



Rapport d'étape n° 7

MAIA 95 Est

2018



PARTIE 1

Déploiement de l'intégration - méthode MAIA

1. Situation en début d'année (**facultatif**)
2. Feuille de route (concertation, guichet intégré, gestion de cas)
3. Axes de travail déclinés dans l'année

PARTIE 2

Organisation territoriale et thématiques parcours

1. Situation en début d'année (**facultatif**)
2. Feuille de route
3. Axes de travaux déclinés dans l'année

PARTIE 3

Bilan et perspectives

1. Calendrier
2. Bilan et résultats
3. Propositions pour N+1
4. Pilotage

ANNEXES (Facultatif)

PARTIE 1

Déploiement de l'intégration - méthode MAIA

Feuille de route et axes de travail de
l'année





1.1 Situation en début d'année 2018

Axes développés

Etre en appui à la coordination des acteurs MAIA

- ↔ Favoriser le lien ville/hôpital avec un outil au service de la coordination des acteurs
- ↔ Observer le territoire pour un diagnostic partagé
- ↔ Favoriser l'accès aux soins psychiatriques

Accompagner les points d'accueil aux pratiques d'accueil, d'évaluation et d'orientation des personnes âgées et leurs aidants

- ↔ Tester puis créer une formation adaptée aux points d'accueil

Développer la coresponsabilité

- ↔ Les ateliers café

Le Système d'Information gérontologique partagé : une démarche départementale

- ↔ Former les équipes de pilotage à l'animation du portail WEB MAILLAGE
- ↔ Développer le Si annuaire (ROR) médico-social et social

Soutenir la pratique professionnelle des gestionnaires de cas

- ↔ Groupe d'analyse de pratiques
- ↔ Observation de territoire



1.2 Feuille de route - Déploiement de l'intégration

Mécanisme	Constats	Axes de travail	Instance Date de validation	Identifié en année
Concertation	Carence de coordination des acteurs du territoire	Etre en appui à la coordination des acteurs MAIA : Favoriser le lien ville /hôpital	TCT 10/2016	2016/2019
Guichet intégré	Accueil, évaluation, orientation hétérogène sur le département	Accompagner les points d'accueil aux pratiques d'accueil, d'évaluation et d'orientation des personnes âgées et leurs aidants. <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic territorial partagé : accueil, évaluation , orientation • Tester une formation adaptée aux points d'accueil • Proposer une formation via le CNFPT pour les points d'accueil (Fiche Action VO) 	TCS 04/2016	2018/2019
	Défaut de pratiques coresponsables et besoin d'acculturation sur les pratiques du soin et du soutien à domicile	Développer la coresponsabilité : les ateliers café	TCT 31/01/2017 Multi portage 02/2017	2018/2019
	Système d'Information gérontologique non accessible	Système d'Information gérontologique partagé : <ul style="list-style-type: none"> • Former les acteurs MAIA au ROR SMS(fiche action VO) • Animer le comité de pilotage ROR : MAIA/CD/SESAN (fiche action VO) • Former les équipes de pilotage MAILLAGE (+ fiche action VO) • L'animation du site WEB : formation SESAN, Comite de coordination MAIA/SESAN (fiche action VO) • Préparer le lancement de MAILLAGE (fiche action VO) • Animer le Comité éditorial MAILLAGE (fiche action VO) 	TCT 10/2014	2018/2019
				TCS 04/2016
Gestion de cas	Besoin d'un soutien à la pratique professionnelle	Co financer un groupe d'analyse de pratiques (fiche action VO)	TCS 28/09/18	2018/2019
		Observer le territoire	TCT 03/2018	2018/2019



1.3 Concertation : Appui à la coordination des acteurs : Favoriser le lien ville/hôpital

Date de décision : TCT 10/2016

Lancement de l'expérimentation TCT 02/2017

Objectif :

Répondre, même de façon partielle, au manque de coordination constaté sur le territoire.

Porteurs de l'action :

Acteurs de ville : CCAS, SAAD, Mandataire judiciaire, SSIAD, réseau de santé

Acteurs de l'hôpital : Chef de Pôle gériatrique, responsable SAU, cadres de santé.

