



# Rapport d'étape N°6

Année 2017

MAIA Val d'Oise Sud





# Aspects conventionnels

MAIA Val d'Oise Sud

- 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)	26 avril 2018	
Validation du rapport diagnostic	26 avril 2018	

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	



## SOMMAIRE

### 1. Introduction : Présentation du projet

1. Présentation générale
2. Le porteur du projet
3. L'équipe dédiée à la MAIA en 2017
4. Le projet MAIA Val d'Oise Sud en 2017

### 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 en 2017

1. Les structures participant au dispositif
2. La concertation au sein du territoire
3. Les axes de travail de l'année 2017
4. La gestion de cas
5. Le pilotage

### 4. Conclusion

1. Principaux constats et enseignements
2. La dynamique locale autour du projet

### 5. Annexes du rapport d'étape MAIA Val d'Oise Sud

1. Tableau de reporting à l'ARS
  - Fiche indicateurs MAIA
  - Fiche d'identification des MAIA
  - Cantons du site MAIA et codes INSEE
2. Compte rendu des réunions /
  - Tables de concertation tactiques
  - Tables de concertation stratégiques
3. Tout document explicitant démarche et travaux
  - FAMO
  - Guide des ressources
  - Documents de gestion de cas
  - Plaquette MAIA
  - Documents du Colloque
  - Documents formation Guichet Intégré
  - Documents carte de coordination
  - Documents patient-traceur

# PARTIE 1

## Introduction

---

### Présentation du projet

1. Présentation générale
2. Le porteur du projet
3. L'équipe dédiée à la MAIA en 2017
4. Le projet MAIA Val d'Oise Sud en 2017



## INTRODUCTION

### 1.1 - Présentation générale

La Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) vise à simplifier le parcours de vie et de santé des personnes âgées et de leurs aidants.

La méthode repose sur une démarche d'intégration permettant de dépasser la simple juxtaposition de plusieurs coordinations de structures et d'acteurs.

L'objectif de la MAIA est de réduire la complexité du système par un ajustement des réponses aux besoins des personnes : prévenir, accompagner, dispenser des aides, soigner au bon moment, par la meilleure ressource disponible et, *in fine*, faciliter, simplifier le parcours des personnes âgées en perte d'autonomie.

La coopération des acteurs est soutenue dans l'action des MAIA par les gestionnaires de cas qui interviennent auprès de personnes âgées, en situation dite «très complexe», nécessitant une coordination intensive et durable.



Val d'Oise - 3 MAIA - 10 gestionnaires de cas



## INTRODUCTION

### 1.2 - Le porteur du projet

Le porteur de la MAIA Val d'Oise Sud est L'Association Gérontologique Vallée de Montmorency-Rives de Seine, régie par la Loi 1901 et créée en 1998.

L'association porte la MAIA depuis le **30 juin 2012** par l'ARS Ile de France.

L'Association a pour objet de :

- Organiser et planifier le parcours de soins et coordonner la prise en charge du patient sous la responsabilité de médecins en lien avec les autres acteurs de la coordination.
- Apporter un appui aux différents intervenants (professionnels de santé de premier recours, sociaux, médico sociaux, aidants familiaux) auprès du patient.
- Favoriser la bonne articulation entre la ville et l'hôpital et le décloisonnement des secteurs sanitaires, social et médico-social.
- Favoriser le maintien à domicile et le développement de pratiques gérontologiques, cancérologiques et de soins palliatifs à domicile.
- Participer à une évaluation pluridisciplinaire des besoins des personnes à domicile et dans les établissements sanitaires, sociaux et médico sociaux.
- Organiser tout service d'accompagnement, de soins, d'hospitalisation des patients, des personnes âgées et/ou handicapées.
- Participer à la formation des professionnels, organiser des échanges de pratiques, diffuser les recommandations (HAS), développer les démarches qualité.
- Susciter et participer à la création de toute structure ou dispositif utile à la population fragilisée, sur le territoire Val d'Oise sud.

L'Association Gérontologique s'est engagée dans plusieurs projets dont les actions relèvent de l'évaluation des besoins, de l'élaboration de projet de vie et de la coordination auprès du public âgé en perte d'autonomie :

- 2002 : deux CLIC
- 2004 : Structure évaluatrice en convention avec La CNAV
- 2008 : réseau de santé gérontologique Joséphine
- 2011 : MIGAC (fin en 2012)
- 2012 : MAIA du territoire sud du Val d'Oise

- **2017 : Le réseau Joséphine devient tri-thématique gérontologie, oncologie, soins palliatifs**
- **2017 : Proposition de portage d'une PTA et de Terr E-Santé**

Le territoire couvert par les services de l'association est adossé au territoire des 34 villes de la MAIA VO Sud.



## INTRODUCTION

### 1.2 - Le porteur du projet

#### Les engagements :

La poursuite de la démarche d'intégration MAIA : concertation, guichet intégré, SI, gestion de cas  
La poursuite du déploiement du guichet intégré  
La poursuite des actions transversales  
Le maintien de l'activité de gestion de cas

#### Les moyens complémentaires :

Le recrutement d'un poste mi-temps de secrétariat : Mutualisation au sein de l'association d'un poste d'assistante MAIA.  
Validation par l'ARS IDF pour le recrutement d'un 5<sup>ème</sup> poste de gestionnaire de cas



## INTRODUCTION

### 1.3 - L'équipe dédiée à la MAIA en 2017

**La pilote de la MAIA.** Sophie MÉLAN a pris ses fonctions, à temps plein, le 1<sup>er</sup> juillet 2012.

En 2017 :

- ◆ Membre du Conseil Territorial de Santé du Val d'Oise (CTS 95) et de son bureau
- ◆ Membre du COPIL pour le déploiement du Plan Territorial de Santé Mental 95, émanant du CTS 95
- ◆ Déléguée en binôme, pour l'Ile de France, au sein du Collectif National des Pilotes MAIA

#### **L'équipe des gestionnaires de cas :**

Dominique GAMBA, infirmière, recrutée en 2015,	DIU obtenu en 2013
Audrey OCANA, Conseillère en Economie Sociale et Familiale, recrutée en 2014	DIU obtenu en 2015
Laure PONTIUS, infirmière, recrutée en août 2016,	DIU obtenu en 2017
Agnès BERTIN, assistante de service social, recrutée en août 2016,	DIU obtenu en 2017

Le DIU, Diplôme Inter Universitaire de gestion de cas, vise à assurer l'évaluation, la planification, la coordination et la continuité des services, en vue d'une intégration des soins et des services auprès des personnes en perte d'autonomie.

L'ARS a autorisé en juillet 2017, le recrutement d'un cinquième poste de gestionnaire de cas.  
Recrutement en cours au 31 décembre 2017

#### **L'assistante de l'ensemble de l'équipe :**

Mélanie COUSIN, secrétaire, recrutée pour la MAIA à mi-temps au sein de l'association arrivée mi 2017

#### **Habilitation du service de gestion de cas pour accueillir les stagiaire du DIU :**

Critères d'habilitation : Dispositif MAIA validé par ARS, Pilote en poste sur la MAIA au cours du stage, Table Tactique et Table Stratégique déjà réunies, Gestionnaire de cas tuteur diplômé, 15 situations minimum en file active par GC tuteur, Monitoring régulier des PSI (Plans de Services Individualisés), Guichet Intégré des services du territoire en cours de déploiement.

**Accueil de stagiaires en MASTER 2, auprès de la pilote.**





## INTRODUCTION

### 1.4 - Le projet de la MAIA en 2017

Sur la base des besoins identifiés depuis 2012						
Développer les pratiques d'orientation et de partage d'information	Développer la connaissance de l'offre de services et de soins	Organiser l'articulation entre les acteurs de ville et les hôpitaux	Intégrer l'ensemble des CCAS à la démarche	Développer la formation des acteurs de l'accueil de 1 <sup>er</sup> recours	Mobiliser autour des Systèmes d'Information numériques	Améliorer la communication MAIA

- Accompagner les professionnels à la mise en pratique des outils créés
- Sensibiliser les points d'accueil de premier recours comme les CCAS
- Préparer le plan de formation-sensibilisation des professionnels à l'accueil, l'évaluation et l'orientation des personnes et des aidants.
- Déployer les Systèmes d'Information
  - Peupler le Répertoire Opérationnel des Ressources
  - Former les directions d'établissement à la mise à jour du répertoire et la connaissance des Systèmes d'Information, SI
  - Former les professionnels à l'information et l'accompagnement de la population sur le SI Via Trajectoire Médico-Social
  - Préparer l'ouverture du portail d'accès Web MAILLAGE 95
  - Permettre l'insertion du e-parcours et de l'outil TERR E-Santé dans la démarche du guichet intégré
- Répondre aux besoins d'évolution de l'articulation entre la ville et l'hôpital
- Mettre en place un plan de communication

# PARTIE 2

## Présentation du territoire

---

1. Caractéristiques générales
2. La population du territoire
  - Population
  - Dépendance
3. Les ressources du territoire
4. Les prestations disponibles sur le territoire



## 2.1 Caractéristiques générales du territoire



Éléments de diagnostic départemental  
transmis par l'ARS au Conseil territorial de Santé 95

Quelques déterminants de santé notables pour le Val d'Oise:

- Des risques naturels et industriels présents
- Un parc de 15000 logements privés potentiellement indignes
- Une qualité de l'eau pouvant être améliorée

Des indicateurs socio économiques moins favorables qu'en IDF :

- Niveau de vie médian le plus faible de la région après le 93 (2013)
- Taux de pauvreté au dessus de la médiane d'IDF (2013)
- Nombre de bénéficiaires du RSA en hausse : +46% entre 2009 et 2015
- Part des bénéficiaires de la CMUC supérieure à celle d'IDF en 2015 et en hausse
- Un indice de développement humain, IDH2, santé, éducation et niveau de vie, en baisse. Inférieur à 0,39 sur des communes de l'Est et l'Ouest. Mais néanmoins Argenteuil et Bezons

Des indicateurs de santé défavorables par rapport à la moyenne IDF :

- Espérance de vie des hommes et des femmes à la naissance plus basse que la moyenne IDF
- Taux standardisé de mortalité à 65 ans et plus pour 100 habitants supérieur à la moyenne IDF
- Une surmortalité (2014) pour les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et cérébro-vasculaires
- Un taux (2014) de prévalence plus élevé pour les diabètes, les maladies coronaires et les insuffisances respiratoires chroniques graves

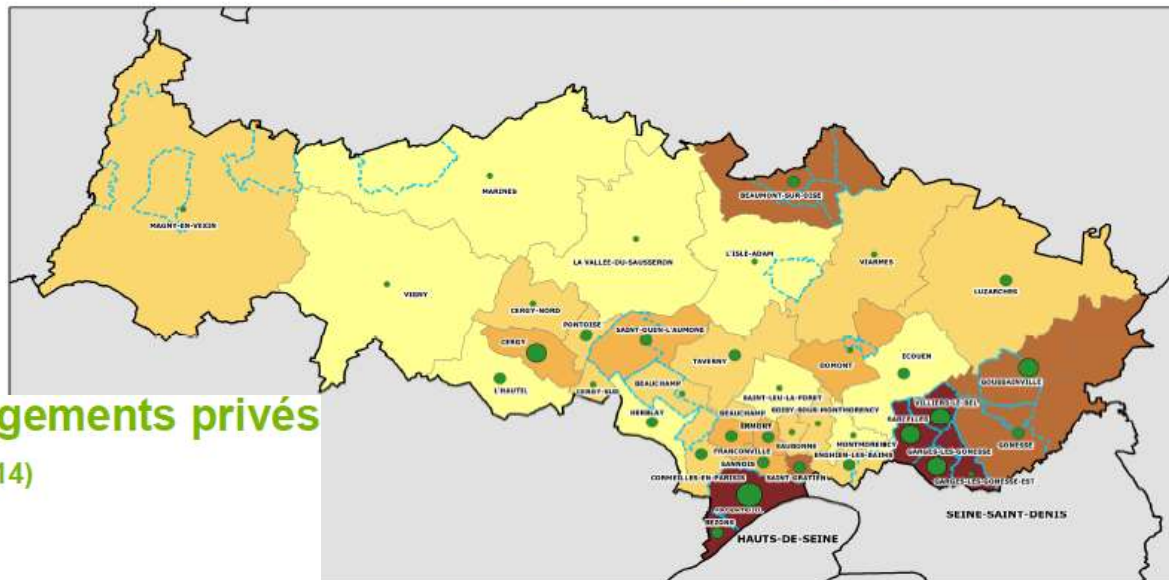


## 2.1 Caractéristiques générales du territoire

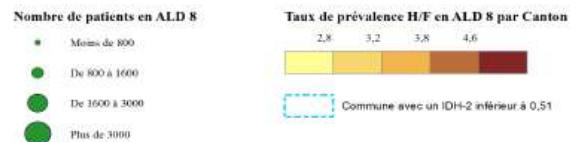
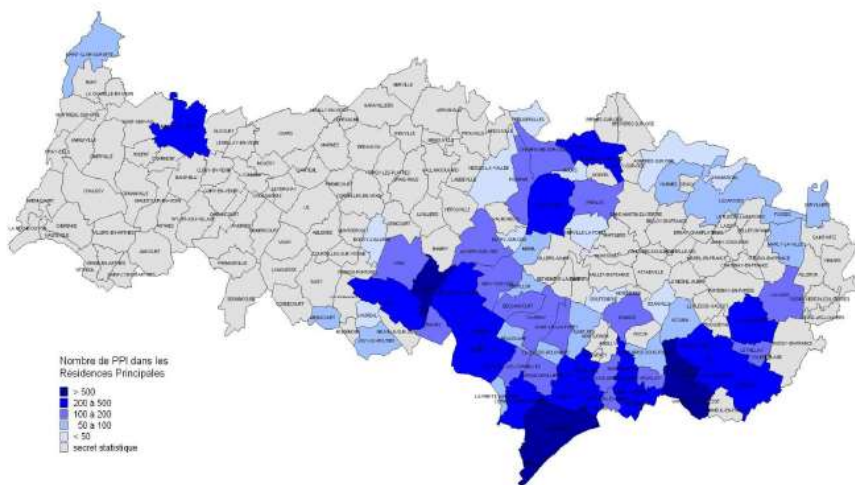
Éléments de diagnostic départemental transmis par l'ARS au Conseil territorial de Santé 95



Représentation du taux de prévalence du diabète type 1 et type 2 en 2012 et IDH-2



L'habitat : environ 15000 logements privés potentiellement indignes (2014)





## 2.1 Caractéristiques générales du territoire



Éléments de diagnostic départemental  
transmis par l'ARS au Conseil territorial de Santé 95

**L'offre de prévention** dynamique, développées sur les zones en IDH2 défavorables à consolider et étendre sur les territoires les plus isolés :

- Une quarantaine de promoteurs locaux soutenus par l'ARS : santé globale des personnes en situation de précarité, conduites addictives, nutrition et buccodentaire, santé mentale, ...
- Des promoteurs régionaux en soutien d'interventions départementales : Ligue contre le cancer, ANPAA, Aides
- Des institutions qui déploient des programmes de prévention spécifiques : MSA, PRIF, CRAMIF, CPAM, Conseil départemental, Préfecture

**L'offre de dépistage :**

- PSVO, Prévention et Santé en Val d'Oise : agit sur le dépistage organisé des cancers du sein et colorectal, bientôt le dépistage du cancer du col de l'utérus, ainsi que sur la formation et promotion du dépistage auprès des professionnels.
- Le Conseil départemental gère les 4 Centres Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic, CeGIDD, pour les maladies sexuellement transmissibles : Cergy, Argenteuil, Garges-lès-Gonesse et l'hôpital de Gonesse.
- Le conseil départemental et l'ARS mènent ensemble l'activité de lutte contre la tuberculose et les vaccinations.





## 2.1 Caractéristiques générales du territoire

Éléments de diagnostic départemental  
transmis par l'ARS au Conseil territorial de Santé 95

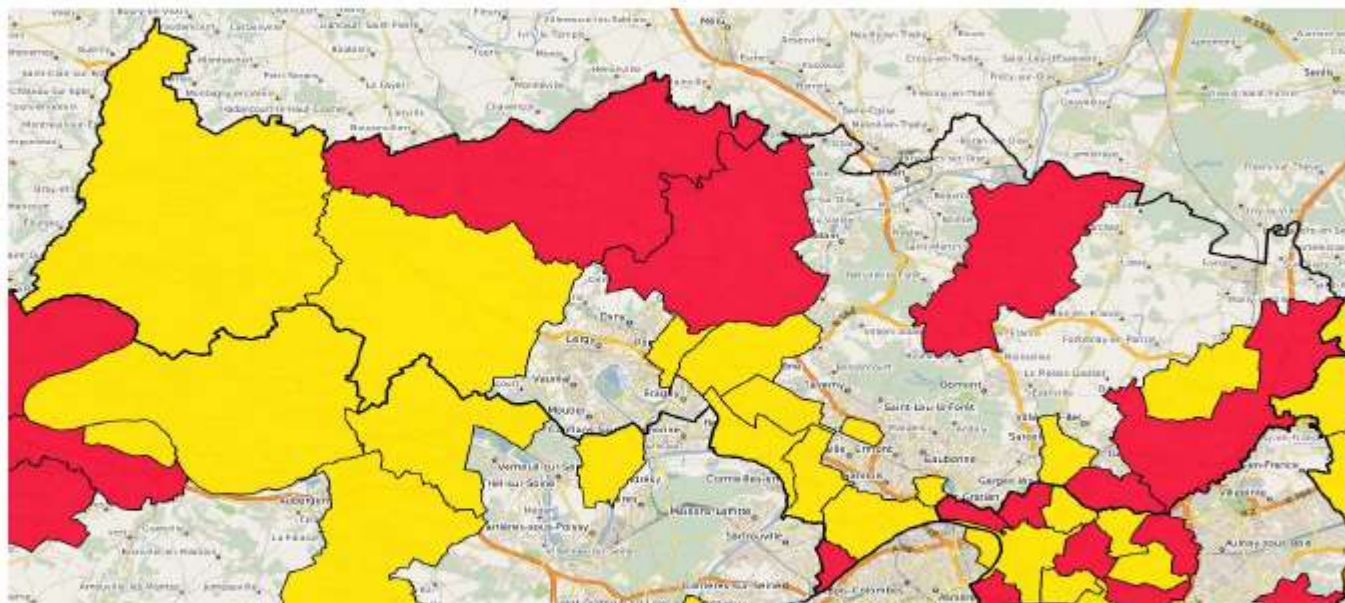


### Zones déficitaires et fragiles en ambulatoire

Concernant la démographie médicale de ville

48 % de la population du Val d'Oise se situe dans une zone déficitaire ou fragile

(données zonage 2015).



