 61 71 14	reseau.racyness@orange.fr	1 r Pontoise	78100 Saint Germain en Laye
RACYNES	Infirmier(e)	JOSEPH NAUD	Nathalie	01 30 61 70 16	01 30 61 71 14	01 30 61 70 16	01 30 61 71 14	reseau.racyness@orange.fr	1 r Pontoise	78100 Saint Germain en Laye
RACYNES	Président(e)	LANFRANCONI	Philippe	01 30 61 70 16	01 30 61 71 14	01 30 61 70 16	01 30 61 71 14	reseau.racyness@orange.fr	1 r Pontoise	78100 Saint Germain en Laye
REGAL				01 47 59 59 98	01 47 59 59 98	01 47 59 59 98	01 47 59 59 98	florence.villard@hbhb.org	Maison de retraite les Marconières - 36, rue P. Vallant, Coulaine	92300 Levallois Perret
REGAL	Président(e)	CHAMPETIER DE RIBES	Dominique	01 47 59 59 98	01 47 59 59 98	01 47 59 59 98	01 47 59 59 98	dominique.champetier@hbhb.org	Maison de retraite les Marconières - 36, rue P. Vallant, Coulaine	92300 Levallois Perret
REGAL	Médecin gériatre coordinateur	VILLARD	Florence	01 47 59 59 98	01 47 59 59 98	01 47 59 59 98	01 47 59 59 98	florence.villard@hbhb.org	Maison de retraite les Marconières - 36, rue P. Vallant, Coulaine	92300 Levallois Perret
REGELIB78				01 39 18 76 88	01 39 18 42 22	01 39 18 76 88	01 39 18 42 22	contact@regelib78.com	Rés Saint Joseph - 45, rue du Général Leclerc	78430 Louveciennes
REGELIB78	Psychologue/Coordinatrice administrative	BRUINEAU	Béatrice	01 39 18 76 88	01 39 18 42 22	01 39 18 76 88	01 39 18 42 22	contact@regelib78.com	Rés Saint Joseph - 45, rue du Général Leclerc	78430 Louveciennes

