

Rapport d'étape N° 5

**MAIA 95-Est
ARS Ile-de-France
2016**



MAIA
Val d'Oise Est

Aspects conventionnels

- Ce rapport est prévu dans la convention de partenariat liant l'équipe locale et l'ARS.
- Il présente en premier lieu un intérêt en termes de synthèse des travaux en cours.
- Il doit faire l'objet d'une présentation aux partenaires du territoire.
- Cette page doit être signée du pilote local et du porteur

	Date de validation par le Pilote Local	Date de validation par l'ARS
Reporting financier (format en annexe)		
Validation du rapport diagnostic		

Le pilote local a pris ses fonctions le :

Ce rapport a fait l'objet d'une présentation aux partenaires du territoire le :

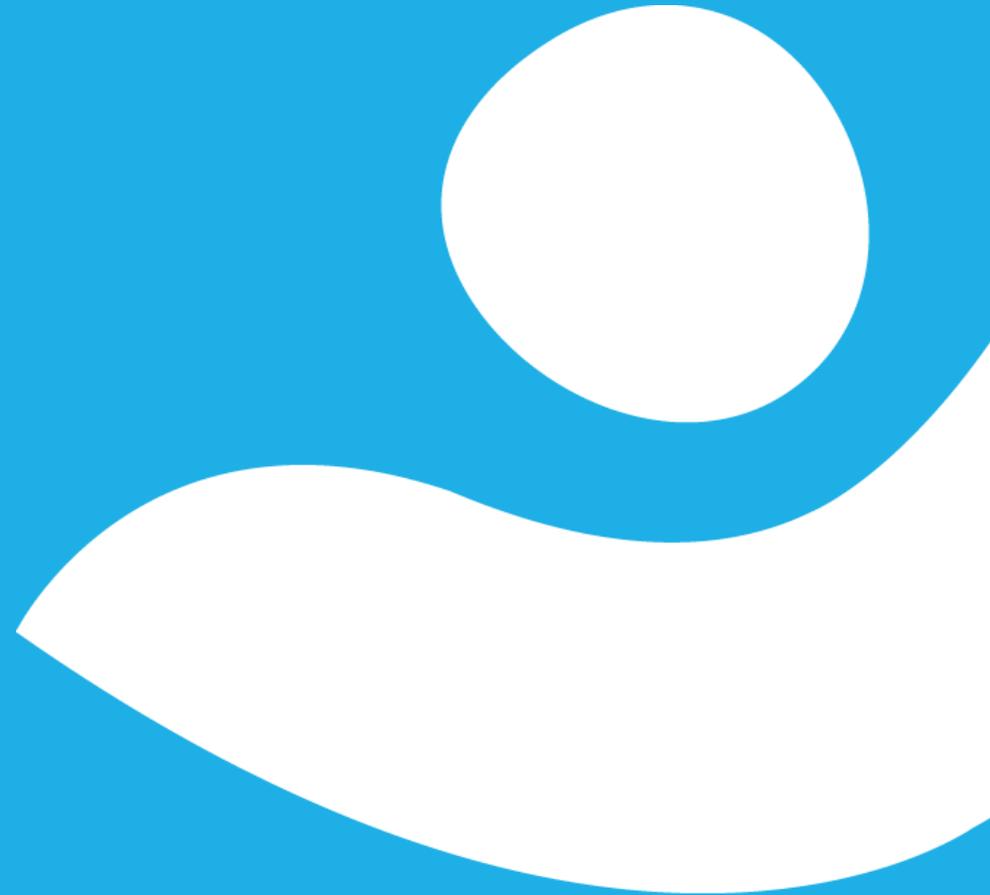
Signatures	Pour l'Equipe Locale	Pour l'ARS
	Le Pilote Local/Le porteur	



Index

1. Introduction : Présentation du projet
2. Présentation du territoire
 1. Caractéristiques générales
 2. La population du territoire
 3. Les ressources du territoire
 4. Les prestations disponibles sur le territoire
3. L'intégration des services au sein du territoire
 1. Les structures participant au dispositif
 2. La concertation au sein du territoire
 3. Les services participant au guichet intégré
 4. La gestion de cas
 5. Le pilote
4. Conclusion
 1. Principaux constats et enseignements
 2. La dynamique locale autour du projet
5. Annexes
 1. Sigles
 2. Synthèse des actions de communication
 3. Tableaux de reporting à l'ARS
 - Fiche indicateurs MAIA
 - Fiche d'identification des MAIA
 - Cantons du site MAIA et codes INSEE
 4. Comptes rendus des réunions tactiques et stratégiques
 5. Tout document explicitant la démarche et les travaux

1. Introduction : Présentation du projet





1.

Introduction : Présentation du projet

▪ **Le 11/12/2015, signature de l'avenant à la convention pluriannuelle**

Une convention pluriannuelle au titre de l'installation et du financement de la MAIA pour la période 2015-2017 entre l'Agence Régionale de la Santé (ARS) d'Ile-de-France et le Département a été approuvée par la commission permanente du Conseil départemental en date du 7 décembre 2015 (n° 3-07). Pour rappel, le site a été validé par l'ARS le 10/02/2015.

En juillet 2016, cet avenant a été prolongé jusqu'au 31/12/2018 afin d'aligner le calendrier des 3 MAIA du Val d'Oise.

Exercice 2016 :

Au titre de l'exercice 2016, le financement du dispositif MAIA par l'ARS Ile-de-France est arrêté à la somme de 340 000 €.

Il correspond à un financement pérenne de 300 000 € :

- 1 ETP Pilote MAIA
- 3 ETP Gestionnaires de cas
- 0.5 ETP Assistante (sur 1 ETP)

et des dépenses afférentes à l'activité.

Auquel est ajouté un financement non pérenne de 40 000 €, exclusivement pour l'année 2016, correspondant aux dépenses suivantes :

- Système d'information MAIA à hauteur de 20 000 €
- Communication à hauteur de 10 000 €
- Formation au guichet intégré à hauteur de 10 000 € .



1.

Introduction : Présentation du projet (suite)

▪ Les outils de l'intégration

Les outils d'accueil, d'orientation et d'évaluation ont fait l'objet d'une harmonisation départementale avec l'ensemble des partenaires MAIA du Val d'Oise. L'harmonisation des outils était attendue et a permis au groupe inter-MAIA du Val d'Oise de travailler sur un contenu en vue de proposer un accompagnement à ces outils (détaillé dans le rapport d'étape commun du Val d'Oise).

▪ La dynamique locale

- La dynamique d'intégration a conduit les ateliers du territoire à produire des outils comme leviers d'amélioration pour le lien ville/hôpital.
- La demande de culture gérontologique des partenaires de ce territoire est prégnante, les « ateliers café » ont fédéré cette énergie.
- La dynamique locale initiée par les partenaires (CCAS notamment) ou les tutelles (ARS-CD) a favorisé un travail transversal entre les acteurs du soutien à domicile.
- Les acteurs tentent d'ajuster leurs pratiques lors de réunions inter partenariales.
- Les courriers de soutien commun du CD et de la DD ARS légitiment le travail engagé sur le département par les pilotes.
- Le département a pris appui sur les territoires MAIA pour travailler sur le nouveau schéma gérontologique.

▪ La gestion de cas

En 2016, le service gestion de cas a fait face à une vacance de poste en mars. Fin août, une gestionnaire de cas est recrutée, de formation sanitaire, elle est inscrite au DIU Gestion de cas en décembre 2016 à la faculté de Nantes.

2. Présentation du territoire

2.1 Caractéristiques générales

2.2 La population du territoire

2.3 Les ressources du territoire

2.4 Les prestations disponibles sur le territoire



2.1

Caractéristiques générales

Des caractéristiques de précarité chez les personnes âgées de plus de 60 ans marquées sur ce territoire

- Les indicateurs de précarité :

Les bénéficiaires de la CMU-C vivent sur les communes du sud du territoire.

Alors que le taux de pauvreté global est plus élevé dans le Val d'Oise qu'en Ile-de-France, ce n'est pas le cas pour les séniors valdoisiens, dont le taux de pauvreté est proche de la moyenne régionale. La géographie de la pauvreté des séniors se calque sur celle de la population générale : les secteurs les plus touchés se situent à Cergy-Pontoise, sur le territoire d'Argenteuil-Bezons et en Plaine de France (territoire MAIA Est).

Villes	Taux de CMU-C / population	Taux de CMU-C des 60 ANS et plus
Garges-lès-Gonesse	17,9 %	8,16 %
Gonesse	12 %	5,5 %
Goussainville	11,2 %	4,46 %
Sarcelles	16 %	6,91 %
Villiers-le-Bel	18,3 %	8,33 %



2.1

Caractéristiques générales

Des caractéristiques de précarité chez les personnes âgées de plus de 60 ans marquées sur ce territoire (suite)

On observe une faible proportion de CMU-C des plus de 60 ans au regard de la population de ce territoire.