Zonage SROS 2015

- Défictaire
- Fragile

NB: Absence de faculté de médecine



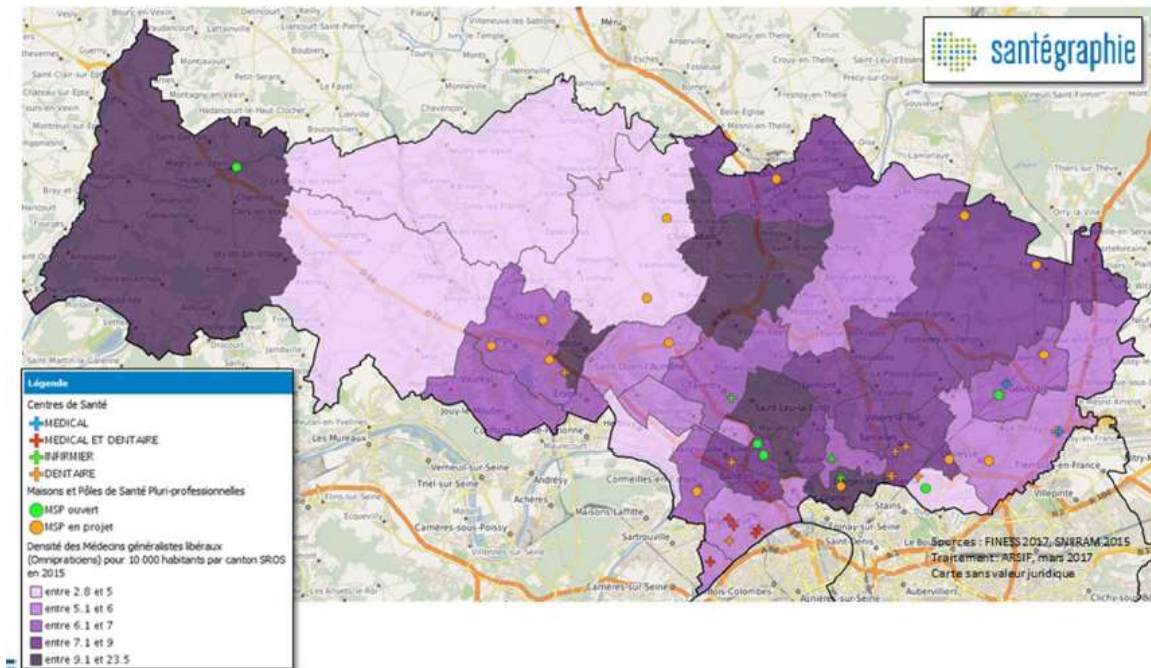
## 2.1 Caractéristiques générales du territoire

Éléments de diagnostic départemental  
transmis par l'ARS au Conseil territorial de Santé 95



### Centres de Santé et Pôles et maisons de santé pluri-professionnels

- Développement des structures d'exercice collectif : 4 maisons de santé pluridisciplinaires, 3 prochainement et des projets en cours.
- 22 centres médicaux et dentaires

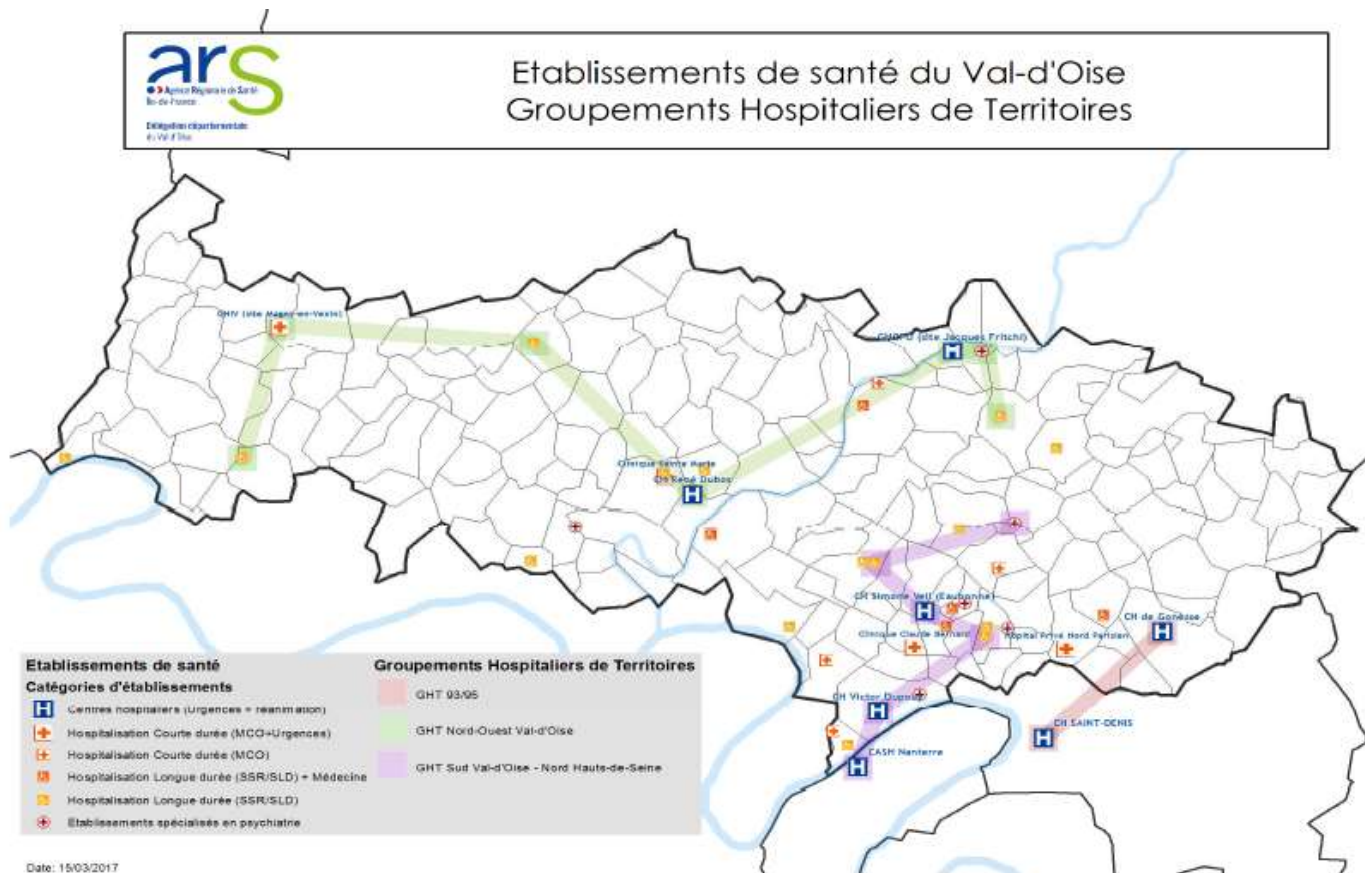


- Des difficultés persistantes de couverture de l'ensemble du territoire pour la permanence des soins ambulatoires la nuit et le WE.
- Une organisation départementale de SOS médecins
- Des points fixes de consultations de garde : Argenteuil, Magny, Bezons, Louvres, Taverny et Saint-Ouen L'Aumône.
- Une permanence dentaire à l'hôpital de Pontoise.
- Le département est couvert en réseaux de santé.



## 2.1 Caractéristiques générales du territoire

Éléments de diagnostic départemental transmis par l'ARS au Conseil territorial de Santé 95



Le taux de recours aux urgences dans le Val d'Oise, non suivi d'hospitalisation, est largement supérieur à celui de l'IDF





## 2.1 Caractéristiques générales du territoire



Éléments de diagnostic départemental  
transmis par l'ARS au Conseil territorial de Santé 95

- — Le taux d'équipement en psychiatrie adulte légèrement supérieur au taux régional

	Tx equipt ADULTE /100 000 hbts	Rang régional
Val d'Oise	113,75	3ème
Ile de France	108,35	

- | Département | Taux d'équipement<br>SSIAD | Taux d'équipement<br>EHPAD | Taux d'équipement<br>Résidences<br>autonomie |
|-------------|----------------------------|----------------------------|--|
| <b>95</b>   | <b>20.71</b>               | <b>98.98</b>               | <b>32.66</b>                                 |
| <b>IDF</b>  | <b>20.54</b>               | <b>79.17</b>               | <b>30.89</b>                                 |

Taux d'équipement septembre 2016 : lits / places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

- Pour les personnes handicapées : le taux d'équipement est légèrement supérieur à la moyenne régionale pour les MAS, FAM et SAVS mais inférieur pour les foyers de vie et foyers d'hébergement. L'Idf reste sous-équipée par rapport aux autres régions.



## 2.1 Caractéristiques générales du territoire

Le découpage en Cantons : 11 cantons

Décret n° 2014-168 du 17 février 2014

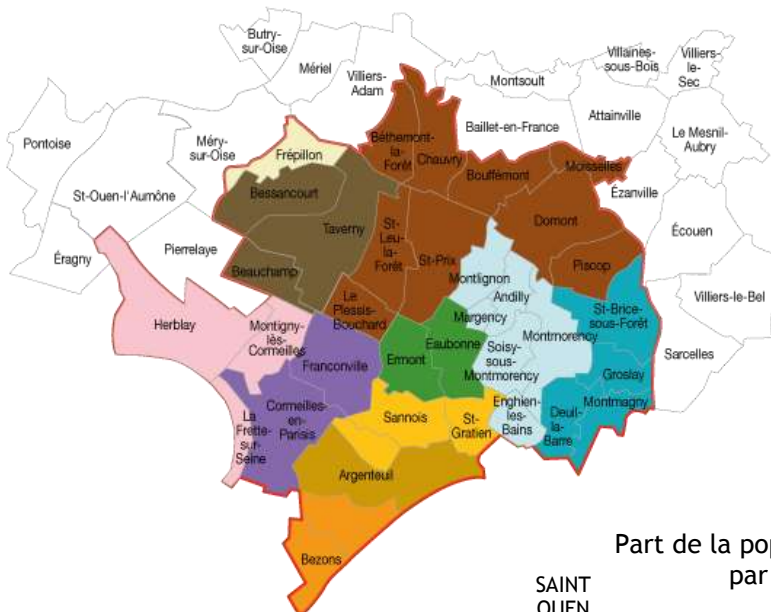


Les cantons

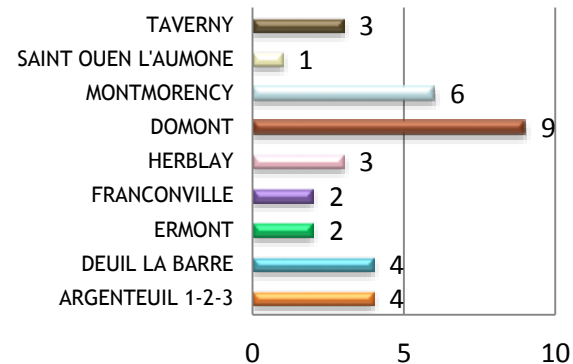
- Argenteuil 1
- Argenteuil 2
- Argenteuil 3
- Deuil-La-Barre
- Domont
- Ermont
- Franconville
- Herblay
- Montmorency
- Saint-Ouen-L'Aumône
- Taverny

Territoire de la MAIA Val d'Oise SUD

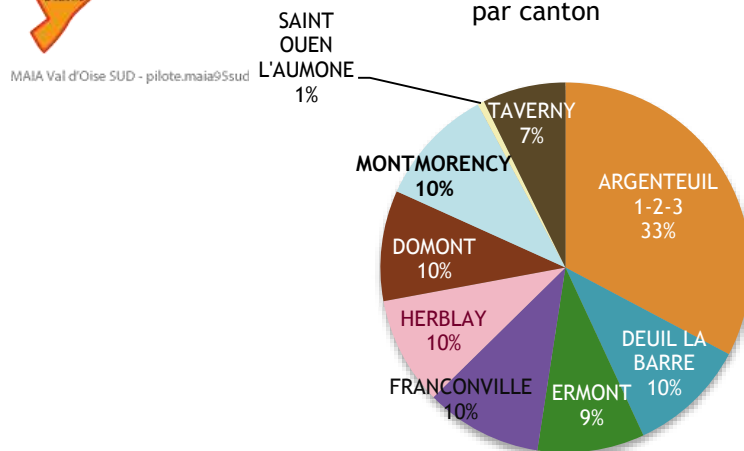
CANTONS 2014



Nombre de villes par canton



Part de la population répartie par canton



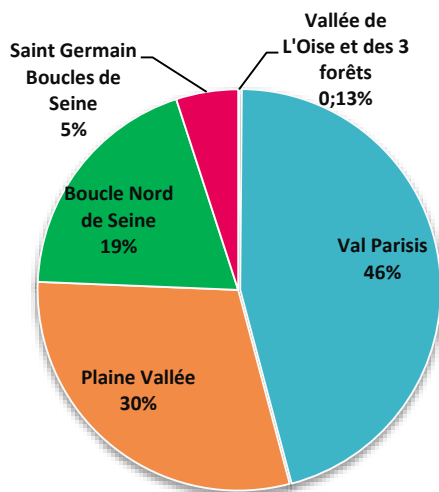


## 2.1 Caractéristiques générales du territoire



Le découpage en Communautés d'agglomérations : 5 CA Janvier 2016

Répartition de la Population du territoire sud par communauté d'agglomération





## 2.1 Caractéristiques générales du territoire

### Les contrats locaux de santé



Évolution des contrats locaux de santé (CLS) : outils de contractualisation transverse pour coordonner au mieux les politiques de santé publiques de santé d'un territoire et répondre aux enjeux de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et d'amélioration des parcours de santé.

Ils proposent une approche globale portant sur la prévention, l'accès aux soins, l'accompagnement médico-social et les déterminants sociaux de la santé, ayant pour objectifs :

- Favoriser l'innovation
- Faciliter les approches intersectorielles
- Garantir la participation formalisée des différentes catégories d'acteurs locaux et des habitants
- Assurer le suivi et les conditions de l'évaluation continue et finale.

**Communauté d'agglomérations du VAL PARISIS 2017**

CLS et CLSM en cours de déploiement

Échanges avec les acteurs du territoire

**Villes ARGENTEUIL, BEZONS 2017**

CLSM en cours de déploiement

Les Contrats Locaux de Santé du territoire MAIA Val d'Oise Sud





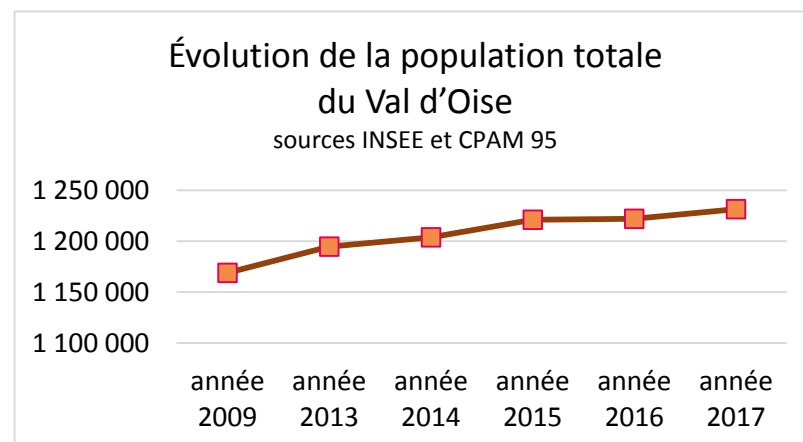
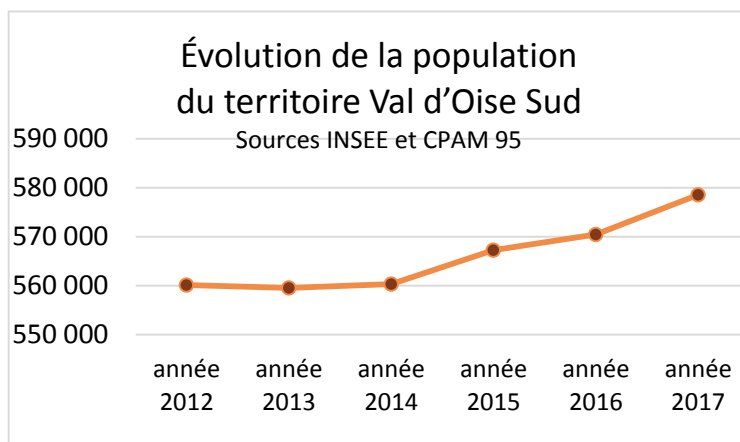
## 2.1 Caractéristiques générales du territoire



### Évolution de la démographie du Val d'Oise

	MAIA Val d'Oise Sud	Val d'Oise
Superficie	173 km <sup>2</sup>	1 246 km <sup>2</sup>
population totale (2017)	578 589	1 231 356
Densité	3 344 Hbt/km <sup>2</sup>	988 Hbt/km <sup>2</sup>
communes	34	185
Cantons (fiche code cantons en annexe)	10	21
communautés d'agglomération et de communes	5	11

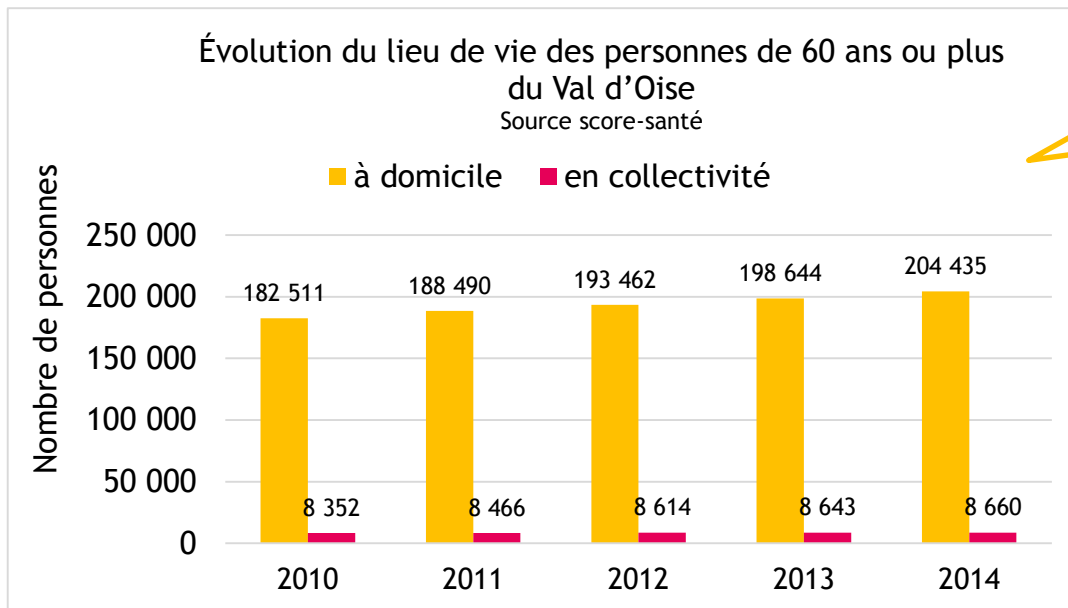
La population totale du territoire Sud = 47% de la population du Val d'Oise



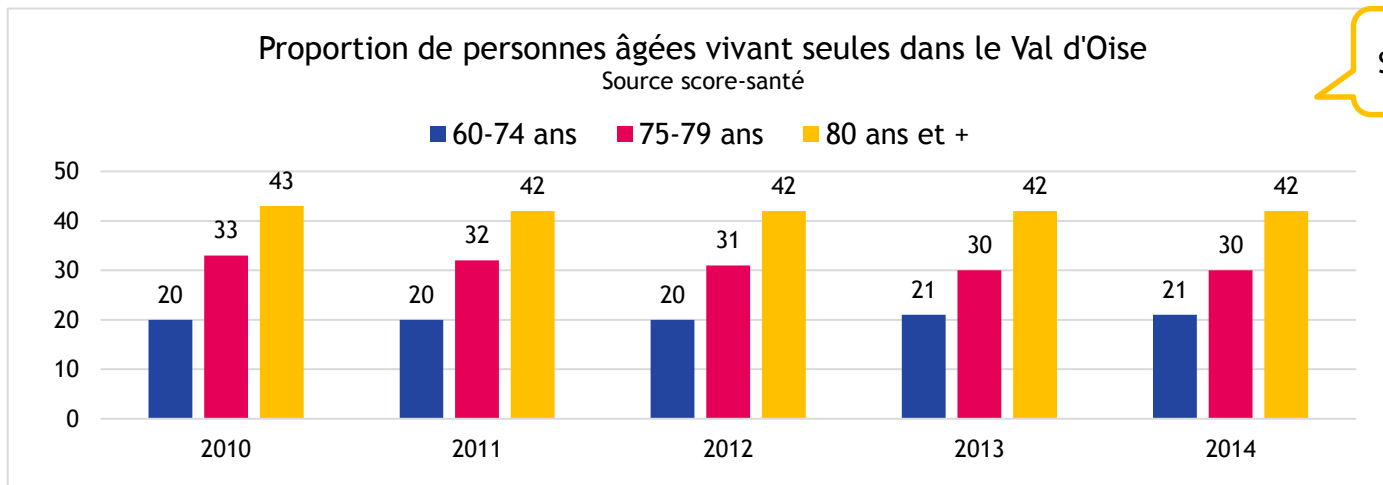


## 2.1 Caractéristiques générales du territoire

### Évolution dans le cadre de vie de la population âgée du Val d'Oise



En 5 ans, le lieu de vie a évolué :  
Domicile = + 12%  
Collectivité = +3,7%

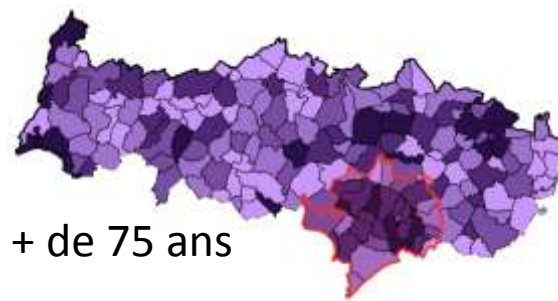
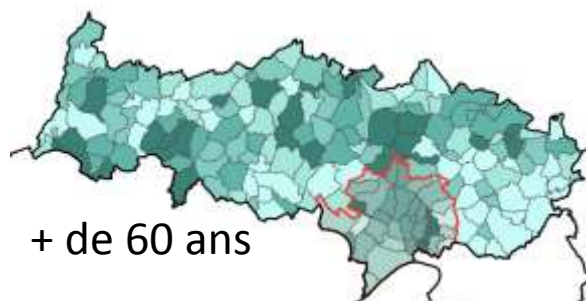