REGELIB78	Médecin gériatre coordinateur	GHAVAM	Armand	01 34 60 69 14	01 39 18 42 22	armand_ghavam@orange.fr	Rés Saint Joseph, 45, rue du Général Leclerc	78430 Louveciennes
REGELB78	Président(e)	GOURGON	Philippe	01 30 78 16 07	01 39 18 42 22	phgourgon@club-internet.fr	Rés Saint Joseph, 45, rue du Général Leclerc	78430 Louveciennes
REGELB78	Ergothérapeute	MARQUIGNY	Charlotte	01 39 18 76 88	01 39 18 42 22	contact@regelib78.com	Rés Saint Joseph, 45, rue du Général Leclerc	78430 Louveciennes
REGELB78	Secrétaire	MARTINS	Isabelle	01 39 18 76 88	01 39 18 42 22	contact@regelib78.com	Rés Saint Joseph, 45, rue du Général Leclerc	78430 Louveciennes
Réseau Mémoire ALOIS				01 40 29 90 41		secret.reseauem.alois@wanadoo.fr	75 rue de Lourmel	75015 Paris
Réseau Mémoire ALOIS	Trésorier(e)	BAILET	Jacques	01 30 21 70 84	01 30 21 70 86	jacques.bailet@medicafrance.fr	75 rue de Lourmel	75015 Paris
Réseau Mémoire ALOIS	Secrétaire médicale	CAZELLE	Carinne	01 40 29 90 41	01 30 21 70 86	secret.reseauem.alois@wanadoo.fr	75 rue de Lourmel	75015 Paris
Réseau Mémoire ALOIS	Médecin gériatre coordinateur	CHAMPART-CURIE	Oudie	01 47 27 03 05	01 30 21 70 86	ouddie.co@live.fr	8 Square Thiers	75116 Paris
Réseau Mémoire ALOIS	Infirmier(e)	DAMIEAU	Béatrice	01 49 12 51 07	01 30 21 70 86	ide@reseau-memoire-alois.fr	75 rue de Lourmel	75015 Paris
Réseau Mémoire ALOIS	Directeur (trice)	DEFONTAINES	Bénédictine	01 30 21 70 84	01 30 21 70 86	beneditte.defontaines@wanadoo.fr	83, rue de la Convention	75015 Paris
Réseau Mémoire ALOIS	Coordinateur (trice) administratif (ve)	DEFONOLLE	Séverine	01 30 21 70 84	01 30 21 70 86	severine.defonolle@reseau-memoire-alois.fr	75 rue de Lourmel	75015 Paris
Réseau Mémoire ALOIS	Coordinateur (trice) administratif (ve)	de Querize	Marie-Pia	01 30 21 70 84	01 30 21 70 86	coordination@reseau-memoire-alois.fr	75 rue de Lourmel	75015 Paris
Réseau Mémoire ALOIS	Secrétaire Général(e)	FRANCOIS	Paul	01 30 21 70 84	01 30 21 70 86	paul.francois@santesurf.com	75 rue de Lourmel	75015 Paris
Réseau Mémoire ALOIS	Neuropsychologue	GNASSOUNOU	Richard	01 40 29 90 41	01 30 21 70 86	secret.reseauem.alois@wanadoo.fr	75 rue de Lourmel	75015 Paris
Réseau Mémoire ALOIS	Neuropsychologue	LANGLAIS	Morgane	01 40 29 90 41	01 30 21 70 86	secret.reseauem.alois@wanadoo.fr	75 rue de Lourmel	75015 Paris
Réseau Mémoire ALOIS	Neuropsychologue	MENOT	Marcelle	01 40 29 90 41	01 30 21 70 86	secret.reseauem.alois@wanadoo.fr	75 rue de Lourmel	75015 Paris
Réseau Mémoire ALOIS	Médecin gériatre coordinateur	ROBERT	Bertrand	01 45 40 80 78	01 30 21 70 86	dr.brobert@wanadoo.fr	75 rue de Lourmel	75015 Paris
Réseau Mémoire ALOIS	Président(e)	SLAWA	Philippe	01 40 29 90 41	01 30 21 70 86	philslama@aol.com	8, rue du Paturle	75014 Paris
Réseau Mémoire ALOIS	Neuropsychologue	SULLY-ALEXANDRINE	Fabrice	01 40 29 90 41	01 30 21 70 86	secret.reseauem.alois@wanadoo.fr	75 rue de Lourmel	75015 Paris
Réseau Mémoire ALOIS	Assistant(e) Social(e)	TALIBON	Julie	01 49 12 51 07	01 30 21 70 86	as@reseau-memoire-alois.fr	75 rue de Lourmel	75015 Paris
RESEAU PARIS NORD				01 53 24 80 80	01 53 24 80 81		3-5 rue de Metz	75010 Paris
RESEAU PARIS NORD	Professionnel de santé libéral	CHRETIEN	Isabelle	01 53 24 80 80	01 53 24 80 81	Lehretien.psychologue@gmail.com	9 rue des Petits Hôtels	75010 Paris
RESEAU PARIS NORD	Administrateur	DRUNAT	Olivier	01 53 24 80 80	01 53 24 80 81	olivier.drunat@brt.apohp.fr	3-5 rue de Metz	75010 Paris
RESEAU PARIS NORD	Directeur (trice)	IDALGO	Nadine	01 53 24 80 80	01 53 24 80 81	nadine.idalgo@reseau-paris-nord.com	3-5 rue de Metz	75010 Paris
RESEAU PARIS NORD	Président(e)	LARIVEN	Sylvie	01 53 24 80 80	01 53 24 80 81	sylvie.lariven@bch.apohp.fr	3-5 rue de Metz	75010 Paris
RESEAU PARIS NORD	Secrétaire	MINET	Sylvie	01 53 24 80 80	01 53 24 80 81	sylvie.minet@reseau-paris-nord.com	3-5 rue de Metz	75010 Paris
RESEAU PARIS NORD	Médecin gériatre coordinateur	MISME	Aurélie	01 53 24 80 80	01 53 24 80 81	aurélie.misme@reseau-paris-nord.com	3-5 rue de Metz	75010 Paris
RESEAU PARIS NORD	Psychologue	NISAK	Catherine	01 53 24 80 80	01 53 24 80 81	catherine.nisak@reseau-paris-nord.com	3-5 rue de Metz	75010 Paris
RGS 77				01 60 71 05 93	01 60 72 03 25	rgs77@orange.fr	32 rue Grande	77210 Samoreau
RGS 77	Directeur (trice)	ABECASSIS	Yvelise	01 60 71 05 93	01 60 72 03 25	yabecassis-elc@facil@wanadoo.fr	32 rue Grande	77210 Samoreau
RGS 77	Infirmier(e)	DE ROO	Michele	01 60 71 05 93	01 60 71 05 93	michele.de-roo@wanadoo.fr	32 rue Grande	77210 Samoreau
RGS 77	Président(e)	DOMEC	Anne-Marie	01 60 71 05 93	01 60 72 03 25	rgs77@orange.fr	32 rue Grande	77210 Samoreau
RGS 77	Assistant(e) Social(e)	GISLIER	Samuel	01 60 71 05 93	01 60 72 03 25	elc@facil@wanadoo.fr	32 rue Grande	77210 Samoreau
RGS 77	Médecin gériatre coordinateur	GUNTHERT	Dorte	01 60 71 05 93	01 60 72 03 25		32 rue Grande	77210 Samoreau
RGS 77	Assistante de coordination	MARCHIVE	Adeline	01 60 71 05 93	01 60 72 03 25	adeline-rgs77@orange.fr	32 rue Grande	77210 Samoreau
RGS 77	Assistant(e) Social(e)	RENAUD	Déborah	01 60 71 05 93	01 60 72 03 25	elc@facil@wanadoo.fr	32 rue Grande	77210 Samoreau
RGS 77	Psychologue	RINVET	Morgane	01 60 71 05 93	01 60 72 03 25	rgs77@wanadoo.fr	32 rue Grande	77210 Samoreau
RGS 77	Trésorier(e)	SAILLON	Alfred	01 60 71 05 93	01 60 72 03 25	asaillon@alimace.com	11 bis av Carnot	75017 Paris
RGS 77	Médecin gériatre coordinateur	SEYER	Gilles	01 60 71 05 93	01 60 72 03 25	gilles.seyer@gmail.com	32 rue Grande	77210 Samoreau
RS64				01 57 02 22 12		rs64@orange.fr	40 avenue de Verdun	94 000 Créteil
RS64	Médecin gériatre coordinateur	BROSSEAU	Philippe	01 57 02 22 12	01 57 02 22 12	philippe.brosseau@chicreteil.fr	40 avenue de Verdun	94 000 Créteil
RS64	Président(e)	COTTIN	Dominique	01 57 02 22 12	01 45 17 56 19	dominique.cottin@chicreteil.fr	40 avenue de Verdun	94 000 Créteil
RS64	Médecin gériatre coordinateur	ELFASSI	Muriel	01 57 02 22 14	01 57 02 21 79	muriel.elfassi@chicreteil.fr	40 avenue de Verdun	94 000 Créteil
RS64	Président(e)	IKKA	Michel	01 41 78 40 22	01 57 02 21 79	rs64@orange.fr	40 avenue de Verdun	94 000 Créteil
RS64	Infirmier(e)	LAVAGNA	Catherine	01 57 02 22 12	1 57 02 21 79	catherine.lavagna@chicreteil.fr	40 avenue de Verdun	94 000 Créteil
RS64	Ergothérapeute	LEBOULLANGER	Marine	01 57 02 22 12	1 57 02 21 79	marine.leboullanger@chicreteil.fr	40 avenue de Verdun	94 000 Créteil
RS64	Directeur (trice)	MORGANTINI	Jean-Pierre	01 57 02 22 15	1 57 02 21 79	Jean-Pierre.Morgantini@chicreteil.fr	40 avenue de Verdun	94 000 Créteil
RS64	Agent d'accueil	NALAIS	Patricia	01 57 02 22 12	01 57 02 22 12	patricia.nalais@chicreteil.fr	40 avenue de Verdun	94 000 Créteil
RS64	Psychologue	SORDON	Sylvie	01 57 02 22 12	01 57 02 22 12	sylvie.sordon@chicreteil.fr	40 avenue de Verdun	94 000 Créteil