La population de ce territoire représente une proportion importante de recours à la CMU-C (35%) alors qu'elle ne représente que 23% de la population départementale.

CMU-C 95	CMU-C Territoire MAIA	CMU-C + 60 ans Territoire MAIA
95 810	33 879 Soit 35 % du 95	2 094 Soit 6 % du territoire MAIA

La moitié de la population âgée de 60 ans et plus en situation précaire, suivie sur le plan médical, l'est pour une affection chronique (51%).

ALD 95	ALD Territoire MAIA	ALD + 60 ans Territoire MAIA
157 939	38 962 Soit 25 % du 95	19 904 Soit 51 % du territoire



2.2

La population du territoire

Population du territoire en comparaison à celle du 95

	Population du Val d'Oise	Population Territoire MAIA
TOTAL	1 194 681	275 942 soit 23 % du 95
60 – 74 ans	138 344 49 % ♂ et 51 % ♀	28 379 soit 20 % du 95 49 % ♂ et 51 % ♀
75 – 89 ans	62 209 38 % ♂ et 62 % ♀	12 598 soit 20 % du 95 39 % ♂ et 61 % ♀
90 ans ou +	7 180 24 % ♂ et 76 % ♀	1 323 soit 18 % su 95 26 % ♂ et 74 % ♀

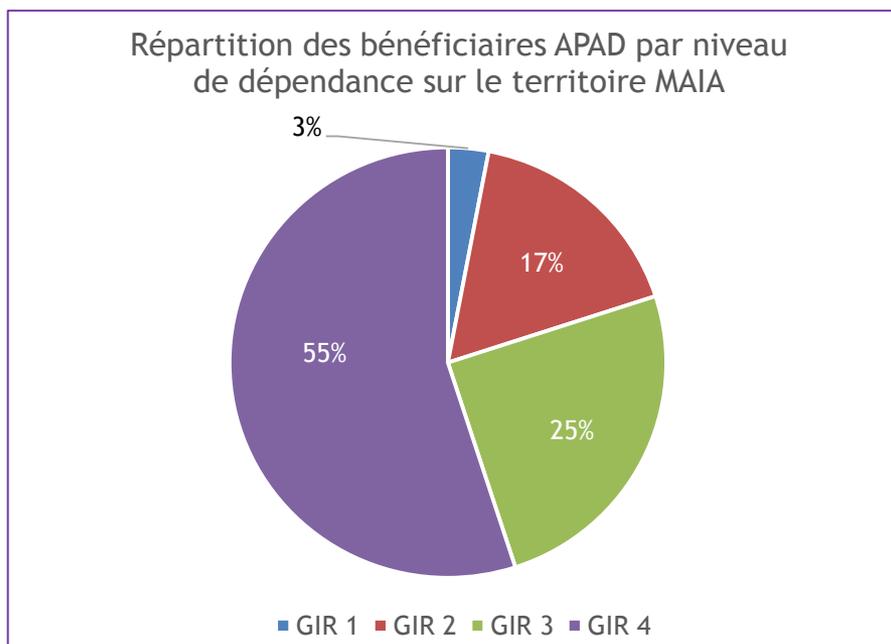


2.2

La population du territoire (suite)

Les bénéficiaires de l'APA

Fin 2015, 7 522 bénéficiaires de l'APA à domicile avaient leur domicile de secours dans le Val d'Oise, ce qui représente 108 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus.



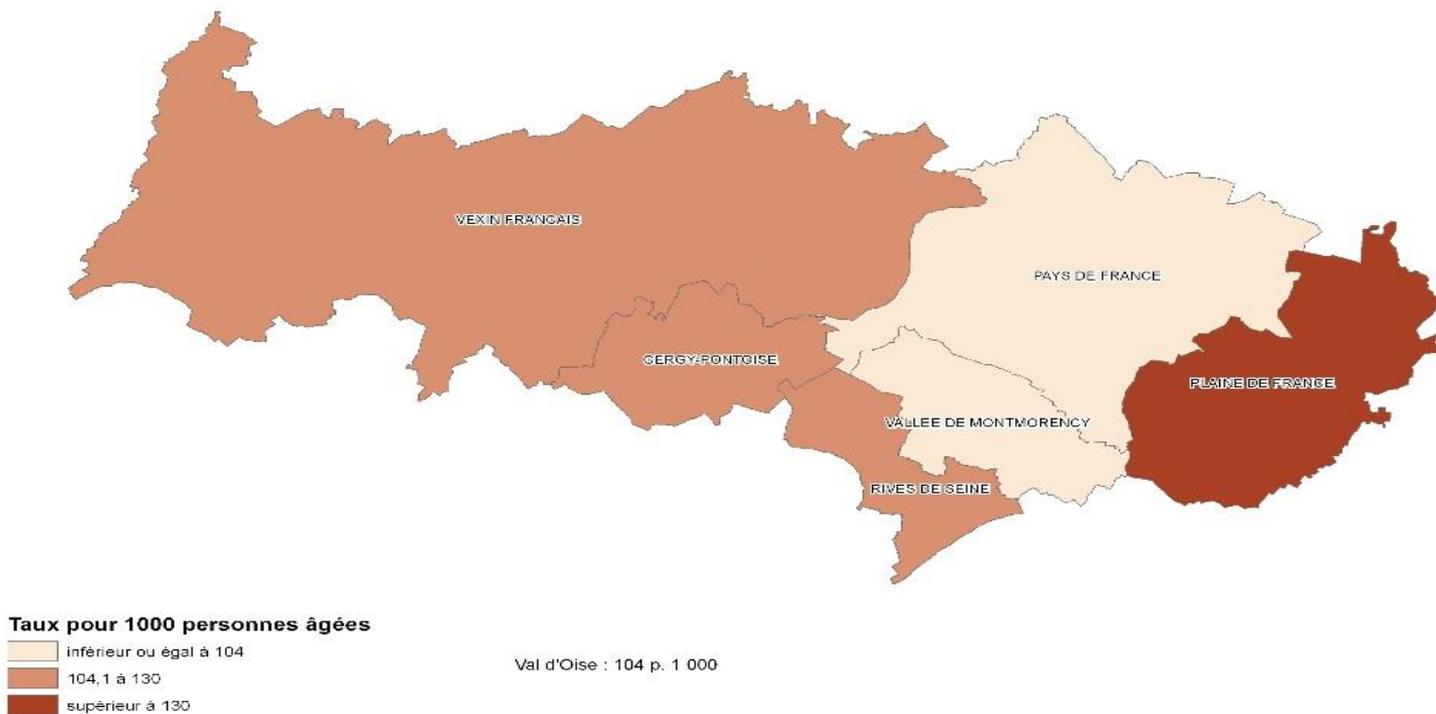


2.2

La population du territoire (suite)

La proportion de bénéficiaires parmi la population âgée varie de manière importante entre la Vallée de Montmorency (72 pour 1 000) et la Plaine de France (150 pour 1 000). Elle semble ainsi corrélée au niveau de revenu de la population.

BENEFICIAIRES DE L'APA A DOMICILE DANS LES TERRITOIRES DU VAL D'OISE





2.3

Les ressources du territoire

L'offre de soins

Les SAAD montrent une réelle fragilité, quatre services ont fermé cette année.

Sanitaires		Santé libérale		Médico-sociales		Sociales		Judiciaires (protection des majeurs)	
MCO (3)	2	Généralistes (190)	184	EHPAD	13	EMS APA	2	Tribunal Instance	1
SAU	2	Chir. Dentistes (104)	109	Logt-foyer	6	TISM territoire	4	Méd. experts (dép. 95) (29) dont 6 sur MAIA Est	36
Consult. Mémoire	2	Infirmiers (166)	179	SSIAD	2	TISM antennes	9	Assoc. Tutélaire	3
Hôpital de jour	1	Kinésithérapeutes (163)	159	ESA	2	S. Social CRAMIF 7 lieux	4 pour	Mandat. libéraux : Données indisponibles sur MAIA Est (25)	
UCC (1)	0	Pédicures Podologues (32)	31	Réseaux de santé	2	S. Social Hospitalier (2)	1	Préposé étabmt	1 (2)
Plateforme d'accomp. et de répit (0)	1	Orthophonistes (38)	41	CLIC	1	CCAS avec services dédiés	12		
		Hospi. à domicile	1	SAAD (17)	21				
				Groupes aidants	5				
				Accueils de jour	4				



2.3

Les ressources du territoire

Missions et besoins

- **Accueillant** (mise en relation d'un accueillant avec une personne en demande d'aide) : Mairies, CCAS, services sociaux, CLIC, Réseaux de santé, associations de patients et de familles, plateformes d'accompagnement et de répit des aidants de malades Alzheimer.

Selon le service contacté, et parfois même au sein d'un même service, il y a deux niveaux d'accueil :

- Accueil simple, avec des professionnels d'origine et de formation différente
- Accueil expert avec une fonction de coordination associée

Ils disposent d'un temps d'échange restreint.