Stable



## 2.2 La population du territoire MAIA Val d'Oise Sud

Évolution de la population âgée



---

### Variations en 5 ans, de 2013 à 2017

+ de 60ans Val d'Oise	+ de 60 ans VO Sud	+ de 75 ans VO Sud
+ 9,15%	+ 11,5%	+7,97%

---





## 2.2 La population du territoire MAIA Val d'Oise Sud

Densité de la population âgée






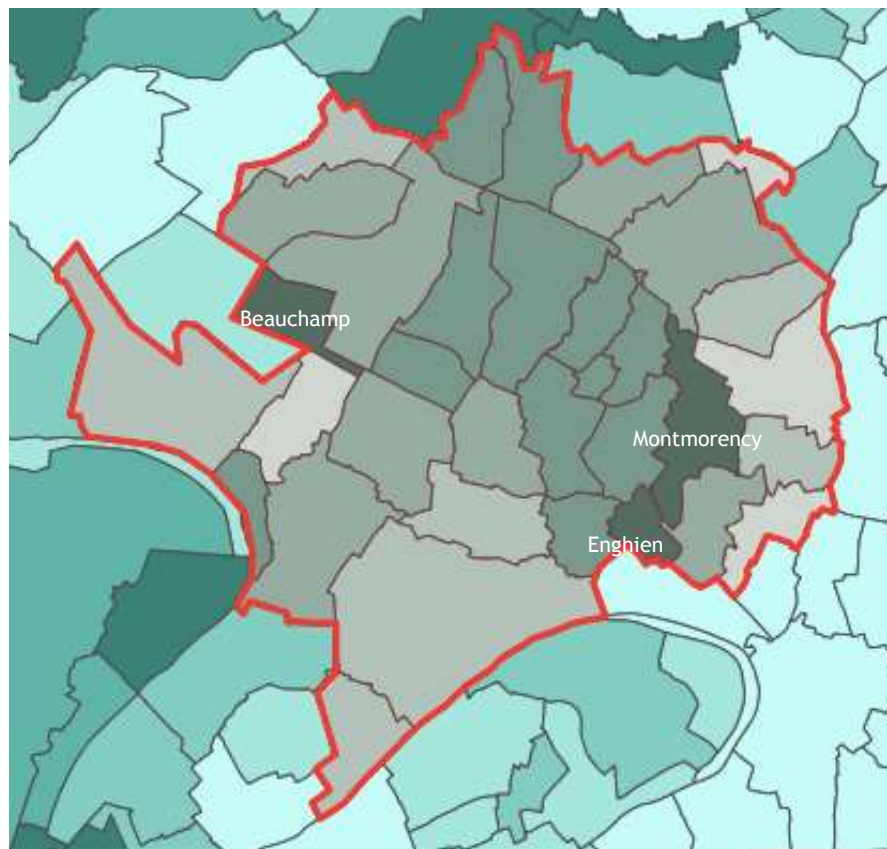
Population de plus de 60 ans (INSEE 2013):

*109 030 personnes de plus de 60 ans en 2014 Sur le territoire de la MAIA Val d'Oise Sud*

### Légende

Part des +60 ans par commune

-  entre 4.9 et 15.8%
-  entre 15.9 et 18.4%
-  entre 18.5 et 20.8%
-  entre 20.9 et 23.8%
-  entre 23.9 et 56.4%







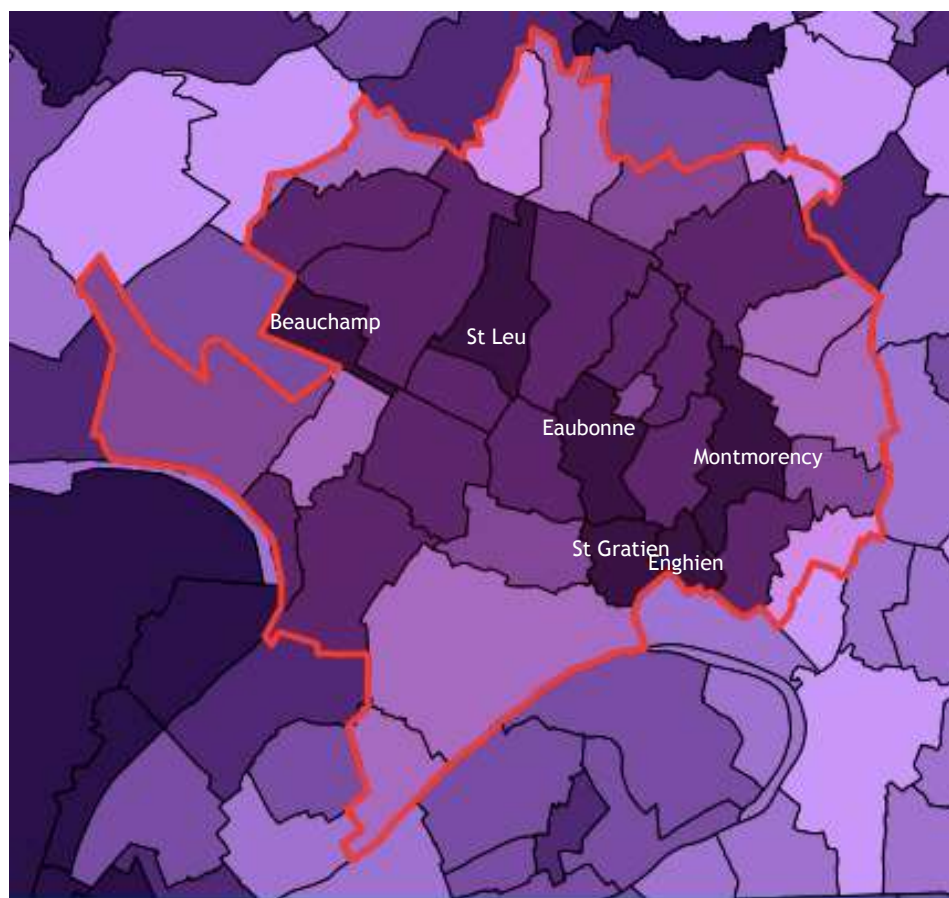
## 2.2 La population du territoire MAIA Val d'Oise Sud

Densité de la population âgée








Population de plus de 75 ans (INSEE 2013) :

39 052 personnes de plus de 75 ans sur le territoire de la MAIA Val d'Oise Sud



### Légende

Part des +75 ans par commune

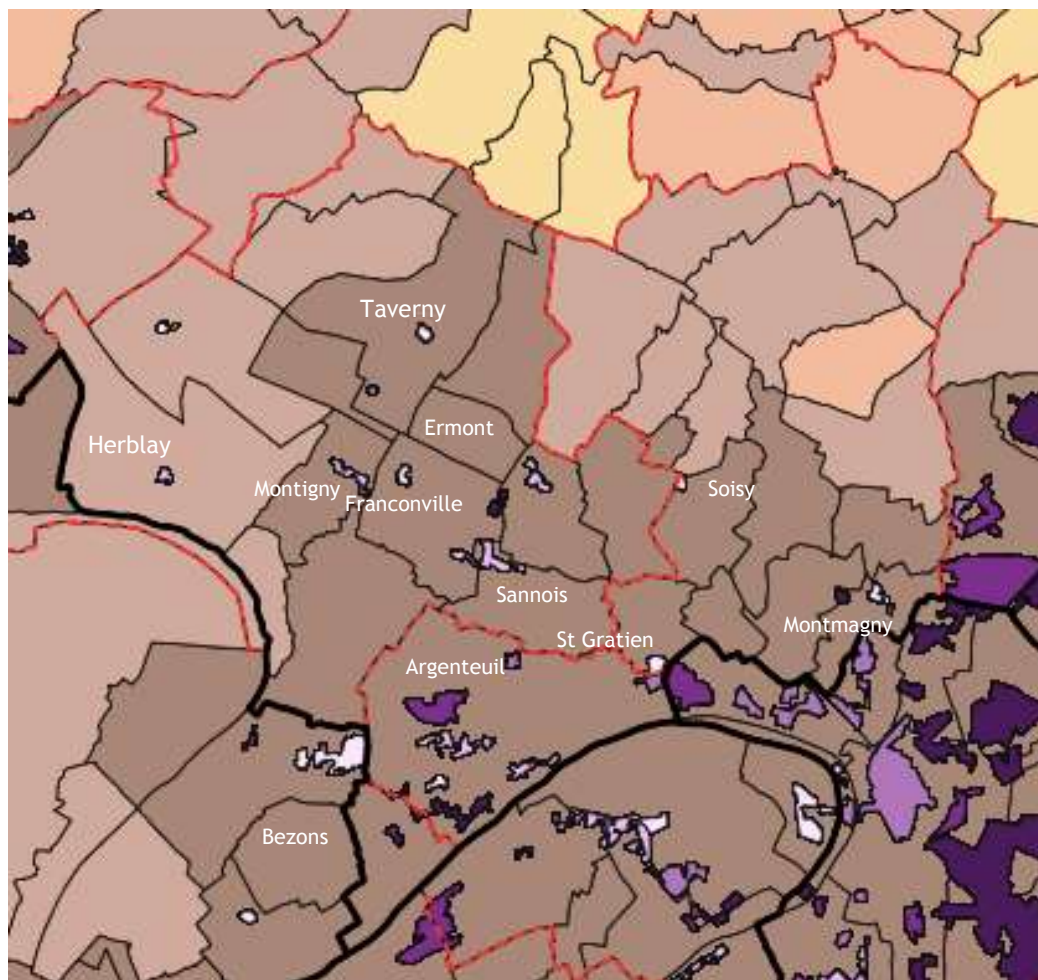
-  Moins de 4%
-  De 4 à 5,4%
-  De 5,5 à 6,6%
-  De 6,7 à 8,5%
-  Plus de 8,6%



## 2.2 La population du territoire MAIA Val d'Oise Sud

Densité de la population totale du territoire sud et des quartiers prioritaires

Le Taux de pauvreté représente la proportion d'individus ou de ménages dont le niveau de vie est inférieur pour une année au seuil de pauvreté.



### Légende

Contours départements Ile-de-France

□ Contour

Intercommunalités de la région Île-de-France

□ Contours des Intercommunalités

Quartiers prioritaires : Taux de pauvreté

□ entre 22 et 30.7%

□ entre 30.8 et 33.5%

□ entre 33.6 et 36.7%

□ entre 36.9 et 39.6%

□ entre 39.7 et 74.8%

Densité de population des communes d'Île-de-France au 1er janvier 2018 (habitants/km<sup>2</sup>)

□ moins de 50 hab/km<sup>2</sup>

□ entre 50 et 150 hab/km<sup>2</sup>

□ entre 150 et 500 hab/km<sup>2</sup>

□ entre 500 et 2500 hab/km<sup>2</sup>

□ plus de 2500 hab/km<sup>2</sup>

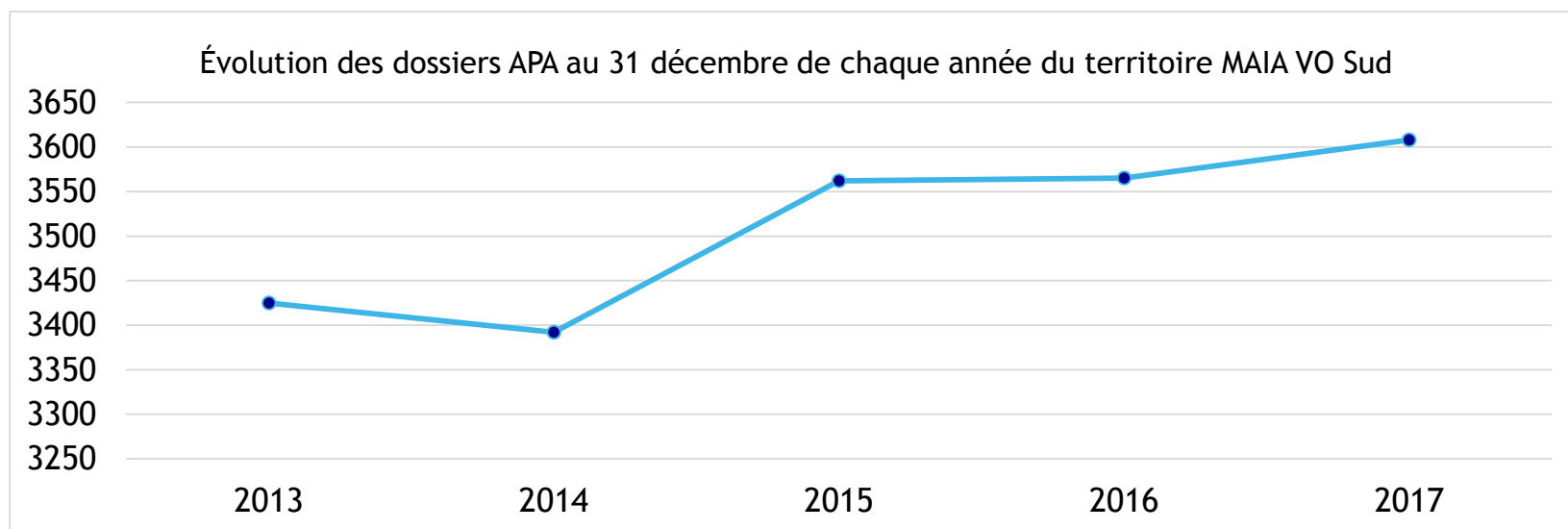
Communes d'Île-de-France

□ Contours administratifs



## 2.2 La population du territoire MAIA Val d'Oise Sud

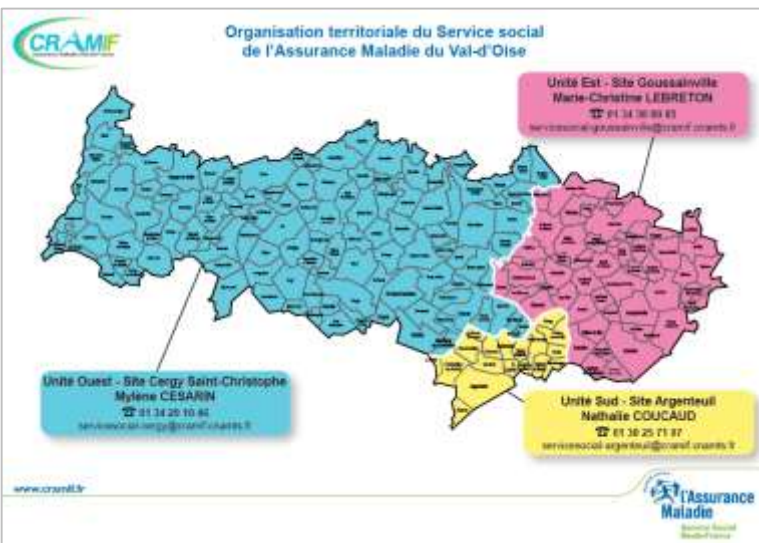
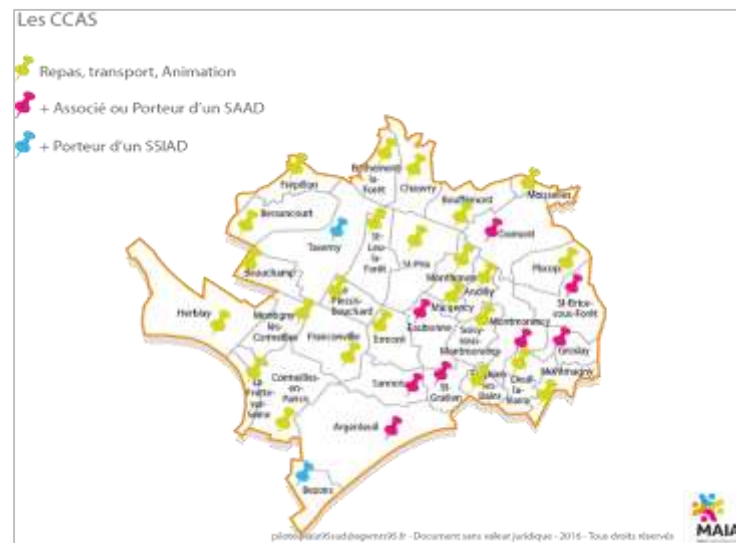
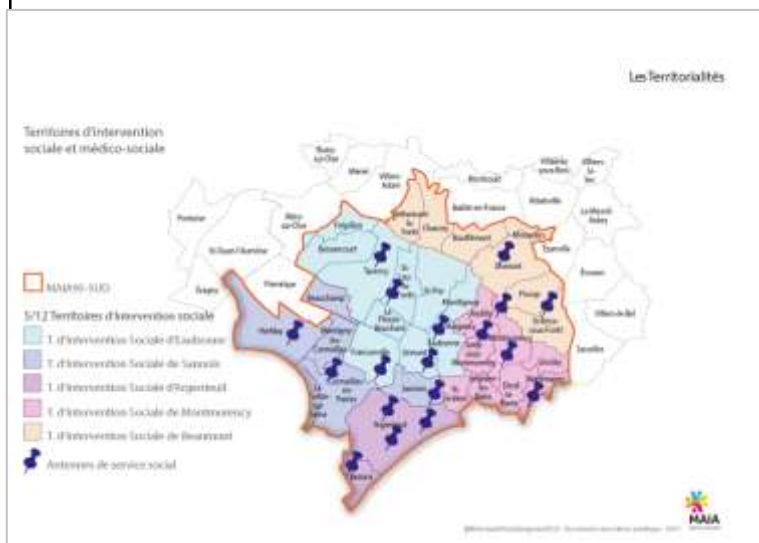
Évolution des bénéficiaires de l'APA de 2013 à 2017





## 2.3 Les ressources du territoire Val d'Oise Sud

### Les territoires des acteurs sociaux et médico-sociaux

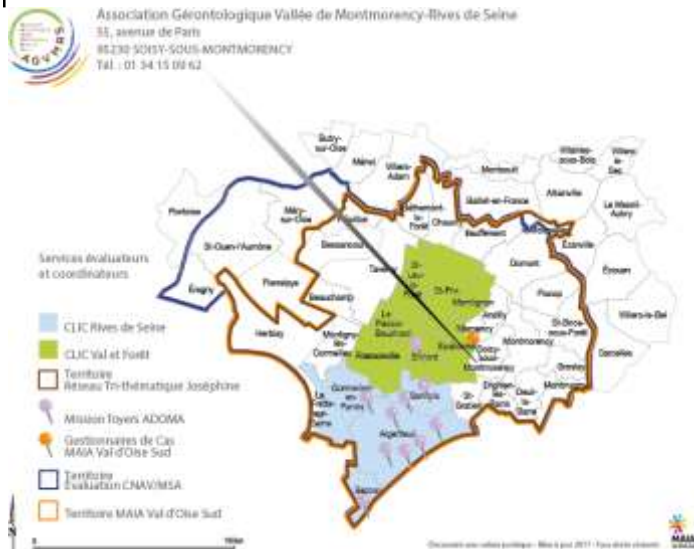






## 2.3 Les ressources du territoire Val d'Oise Sud

### Les acteurs du champ médico social en 2017



#### SSIAD du SUD du Val d'Oise



#### SPASAD Plaine Vallée

Tel: 01 39 85 09 19  
 Email: admr.plainevallée@de@admr.org



#### SSIAD ADMR Est-Paris



#### Services d'Aides à Domicile

- Territoires d'intervention
- ADMR Montsoult
  - ADMR Pro Alliance
  - ADMR Montargny
  - OMNCA



#### Territoire du dispositif MAIA Val d'Oise-SUD

#### Plateformes d'accompagnement et de Répit pour les aidants Plan Alzheimer 2008-2012





## 2.3 Les ressources du territoire Val d'Oise Sud

Les acteurs du champ médico social

Les coordinations : en 2017 le territoire est couvert pas un seul réseau de santé

La réunion des territoires des réseaux de santé qui deviennent tri-thématiques facilite la visibilité entre les réseaux :  
**Coordination et appui pour l'oncologie, la cancérologie et les soins palliatifs, à domicile.**

Le réseau Joséphine (territoire MAIA Sud total) débute ses nouvelles missions tri-thématiques, au 1<sup>er</sup> juillet 2017 avec une équipe renforcée.