Réalisées (actions et dates) :

2015 et 2016

5 ateliers : Carte de coordination ville/hôpital

- Charte d'engagement des acteurs
- Demande d'autorisation auprès de la personne âgée d'échange d'information entre professionnels
- conception carte de coordination ville/hôpital
- Critères d'évaluation de la carte

2017/2018

- Communication auprès des partenaires et des personnes âgées
- Création d'une affiche tout public « ma carte de coordination c'est comme ma carte vitale , je la présente »

Résultats (cf. indicateurs) :

Nombre chartes signées : 13(2017)

Nombre cartes diffusées: 1300 (2016/2018)

Actions à réaliser : 2019

- Impliquer la CPAM dans le portage de la carte
- Finaliser les supports de communication avec la société de communication STRATEACT (articles de presse et modifications pour la carte)
- Favoriser la communication au niveau local et départemental (CC aggro et CD)
- Produire les cartes de coordination (nouvelle version)
- Editer les affiches
- Organiser la distribution des cartes et des affiches

Points de vigilance

Leviers :

Acteurs de ville et hôpital impliqués dans les ateliers et la production de l'outil

Personnes âgées rencontrées lors de réunions (conseils de sages, résidence autonomie....) très impliquées dans le portage de la carte

Freins :

Carte peu portée par l'hôpital

Ajustements :

Changement de pratique professionnelle à accompagner
Communiquer de façon visible et permanente sur la carte auprès des partenaires et auprès de la population âgée
Repérer des référents au sein des structures pour le portage de la carte



1.3 Guichet intégré : Accompagner les points d'accueil : Diagnostic Territorial Partagé : Accueil, évaluation, orientation de la population âgée

Objectifs

- Recenser l'existant et les pratiques d'accueil, d'évaluation et d'orientation des points d'accueil de premier recours sur les territoires MAIA
- Définir le contenu de la formation

Porteur de l'action : Pilote MAIA et GT 09/2017 issu de TCT

Date de décision : TCT 20/06/2017

Réalisés (actions et dates)

Enquête de 07/2017 à T0 : constat de besoins de formations (GI, outils)
Sept. 2017 : GT détermine le choix du support (enquête), son orientation (besoins, freins, leviers) et sa temporalité (recueil sur 1 mois)
Janv. 2018 : validation du questionnaire par le GT
Enquête en ligne de 07/2018 à 01/2019 sur une **période d'un mois**

Résultats (indicateurs)

Etat des lieux des ressources du territoire : CCAS et communes

Résultats quantitatif et qualitatif de l'enquête :

- **50% des communes** du territoire avec ou sans CCAS ont répondu
- Cohorte: 108 personnes âgées accueillies
- 47% sont accueillies par un CCAS avec service dédié aux PA
- Les **outils MAIA** sont utilisés essentiellement par les **travailleurs sociaux** ou **référents** de coordination (30% guide d'entretien, 40% FAMO)
- **L'accueil** qui s'effectue **au guichet** fait l'objet d'une **évaluation complémentaire pour 64%** d'entre elles dans un bureau.
- L'évaluation concerne systématiquement les **droits sociaux** et l'organisation du **soutien à domicile** et pour 44% des situations du **parcours de santé**
- 46% des professionnels ont aussi accueillis les **aidants** de la PA

Actions à réaliser

- Enrichir les formations au regard des résultats
- Validation en TCS des plans d'actions et remontée des propositions des TCT

Points de vigilance

Ergonomie, choix du temps de l'enquête
Multiplication des enquêtes

Leviers

Formation de la pilote au Diagnostic territorial partagé à l'EHESP
S'appuyer sur les communautés de communes

Freins

Repérage des destinataires de l'enquête par toujours efficient



1.3 Guichet intégré : Accompagner les points d'accueil : Tester une formation adaptée aux points d'accueil

Date de décision :

Lancement de l'expérimentation 02/2017

Objectif :

Soutenir les communes dans l'accès à l'information, l'accueil et l'orientation pour les personnes âgées et leurs aidants.

Porteurs de l'action :

EHPAD MGEN Fontenay en Parisis, 5 communes rurales du nord est du territoire MAIA, Pilote MAIA

Financement par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

Réalisées (actions et dates) :

2018

8 séances de deux heures avec les CCAS sur site

- Connaissances des ressources gérontologiques, procédures et politique départementale en faveur de la population âgée.
- Repérage de la fragilité et de la vulnérabilité
- Connaissance des outils du territoire (FAMO, Guide d'entretien, guide départemental de l'évaluation de la vulnérabilité)
- Rencontres avec des acteurs (réseau de santé, SSIAD, APA, MONALISA)

Résultats (cf. indicateurs) :

Nombre de rencontres : 8

Nombre de CCAS présents : 4

Actions à réaliser : 2019

Evaluer l'action auprès des CCAS

Harmoniser la démarche sur le plan départemental pour les points d'accueil (CCAS et SSD) via le CNFPT

Points de vigilance

Leviers :