Ils ont besoin d'outils simples d'utilisation.

- **Accompagnant :**

Service social, Centre hospitalier, établissement d'hébergement pour personnes âgées, CLIC, Réseau de santé, gestion de cas, services d'aide à domicile, service de soins infirmiers à domicile, centre de santé, organisme tutélaire, professionnels de santé libéraux.

- Informer, accompagner, orienter le public vers des partenaires et prestations.

Ils ont besoin d'outils simples d'utilisation.



2.3

Les ressources du territoire

Missions et besoins (suite)

- **Professionnels assurant un rôle de coordination :**

Infirmier coordonnateur d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), responsable de secteur d'un service d'aide à domicile, coordonnateur du CLIC, médecin coordonnateur d'un EHPAD, infirmier coordonnateur d'un service d'HAD, infirmier en charge de la coordination dans le cadre d'une hospitalisation, réseau de santé, gestion de cas, équipes mobiles.

- Évaluer, accompagner, orienter le public vers des partenaires et prestations.

Ils disposent d'un temps d'échange.

Les acteurs de la coordination sont amenés à écouter et interagir avec les personnes âgées et leur entourage afin d'en mesurer les besoins. Les acteurs de la coordination travaillent en lien avec les différents secteurs social, médico-social et sanitaire.

- **Chef de service établissement :**

Chaque responsable s'assure de la mise en œuvre des outils dans sa structure.

Le guichet intégré doit constituer une plus-value pour le fonctionnement de son équipe.



2.3

Les ressources du territoire

Missions et besoins (suite)

- **Professionnels de santé en libéral :**

Médecins généralistes, masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, pharmaciens.

- Diagnostiquer, évaluer, prendre en charge le public. Le médecin a la spécificité d'être positionné au centre de la prise en charge : il peut orienter le patient vers des partenaires et coordonner leurs actions.

Ils disposent d'un temps de consultation / séance restreint.

Ils ont un besoin d'outils simples d'utilisation, mobiles.

- **Bénévoles d'associations :**

(ex : France Alzheimer, France Parkinson, Les Petits Frères des Pauvres)

- Écouter, informer, accompagner, orienter le public vers des partenaires directement sans nécessité d'obtenir l'aval du supérieur hiérarchique.

Ils disposent d'un temps d'échange privilégié, non restreint.

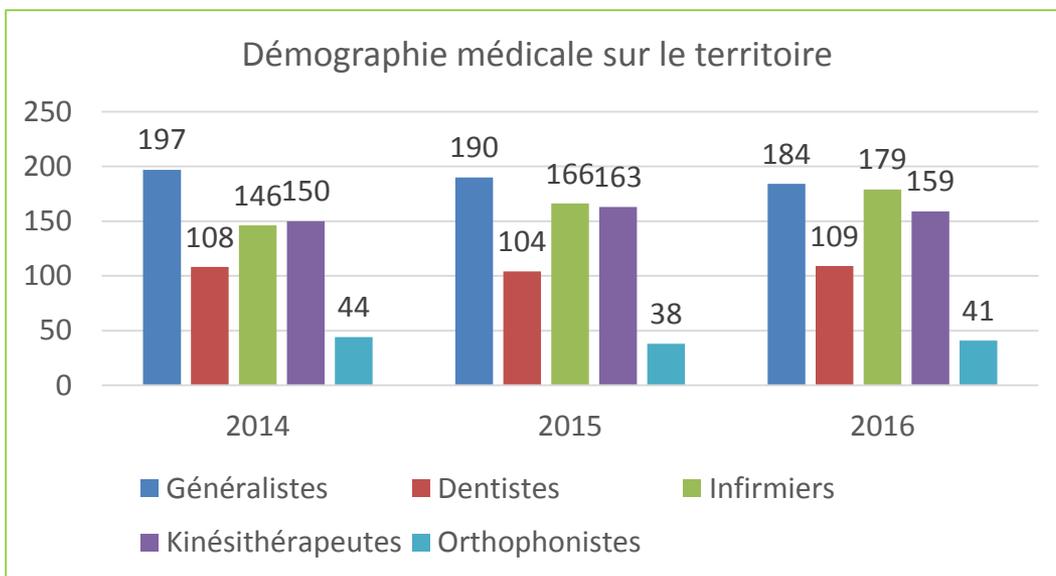
Ils ont besoin d'outils simples d'utilisation.



2.3

Les ressources du territoire

L'offre de soins



Les infirmiers s'installent au sud de ce territoire où l'on enregistre une perte de population médicale en termes de médecins généralistes.

Par ailleurs, la répartition des infirmiers sur le territoire départemental est aussi hétérogène que la répartition de la population globale et que la population âgée de plus de 60 ans : les infirmiers sont donc concentrés au sud-est du département, ce qui permet de constater des carences, notamment au centre et à l'est du Val d'Oise. Ainsi, le Val d'Oise est non seulement l'un des départements qui compte le plus d'infirmiers mais c'est aussi l'un des départements dont la part des personnes âgées, de plus de 60 ans, est la plus faible.



2.3

Les ressources du territoire

L'offre de soins (suite)

- **Des maisons de santé et un centre de santé municipal** pour une offre de santé en réponse à la fragilité de ce territoire :
 - Une maison de santé pluri professionnelle labellisée à Villiers-le-Bel et une maison de santé non labellisée à Garges-lès-Gonesse.
 - Une maison de santé ouvrira ses portes en 2017 à Goussainville (deux médecins généralistes, une infirmière, un kinésithérapeute et un médecin psychiatre. Les deux pharmacies du quartier, qui resteront dans leurs officines, sont également associées).
 - Le centre de santé municipal de Goussainville offre des consultations généralistes et spécialisées. Le centre enregistre un taux d'activité soutenu tout au long de l'année.

- **Une plateforme de répit s'ouvre à Sarcelles**
La plateforme est portée par l'Accueil de jour Renée Ortin de Sarcelles, en partenariat avec le CLIC et la commune de Sarcelles, et financée par la CNAV et l'ARS. C'est la seule structure de ce type sur le territoire.



2.4

Les prestations disponibles sur du territoire

Evolution des professionnels par rapport à 2015 (↗ ↘ =)

Professions	Val d'Oise	Territoire MAIA	Proportion de l'Est
Médecins généralistes	879 ↘	184 ↘	21 % ↗
Chirurgiens dentistes	548 ↗	109 ↗	20 % ↘
Infirmiers	781 ↘	179 ↗	23 % ↗
Masseurs Kinésithérapeutes	821 ↘	159 ↘	19 % ↘
Pédicures Podologues	230 ↘	31 ↘	13 % ↘
Orthophonistes	206 ↘	41 ↗	20 % ↗
Médecins spécialistes	974 ↗	206 =	21 % ↘

3. L'intégration des service au sein du territoire

3.1 Les structures participant au dispositif

3.2 La concertation au sein du territoire

3.3 Les services participant au guichet intégré

3.4 La gestion de cas

3.5 Le pilote





3.1

Les structures participant au dispositif

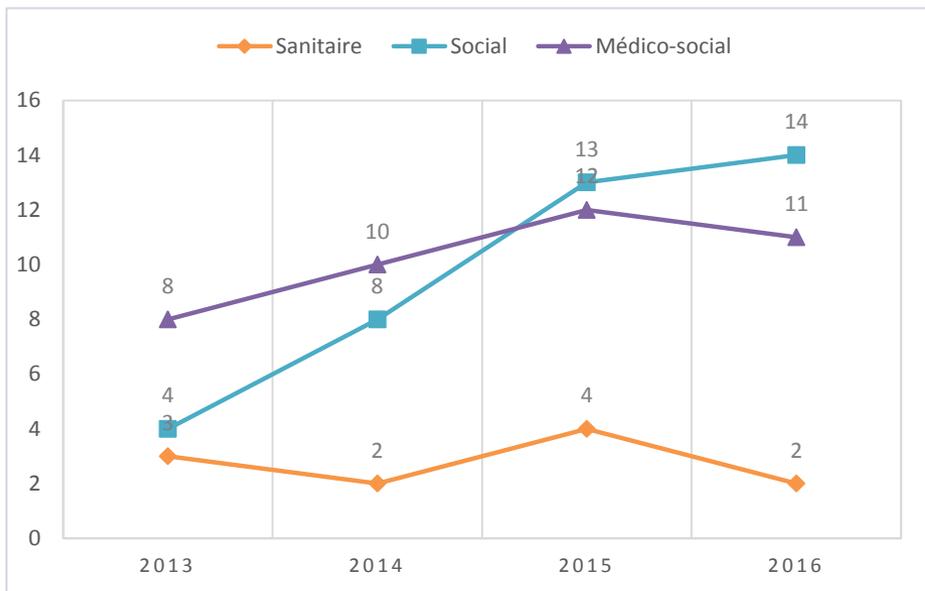
- **Le champ sanitaire hospitalier** est resté actif malgré des transformations structurelles :
 - Le centre hospitalier gériatrique Adélaïde Hautval (Villiers-le-Bel) a subi une restructuration pour fermer ses portes à la fin de l'année 2016.
 - L'UCC (inaugurée en 2015) a disparu du paysage et n'a pu être reprise par le centre hospitalier de Gonesse.
 - Le centre hospitalier de Gonesse a « déménagé » dans le nouvel hôpital en juin 2016.
 - Le service social hospitalier est doté d'un cadre depuis le mois de juin.
- **L'hospitalisation à domicile** n'est pas encore engagée dans la démarche malgré ses marques d'intérêt.
- **Le champ du social** s'est fortement mobilisé :
 - les points d'accueil (CCAS) sont très actifs et impliqués, les services sociaux départementaux sont systématiquement présents.
 - Les associations d'usagers : France parkinson, France Alzheimer, CODERPA, Les Petits Frères des Pauvres et l'UDAF sont des partenaires investis à tous les niveaux de concertation.
- **Le médico-social** est resté très engagé malgré une perte d'offre de service sur le territoire :
 - Les SAAD sont moins nombreux cette année (- 4), ils sont confrontés à des organisations fluctuantes et un turn-over de professionnels sur le terrain qui ne leur permet pas toujours de se rendre disponible aux instances de concertation et de travail.
 - Les équipes médico-sociales APA sont systématiquement présentes avec une organisation de suppléance.
 - Le réseau de santé soins palliatifs/oncologie est revenu après une absence en 2015.



