

10 ans déjà : le tissage d'un réseau une « toile » toujours en évolution... vers une finalité : contribuer à ce que la personne âgée bénéficie de la bonne prise en charge, au bon moment, par les bons professionnels, disposant de toute l'information et la formation nécessaire leur permettant d'exercer leur métier .

La relecture des différents travaux publiés depuis 10 ans, est l'occasion de faire une analyse de l'évolution de nos pratiques et pensées. J'ose la comparaison avec un arbre qui grandit, enraciné dans une culture gériatrique locale forte, avec des valeurs éthiques et professionnelles, en adéquation avec le respect d'impératifs budgétaires organisationnels et institutionnels, qui a permis de porter de nombreux fruits, bénéfiques en premier aux personnes âgées de notre territoire et aussi à leur famille, puis aux professionnels et structures les prenant en charge.

1998 : Le Docteur Eric KILEDJIAN, réunissant quelques professionnels du domicile (médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens) au sein d'un « groupe projet promoteur », posait les premiers éléments d'une réflexion sur l'**interdisciplinarité**, le **partage d'information**, le **parcours de soin du patient âgé**.

Les constats de départ étaient les suivants :

Pour les **patients**, les interactions entre les problèmes médicaux (polypathologie), psychologiques (émotionnel et cognitif) et sociaux (dépendance), demandaient la formalisation d'une prise en charge globale.

Pour les **professionnels**, le nombre (médicaux, paramédicaux, sociaux) et la diversité (métiers) centrés sur un patient âgé impliquaient des moyens de communication et de partage d'information.

Les difficultés des **usagers** vis-à-vis des prises en charge des professionnels et des dispositifs de soutien, le sentiment de solitude des familles et la dispersion de l'information sociale, réclamaient une **coordination des soignants et des services**.

Les problèmes **d'accessibilité des services et des compétences** exigeaient une meilleure **visibilité du dispositif**.

Les réseaux de santé ont été créés par la **loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et ont remplacé le dispositif expérimental connu sous le nom de « réseaux Soubie ».

Le réseau « VISage » (Vienne Santé gériatrie) inclut son premier patient en **novembre 2003**.

La création du réseau, malgré nos objectifs bien repérés, n'a pu se réaliser que par la créativité des protagonistes de départ et aussi par leurs formations et expériences professionnelles. C'est pourquoi l'équipe, au démarrage, s'est saisie de son expérience hospitalière et des organisations du retour à domicile, afin de mieux connaître tous les partenaires locaux (sanitaires et sociaux). Ce n'est que par ce partage d'expérience, qu'ont pu se réaliser des actions concrètes, un vécu partagé d'accompagnement de la personne âgée, et la naissance d'une confiance mutuelle et d'approvisionnement entre les professionnels de ville et la cellule de coordination. Cette expérience a permis que se développe une compétence gériatrique multidisciplinaire et le réseau s'est positionné ensuite dans les orientations vers les services adaptés. Les **coordinateurs** n'ont pas pour mission d'être dans la proximité du patient et de sa famille, mais plutôt de **mobiliser l'expertise nécessaire** au regard des alertes données par les professionnels, grâce à leur **connaissance des ressources locales et des acteurs locaux**.

Les **outils de partage d'information** étaient à l'époque des documents papiers que l'on envoyait par courrier. Les réponses se faisaient, la plupart du temps, par téléphone...Le premier outil informatique de partage d'information a vu le jour en **2005**, avec un système de cryptage-décryptage de formulaires, assez fastidieux pour les utilisateurs et a évolué vers un **dossier communiquant réseau (DCR)**, application internet sécurisée. L'outil fut mutualisé avec 6 autres réseaux de santé gériatriques de la région Rhône-Alpes + PACA, et il fut constitué un club des utilisateurs qui se retrouve une fois par an, pour discuter des modifications évolutives du DCR.

2009 : création du **site INTERNET** du réseau. **2011** le réseau porte une MAIA et arrivée de 2 **gestionnaires de cas**.

Suite à toutes ces évolutions, la **cellule de coordination du réseau** a trouvé progressivement son identité en tant que ressource pour tous les professionnels, intervenant dans la prise en charge des personnes âgées à domicile.

Au total c'est un dispositif associant les professionnels, services, structures hospitalières, autour des personnes âgées et de leurs aidants, avec un outil d'information partagée (DCR), des rencontres et formations (lettres « VISage à découvert », réunions pluri professionnelles de concertation et de formation : RPCF), des ressources propres (permanence téléphonique, entretiens avec les familles, suivis psychologiques, assistante sociale) et des articulations fonctionnelles: service de gériatrie clinique, hôpitaux locaux, équipe mobile de gériatrie, service d'urgences, soins palliatifs, HAD...