- Intervenants institutionnels impliqués et disponibles
- Petit groupe favorable aux échanges sur les situations cliniques notamment
- Demande des professionnels d'une montée en compétences
- Support des outils MAIA pour structurer l'accueil, l'évaluation et l'orientation

Freins :

- Action peu portée par certaines communes malgré une volonté affichée
- Des séances de travail ont été reportées au dernier moment (intervenants)

Ajustements :

Veiller à la mobilisation des professionnels dans le temps



1.3 Guichet intégré : Développer la coresponsabilité : Les ateliers café

Objectif et dates de décision : TCT 10-2014 ; 02-2015 ; 01-2016 ; 01-2017 ; 01-2018

Transmettre des savoirs et échanger sur les pratiques professionnelles.

→ Rencontres par demi journée à l'EHPAD Adélaïde Hautval à Villiers le Bel

Porteur de l'action : Acteurs MAIA95 Est

Réalisées (actions et dates) :

- 06/2015 : Le repérage de la fragilité chez la PA, l'accompagnement des personnes présentant des troubles psycho comportementaux
- 02/2016: La vulnérabilité
- 03/2016 : La protection des majeurs âgés
- 06/2017 : Le soutien à domicile : rencontre choisie, rencontre prescrite
- 10/2017 : Approche pluriculturelle du soutien à domicile
- 11/2017 : Ethique de l'intervention à domicile
- 06/2018 : Place de l'aidant dans le soutien à domicile
- 12/2018 : Controverse sur le rôle des professionnels dans le soutien à domicile

Résultats :

63 structures présentes sur les 8 ateliers ; 333 participants

Evaluation par questionnaire

Réflexion sur les pratiques : satisfaits de 64 à 100%

Apport de connaissances : satisfaits de 64 à 85%

Organisation : satisfaits de 89 à 100%

Action à réaliser

Publication des notes des rapporteurs dans le site MAILLAGE

Réunir le groupe en mai 2019 pour construire les ateliers café de 2019

Points de vigilance

Leviers :

- Sujets en réponse au questionnaire du territoire
- Intervenants du territoire le plus souvent
- Effets : mutualisation des connaissances, relation de confiance, appui à l'intégration des services
- Coordination logistique assurée par l'assistante MAIA
- Disponibilité des lieux à titre gratuit
- Implication et participation des acteurs
- Financement sur le budget MAIA

Freins :

- Le groupe de travail pas toujours autonome (besoin du pilote pour interpellier les intervenants)
- Trouver les bons intervenants sur le territoire

Vigilance :

- Animation à structurer pour certains intervenants



1.3 Guichet intégré : Système d'Information partagé : Portail MAILLAGE, équipe MAIA Est

<p><u>Objectifs :</u> Former les équipes de pilotage à l'animation du portail WEB MAILLAGE</p> <p><u>Rappel dates de décision :</u> TCT 31/01/2017 et TCS 28/09/2017</p> <p><u>Réalisées (actions et dates) :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Formations de SESAN sur Paris et autre site(92)• Partage de pratiques des équipes de pilotes VO• SI gérontologie (SESAN, équipes de pilotage VO) <p><u>Résultats (cf. indicateurs) :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre de formations SESAN : 6 demi journées• Nombre de rencontres VO : 6• COPIL SI gérontologie : 4• Réunions MAIA95Est Pilote- Assistante MAIA : 10	<p><u>Actions à réaliser 2019</u> Poursuivre :</p> <ul style="list-style-type: none">• L'accompagnement des équipes de pilotage par SESAN• Les rencontres pilotes assistantes VO• Les séances de travail infra MAIA• Intégrer MAIA Ouest dans la démarche <p>Lancer le portail départemental</p> <p><u>Points de vigilance</u></p> <p><u>Leviers</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Implication forte des assistantes MAIA• Formalisation de temps dédié à la formation et à la pratique <p><u>Ajustements</u></p> <ul style="list-style-type: none">• S'adapter aux évolutions du « back office » <p><u>Freins</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Evolution du site• Accompagnement de SESAN insuffisant
---	--