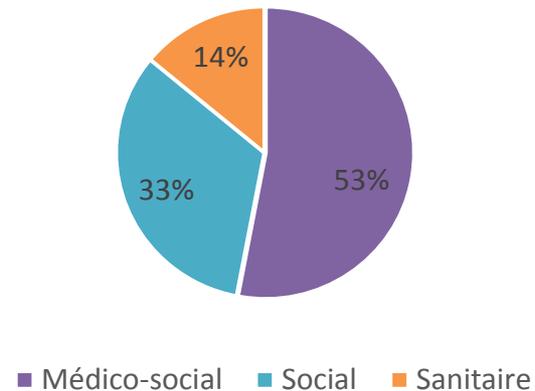
3.2

La concertation au sein du territoire

Une présence stable des partenaires sanitaires et médico-sociaux en Tables de Concertation Tactiques malgré un contexte en mouvement



Représentation des structures en Tables de Concertation Tactiques

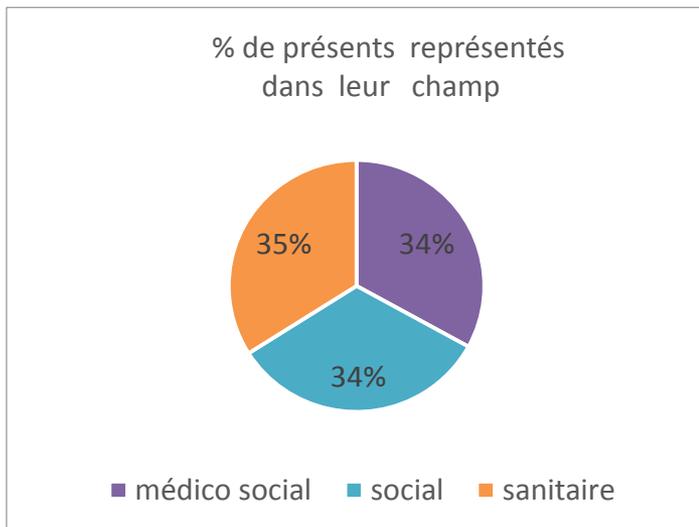




3.2

La concertation au sein du territoire

La Concertation Tactique



Le taux de représentation des trois champs est équilibré.

Depuis la mise en place de cette MAIA, les trois champs sont impliqués malgré des résistances de certains partenaires parfois liées à l'histoire de cette MAIA.

A l'image de la tendance des orienteurs en gestion de cas, les CCAS qui ont des services dédiés aux personnes âgées, les deux centres hospitaliers et les services médico-sociaux du Conseil départemental sont des partenaires très impliqués dans la méthode.

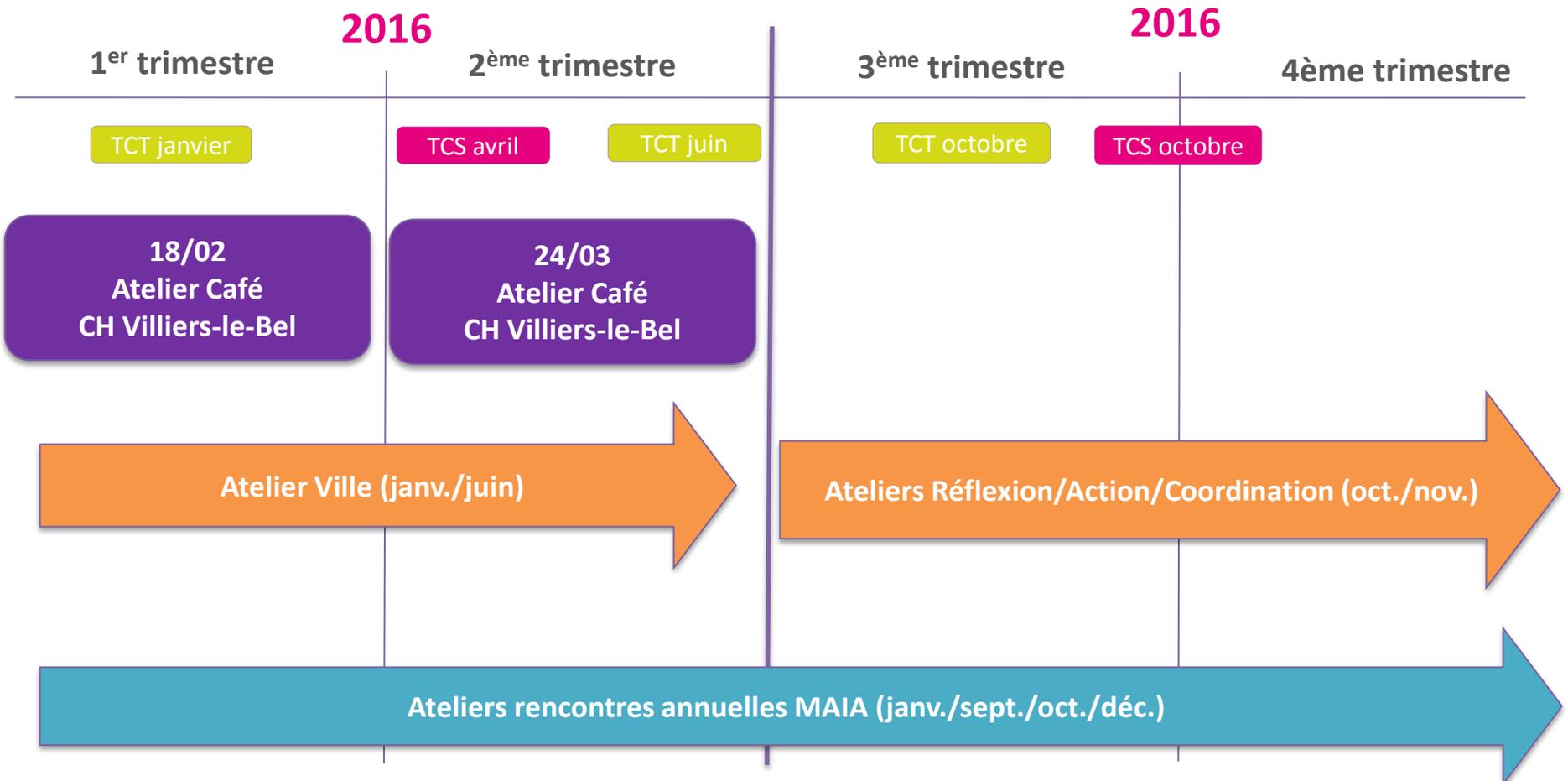
Les EHPAD et les SAAD représentent la plus grande part des médico-sociaux présents en Tables de Concertation Tactiques et dans les ateliers.



3.2

La concertation au sein du territoire

Des ateliers en réponse aux besoins





3.2

La concertation au sein du territoire

L'atelier Ville

- **But** : Améliorer la prise en charge globale coordonnée et efficiente des personnes âgées dans leur parcours de soins au domicile.
- **Objectif** : Améliorer le lien ville/hôpital en partant du constat de défaut de coordination des acteurs. Repérage des points de blocage ville/hôpital en vue d'apporter des réponses.
- **Proposition** : Tableau récapitulatif des offres de service en sortie d'hospitalisation pour les hospitaliers.