Pour qui ?

Les patients âgés, polypathologiques, dépendants, avec une problématique sociale et pris en charge par au moins deux catégories professionnelles.

En 2003, un territoire de 4 cantons : Vienne Nord et Sud, Condrieu et Roussillon. Le territoire s'est étendu au fil des ans, avec maintenant 9 cantons (extension à Beaurepaire, St Jean de Bournay, Pélussin, St Symphorien d'Ozon, Heyrieux)

Le rôle de la cellule de coordination qui s'appelle maintenant **coordination d'appui**

Au fil des années, notre positionnement s'est affiné grâce aux multiples rencontres avec les professionnels, les bénéficiaires et leurs familles :

- Favoriser le lien entre tous les partenaires du réseau grâce au partage d'information (DCR), aux soirées de formation trimestrielles (RPCF), aux réunions de concertation (revues de dossiers, ou réunion pluridisciplinaire au domicile).
- Impulser une **culture gériatrique commune pluri professionnelle** : rédaction de protocoles (ex : toilette chez la personne âgée, lettre VISage à découvert...) formations spécifiques aux aides à domicile (troubles du comportement, troubles de l'alimentation, manutention des malades...)
- Valoriser les **ressources et les compétences des professionnels** du maintien à domicile.
- Permettre l'expression du projet de vie de la personne âgée et accompagner les aidants naturels dans des temps individuels (assistante sociale, psychologue, coordinateurs) et collectifs (aide aux aidants).
- Depuis l'arrivée des « gestionnaires de cas », les situations les plus complexes leurs sont confiées.

Les résultats au bout de 10 ans ...

COORDINATION

LES OUTILS ?

- ◆ Décloisonnement des professionnels et des services, décloisonnement hôpital-ville, meilleur suivi lors des hospitalisations et meilleure préparation des retours à domicile
- ◆ Repositionnement des rôles des professionnels, meilleure reconnaissance des rôles propres
- ◆ Amélioration de la circulation d'information entre professionnels
- ◆ Amélioration de la qualité des soins des professionnels sensibilisés aux problématiques gériatologiques
- ◆ Plus grande réactivité des professionnels
- ◆ Meilleure mobilisation des aidants familiaux dans la mesure où ils se sentent mieux soutenus
- ◆ Ressource pour les professionnels et les aidants familiaux
- ◆ Valeur ajoutée pour la filière Alzheimer.

◆ Le réseau organise avec **tous les acteurs et bénéficiaires** le lien fonctionnel et d'étayage, le partage d'informations et de responsabilité, la prise en compte de l'autre dans sa spécificité et ses limites

◆ Un **plan personnalisé de santé (PPS)** est élaboré en réponse aux problèmes identifiés : il permet de définir un coordinateur du PPS (en général le médecin traitant), hiérarchiser les problématiques, recueillir les préférences et attentes du patient, et à partir des objectifs définis avec le patient, planifier des interventions, désigner des effecteurs et déterminer des critères d'évaluation, et procédures d'alerte.

◆ Au décours de la progression des pratiques professionnelles, **le partage d'information** s'est enrichi, et certaines situations ont pu évoluer grâce à un partage d'informations efficient entre les différents professionnels, sans réunion téléphonique ou présenteielle.

Depuis 2011, le réseau prend une orientation vers la coordination des **pathologies chroniques** : insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, symptômes d'inconfort / soins palliatifs, avec onglets spécifiques en cours d'expérimentation dans le DCR.

La présence sur le site du CH Vienne nous permet d'avoir des échanges rapidement avec nos différents partenaires hospitaliers, principalement ceux du service de gériologie clinique.

Par ailleurs, les liens se sont élargis dans la filière Alzheimer avec tous les nouveaux dispositifs mis en place sur le territoire : ESAD, plateforme d'accompagnement et de répit, Accueil de jour Alzheimer, Unité Cognitivo-Comportementale...

Pour finir, le réseau trouve sa place dans l'**interfilière gériatrique et gériologique de la région de Vienne** qui a vu le jour en 2009 (charte signée en décembre 2011), avec la poursuite des travaux autour du lien « ville-hôpital ».

Docteur Anne-Marie AMMEUX, gériatre coordinatrice du réseau VISage

*A noter sur vos agendas la prochaine
Réunion Pluridisciplinaire de
Concertation et de Formation
le mercredi 5 février 2014 en soirée.*

*Toute l'équipe du Réseau Visage,
vous souhaite un joyeux Noël
et de très belles fêtes de fin d'année...*