Le 31 décembre 2017, fin de l'intervention du réseau ONCONORD sur le territoire.



Missions/objectifs	Actions mises en œuvre
<b>Coordonner le parcours de santé du patient en situation complexe</b>	Evaluer les besoins du patient (médicaux, diététiques, psychologiques, sociaux, évaluation de la douleur, accès aux soins) afin de proposer une réponse adaptée : bilan transversal des besoins du patient
	Rédiger, organiser et évaluer la mise en œuvre des plans personnalisés de santé (PPS)
	Offrir une réponse globale aux besoins de la personne dans une approche transversale (sanitaire, sociale, psychologique et environnementale)
	Faciliter l'accès aux soins de support, à l'Education Thérapeutique du patient, l'accès aux soins hors nomenclature...
<b>Appui aux professionnels du premiers recours</b>	Coopérer/soutenir avec les professionnels de santé libéraux, hospitaliers, les professionnels des secteurs social et médico-social pour construire des réponses partagées aux situations complexes ;
	Accompagner les acteurs de proximité dans la formalisation de protocoles organisationnels
	Formations pluri-professionnelles ou profession, au « lit du malade », échanges de pratiques Ville-Hôpital ou formation action.

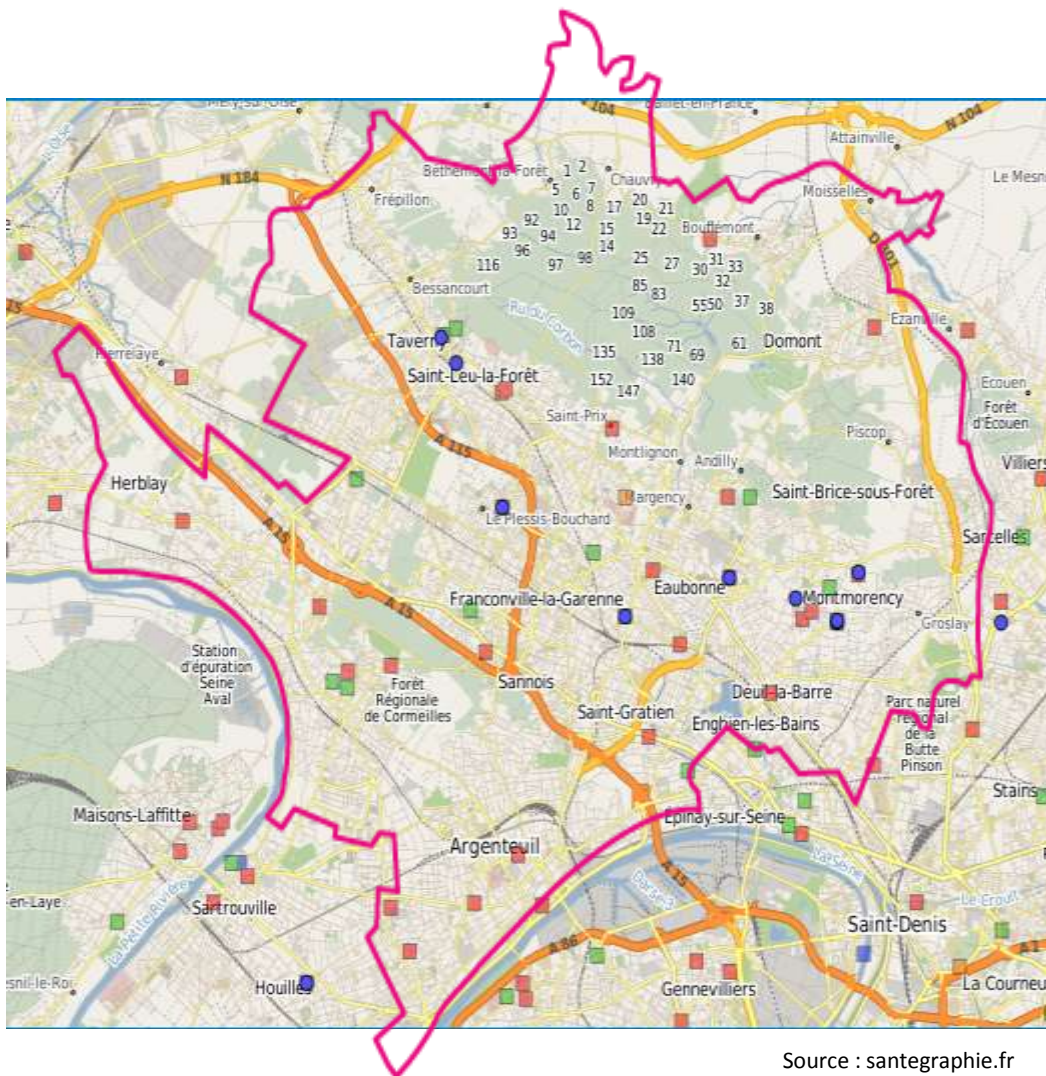


## 2.3 Les ressources du territoire Val d'Oise Sud

### Les acteurs du champ médico social en 2017

Extension  
des interventions des  
Infirmiers de nuit en  
EHPAD  
validée fin 2017 par  
l'ARS

-  Public hospitalier
-  Public territorial
-  Public autonome
-  Privé à but non lucratif
-  Privé à but lucratif
-  EHPAD avec  
IDE  
de nuit  
Partenariat  
SSIAD ADSSID







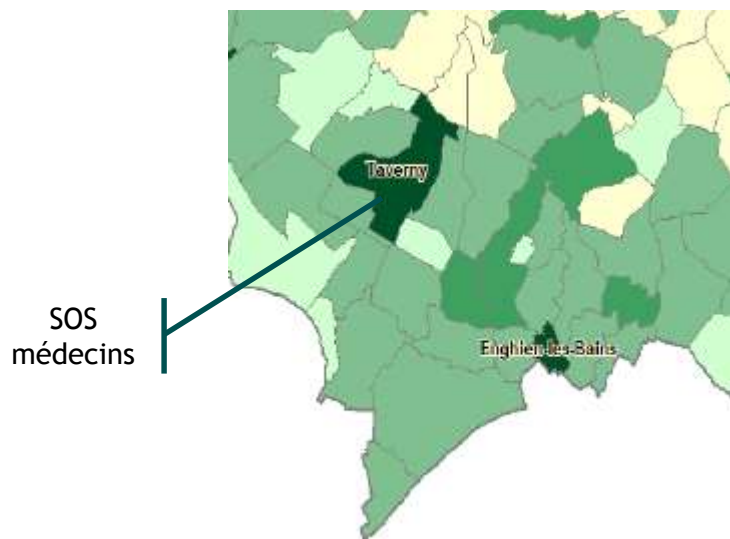
## 2.3 Les ressources du territoire Val d'Oise Sud

Les acteurs du champ sanitaire

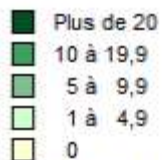
**Les professionnels de premier recours : les médecins libéraux en forte diminution**

Source CPAM95 2017

Médecins omnipraticiens

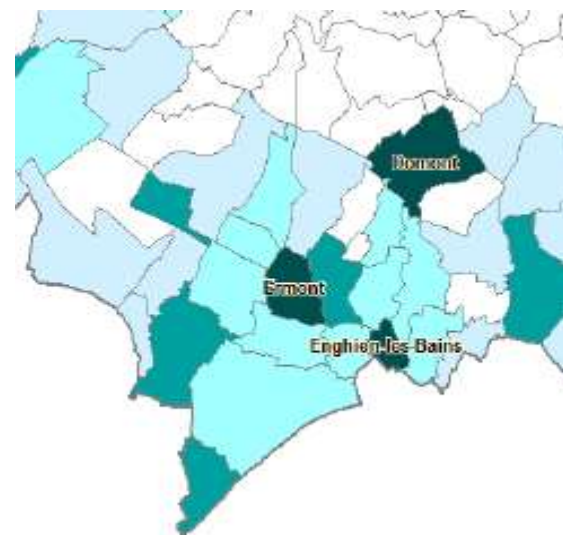


Densité des omnipraticiens :  
En nombre de médecins pour 10 000 assurés



Moyenne : 7,9

Médecins spécialistes



Densité des médecins spécialistes :  
En nombre de spécialistes pour 10 000 assurés



Moyenne : 8,9





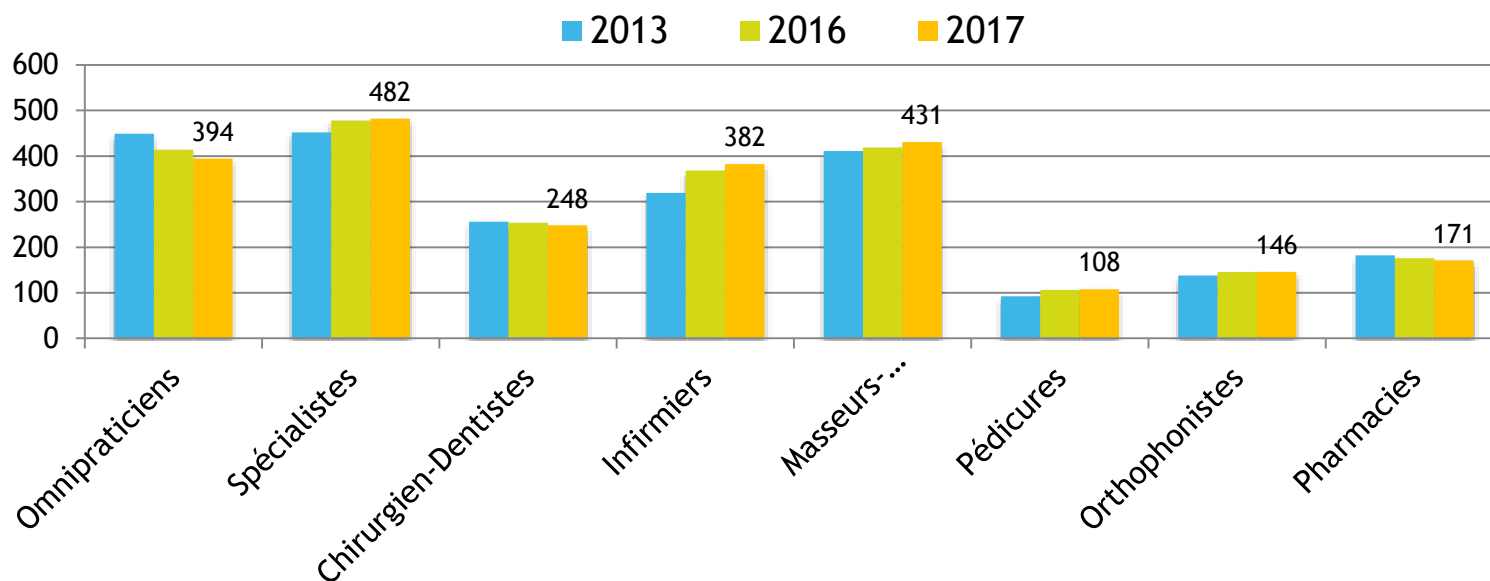
## 2.3 Les ressources du territoire Val d'Oise Sud

### Les acteurs du champ sanitaire

#### Évolution du nombre de professionnels de santé libéraux sur le territoire

Source CPAM95

Évolution du nombre de praticiens de santé libéraux sur le territoire MAIA VO Sud entre 2013 et 2017

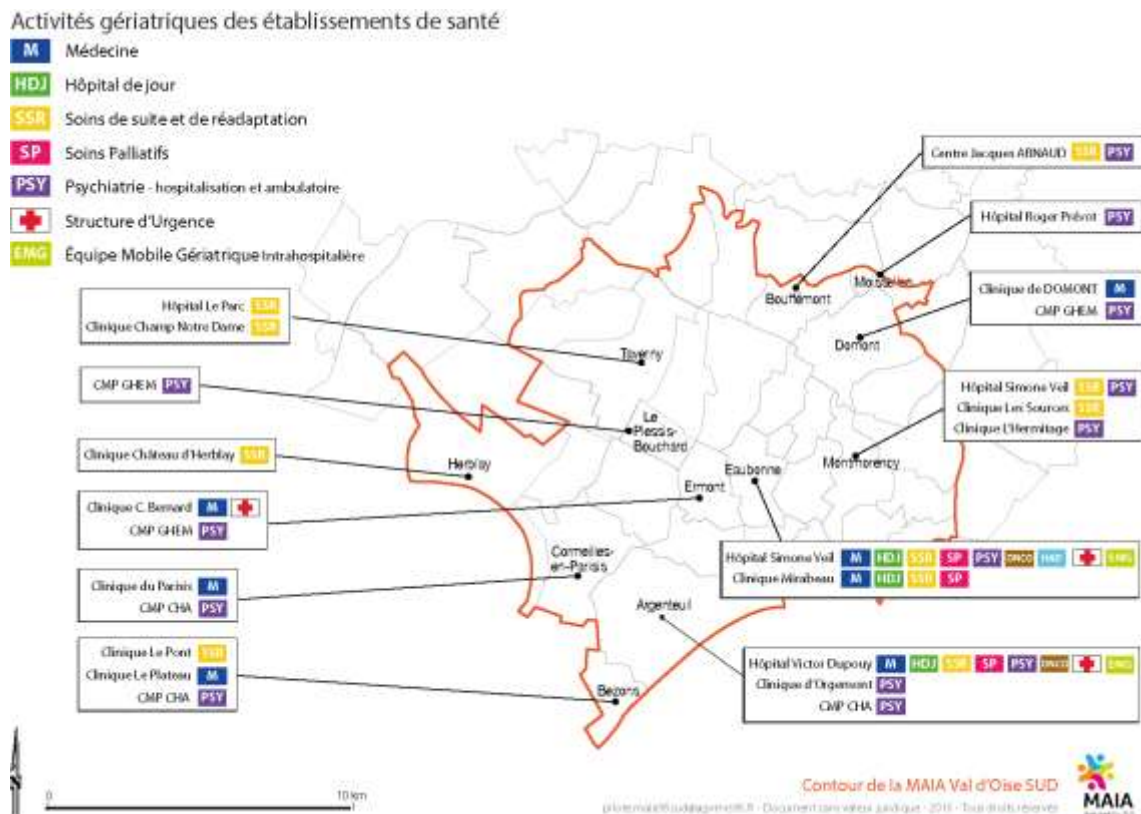


Omnipraticiens	Spécialistes	Chirurgiens-dentistes	Infirmiers	Masseurs-kinésithérapeutes	Pédiatres-podologues	Orthophonistes	Pharmaciens
- 4,8% en 1 an	+0,83% en 1 an	- 0,8% en 1 an	+3,8% en 1 an	+2,8% en 1 an	+1,8% en 1 an	0%	- 2,8% en 1 an
- 12,2% en 4 ans	+6,63% en 4 ans	- 3,1% en 4 ans	+19,7% en 4 ans	+4,8% en 4 ans	+17,3% en 4 ans	+5,8% en 4 ans	- 6,04% en 4 ans



## 2.3 Les ressources du territoire Val d'Oise Sud

### Les acteurs du champ sanitaire



La filière gériatrique du GHT, animée par l'hôpital Simone Veil d'Eaubonne a réalisé son premier Comité de Coordination Opérationnelle en octobre 2017.

Elle est composée de représentants médicaux et administratifs des membres et partenaires de la filière : hôpitaux publics, cliniques privées, établissements médico-sociaux, partenaires de ville et MAIA.



## 2.4 Les prestations disponibles sur le département du Val d'Oise

SCORE-Santé - 16/04/2017	
	Val-d'Oise
<b>Nombres de places d'accueil permanent pour personnes âgées - Unité : Nombre - Période : 2015</b>	
EHPAD	7028
USLD	455
Maisons de retraite non EHPAD	68
Résidences Autonomie	2243
Ensemble des établissements d'hébergement permanent	9794
<b>Taux d'équipement en accueil permanent - Unité : Pour 1 000 - Période : 2015</b>	
EHPAD	99
USLD	6
Maisons de retraite non EHPAD	1
Logements foyers	32
Ensemble des établissements d'hébergement permanent	138
<b>Nombre de lits d'hébergement médicalisé après 2009 - Unité : Nombre - Période : 2014</b>	
EHPAD	6880
Unités de soins de longue durée	435
Ensemble	7315
<b>Taux d'équipement en hébergement médicalisé à partir de 2009 - Unité : Pour 1 000 - Période : 2014</b>	
EHPAD	99
Unités de soins de longue durée	6
Ensemble	105
<b>Nombre de places en hébergement temporaire et de jour pour personnes âgées - Unité : Nombre - Période : 2012</b>	
Hébergement temporaire	46
Accueil de jour	111
<b>Taux d'équipement en places d'hébergement temporaire et de jour pour personnes âgées - Unité : Pour 1 000 - Période : 2012</b>	
Hébergement temporaire	1
Accueil de jour	2



## 2.4 Les prestations disponibles sur le département du Val d'Oise

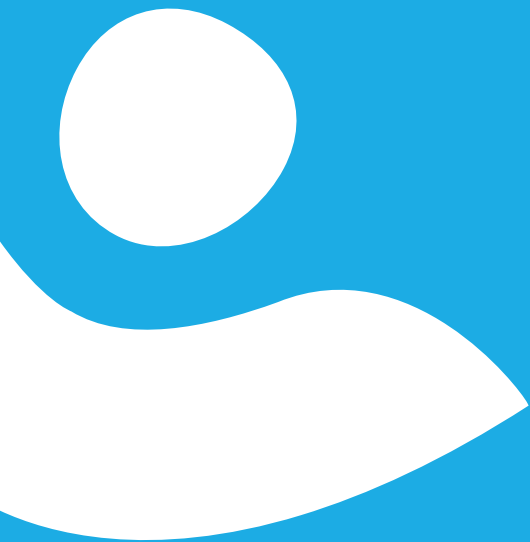
<b>Nombre de places alternatives à l'accueil permanent pour personnes âgées-Unité: Nombre-Période: 2015</b>	
Accueil temporaire	65
Accueil de jour	160
Accueil de nuit	2
<b>Nombre de médecins libéraux - Unité : Nombre - Période : 2010</b>	
Omnipraticiens	920
<b>Densité d'omnipraticiens libéraux pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus-Unité: Pour 1 000-Période: 2010</b>	
Ensemble	14
<b>Nombre d'infirmiers selon le mode d'exercice - Unité : Nombre - Période : 2014</b>	
Salariés exclusifs	6535
Libéraux	977
Ensemble	7512
<b>Densité d'infirmiers libéraux pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus - Unité : Pour 1 000 - Période : 2014</b>	
Ensemble	14
<b>Nombre de chirurgiens-dentistes selon le mode d'exercice - Unité : Nombre - Période : 2014</b>	
Libéraux	513
<b>Nombre de pharmaciens selon le mode d'exercice - Unité : Nombre - Période : 2012</b>	
Titulaires d'officine	409
<b>Nombre de masseurs-kinésithérapeutes selon le mode d'exercice - Unité : Nombre - Période : 2014</b>	
Libéraux	829
<b>Nombre de places en soins infirmiers à domicile - Unité : Nombre - Période : 2012</b>	
Ensemble	1170
<b>Taux d'équipement en places de soins infirmiers à domicile - Unité : Pour 1 000 - Période : 2012</b>	
Ensemble	8
<b>Nombre d'hospitalisations par âge - Unité : Nombre - Période : 2013</b>	
65 à 74 ans	33617
75 à 84 ans	28598
85 ans et plus	14096
<b>Taux d'hospitalisation par âge - Unité : Pour 1 000 - Période : 2013</b>	
65 à 74 ans	456
75 à 84 ans	589
85 ans et plus	694