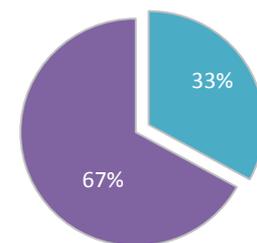
Cet outil a été validé en Table de Concertation Tactique.

Cet outil a été présenté en février 2017 à l'ensemble des cadres de santé de l'Hôpital de Gonesse par la pilote suite à la table de concertation tactique de janvier 2017.

Une connaissance de l'offre de service en ville vient en appui à la carte de coordination ville/hôpital présentée ce même jour.

L'outil est co-construit, le support a été réalisé par le service graphique d'une commune.

Atelier Ville
Champs représentés sur les 3 dernières années



■ Médico-social ■ Social

MAISON DU DÉPARTEMENT - ESPACE EUROPE
36, AVENUE JOLIOT CURIE
95142 GARGES LÈS GONESSE
maia95-2@valdoise.fr - Tél : 01 34 33 82 20

 Vie et soutien
à domicile

 Hébergement
accueil

 Coordination



MAIA
Val d'Oise Est

L'intégration des acteurs
pour l'autonomie
des personnes âgées

OFFRES DE SERVICE EN SORTIE D'HOSPITALISATION DES PLUS DE 60 ANS



3.2

La concertation au sein du territoire

Les ateliers Rencontres annuelles des partenaires

- **Bilan Ateliers Café**
 - « La vulnérabilité » le 18/02/2016
 - « La protection des majeurs âgées » le 24/03/2016
- Thèmes proposés par le groupe et validés en Table de Concertation Tactique

Structures	Nombre de participants
Service social départemental (4)	16
Service social hospitalier (1)	1
CCAS (5)	28
EHPAD (3)	8
Hôpital (2)	2
SAAD (5)	8
SSIAD (1)	3
Représentants des usagers (2)	4
Accueil de jour (1)	5
Judiciaire (2)	3
Service d'accompagnement au déménagement (1)	1
Association spécialisée (1)	1
SAMSAH (1)	1
MDPH (1)	1
TOTAL STRUCTURES : 30	TOTAL PARTICIPANTS : 82

- **But** : Partager une culture commune sur des questions gérontologiques.
- **Objectif** : Partager des savoirs et des pratiques professionnelles et produire de l'acculturation
- **Proposition** : Atelier Café par et pour les acteurs du territoire.

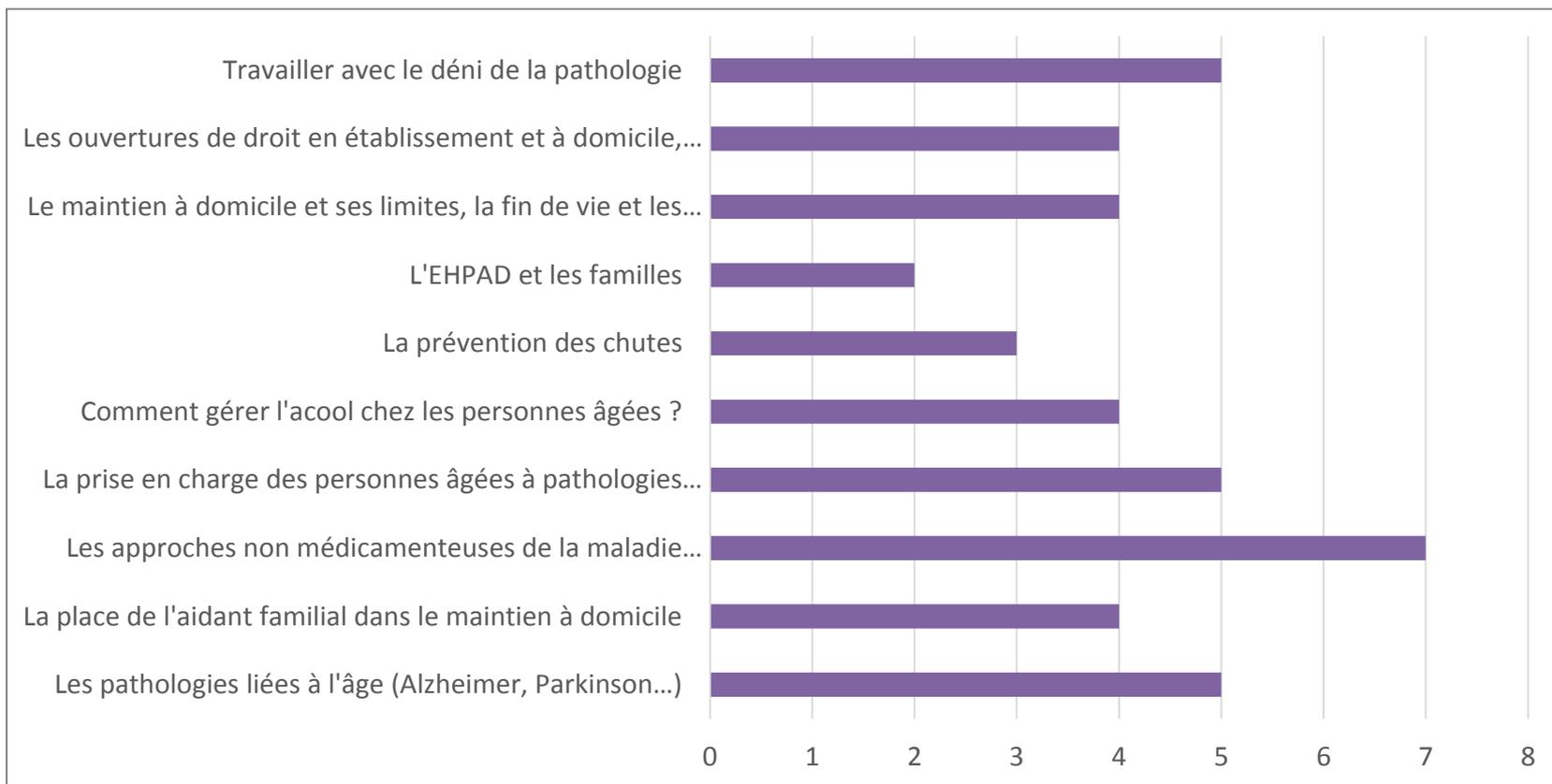


3.2

La concertation au sein du territoire

Les ateliers Rencontres annuelles des partenaires (suite)

- Suite aux évaluations des Ateliers Café, thèmes suggérés par les participants et choisis par les partenaires MAIA



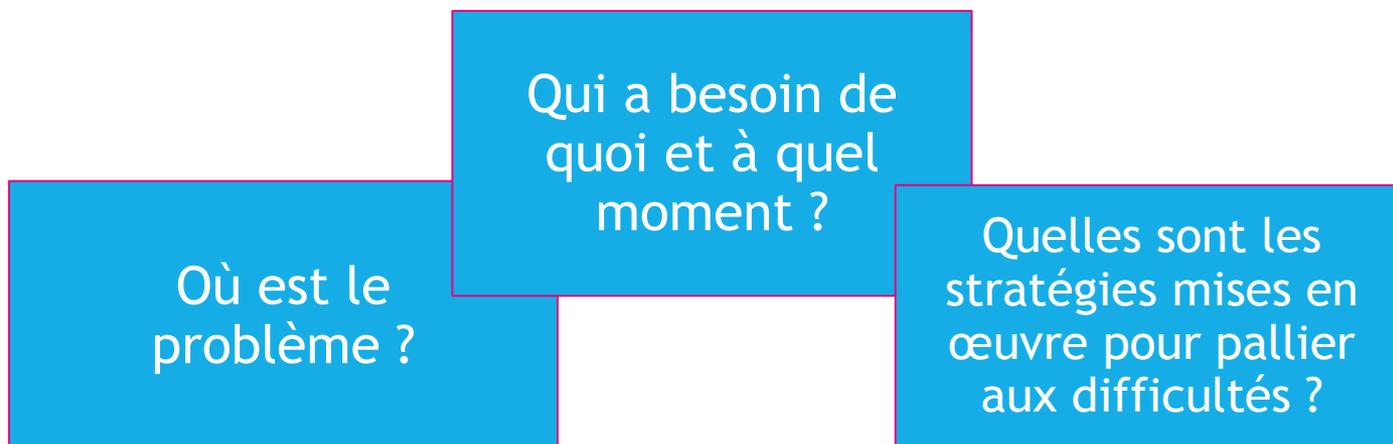


3.2

La concertation au sein du territoire

L'atelier Action / Réflexion / Coordination

- **Objectif du groupe** : Répondre, même de façon partielle, au manque de coordination constaté sur le territoire.
- **Méthode** : Chaque situation type est étudiée à la lumière des questions suivantes :





3.2

La concertation au sein du territoire

L'atelier Action / Réflexion / Coordination (suite)

Le groupe s'est réuni cinq fois, il a produit une réflexion sur la question de la coordination et a proposé un support à cette coordination.