Plus d'informations sur www.fregif.org

Un site au service des patients et des professionnels, pour :

➤ **Suivre l'actualité du sanitaire, du médico-social et du social :**

[Agenda](#) des **colloques et rencontres professionnelles** et leurs [comptes-rendus](#)

[Textes officiels](#) sur les **subjects d'actualité** : dépendance, MAIA, prévention...

➤ **Contactez votre Réseau de santé Gériatrique :**

Découvrez quel est **votre Réseau de proximité** en cliquant sur la [carte de l'Ile-de-France](#)

Rejoignez un Réseau en consultant leurs [Offres d'emploi](#)

➤ **Vous repérer :**

Qu'est-ce qu'un Réseau de santé Gériatrique ? • [« Etat des lieux et perspectives »](#)

- [Vidéos](#) de présentation

Parmi tous les acteurs : Réseaux de santé, CLIC, Hôpitaux, services sociaux, ... : [Qui fait quoi ?](#)

Perdu dans les sigles ? [Le Glossaire](#) vous aidera à mémoriser les SROMS, ESSMS et autres PRIAC

➤ **Approfondir votre recherche d'information**

[Des outils scientifiques](#) : grilles d'évaluation, posters et **protocoles** médicaux

[Des outils juridiques](#) : textes de références en gériatrie

Qui sont les acteurs de la gériatrie ? Plus de **200 sites** répertoriés dans nos [Liens Utiles](#)

A la recherche d'une information précise ? Le [moteur de recherche](#) vous permettra de la trouver rapidement.

Suivez-nous aussi sur [Facebook](#) et [Twitter](#)

CONTACT



Hôpital Paul Brousse
12 avenue Paul Vaillant Couturier, 94804 Villejuif Cedex
01 46 72 35 65 contact@fregif.org