# PARTIE 3

## L'intégration des services au sein du territoire en 2017



1. Les structures participant au dispositif
2. La concertation au sein du territoire
3. Les axes de travail de l'année 2017
4. La gestion de cas
5. Le pilotage de la MAIA



**3.1 Les structures participant  
au dispositif**

**3.2 La concertation au sein  
du territoire**



### 3.1 Les structures participant au dispositif



#### Les services participant au guichet intégré -2017

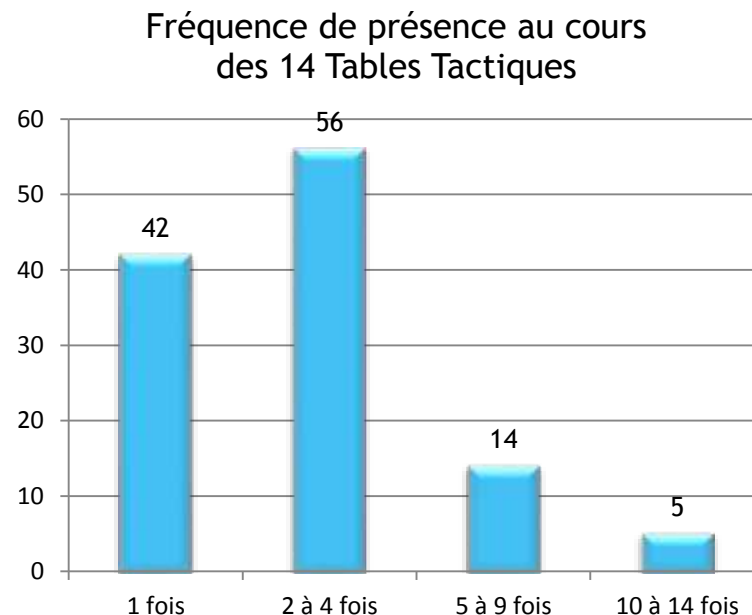
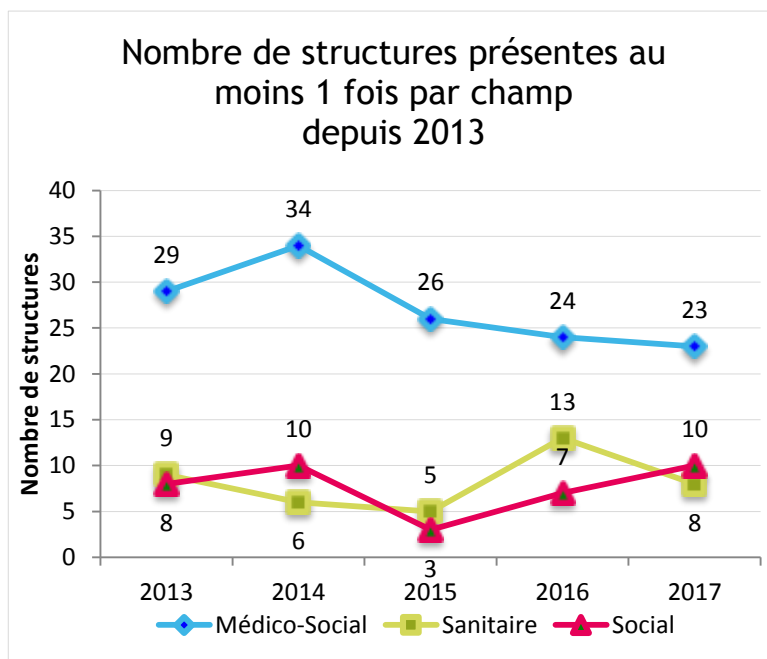
Services du guichet intégré	Nombre sur le territoire			Nombre Impliqué dans la démarche		
	En 2014	En 2016	En 2017	En 2014	En 2016	En 2017
CLIC	2	2	2	2	2	2
Réseau de santé gériatologique	1	1	0	1	1	1
Réseau de santé oncologie /soins palliatifs	3	3	0	0	0	0
Réseau de santé tri-thématique (fin 2017)	0	0	1	0	0	1
Service gestion de cas	1	1	1	1	1	1
CCAS / Villes	34	34	34	5	10	21
Hôpital (service sociaux, MCO, SSR, urgences)	3	3	3	2	1	2
Filière Gériatrique	2	1	1	2	1	1
Cliniques SSR (polyvalents, gériatriques, cardiologique, pneumologique et psychiatriques)	10	10	10	4	1	2
SSIAD	9	8	8	3	3	3
HAD (privé, MPR, polyvalent)	2	2	2	2	1	2
TISMS du Conseil Départemental	5	5	5	1	2	3
Points conseil APA	4	4	4	2	3	3
Plateforme de répit	2	1	1	2	1	1
MDPH	1	1	1	0	0	1
Équipe Mobile à dom (psycho gériatrie/ handicap neuro)	1	0	1	0	1	1
SAAD	49	50	60	10	6	15
Accueil de jour	5	7	9	3	3	1
EHPAD	44	42	44	4	4	14
Résidence Autonomie	22	22	22	1	4	6
Caisse retraite service évaluation	1	1	1	1	1	1
Centre de Santé (municipal et associatif)	4	5	5	0	2	2
IDE libéraux (représenté/URPS ou isolé)	1	1	1	1	1	2
Kiné libéraux	1	1	1	1	0	0
Orthophonistes libéraux	1	1	1	0	0	0
Médecins omnipraticiens libéraux	1	1	1	0	0	0
F.Alzheimer/ F.Parkinson/ CDCA/ UDAF/ UNAFAM / Petits frères des Pauvres	6	6	6	4	2	3
TOTAL	215	213	225	52	51	89

40%



## 3.2 La concertation au sein du territoire

### Les structures participant au dispositif : La Table de Concertation Tactique



**La Table de concertation tactique s'est réunie 3 fois en 2017 :**

Les relevés de décisions et Comptes Rendus sont transmis systématiquement à tous les invités.

La table de concertation tactique accueille chaque fois de nouvelles structures.

Les représentations sont à leur bon niveau (ou avec un mandat) à 90%.

Les partenariats se développent avec le service social départemental afin de favoriser la mise en réseau des acteurs.

La stabilité des établissements engagés depuis l'origine est visible: 26 sont venus au moins 4 fois.

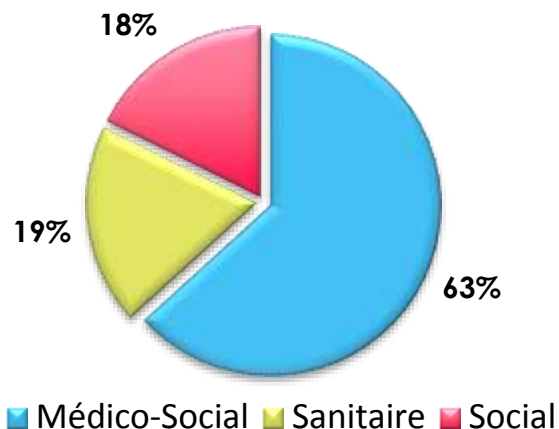




## 3.2 La concertation au sein du territoire

### Les structures participant au dispositif : La Table de Concertation Tactique

Représentation des secteurs en Table Tactique



**Médicosocial** : 3 SSIAD absents depuis le début sont en voie de mobilisation, les EHPAD ont été fréquemment représentés en 2017, les SAAD sont moins nombreux, les structures d'évaluation et de coordination toujours présentes (CD APA ou AGVMRS).

6 Résidences Autonomie souhaitent rejoindre la table tactique.

**Social** : La mobilisation du secteur social prend progressivement de l'ampleur : SSD, CRAMIF, CCAS et Communauté d'agglomération. Les CCAS sont de plus en plus sensibles au développement du guichet intégré, mais leur disponibilité en réunion reste difficile à obtenir. Les représentants des associations de malades France Alzheimer et Parkinson sont trop peu nombreux pour participer au Tables des 3 MAIA mais gardent le lien.

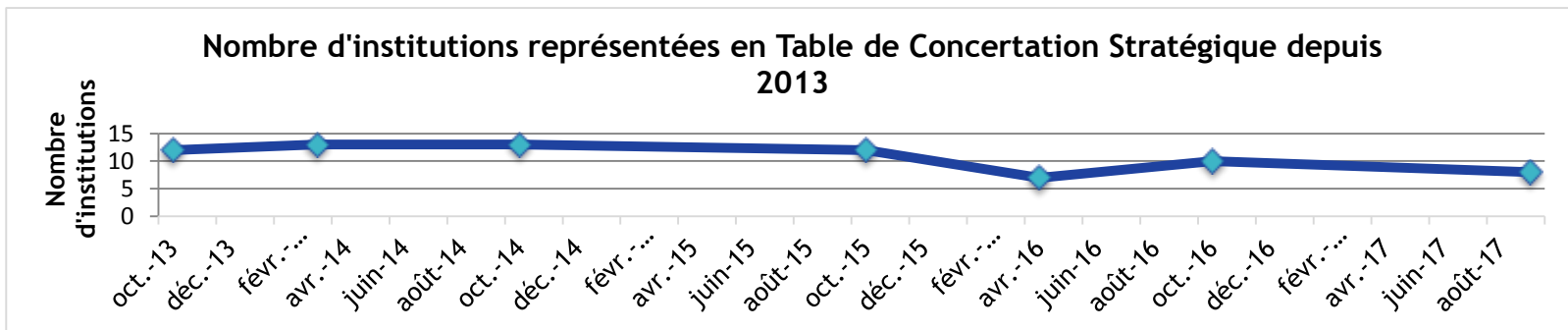
**Sanitaire** : les Centres Municipaux de Santé commencent à se mobiliser, sensibilisés par la gestion de cas. L'hôpital est investi depuis le début et l'HAD est présente. Quelques infirmières libérales viennent occasionnellement.



## 3.2 La concertation au sein du territoire

### Les structures participant au dispositif : La Table de Concertation Stratégique

Réunie 1 fois en 2017



Les institutions représentées au moins une fois en Table Stratégique jusqu'en 2017 :

Afin de valider ou faire évoluer certains sujets, les pilotes du Val d'Oise recherchent la représentation de la CPAM 95, du Conseil de L'ordre des Médecins et de l'URPS médecin.

Il reste important de soutenir aux 2 niveaux de concertation la présence des associations représentant la population et les malades, mais les bénévoles sont difficiles à recruter.

ARS IDF
ARS DÉLÉGATION DÉPARTEMENTALE
CONSEIL DÉPARTEMENTAL
CNAV IDF
CRAMIF 95
CODERPA / CDCA 95
DIRRECTE 95
France ALZHEIMER 95
France PARKINSON 95
MSA 95
ORDRE DES INFIRMIERS 95
UNCASS/UDCCAS 95
UDAF 95
URPS Kinésithérapeutes 95
URPS infirmiers 95
URPS pédicures podologues 95
GCS SESAN IDF



## 3.3 Les axes de travail de l'année 2017

A partir d'observations diagnostiques continues, et retenues par les acteurs du territoire, la feuille de route développe deux aspects :

- Les axes de travail pour renforcer l'intégration des services d'aide et de soins
- L'offre du territoire et les problématiques parcours existantes



## 3.3 Les axes de travail de l'année

### La feuille de route 2017

#### Les axes développés en 2017 :

- Sensibiliser les points d'accueil de premier recours comme les CCAS
- Préparer un plan de formation-sensibilisation des professionnels à l'accueil, l'évaluation et l'orientation des personnes et des aidants.
  - Accompagner les professionnels à la mise en pratique des outils créés
- Accompagner le déploiement des Systèmes d'Information Partagés
- Poursuivre les travaux d'amélioration de l'articulation entre la ville et l'hôpital
- Développer un plan de communication sur MAIA



### 3.3 Les axes de travail pour renforcer l'intégration en 2017

Mécanisme de l'intégration	Constats	Axes de travail en 2017	Instance Date de validation
Concertation	Secteur médico-social et Établissements de santé bien impliqués  CCAS encore trop peu mobilisés  La MAIA encore méconnue de certains acteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>① Harmoniser la démarche de Guichet Intégré et diffusion d'une enquête</li> <li>② Déployer un plan de communication MAIA</li> <li>③ Organiser une journée départementale</li> <li>④ Poursuivre les rencontres avec les CCAS</li> </ul>	<p>TCT 11/10/2016</p> <p>TCS 20/10/2016</p>
Guichet intégré	Les outils sont déployés mais l'usage est à améliorer entre les structures  Besoin d'un support informatique et d'une aide à l'orientation	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑤ Développer un plan de formation-sensibilisation en soutien aux CCAS (accueil de la population âgée, évaluation des besoins, orientation vers le bon professionnel)</li> <li>⑥ Préparer l'ouverture du portail MAILLAGE95</li> <li>⑦ Démarrer le peuplement du Répertoire Opérationnel des Ressources</li> </ul>	<p>TCT 11/10/2016</p> <p>TCS 20/10/2016</p>
Gestion de cas	Absence d'outil commun au services de gestion de cas MAIA	Mettre en route le logiciel métier choisi par le VO et paramétré au niveau régional en 2016	TCS Fin 2015

Les points 1; 2; 3; 6 et 7 sont animés par les 3 MAIA sur le département.  
Les fiches projet sont décrites dans le rapport commun du Val d'Oise



## 3.3 Les axes de travail pour renforcer l'intégration en 2017

### 3.3.1 axe de travail 4 - Rencontrer et mobiliser les CCAS

#### **Objectif :**

Poursuivre la sensibilisation des CCAS à la démarche d'intégration MAIA  
Connaître les organisations des CCAS et leurs besoins  
Mobiliser les CCAS vers la TCT et les formations

#### **Rappel - date de décision :**

Table Tactique du 11/10/2016  
Table Stratégique du 20/10/2016

#### **Réalisé (actions et dates)**

Rencontres CCAS  
Février 2017 : Ermont, Bessancourt, Val Parisis  
Mars 2017 : Béthemont  
Avril 2017 : Bessancourt, Sannois  
Mai 2017 : Val Parisis  
Juin 2017 : St Leu  
Juillet 2017 : Franconville  
Août 2017 : Eaubonne  
Octobre 2017 : Argenteuil  
Enquête sur les besoins en formation adressée aux Maires de 10 villes

#### **Résultats (cf. indicateurs)**

Présence en TCT  
Préparation mutualisée de formation  
Préparation de commissions sociales locales  
Participation aux évaluations externes des services

#### **Actions à réaliser**

Rencontrer les CCAS restant  
Revoir au niveau départemental l'UDCCAS

#### **Leviers :**

- Formation au peuplement du ROR et à l'information de l'utilisation de Via Trajectoire
- Rencontres facilitées par les réunions préparatoires du CLS de la communauté d'agglomération Val Parisis





## 3.3 Les axes de travail pour renforcer l'intégration en 2017

### 3.3.2 Axe de travail 5 - Former à l'accueil, l'évaluation des besoins et l'orientation

<p><b>Objectif :</b> Développer un plan de formation pour les CCAS (accueil de la population âgée, évaluation des besoins, orientation vers l'offre adaptée)</p> <p><b>Rappel - date de décision</b> Table Tactique du 11/10/2016</p> <p><b>Réalisé (actions et dates)</b> Partenariat avec le TISMS (CD) d'Eaubonne et le CCAS Argenteuil Réunions de préparation : avril, mai, juin, juillet, décembre 2017 Enquête adressée aux Maires de 10 communes Grille d'évaluation des séances de formation</p> <p><b>Résultats (cf. indicateurs)</b> En cours de préparation 10 CCAS enquêtés + Argenteuil Perspective de formation de 40 à 50 personnes</p>	<p><b>Actions à réaliser</b> Créer un jeu de plateau Rencontrer le CNFPT (organisme collecteur fonction Publique territoriale)</p> <p><b>Leviers :</b> Validation de la formation avec le CNPFT Partenariat avec le SSD et le CCAS d'Argenteuil Démarche généralisée sur les autres territoires MAIA</p>
---	--



### 3.4 Organisation du territoire : les problématiques parcours

Les actions entreprises par thématiques

Thématique	Constat	Axes de travail	Instance de décision et date
Thématique 1	Points de ruptures dans les parcours ville-Hôpital	2 parcours patients traceurs	21 mars 2017
Thématique 2	Défaut d'articulation entre les acteurs de ville et l'hôpital	Carte de coordination	26 septembre 2017
Thématique 3	Nécessité de développer les outils numériques	Participer au développement de TERR E-Santé et E-parcours	Juillet 2017



### 3.4 Organisation du territoire : les problématiques parcours

#### 3.4.1 Axe de travail - Thématique 1 - Patient-Usager Traceur

<p><b>Objectif :</b> Analyser l’articulation des professionnels entre eux, au travers de 2 patients-usagers ayant eu des épisodes de parcours de santé Ville / l’hôpital</p> <p><b>Rappel - date de décision</b> Octobre 2016 : échec de la réponse collective des acteurs à l’AAP sur l’amélioration des articulations VH Décembre 2016 : Copil MAIA Ville -Hôpital valide le déploiement de l’action Table Tactique du 21 mars 2017 confirme</p> <p><b>Réalisé (actions et dates)</b> Fin mars à mi-juin 2017 : Action réalisée (avec stagiaire M2) Mai 2017 : validation du plan d’action par le copil VH Mai 2017 : Rencontre CDOM95 pour présenter l’action aux médecins Recrutement de 2 patients, procédure de consentement et d’enquête mis en œuvre, rencontre des professionnels, analyse des parcours (atouts et déficits) Juin 2017 : présentation en TCT des éléments</p> <p><b>Résultats (cf. indicateurs)</b> Diapositives suivantes</p>	<p><b>Actions à réaliser</b> Finalisé</p> <p><b>Leviers :</b> Soutien des hôpitaux et participation active des professionnels Projet développé avec un stagiaire M2 <b>Freins :</b> difficulté de réunir les acteurs de ville avec ceux de l’hôpital (disponibilités) <b>Point de vigilance :</b> mise en perspective des préconisations</p>
---	--



## 3.4 Organisation du territoire : les problématiques parcours

### 3.4.1 Axe de travail - Thématique1 - Patient-Usager Traceur

Éléments de réflexion issus de l'analyse des patients-usagers-traceurs, concernant l'articulation entre les acteurs de Ville et l'hôpital :

#### 1) Communication Ville-Hôpital:

- À l'entrée:
  - Envoi systématique de la synthèse d'évaluation du GDC
  - Identification de l'ensemble des partenaires de la prise en charge : utilisation de la carte de coordination ? (SSIAD, SAD, Coordination ...)
- En hospitalisation:
  - Travail en amont des Assistantes sociales
  - Non rupture de la prise en charge de la « Ville » à l'Hôpital: VAH IDE de liaison SSIAD, HAD, GDC, ...
  - Staff pluridisciplinaire pour les situations repérées complexes, en amont de la sortie
- À la sortie:
  - CRH / fiche de liaison : plan d'aides à la sortie avec détails, partage de certains éléments (selon la loi et le partage d'informations) nécessaires à la prise en charge aux acteurs du domicile et/ou Etablissements d'hébergement
  - Utilisation du FAMO comme fiche de liaison vers les partenaires de la prise en charge (domicile/Etablissements d'hébergement)

#### 2) Concernant la question de l'aidant :

- Rôle important de l'accompagnement au long court en cas d'aidant épuisé ou défaillant.