L'outil de coordination a été **validé en Table de Concertation Tactique** et mis en expérimentation sur le territoire en janvier 2017 pour une période de 10 mois (janvier à octobre).

Pour soutenir la démarche, le groupe a produit :

- Une charte d'engagement des acteurs
- Une demande d'autorisation auprès de la personne âgée d'échange d'information entre professionnels
- Créé des critères pour l'évaluer.

La carte, pour être portée par les acteurs du soutien à domicile, demande un engagement fort des professionnels. Cet outil est porté au sein de l'hôpital par le chef de pôle gériatrique en lien avec la direction.

- La carte a été présentée aux cadres de santé du centre hospitalier en février 2017.
- Cette carte est placée face à la carte vitale et devrait permettre un lien rapide entre les professionnels lors de l'accueil au sein des urgences pour servir le parcours de soins de la personne de façon réactive et préparer le retour au domicile avec une continuité de l'information.



3.2

La concertation au sein du territoire

L'atelier Action / Réflexion / Coordination (suite)





3.3

Les services participant au guichet intégré

Services du guichet intégré	Nombre sur le territoire	Nombre impliqué dans la démarche
CLIC	1	1
Réseau gérontologique	1	1
CCAS avec offre de services	12	11
Hôpital (services sociaux, gériatrie, urgence)	2 fin 2016	1
SSIAD	2	1
HAD	1	0
Services sociaux	8	8
Equipe médico-sociale APA	2	1
Représentant des familles / malades	3	3
Logements-foyers	6	2
EHPAD (hors hôpital)	13	8
MDPH	1	1
SAAD	21	16
Accueil de jour	4	3
GIDAD	1	1
CODERPA	1	1
TOTAL	75	59 (soit 79 % du nombre de services sur le territoire)



3.3

Les services participant au guichet intégré (suite)

▪ Evolution du niveau d'intégration

Année	Nombre de partenaires invités en TCT	Nombre de partenaires impliqués dans la démarche	Inclusion mensuelle en gestion de cas
2012	50	9	2
2013	53	18	2,10
2014	64	29	2,20
2015	74	45	4,42
2016	75	59	3

▪ Des indicateurs significatifs

- 79 % des partenaires invités sont impliqués dans la démarche
- Une progression de 31 % de l'implication des partenaires
- Un taux d'inclusion en gestion de cas qui a baissé du fait d'une vacance de poste de six mois.



3.4

La gestion de cas

- Nombre de personnes accompagnées depuis juin 2012 :
33 entrées en 2016 + 113 accompagnées en 2015 = **146 personnes accompagnées depuis juin 2012**
- Durée moyenne d'intervention en gestion de cas : **272 jours**
- Entre 19/04/16 et 19/10/2016 : 10 dossiers en attente d'une durée de 3 à 5 mois (vacance de poste)
- Moyenne mensuelle d'inclusion en gestion de cas : 3

Les sorties de gestion de cas font l'objet d'une réflexion spécifique pour garantir la sécurité sanitaire et environnementale de la personne âgée et de son entourage.

Motifs de sortie	Nbre	%
Décès	6	21%
Déménagement	3	11%
Institutionnalisation	12	43%
Refus poursuite	4	14%
Réorientation	3	11%
Total	28	100 %



3.4

La gestion de cas (suite)

- **Une période difficile de 6 mois**

Le service gestion de cas a été confronté à une vacance de poste de 6 mois (mars à août) suite à la démission d'une gestionnaire de cas.

Cette vacance de poste a nécessité une communication rapprochée auprès des partenaires afin que la coresponsabilité joue son rôle et que les situations les plus complexes fassent l'objet d'une vigilance accrue des services.

Une liste d'attente a été nécessaire à l'inclusion en gestion de cas pendant cette période avec un travail accru du service sur la sortie des situations.

Les deux gestionnaires de cas ont fait face à la situation avec une file active de 40 personnes âgées accompagnées. Un gestionnaire de cas est tombé malade (absence d'un mois) à cette période.

Les partenaires engagés dans la méthode ont montré le fruit d'un début d'intégration. La continuité informationnelle a été prise en charge par les acteurs du soutien à domicile dans le respect de l'accompagnement en lien avec la gestionnaire de cas en poste et la pilote.



3.4

La gestion de cas (suite)

▪ Evolution des orientations :

Les équipes médico sociales APA sont pourvoyeuses d'orientation en gestion de cas depuis l'installation de ce service. Notre lien commun, l'employeur, a facilité la confiance entre les services et elles ont vite compris l'intérêt de la coordination intensive.

Depuis 2015, les CCAS prennent conscience de l'intérêt de ce service et nous orientent des situations (16 orientations en 2015). Ces services restent les plus importants orienteurs en 2016 (9).

Les centres hospitaliers enregistrent une progression constante depuis le début (1 en 2012, 5 en 2016).

Enfin, dans la catégorie « Autres » des professionnels de santé libéraux (gériatre, infirmières) sollicitent la gestion de cas après une expérience « réussie » de coordination intensive.

Les gestionnaires de cas viennent parfois en support d'évaluation en cas de doute du partenaire sur l'orientation en gestion de cas, et les situations orientées le sont après des tentatives de coordination inabouties (besoins insuffisamment compensés, refus d'aide et de soins, difficultés familiales, problèmes des situations de santé mentales non traitées etc.).

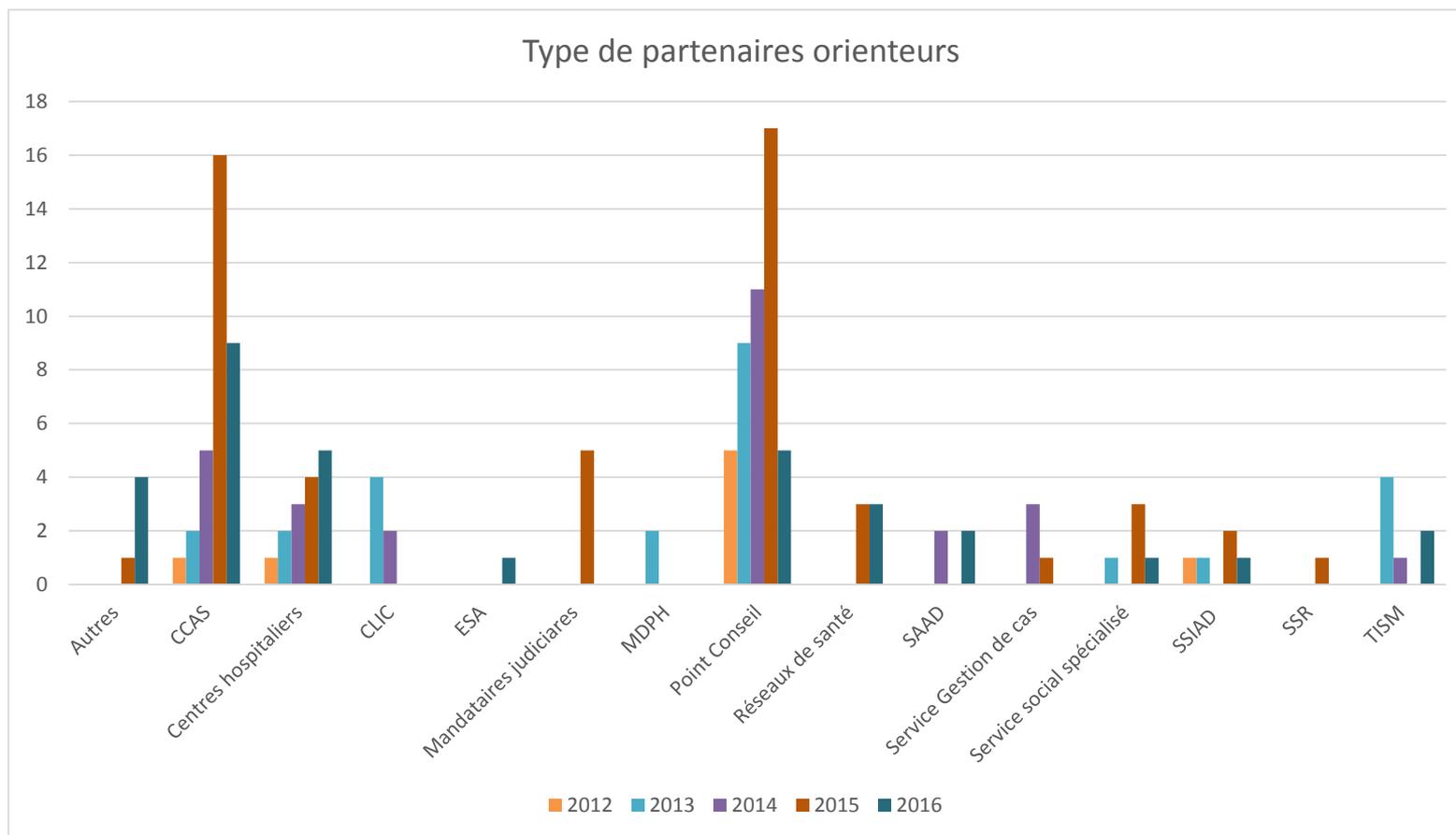
D'autre part, en 2016, nous avons eu une période de "latence" du fait de la vacance de poste d'une gestionnaire de cas pendant 6 mois, les partenaires ne nous ont donc pas orienté de situation et ce, à notre demande.