#### 3) Concernant la gestion de cas :

- Plus-value dans la programmation de l'hospitalisation : lien avec le Médecin traitant et les partenaires
- Sécurisation de la sortie d'hospitalisation



### 3.4 Organisation du territoire : les problématiques parcours

#### 3.4.1 Axe de travail - Thématique 1 - Patient-Usager Traceur

Actions préconisées pour favoriser l'articulation entre les deux secteurs

Actions	Pilote	Délai
Transmission des Synthèses d'évaluation multidimensionnelle réalisées par les Gestionnaires de cas (médecins / cadres/ AS)	Gestion de cas	immédiat
Mise en œuvre des groupes de travail « Check-list pour entrées et sorties »	Les partenaires	sortie
Groupe de travail sur l'amélioration de la partie suivi social	Assistantes sociales/ MAIA	Domicile
Participation des acteurs de coordination à certains staffs de sorties / visites préalables	A discuter avec les structures concernées	sortie
Trombinoscope intervenants	SAD / SSIAD vont y réfléchir	
Groupe de travail « dossier unique » SAD / SSIAD / HAD pour prise en charge domicile	MAIA	Domicile
Réunions régulières à organiser entre SAD et SSIAD pour coordonner la prise de médicaments	SAD / SSIAD	
Intégration des données du plan d'aides dans le support à communiquer aux différents partenaires : identifier les informations nécessaires, systématiser les bonnes pratiques et faire apparaître les aides proposées et celles refusées le cas échéant.	MAIA	



## 3.4 Organisation du territoire : les problématiques parcours

### 3.4.2 Thématique 2- Mise en service d'une Carte de coordination

#### **Objectif :**

Faciliter la coordination et l'organisation des suivis.  
Diffuser un mode de communication entre les personnes soignées et les professionnels.  
Permettre aux personnes d'être actrices de leur santé.

#### **Rappel - date de décision**

Fait suite à une 1<sup>ère</sup> expérimentation réalisée en 2016, par la diffusion de 900 cartes  
Table Tactique du 26 septembre 2017

#### **Réalisé (actions et dates)**

Décembre 2017 : préparation et rédaction du projet  
Décembre 2017 à février 2018 : Action initiée avec stagiaire.

#### **Résultats (cf. indicateurs)**

Nombre de professionnels mobilisés  
Nombre de cartes complétées  
Évaluation de la satisfaction de la population et des professionnels  
Nombre de lieux d'exposition de l'affiche  
Évolution des contacts, accessibilité des services, notion de parcours

#### **Actions à réaliser**

Déploiement du projet en 2018  
Création et édition de l'affiche

#### **Facteur de réussite :**

Mobilisation de la population

#### **Vigilance :**

Ne pas limiter la diffusion à la population âgée

#### **Leviers :**

Soutien de la filière gériatrique  
Projet développé avec une stagiaire M2, partie prenante hospitalière  
Soutien municipal de la ville d'Eaubonne  
Soutien des URPS (carte URSP)

#### **Ajustement à prévoir :**

Élargissement de la diffusion au delà de la commune d'Eaubonne initialement choisie pour le nouveau démarrage





## 3.4 Organisation du territoire : les problématiques parcours

### 3.4.2 Thématique de parcours - axe de travail - Thématique 2 Carte de coordination

#### UN OUTIL DE PRÉSENTATION DES ACTEURS

- Format papier - Taille carte vitale
- Des coordonnées de professionnels à contacter
- Un petit mémento sur l'hospitalisation et la conduite à tenir,
- les choses à ne pas oublier

2016  
900 CARTES  
DISTRIBUEES

33% EN  
PLACE APRES  
5 MOIS

UNE  
SATISFACTION  
MANIFESTE A  
PLUS DE 80%

Permettre aux personnes d'être actrices de leur santé

Un document pratique et de petite taille

Extérieur	Intérieur
<p><b>✓ Mémo en cas d'hospitalisation</b></p> <p><b>AVANT</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Prévenir mon médecin traitant et, mon infirmière de mon hospitalisation.</li><li>Dès mon entrée à l'hôpital, noter sur cette carte les coordonnées de mon médecin hospitalier référent responsable de mes soins. (Aide associée à l'indicateur de la carte)</li></ul> <p><b>PENDANT</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Demander que mes médecins soit informés régulièrement de mon hospitalisation et de mes soins.</li><li>Si mon médecin traitant tient à me dispenser toutes les informations relatives à mon état de santé.</li></ul> <p><b>APRES MON SORTIR</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Demander que mes soignants soient associés et présents de ma sortie d'hôpital.</li><li>Demander, à l'attention de mes soignants, un résumé d'hospitalisation contenant des éléments utiles et les prescriptions indispensables à la continuité des soins.</li><li>Demander qu'un compte rendu d'hospitalisation soit adressé à mon médecin traitant dans les 8 jours suivant ma sortie.</li></ul> <p><b>CONSEILS</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Reprendre contact dès que possible avec mon médecin traitant afin d'évaluer mon état. L'indiquer de mes éventuels rendez-vous post-hospitalaires.</li><li>Faire le point sur mes différents traitements dès que possible avec mon médecin traitant et/ou mon pharmacien et/ou mon infirmière.</li></ul> <p><b>CARTE DE COORDINATION DE SOINS</b></p> <p><b>Vos soignants sont unis pour optimiser votre retour à domicile en cas d'hospitalisation.</b></p> <p><b>Mes coordonnées</b></p> <p>Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____</p> <p><b>URPS</b></p>	<p><b>LES COORDONNÉES DE MES PRINCIPAUX SOIGNANTS</b></p> <p><b>Ces professionnels sont à contacter 24h avant la sortie de l'hôpital afin d'assurer :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>le suivi et l'ajustement des soins</li><li>la continuité de matériel et de médicament</li><li>la prise de rendez-vous (médecin traitant, infirmière, kiné...)</li></ul> <p><b>Dès mon entrée à l'hôpital, j'enrichis et mets à jour les coordonnées de mon médecin hospitalier :</b></p> <p>Cachet de l'infirmier(e) _____</p> <p>Cachet du médecin traitant _____</p> <p>Cachet de la pharmacie _____</p> <p>Professionnel : _____</p> <p>Autre professionnel de santé (pharmacien spécialiste, infirmière diplômée, etc.) _____</p>



## 3.4 Le service de gestion de cas en 2017



## 3.4 Le service de Gestion de Cas

### La gestion de cas

#### Les étapes de l'accompagnement

L'accompagnement des personnes en gestion de cas suit des étapes précises :

- Réception de la demande : premier contact dans les 5 jours et échange avec les professionnels
- Étude en équipe et attribution de la demande à un gestionnaire de cas et réponse aux professionnels
- Évaluation multidimensionnelle avec les professionnels, la personne et son entourage
- Synthèse de l'évaluation
- Transmission à l'ensemble des partenaires en place
- Réorientation possible à ce stade si la situation ne relève pas de la gestion de cas
- Conception avec la personne et les professionnels du Plan de Services Individualisé :
- Concertation, mise en place, ajustements, accompagnements
- Suivi de la situation
- Réévaluations régulières, environ tous les 6 mois
- Sortie et Relais de la gestion de cas si : entrée en EHPAD, déménagement hors territoire, refus éclairé et renoncement validés en concertation pluri professionnelle avec relais et mise à disposition, décès.

L'évaluation multidimensionnelle s'appuie sur l'ensemble des alertes de l'orientation :

- Les problématiques de santé : le volet psycho-comportemental et cognitif, les aspects médicaux
- La perte d'autonomie fonctionnelle et le volet des activités réalisées
- Le volet familial (dynamique et ressources mobilisables)
- Le volet habitat, le cadre de vie
- Les problématiques sociales et économiques (protection sociale, prestations, ressources, accès aux droits, gestion)

L'évaluation nécessite :

- L'observation de la personne dans son environnement à domicile,
- Un échange avec elle et son entourage,
- Un échange avec ses soignants,
- L'analyse des écarts entre les capacités de la personne, ses performances et ses souhaits
- La revue des documents disponibles.

**Le PSI, Plan de Services Individualisé** qui en découle est :

Un carnet de route réalisé avec la personne et les professionnels à chaque nouvelle évaluation.

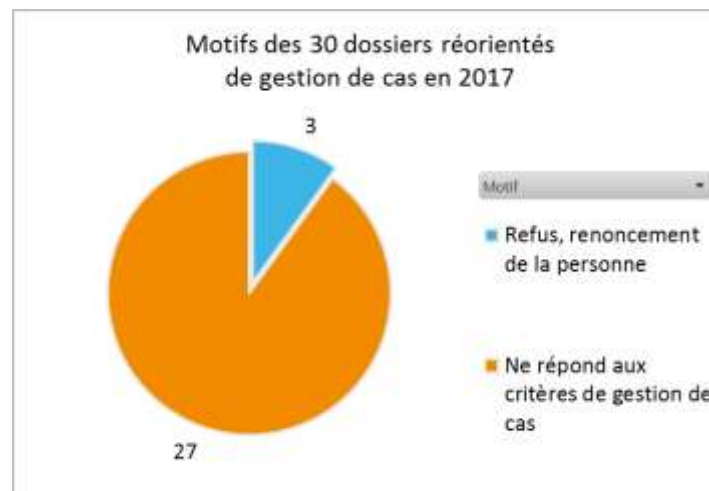
le PSI, permet de planifier l'intervention des acteurs professionnels et de l'entourage pour répondre aux besoins et aux souhaits des personnes.



## 3.4 Le service de Gestion de Cas

### La file active

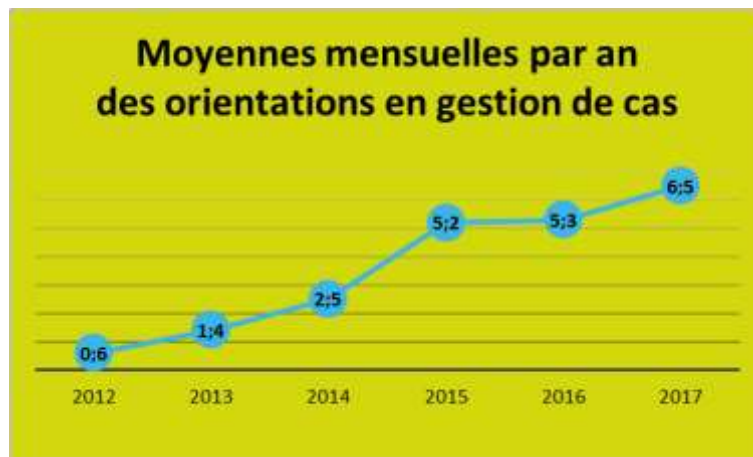
167 situations évaluées et/ou suivies en 2017			Situations suivies au 31 décembre 2017
78	30	37	90
nouvelles demandes de suivi en 2017	réorientées <i>(soit parmi les nouvelles soit sur des suivis anciens ne relevant plus de la GC)</i>	Sorties définitivement	suivis en cours en fin d'année





## 3.4 Le service de Gestion de Cas

### La file active



L'équipe compte 4 gestionnaires de cas ayant toutes obtenu le DIU de gestion de cas

La montée en charge des orientations est régulière.



### 3.4 Le service de Gestion de Cas

#### La file active : évolution de la durée des suivis



La durée moyenne de suivi en 2017 est de 535 jours

Écart de 1830j/1j

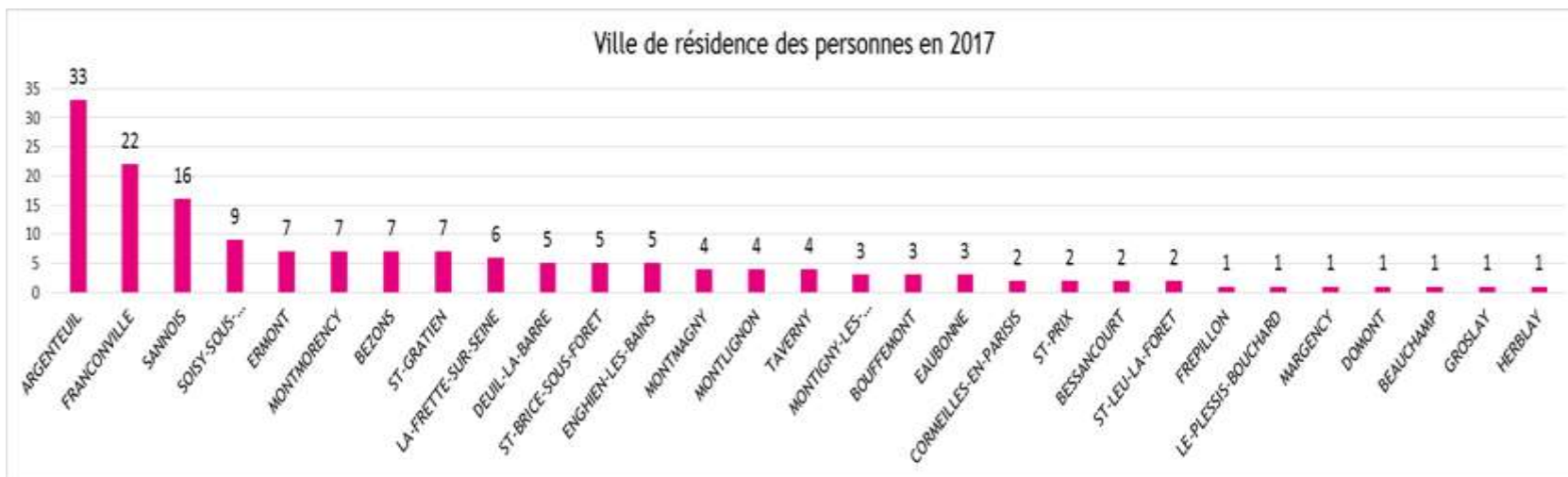
1 jour (dossier arrivé en fin d'année ou réorienté rapidement) à 1830 jours maximum





### 3.4 Le service de Gestion de Cas

#### La file active : couverture géographique de résidence



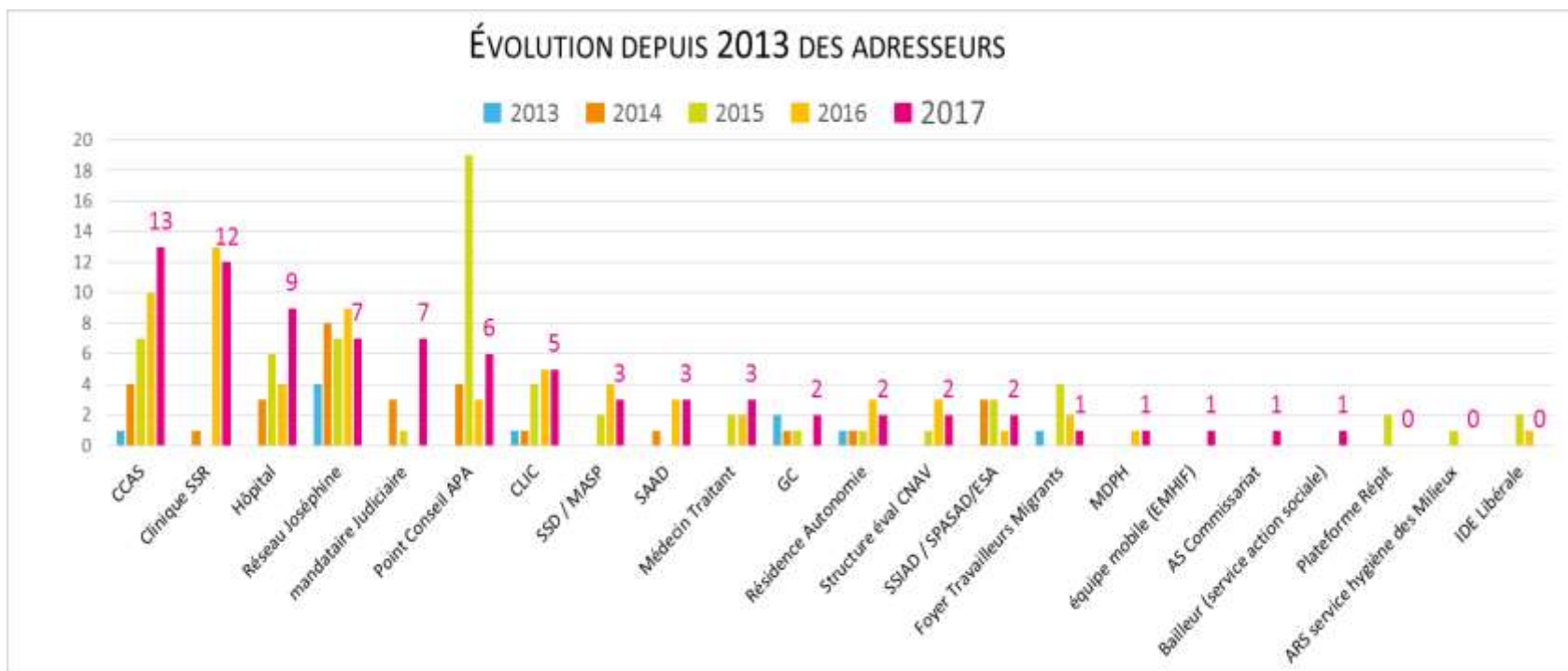
Intervention sur 29 des 34 villes du territoire MAIA Val d'Oise Sud