3.4

La gestion de cas (suite)

- En 2016, les orienteurs vers la gestion de cas se diversifient





3.4

La gestion de cas (suite)

- **Une procédure d'orientation en gestion de cas bien identifiée**

L'inclusion en gestion de cas se fait à l'aide du **FAMO** rempli par le partenaire orienteur. Chaque semaine, les gestionnaires de cas et la pilote étudient les demandes d'orientation.

Pour chaque situation, une évaluation par un gestionnaire de cas est faite avant l'inclusion.

Lors d'une réorientation, la pilote contacte le partenaire pour examiner les pistes de travail à mettre en œuvre avant une intervention éventuelle de la coordination intensive. Les partenaires engagés dans le soutien à domicile reçoivent un courrier les informant de l'évaluation en cours ou des actions à engager s'il s'agit d'une réorientation.

Le médecin traitant est systématiquement informé de l'évaluation du gestionnaire de cas.

- **Le service reçoit des étudiants en formation DIU Gestion de cas**

Cette année le service a reçu une étudiante préparant le DIU gestion de cas au sein de la faculté de Lille.

Le service remplit les conditions de l'agrément « site qualifiant » : gestionnaires de cas formés, file active de plus de 15 personnes accompagnées, utilisation des outils en routine (GEVA-A, PSI et réunions pluri-professionnelles).



3.4

La gestion de cas (suite)

▪ **Le groupe d 'analyse de pratiques**

Ce groupe est cofinancé par les trois MAIA du Val d'Oise.

• **Objectifs :**

- Permettre aux gestionnaires de cas de réfléchir aux pratiques professionnelles nécessaires à l'exercice de leur fonction.
- Développer les capacités d'écoute en entretien individuel comme en présence de plusieurs acteurs simultanément.
- Accéder à des repères de compréhension pour donner du sens à ce qui se joue dans les différentes situations pour la personne âgée ou son entourage.

• **Méthodes :** Apports théoriques et méthodologiques, supports pédagogiques différents en fonction des situations choisies par le groupe.

• **Temporalité :** 6 journées réparties sur l'année.

• **Evaluation :** en fin de parcours en présence des pilotes.

▪ **Le service se déplace dans les structures pour communiquer**

Chaque rencontre (14 en 2016) fait l'objet d'un support de communication spécifique. La méthode est systématiquement (ré)expliquée avant de faire un retour d'expérience de la gestion de cas. Nous notons un réel intérêt pour la méthode par les professionnels qui nous accueillent. Une pédagogie adaptée est nécessaire car les concepts de la méthode ne sont pas toujours bien compris malgré la pratique des instances de concertation.



3.4

La gestion de cas (suite)

- Le service se forme pour répondre de façon optimum aux exigences de ses missions

	Formations suivies	Nbre de jours
Thérèse SOUCHIER	* Accompagnement des pratiques managériales * CAFERUIS / MASTER	69 dont 29 en stage pratique
Eliane CHABLIS	* Prendre en compte la dimension interculturelle dans l'accompagnement des personnes en difficulté de vie et de leurs proches * Analyses des pratiques	6
Pascal ROGER	* Recyclage SST * Recyclage Agent de prévention * Formation de formateurs * Analyses des pratiques	11
Marie-Noëlle SOUBAIGNE	* A démarré DIU Gestion de cas * Analyses des pratiques	7
Julie LAMEIRA	* Améliorer la qualité rédactionnelle de ses écrits professionnels * Sensibilisation à l'environnement territorial	6



3.5

La pilote

- **Le management de l'équipe**

- **Réunion d'inclusion en gestion de cas hebdomadaire :**

Chaque semaine, une réunion d'inclusion en gestion de cas permet d'analyser la demande des partenaires à l'aide du FAMO. Cette instance permet, d'autre part, de garantir la cohérence des interventions lors d'étude de situations à la demande des gestionnaires de cas.

Le groupe permet de se questionner de façon objective sur ce qui pose problème ou fait obstacle à la coordination intensive.

- **Réunion d'équipe bi mensuelle :**

Cette réunion permet de faire le point sur l'avancée des travaux du territoire, d'aborder les questions d'organisation du service, de se poser pour réfléchir aux questions inhérentes à l'organisation du territoire etc.



3.5

La pilote (suite)

- **Sur le territoire**

- **La concertation tactique**

- Les partenaires s'approprient de mieux en mieux cette instance de concertation. La pilote initie et anime cette instance avec le soutien de l'assistante MAIA : réservation des salles, mise en forme du support de communication, invitations, prise de notes etc. La concertation est un lieu de prise de décisions et de leurs suivis ; elle fait l'objet d'un compte rendu et d'un relevé de décisions validé par les membres présents.

- **Un support au déploiement de Via trajectoire et à la concertation inhérente au nouveau schéma gérontologique du Conseil départemental.**

- Le SI gérontologie s'est appuyé sur le territoire MAIA pour organiser ses réunions de formation auprès des chefs d'établissement. La pilote MAIA a veillé à ce que les directeurs répondent à ses séances de formation et a présenté au coté de Via Trajectoire la démarche d'ensemble dans une logique d'intégration des services.



3.5

La pilote

- **Sur le territoire (suite)**

- Le Conseil départemental a pris appui sur la logique de territoire des MAIA du Val d'Oise pour organiser la **consultation auprès des professionnels et des usagers**. La pilote à l'aide de l'assistante ont prospecté pour que des salles soient disponibles pour ces événements toujours dans une logique d'intégration des services.

Le Conseil départemental a consulté les pilotes du département, en amont de la mise en place de la consultation, pour compléter son diagnostic territorial.

- **La communication de proximité est incontournable**

Cette année des partenaires ont été rencontrés pour réactiver leur intérêt pour la méthode, des déplacements sont réguliers et sont parfois un préalable à la présentation de l'équipe de gestion de cas.

Chaque partenaire impliqué dans les concertations ou les ateliers a été vu au moins une fois par la pilote.



3.5

La pilote

- **Sur le territoire (suite)**

- **Une période de formation chronophage**

Cette année la pilote a été en formation CAFERUIS-MASTER EPDIS (Encadrement Pilotage Développement Institutions Sociales) pour la seconde année (10/2015 à 06/2017).

Le rythme de la formation (67 jours d'absence) n'a pas permis à la pilote de s'investir dans le travail des groupes pilotes franciliens comme elle l'aurait souhaité. Le travail de proximité d'accompagnement à l'utilisation des outils n'a pas été aussi intense que nécessaire.

- **L'animation des ateliers et des événements du territoire**

Les ateliers ont permis de présenter des outils pour répondre aux questions récurrentes du territoire (carte de coordination, tableau de l'offre de service en sortie d'hospitalisation des plus de 60 ans, ateliers café). L'animation et l'organisation de ces instances sont favorisées par le travail de l'assistante MAIA qui effectue un recensement des lieux, de relance des partenaires, de logistique et d'aide à la conception de supports de communication.

4. Conclusion

4.1 Les principaux constats et enseignements

4.2 La dynamique locale autour du projet



4.1

Les principaux constats et enseignements

▪ Les leviers

- **Le soutien de la DD ARS et du Conseil départemental**

La méthode est soutenue par ces deux instances qui ont proposé deux courriers communs pour encourager et soutenir la démarche d'intégration (utilisation des outils du guichet intégré et des outils d'information).

- **Les acteurs de la ville et de l'hôpital se mobilisent**

Les ateliers tentent de répondre aux questions posées par la Table de Concertation Tactique en terme d'efficacité. Le lien ville/hôpital, l'acculturation pour les professionnels par les professionnels de ce territoire est moteur et favorise la reconnaissance de chacun dans ses missions. Le territoire semble prêt pour le système d'information MAIA.

- **Le territoire s'est enrichi d'une Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants appuyée sur l'accueil de jour Renée-Ortin à Sarcelles.** Cette structure est la seule sur ce territoire et est plébiscitée depuis son ouverture.

- **L'implication de la pilote au Comité Local de Santé Mentale** permet de situer les questions posées par la prise en charge des personnes âgées au domicile. La création du Réseau d'Évaluation des Situations d'Adultes en Difficultés (RESAD) offre un regard multidimensionnel et implique des acteurs du soin. Ce travail d'intégration des services tente d'atténuer la rupture du parcours de soins.



4.1

Les principaux constats et enseignements (suite)

▪ Les freins

- **La Table de Concertation Stratégique**

- Le pôle médico-social représente la Direction Départementale de l'ARS. Une représentation du pôle sanitaire de l'agence permettrait d'avoir une analyse complémentaire sur le fonctionnement systémique du territoire.