### 3.4 Le service de Gestion de Cas

#### La file active : origine des demandes

Nombre de dossiers adressés

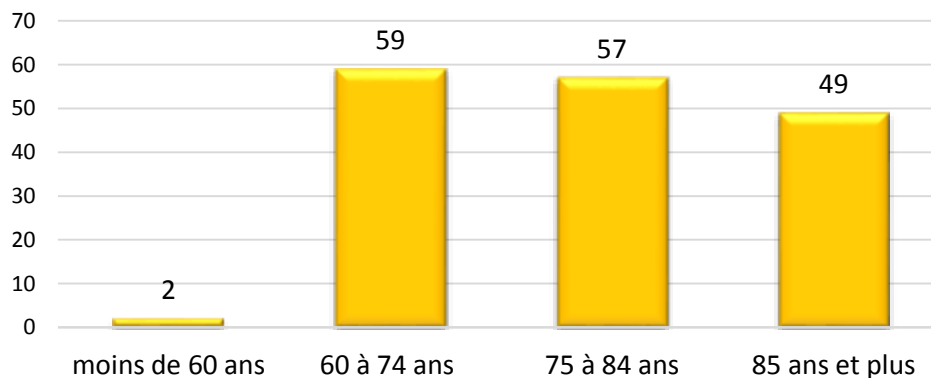




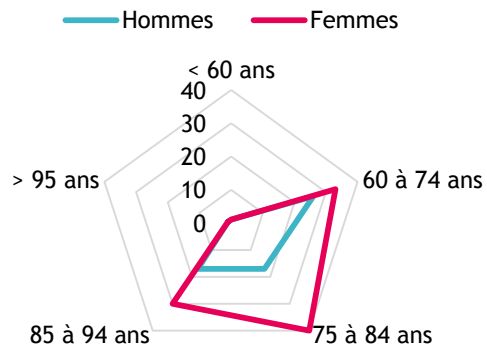
### 3.3 La Gestion de Cas

#### Typologie de la population : âge des personnes

Répartition par âge des 167 dossiers de 2017



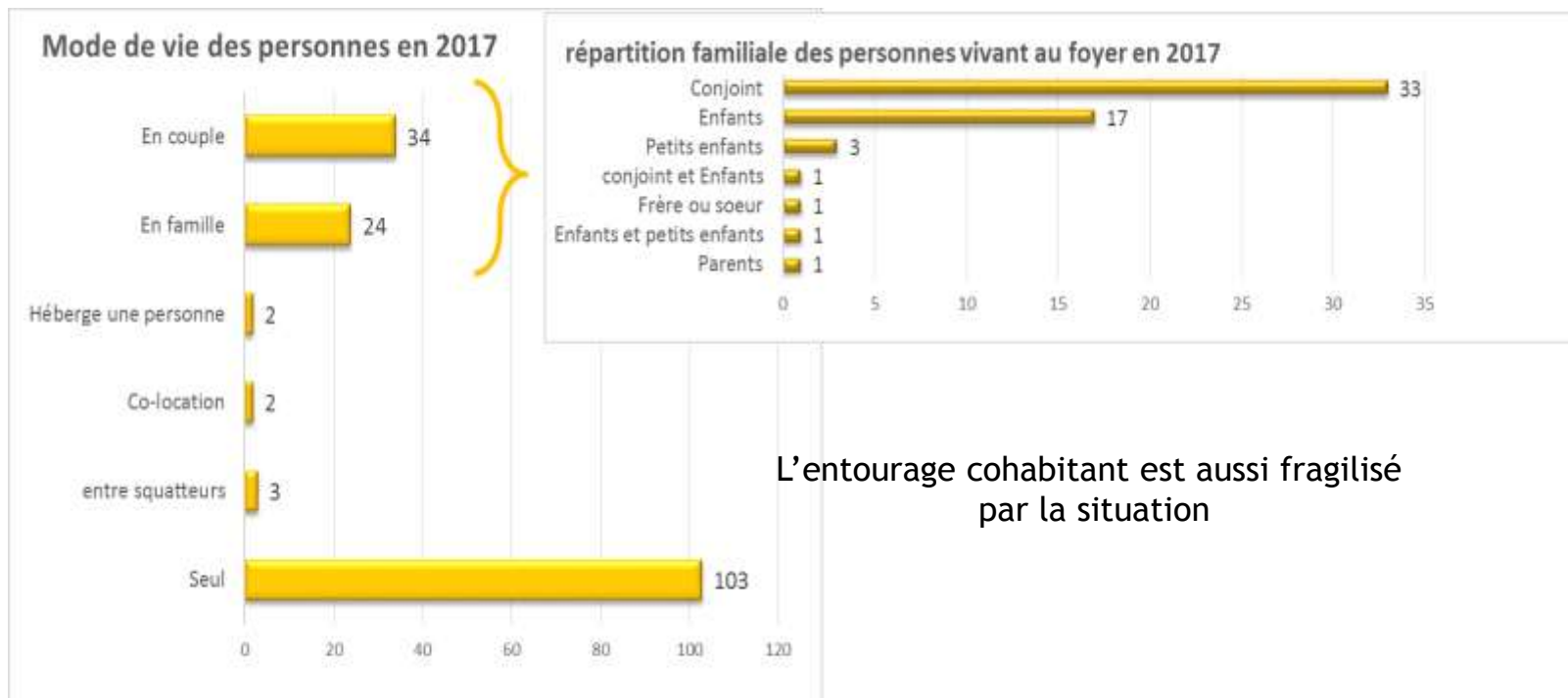
Répartition Hommes / femmes par groupe d'âge en 2017





### 3.3 La Gestion de Cas

#### Typologie de la population : entourage cohabitant



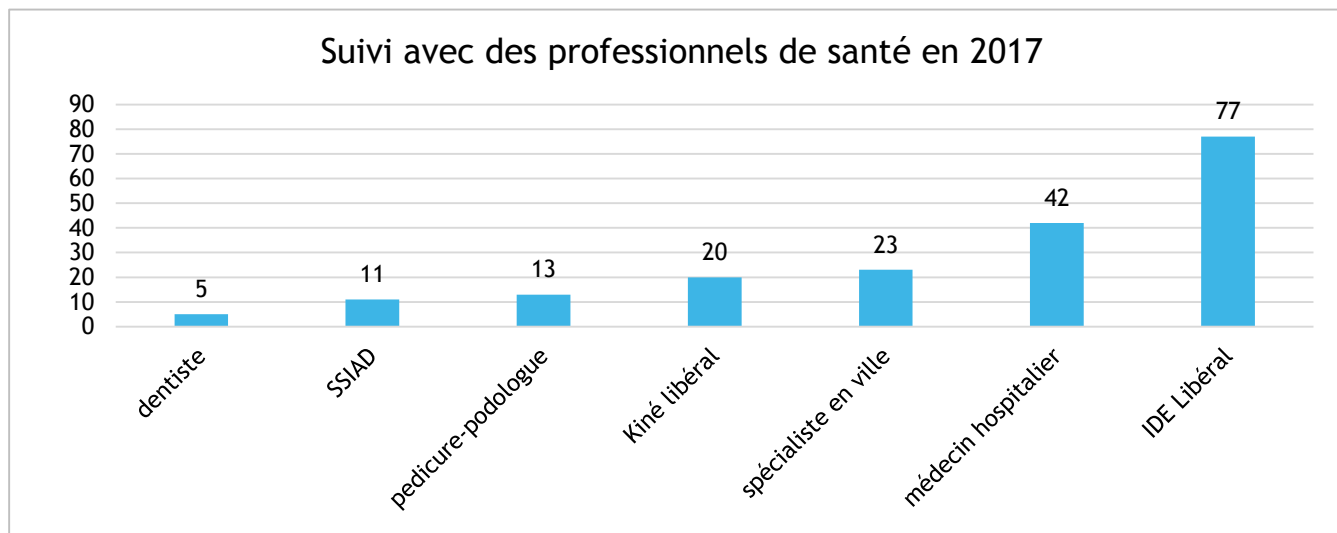
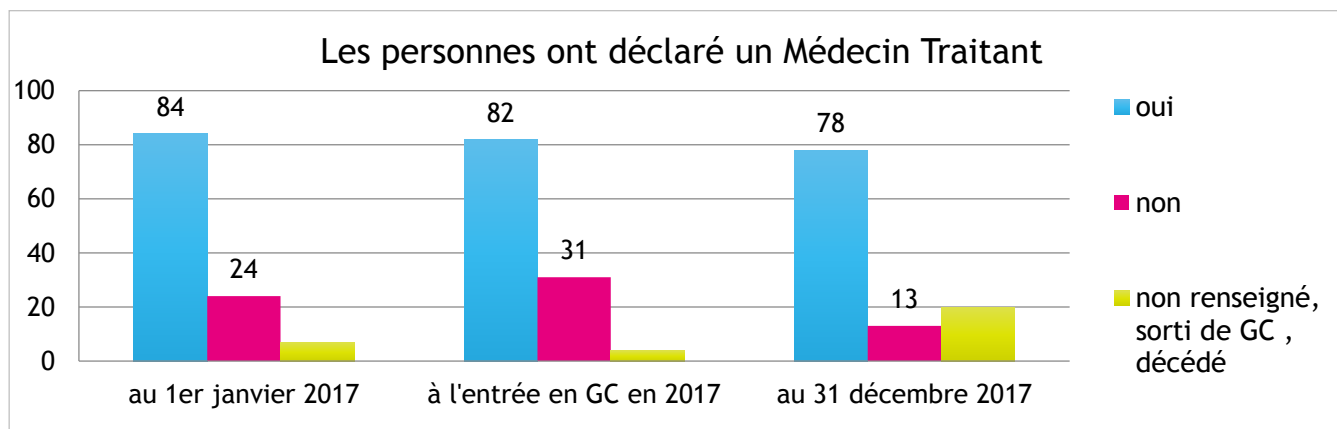
L'entourage cohabitant est aussi fragilisé par la situation

26 domiciles avec des animaux parfois en piètre état



### 3.3 La Gestion de Cas

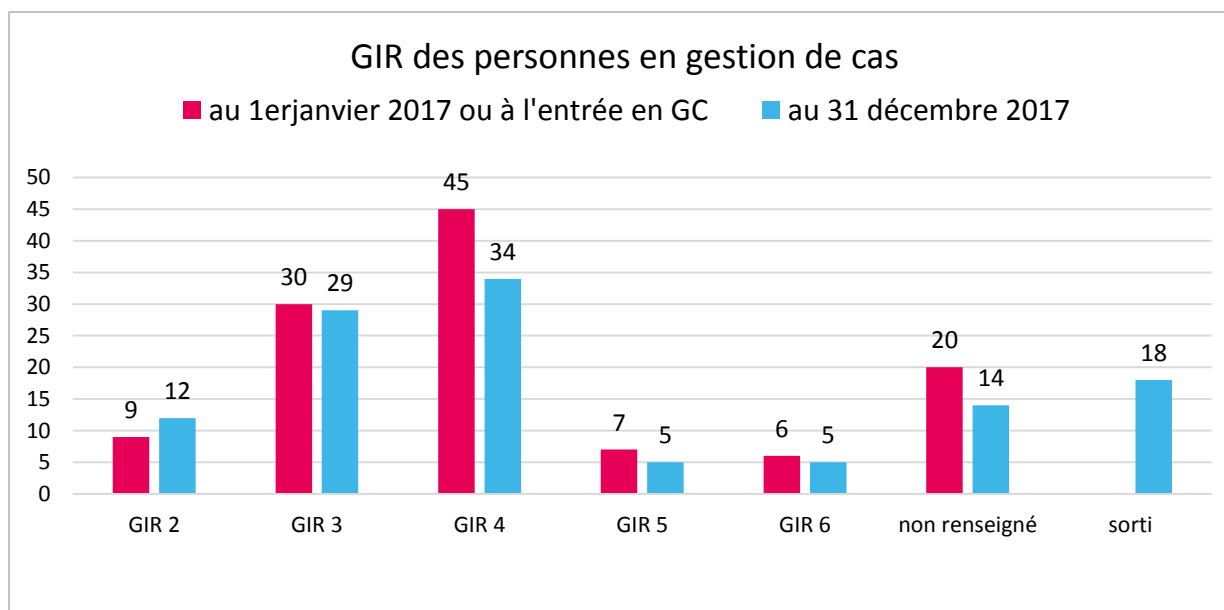
#### Typologie de la population : les suivis de santé





### 3.3 La Gestion de Cas

#### Typologie de la population : la perte d'autonomie

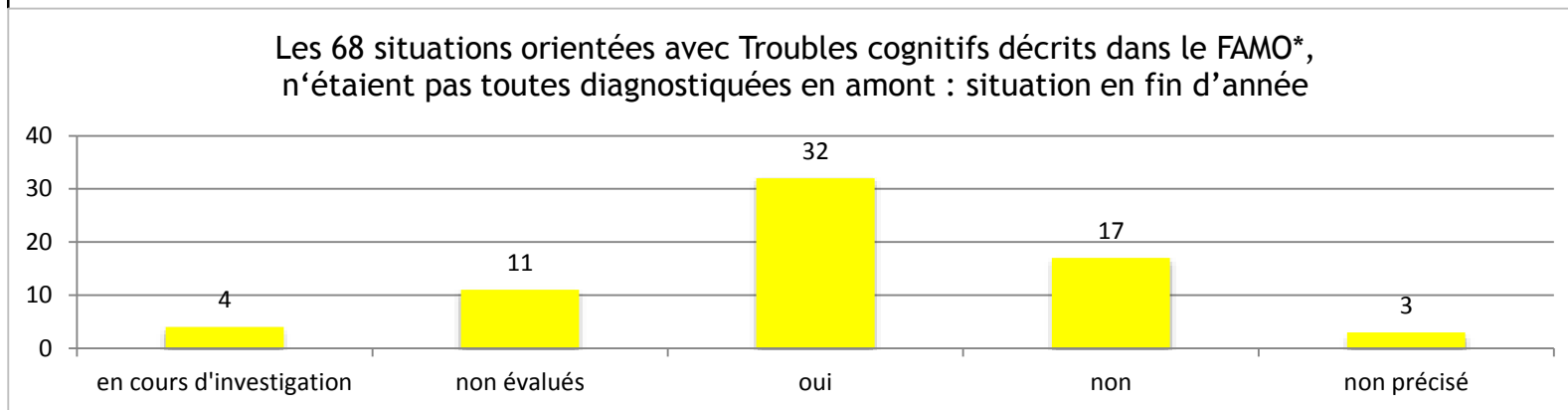




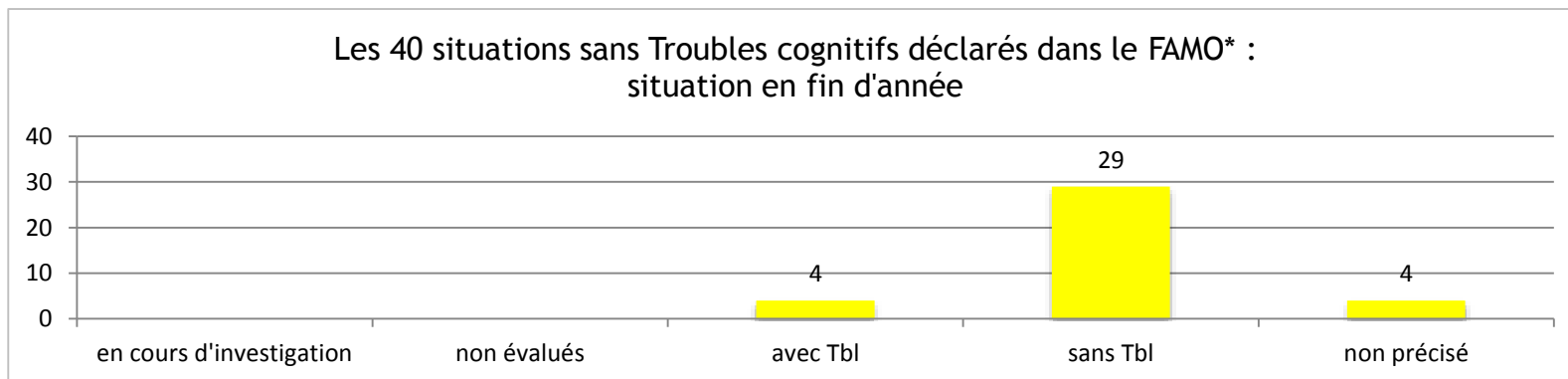


### 3.3 La Gestion de Cas

#### Typologie de la population : observation sur les Troubles cognitifs



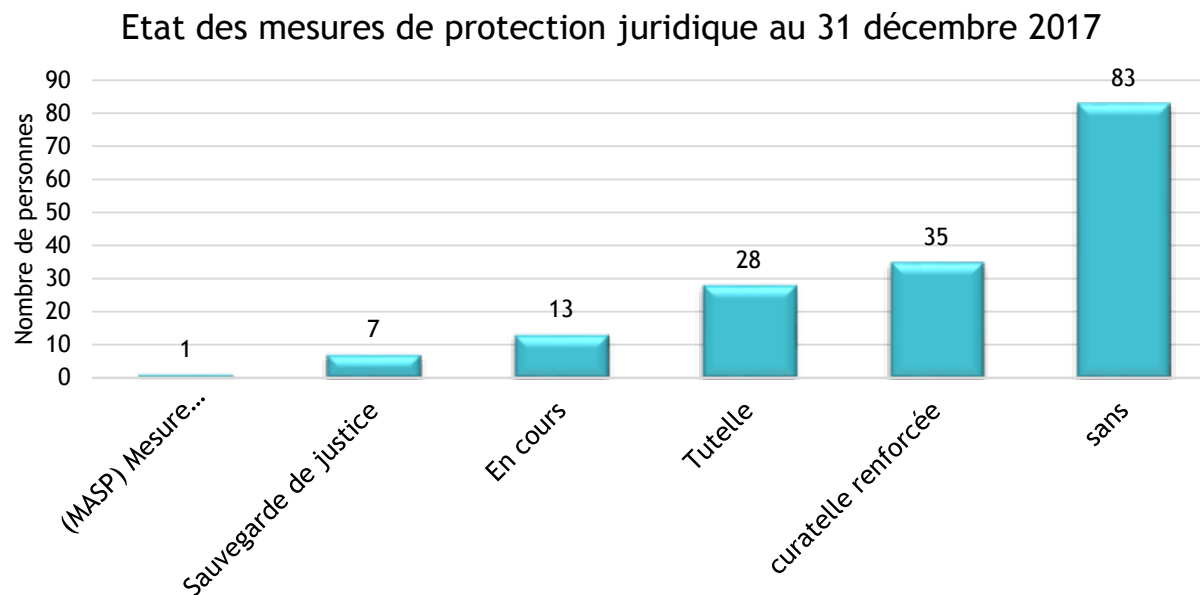
#### Visibilité en fin d'année sur le diagnostic confirmé de troubles cognitifs





### 3.3 La Gestion de Cas

#### Typologie de la population : les Plans de services individualisés



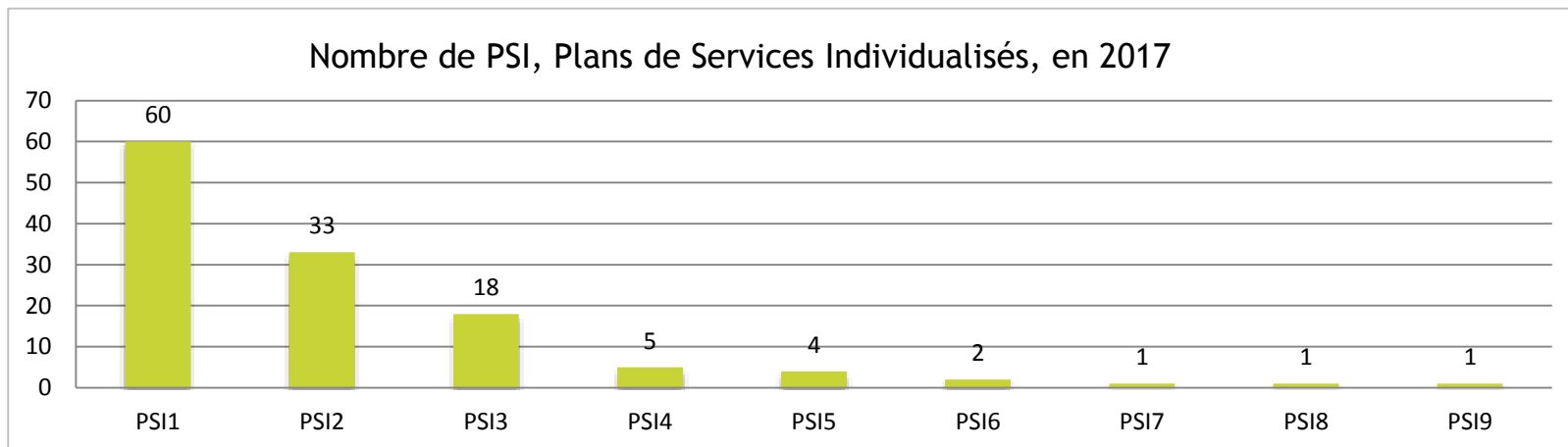
**La moitié des personnes** bénéficie ou est en voie de bénéficier d'une mesure de protection ou d'accompagnement.



### 3.3 La Gestion de Cas

#### Typologie de la population : le suivi en gestion de cas

Le PSI, une feuille de route validée avec la personne et les professionnels



Les PSI résultent des évaluations régulières et des ajustements dans l'organisation des réponses aux besoins observés.

Chaque réévaluation environ tous les 6 mois génère un nouveau PSI, cependant les situations très instables entraînent aussi la rédaction de PSI intermédiaires. Ceci explique les nombres élevés de PSI pour quelques personnes.

**58 concertations pluri professionnelles** ont été organisées en 2017 par les gestionnaires de cas, en commission d'entrée ou au cours du suivi des personnes.

L'équipe (gestionnaires de cas, stagiaires et pilote) se réunit chaque semaine pour suivre les dossiers : **35 réunions d'équipe hebdomadaires**



## 3.3 La Gestion de Cas

### Les besoins du territoire identifiés par la gestion de cas

#### Offre de services et de soins :

Médecins ne se déplaçant plus à domicile

Médecins ne prenant pas de nouveaux patients

Médecins en retraite non remplacés

Kinésithérapeutes ne se déplaçant plus à domicile

Délais allongés de prise en charge des SSIAD par manque de personnel soignant

Communication sur la connaissances des missions des professionnels à poursuivre

#### Organisation et coordination :

Manque d'interlocuteur référent pour le patient et les professionnels lors des hospitalisations

Articulation insuffisante des services hospitaliers entre eux ou avec les acteurs de ville

Accès difficile à la prise de RV vers les CMS (centres municipaux de santé) et les hôpitaux

Accès difficiles aux professionnels de certains services

Insuffisance des retours d'observation des aides à domicile : formation et sensibilisation à développer

Délais administratifs longs : prestations et mesures de protection

Procédures administratives parfois inadaptées à la perte d'autonomie : déplacements obligatoire de la personne invalide

Articulation avec la psychiatrie de secteur inégale selon les secteurs

**Les freins à l'accompagnement relèvent aussi des personnes elles même et de leur entourage**



## 3.4 Le pilotage de la MAIA

Management de l'équipe de gestion de cas

Et Pilotage local de projet

Nombre	Rencontres - Réunions	Territoire
18	Réunions et formations Systèmes d'Information MAIA départementales	MAIA 95
47	actions et réunion MAIA départementales et Table de Concertation Stratégique	MAIA 95
24	Groupes de Travail MAIA sud et Tables de Concertation Tactiques	MAIA 95 Sud
38	Rencontres partenaires (connaissance des services, communication, sensibilisation, ...)	MAIA 95 Sud
22	entretiens de service et de recrutement / formations internes	MAIA 95 Sud
50	concertations pluri professionnelles de gestion de cas / réunions d'équipe (staff) ...	MAIA 95 Sud
21	Réunions du collectif national et IDF des pilotes MAIA	MAIA National
18	Réunions pilotes - ARS - SESAN - porteurs	MAIA Régional
9	Réunions des dispositifs (filière, MONALISA, communauté d'agglomération, Regies95)	Territoire MAIA
4	Réunions E-Parcours numérique et PTA	Territoire MAIA
7	réunions du Conseil Territorial de Santé 95 et Commission Spécialisée Santé Mentale 95 (PRS2)	Val d'Oise
3	rencontres organisée par le VO (Conseil départemental, Conférence des financeurs, ARS)	Val d'Oise
261	TOTAL	

# PARTIE 4

## Conclusion

---

- 1 Principaux constats et enseignements
- 2 La dynamique locale autour du projet



## 4.1 Principaux constats et enseignements

### Les leviers:

- L'association porteuse de la MAIA, en tant qu'acteur majeur du guichet intégré, utilisateur de la démarche et des outils et soutien dans la gestion logistique de la MAIA
- Les CCAS investis par la réflexion sur l'organisation d'accueil intégré au territoire, acteur de première ligne du dispositif d'accueil et d'orientation
- Le Service Social départemental par son action vers les acteurs du maillage territorial
- Le déploiement des Systèmes d'Information et notamment les formations au peuplement du Répertoire Opérationnel des Ressources
- L'implication des deux hôpitaux de territoire et la mobilisation des professionnels sur E-parcours et l'outil numérique de territoire TERR E-Santé
- La travaux départementaux et le plan de communication initié
- Les tutelles du département, ARS et CD, soutiens constant au déploiement de la démarche d'intégration MAIA.
- L'accès donné par la Délégation départementale ARS, au Conseil Territorial de Santé du Val d'Oise, pour les pilotes MAIA
- La rencontre avec le Conseil de L'Ordre des Médecins du Val d'Oise
- Le soutien d'une assistante à l'équipe de gestion de cas et à la pilote





## 4.1 Principaux constats et enseignements

### Les freins:

La question de l'information sur les actions, outils et dispositifs de soutien vers les professionnels de santé libéraux n'est pas généralisée. Elle passe néanmoins par les gestionnaires de cas, le réseau et les CLIC, mais la diffusion de la connaissance des dispositifs de soutien est encore à faire évoluer.



## 4.2 Dynamique locale autour du projet

### Les axes à prendre en compte pour 2018

- Suivi du plan de formation pour le Guichet Intégré, auprès du CNFPT, Centre national de la Fonction Publique territoriale, et lancement des premières formations auprès des CCAS.
- Ouverture et animation du portail MAILLAGE 95
- Suivi des Actions sur l'amélioration de l'articulation Ville-Hôpital :
  - Déploiement de la carte de coordination avec la mobilisation des usagers
  - Accompagnement des préconisations issues de l'expérimentation du patient-traceur
- Organisation de la remontée des ruptures de parcours sur les territoires
- Accompagnement du déploiement de la PTA en soutien aux professionnels de santé libéraux, au sein du guichet intégré

# PARTIE 5

## Annexes

---

- 1 Tableaux de reporting à l'ARS
- 2 Comptes rendus et documents utiles



## 5.2 TABLEAU DE REPORTING DE L'ARS 2017

<b>Fiches d'identification des MAIA</b>	
	2017
<b>Département</b>	Val d'Oise 95
<b>1. Identification du dispositif MAIA</b>	
<b>Dénomination de la MAIA</b>	MAIA Val d'Oise SUD
<b>1.1. Porteur</b>	
<b>Identification du porteur</b>	Association Gérontologique Vallée de Montmorency-Rives de Seine
<b>Statut juridique</b>	Association
<b>Si autre statut juridique, préciser lequel :</b>	
<b>Si association précisez l'objet et le type d'établissements et services gérés</b>	Structure de coordination gérontologique (CLIC, Réseau Tri-Thématique Joséphine, Cellule Évaluatrice CNAV, Mission FTM)
<b>N° SIREN (9 caractères)</b>	440793115
<b>Adresse du porteur</b>	55, avenue de Paris
<b>Commune</b>	SOISY-SOUS-MONTORENCY
<b>Code postal</b>	95 230
<b>1.2. Pilote</b>	
<b>Adresse (si différente du porteur)</b>	55, avenue de Paris
<b>Commune</b>	SOISY-SOUS-MONTORENCY
<b>Code postal</b>	95 230
<b>Date de prise de fonctions du pilote initial</b>	01/07/12
<b>Téléphone</b>	2 34 15 09 62 / 06 10 73 48 11
<b>Adresse mail</b>	<a href="mailto:pilote.maia95sud@agvmrs95.fr">pilote.maia95sud@agvmrs95.fr</a>

<b>2. Informations conventionnelles initiales</b>	
<b>Date de signature de la convention ARS-porteur (jj/mm/aa)</b>	25/07/16
<b>Durée</b>	3 ans
<b>Financement ARS (en euros)</b>	360 000
<b>Nombre de gestionnaires de cas financés par l'ARS (en ETP)</b>	4
<b>Co-signataires de la convention ARS-porteur</b>	ARS IdF – Association Gérontologique Vallée de Montmorency-Rives de Seine
<b>Les partenaires avec lesquels le porteur a signé une autre convention de financement</b>	aucun
<b>Financements partenaires (en euros)</b>	0
<b>Concours autres que financiers valorisés</b>	0
<b>Nombre de gestionnaires de cas co-financés ou mis à disposition (en ETP)</b>	0,00
<b>3. Caractéristiques du territoire</b>	
<b>Identifiez le territoire du projet</b>	Argenteuil 1-2-3, Deuil-La-Barre, Domont, Ermont, Franconville, Herblay, Montmorency, Saint-Ouen-L'Auone, Taverny
<b>Nombre de cantons</b>	11
<b>Population de 60 ans et plus</b>	109 030
<b>Population de 75 ans et plus</b>	39 052
<b>Nombre de cas Alzheimer recensés dans le territoire MAIA</b>	nd
<b>Date de validation du territoire par la table de concertation stratégique (jj/mm/aa)</b>	19/02/13
<b>4. Label qualité MAIA</b>	
<b>Période de validation (format mm/aa)</b>	oct-14
<b>Résultat de la validation</b>	validée
<b>Période de labellisation (format mm/aa)</b>	nd
<b>Résultat de la labellisation</b>	nd



## 5.2 TABLEAU DE REPORTING DE L'ARS 2017

La MAIA compte aussi 0,5 ETP de secrétariat non référencé dans le reporting de l'ARS mais comptabilisé dans le rapport de financement ARS

Fiches indicateurs MAIA	
Région	
Ile de France	
	2617
Département	Val d'Oise 95
Dénomination de la MAIA	MAIA Val d'Oise SUD
Indicateurs annuels	
Taux de structures présentes en table de concertation	0
Nombre de réunions de la TCS dans l'année	1
Indicateurs Guichet intégré	
Nb de personnes contactant le guichet intégré par an	nd
Nb de structures ayant validé et utilisant des procédures communes	>50
Indicateurs Gestion de cas	
Nombre de gestionnaires de cas (GC) recrutés	4
Nombre de GC recrutés (en ETP)	3,80
Nombre de GC diplômés	4
Taux d'inclusion	6,5
Janvier	7
Février	5
Mars	8
Avril	2
Mai	5
Juin	6
Juillet	9
Août	9
Septembre	7
Octobre	10
Novembre	5
Décembre	5
Nombre de personnes suivies dans l'année	167
Nombre de personnes en ALD 15 suivies dans l'année	nd
Durée moyenne d'intervention en gestion de cas (format nombre de jours)	535
	écart 1830j / 1j



## 5.2 TABLEAU DE REPORTING DE L'ARS 2017

MAJA Val d'Oise Sud	MAJA 25	2017	mode d'emploi
<b>CONCERTATION</b>			les items TS seront jugés sur le dernier CR de TS de la période concernée
<b>1) Table Stratégique</b>			
Une table de concertation stratégique s'est réunie au moins deux fois sur la période	oui	non 0	
si OUI:	fois		
Lors des réunions des décisions sont prises	oui	non 1	Rq: quelle que soient la nature des décisions prises, même sans rapport avec l'ODJ. Le fait que le CR d'une TS à laquelle participe officiellement CG et ARS et qui dit "prend la décision" est un élément à prendre en compte
si OUI:			
L'ARS et le Conseil Général ont désigné des représentants pour cette table de concertation	oui	non 1	Rq: ce point est essentiel et paraît pouvoir être très discriminant, il n'est attribué que si les 2 organisations ont un représentant désigné (pas de demi-point)
si OUI:			
Les décisions prise en TS sont suivies pour chaque structure dans le CR suivant	oui	non 1	Toutes les décisions doivent être identifiées et au moins une suivie (y compris pour noter le défaut de suivi interne)
			3 max point TS 4
<b>2) Table Tactique</b>			
les points 14, 15, 16 et 17 sont jugés sur le dernier CR de TT, le CR de TS spécifique pour le 13, CR spécifique de TT pour le 18			
La liste des invités a été validée par la TS, croise le champ des acteurs du sanitaire et du social, précise le niveau décisionnel dans la structure et les pouvoirs de représentativité éventuels	oui	non 1	c'est un point qui nécessite les 4 critères (s'il en manque un → 0)
L'hôpital est représenté en concertation tactique à la fois sur le plan médical (chef de pôle concerné ou son représentant qualifié), et sur le plan managérial (directeur ou son représentant qualifié)	oui	non 1	Rq: dans les sites ayant plusieurs hôpitaux, la présence d'un seul hôpital représenté par les deux instances permet d'avoir le point même si le travail ne peut être considéré comme fini on peut considérer qu'il s'agit d'un bon signe de l'évolution vers l'intégration du sanitaire. Par contre si un hôpital envoie un médecin et l'autre son directeur cela ne suffit pas, il peut s'agir d'une seule personne si tant est qu'elle est bien les deux qualifications pour assurer une application des décisions prises
Toutes les équipes opérationnelles du CG (EMS APA, service social polyvalent, néphrologie, services "CLICs" quand cela est approprié) sont représentés à la table tactique par un représentant en position de chef de service ou de directeur.	oui	non 1	En fait il me semble que ce n'est pas toujours le cas (donc discriminant), ici il y a un petit travail à faire qui complique singulièrement la notation, il faudrait d'abord voir l'onglet SS du diag MAA avant de juger sur le CR (ou alors on fait confiance au pilote et c'est un élément de reporting obligatoire?), attention le point n'est attribué que si TOUS les services sont représentés (toute représentation partielle=0; absence info=0)
Les décisions prise en TT sont suivies dans le CR suivant	oui	non 1	On en juge dans le CR sur le fait qu'une partie du CR est dédié au suivi de décision
La représentation est effective pour chaque structure représentée et apparaît dans le suivi de décision	oui	non 1	ici c'est la diffusion aux absents qui devrait être jugée comme faisant l'objet d'une attention du pilote et de la TT, à mon avis il faut être exigeant et rattacher le point que lorsque tous les acteurs représentés sont concernés par le suivi donc suivi seulement auprès des SSIAD mais pas auprès des IDE libéraux =0
Des décisions sont prises à partir de données provenant de l'entrepot de données communes	oui	non 0	Rq: l'entrepot de données comportent des données CG (APA, ...), CNAV (...), Hôpital... Ce point ne pourra pas être attribué dans l'immédiat mais il est prévu ici en fonction de l'évolution des recommandations à venir; ce point est jugé sur le CR de TT.
			5 max point TT 8
<b>QUICHET INTEGRE</b>			
<b>1) outils</b>			
Le script d'analyse, FAMO, est validé en table tactique et en table stratégique	oui	non 1	le point est pour la double validation (si une seule table=0), il faut demander au pilote le CR de la validation. Comme cela devient une "décision" des deux tables il faut qu'il y ait un suivi (ligne 10, 17 et 18) donc je ne repète pas ces lignes spécifiquement pour le GU)
Le script d'analyse est multidimensionnel (il porte intérêt à la situation dans les domaines santé, autonomie fonctionnelle, aspect familiaux et sociaux, économiques et administratifs et environnement et sécurité individuelle)	oui	non 1	le point n'est attribué que si les 5 domaines sont couverts (partiel=0)
Le script d'analyse prévoit les orientations vers une palette diversifiée de services et ne se limite pas à filtrer l'accès à la gestion de cas	oui	non 1	il faut aller au-delà de la gestion de cas mais si on est trop exigeant (prévoit l'ensemble des orientations possibles sur le territoire, cela devient un point quasi impossible à obtenir)
Le référentiel d'intervention permet d'orienter vers l'ensemble des ressources du territoire	oui	non 1	S'appuyer sur le référentiel qui doit au moins documenter les critères d'orientation vers les CLICs, Réseaux, HAD, SSIADs, CCAS ayant une offre de service, hôpital, MDPH, Services sociaux, plateforme de répit et tout autre service pertinent sur le territoire)
			4 max point script 4



## 5.2 TABLEAU DE REPORTING DE L'ARS

2) organisation				
La TT et la TS s'engage à partager tous les outils d'un guichet intégré	oui	non	1	Tous les outils sont l'annuaire, le référentiel, le script, la base de données et le point n'est attribué que si les deux tables ont donné leur accord. Le point n'est attribué que si les deux conditions sont réunies (si engagement sur script uniquement --> 0)
La territorialité du guichet intégré est défini en argumentant par écrit sa pertinence et validé en table stratégique	oui	non	0	Rq le point n'est possible que si les deux conditions sont toutes deux réunies, la pertinence ne peut s'entendre uniquement par le fait qu'il est difficile de faire plus...
Un référentiel unique des missions et interventions de tous les partenaires du territoire est validé en TT (CR)	oui	non	1	il faut que le référentiel soit validé et qu'il soit prévu lors de validation qu'il remplace d'éventuel référentiel "maison" pré-existants, les partenaires non représentés devraient être pris en compte dans ce référentiel en tenant compte de cette particularité (le référentiel ne doit pas être uniquement "entre amis")
La permanence de l'information et de l'orientation par mutualisation entre les partenaires du guichet intégré fait l'objet de décision en TT et en TS	oui	non	0	il ne s'agit pas forcément d'assurer 24/24 7/7 mais de définir en commun sur quelle amplitude horaire les personnes auront des réponses en personne et non uniquement par messagerie (un seul CR est suffisant TT ou TS)
Les décisions de TT s'appuient sur la base de données issues de la mise en œuvre du guichet intégré (CR)	oui	non	0	Ce n'est pas seulement le fait d'être doté d'une base donnée qui est cotée (car c'est prescrit) mais l'utilisation de celle-ci
Les documents issus des instances stratégiques CG et ARS (Schéma gérontologique, schéma d'organisation...) prennent en compte l'organisation en guichet intégré MAIA	oui	non	0	C'est un point qui sera attribué très tardivement mais il permet de prendre en compte que les ARS ne sont pas en train de faire leur propre travail de guichet unique filière gérontologique sans prendre en compte le travail guichet unique MAIA.
			2	max point organisation 5
GESTION DE CAS				
Charge en cas par gestionnaires de cas temps plein autour de 40 (sans dépasser) ou moins de 5 nouveaux cas par mois(GC temps plein(BDD))	oui	non	0	Rapport d'activité, suivi BDD
Les procédures de gestion de cas organisent un lien systématique avec le médecin généraliste (envoi du document "procédure GC")	oui	non	1	je ne pense pas qu'on pourra arriver à ce niveau de prescription, il est donc bon de prévoir de conserver ces points, le document "procédure de gestion de cas" pourra idéalement avoir fait l'objet d'une validation par la TT et la TS mais je prévois l'attribution des points sur l'existence du document
Les procédures de gestion de cas organisent la place du gestionnaire de cas durant un séjour hospitalier et les interfaces entrée et sortie de l'hôpital (envoi du document "procédure GC")	oui	non	1	idem
Le délai moyen entre la première demande et la première visite des GC est < 10), et le nombre de données manquantes pour les deux dates < 10% (la BDD)	oui	non	0	Si le délai MOYEN est > 10) il y a un problème; source: Rapport d'activité, suivi BDD
Les décisions de TT s'appuient sur les données issues du rapport d'activité des GC ou de la BDD (CR)	oui	non	1	Pour ne pas surcharger le score je pense que cet item "fourne tout" est assez bien venu et permet de relancer les données vers les tables et pas seulement vers la CNSA.
			3	max point GC 5
			17	max pt total 25





## 5.2 TABLEAU DE REPORTING DE L'ARS 2017

CANTONS	CODES CANTONS	COMMUNES	CODES
ARGENTEUIL 1	1	ARGENTEUIL NORD SAINT-GRATIEN SANNOIS	95 018 95 555 95 582
ARGENTEUIL 2	2	ARGENTEUIL CENTRE	95 018
ARGENTEUIL 3	3	ARGENTEUIL SUD OUEST BEZONS	95 018 95 063
DEUIL-LA-BARRE	6	DEUIL-LA-BARRE GRÖSLAY MONTMAGNY SAINT-BRICE-SOUS-FORÊT	95 197 95 288 95 002 95 539
ERMONT	8	ERMONT EAUBONNE	95 219 95 203
FRANCONVILLE	10	FRANCONVILLE CORMEILLES-EN-PARISIS	95 252 95 176
HERBLAY	13	HERBLAY LA FRETTE SUR SEINE MONTIGNY-LES-CORMEILLES	95 306 95 257 95 424
DOMONT	7	DOMONT BETHEMONT-LA-FORET BOUFFEMONT CHAUVRY MOISSELLES PISCOP LE-PLESSIS-BOUCHARD SAINT-LEU-LA-FORET SAINT-PRIX MONTSOULT BAILLET-EN-FRANCO	95 199 95 061 95 097 95 151 95 409 95 489 95 491 95 563 95 574
MONTMORENCY	15	ANDILLY ENGHIEEN-LES-BAINS MARGENCY MONTLIGNON MONTMORENCY SOISY-SOUS-MONTMORENCY	95 014 95 210 95 369 95 426 95 428 95 598
SAINT-OUEN-L'AUMONE	17	FREPILLON AUVERS-SUR-OISE BUTRY FROUVILLE HEDOUVILLE HEROUVILLE LAREVILLE MÉRIEL MERY-SUR-OISE NEUILLY-SUR-VALLEE SAINT-OUEN-L'AUMONE VALMONDOIS	95 256
TAVERNY	19	BESSANCOURT BEAUCHAMP TAVERNY	95 060 95 051 95 607



## 5.3 Comptes-Rendus et documents utiles