- Les liens de la Table Stratégique et des Tables Tactiques ne sont pas clairement identifiés dans la pratique, cela pose la question du rôle de la Table de Concertation Stratégique en réponse aux dynamiques des territoires.

- **La fermeture de l'hôpital gériatrique Adélaïde Hautval à Villiers-le-Bel**

Cet établissement recevait des patients originaires du territoire avec une proximité pour les familles. D'autre part, la fermeture de l'établissement (AP-HP) a entraîné la disparition de l'UCC ; c'est une réelle perte pour les patients et les familles.

- **La coordination entre les professionnels reste à organiser**

Les professionnels de ville (CCAS et SAAD notamment) ont besoin d'une instance légitime de coordination pour travailler en cohérence. La pilote MAIA est régulièrement interpellée pour aider à organiser ces instances de coordination pour des situations qui ne relèvent pas de la gestion de cas.

La discontinuité informationnelle génère parfois des hospitalisations au service d'accueil des urgences inopportunes et délétères. Le retour au domicile est difficile à préparer dans ces conditions.



4.1

Les principaux constats et enseignements (suite)

▪ Les freins (suite)

- **Les besoins de soins en santé mentale restent prégnants**

Les personnes âgées ne sont pas prises en charge à la hauteur des besoins. Les professionnels du domicile ne trouvent pas d'appui sanitaire au domicile pour l'évaluation de la santé mentale de la personne âgée et parfois des aidants proches. La demande des professionnels est récurrente. D'autre part, la réponse du sanitaire peut paraître fragmentée entre le soin gériatrique et le soin psychiatrique.

- **Appui à l'évaluation multi dimensionnelle**

Les acteurs du domicile ont besoin de repérage pour prendre en compte la fragilité de la personne âgée et celle des aidants. Les services d'aide à domicile ou les points d'accueil sont peu formés à ce repérage.

- **Le non partage d'information peut être un frein à la cohérence des interventions**

Les intervenants du domicile sociaux et médico-sociaux (Services sociaux, EMS APA et SAAD) ne connaissent pas toujours les manifestations ou les symptômes des personnes auprès desquelles ils interviennent. La question de la cohérence de l'intervention est posée dans certaines situations (ex: ajustement de l'intervention de l'AVS auprès d'une personne atteinte de la maladie Alzheimer).



4.2

La dynamique locale autour du projet

▪ Les axes du carnet de route 2017

- **L'implication de la pilote au sein d'instance de concertations institutionnelles** participe à l'intégration des services :
 - La conférence de territoire : instance départementale
 - Le comité local de santé : instance intercommunale
 - Le conseil social local de Villiers-le-Bel : instance communale
 - Le Comité Vulnérabilité du Conseil départemental : inter institutionnel
- **Les rencontres partenariales MAIA** vectrices d'intégration des services : **Les ateliers café 2017** : Thème générique → « Le soutien à domicile : une rencontre ».
 - 3 ateliers qui vont questionner :
 - L'éthique de l'intervention à domicile
 - Le soutien à domicile dans les politiques publiques
 - Les aspects culturels de l'accueil d'un aîné au domicile
- **L'accompagnement des acteurs à l'harmonisation des pratiques et à l'identification et la bonne utilisation des ressources** (SI Portail MAIAge).



4.2

Feuille de route 2017 MAIA Val d'Oise Est

MAIA Est

MAIA Val
d'Oise

OBJECTIF	PLAN D'ACTION	PLANNING												
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
Préparer l'orientation	Atelier référentiel par type de structure : SSD, Accueil de jour, hébergement temporaire, EHPAD, APA, Foyer				ANNUAIRE									
Coordonner le parcours de soins	Optimisation du lien ville/hôpital : Outil de coordination	Expérimentation carte coordination												
Développer des compétences gérontologiques	Ateliers rencontres annuelles	■			■						■		■	
	Ateliers Café						■			■		■		
Accompagner les acteurs dans l'identification et la bonne utilisation des ressources	Formation à la démarche du Guichet Intégré Accueil, Analyse multidimensionnelle, Orientation	■												
	Rencontre/ accompagnement/ communication auprès des acteurs			■									■	
Harmoniser les pratiques	Lancement utilisation outils GI	■												

Journée
MAIA 95

SI MAIA

5. Annexes

5.1 Sigles

5.2 Synthèse des actions de communication

5.3 Tableaux de reporting à l'ARS

- Fiches indicateurs MAIA
- Fiches d'identification des MAIA
- Cantons MAIA et codes INSEE

5.4 Comptes rendus des réunions tactiques et stratégiques

5.5 Tous documents expliquant la démarche et les travaux



5.1

Sigles

- **APA** Allocation personnalisée d'autonomie
- **ARS** Agence régionale de santé
- **CCAS** Centre communal d'action sociale
- **CD** Conseil départemental
- **CLIC** Centre local d'information et de coordination
- **CMU-C** Couverture maladie universelle - Complémentaire
- **CNAV** Caisse nationale d'assurance vieillesse
- **CODERPA** Comité départemental des retraités et personnes âgées
- **DIU** Diplôme inter universitaire
- **EHPAD** Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- **EMS** Equipe médico-sociale
- **ESA** Equipe spécialisée Alzheimer
- **FAMO** Formulaire d'analyse multidimensionnelle et d'orientation



5.1

Sigles (suite)

- **GDC** Gestion de cas
- **GEVA-A** Guide d'évaluation - version aîné
- **GI** Guichet intégré
- **GIDAD** Groupement intercommunal pour le développement d'aide à domicile
- **HDJ** Hôpital de jour
- **MASP** Mesure d'accompagnement social personnalisé
- **MCO** Médecine Chirurgie Obstétrique
- **MDPH** Maison départementale des personnes handicapées
- **SAAD** Service d'aide et d'accompagnement à domicile
- **SAMSAH** Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
- **SAU** Service d'accueil d'urgence
- **SI** Système d'information
- **SSIAD** Service de soins infirmiers à domicile



5.1

Sigles (suite)

- **SISDPA** Service Information et de Soutien à Domicile pour Personnes Âgées
- **TCT** Table de concertation tactique
- **TCS** Table de concertation stratégique
- **TISM** Territoire d'intervention sociale et médico-sociale
- **UCC** Unité cognitivo comportementale



5.2

Synthèse des actions de communication

- Communication collective
- Réunion inter partenariale

Date	Événement	Public
Janvier	<ul style="list-style-type: none">- Présentation de la MAIA et/ou retour d'expérience gestion de cas	<ul style="list-style-type: none">- EHPAD La Chataigneraie- Association MELIA
Février	<ul style="list-style-type: none">- Présentation de la MAIA et/ou retour d'expérience gestion de cas- Atelier Café « La vulnérabilité »- Conseil Local Social de Villiers-le-Bel	<ul style="list-style-type: none">- Présence 2000- DomusVi Domicile- Partenaires Territoire MAIA 95-Est- Conseil Local Social de Villiers-le-Bel
Mars	<ul style="list-style-type: none">- Présentation de la MAIA et/ou retour d'expérience gestion de cas- Atelier Café « La protection des majeurs âgés »	<ul style="list-style-type: none">- Service Social Départemental de Sarcelles- Partenaires Territoire MAIA 95-Est



5.2

Synthèse des actions de communication (suite)

Date	Événement	Public
Avril	- Présentation de la MAIA et/ou retour d'expérience gestion de cas	- Re-Source (SAAD)
Mai	- Présentation de la MAIA et/ou retour d'expérience gestion de cas	- ADOMA (Foyer migrant)
Juin	- Présentation de la MAIA et/ou retour d'expérience gestion de cas	- SAMSAH Horizon 95
Juillet	- Présentation de la MAIA et/ou retour d'expérience gestion de cas	- Projet SAAD du Val d'Oise



5.2

Synthèse des actions de communication (suite)

Public	Evènement	Public
Septembre	<ul style="list-style-type: none">- Présentation de la MAIA et/ou retour d'expérience gestion de cas- Forum santé à Louvres	<ul style="list-style-type: none">- Service social Centre hospitalier de Gonesse- Partenaires du maintien à domicile (SAAD, associatifs)
Octobre	<ul style="list-style-type: none">- Conseil Local Social de Villiers-le-Bel- Présentation de la MAIA et/ou retour d'expérience gestion de cas	<ul style="list-style-type: none">- Conseil Local Social de Villiers les Bel- Petits frères des pauvres
Novembre	<ul style="list-style-type: none">- Présentation de la MAIA et/ou retour d'expérience gestion de cas	<ul style="list-style-type: none">- EHPAD MGEN
Décembre	<ul style="list-style-type: none">- Présentation de la MAIA et/ou retour d'expérience gestion de cas	<ul style="list-style-type: none">- Forum aide aux aidants Fosses