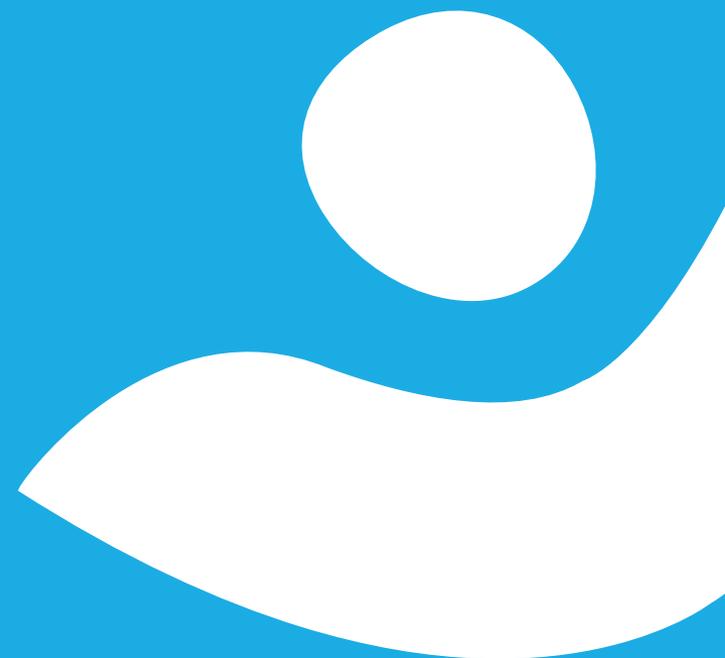
1.3 Gestion de cas - Observation de territoire

<p><u>Objectif :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Qualifier la rupture du parcours• Analyser les problématiques rencontrées• Mesurer l'importance des situations (la fréquence, la gravité...) <p><u>Rappel date de décision :</u> TCT 03/2018</p> <p><u>Réalisées (actions et dates) :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Rencontre avec MAIA 78 : 06/2018• Complétude d'un tableau « observation de territoire »• Réunions d'équipe bi mensuelles dédiées de 03 à 12/2018 <p><u>Résultats (cf. indicateurs) :</u> 65 évènements qualifiés de 03 à 12/2018</p>	<p><u>Actions à réaliser :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Analyser les évènements• Partager l'analyse en TCT <p><u>Points de vigilance</u></p> <p><u>Leviers :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Régularité des réunions dédiées à l'observation de territoire• Soutien à la pratique professionnelle <p><u>Freins :</u> Observations pas encore en routine</p>
---	--

PARTIE 2

Organisation territoriale - problématiques parcours

Feuille de route et axes de travail de
l'année





2.2 Feuille de route - Thématique parcours

Thématique	Constat	Axes de travail	Pilote de l'action	Instance de décision et date	Identifié en aaaa
Appui à la coordination des acteurs	Ruptures de parcours de soin non identifiées	Qualifier les ruptures de parcours pour agir dessus	Pilote et acteurs TCT	TCT 03/2018	2018/2019
Accès aux soins psychiatriques	Peu de prise en compte de la souffrance psychique du sujet âgé	Implication dans l'animation du RESAD	CLSM Est	TCT 12/2017	2018/2019



2.3 Parcours : Observatoire territorial des ruptures du parcours de soins des 60 ans et plus

Objectif et date de décision :

- Partager une analyse commune entre partenaires et proposer des actions en concertation
- Créer un outil pour identifier les causes de rupture de parcours des personnes âgées faisant l'objet d'une prise en charge par les acteurs du territoire

Porteur de l'action : TCT 15/03/2018

Réalisé (actions et dates)

- 3 ateliers (06,07 et 09/2018)
- Production : fiche observation de la rupture du parcours de soins de la personne âgée de 60 ans et plus
- Présentation et guide pour complétude de la fiche
- Création d'un groupe pour l'analyse des fiches
- Période de test après validation en TCT le 04/10/2018

Résultats (cf. indicateurs)

Nombre de fiches reçues : 28

Sources de rupture du parcours de soins :

- Contexte familial : 75%
- Offre de service ou de soins inaccessible : 57% (absence de professionnels, de soins à domicile...)
- Lors du retour à domicile : 50%

Actions mises en place :

- Contact avec la famille : 86 %
- Contact et/ou recherche d'un professionnel : 54 %

Actions à réaliser :

- Création du groupe d'analyse des fiches
- Poser la question en TCT (04/2019) de la poursuite de l'observation de territoire

Points de vigilance

Leviers :

- Implication forte des acteurs dans les groupes de travail
- Validation en TCT pour test avant mise en routine

Freins :

- Fiches d'observation simple mais chronophage au remplissage (demande une analyse de la situation)
- Peu de structures impliquées réellement
- Nombre insuffisant de fiches pour une analyse de territoire

Ajustements :

Demander aux structures de réfléchir à une organisation interne pour faciliter la production des fiches



2.3 Parcours : Appui à la coordination des acteurs : Accès aux soins psychiatriques

<p><u>Objectifs et date de décision :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Faciliter l'accès aux soins psychiatriques• Partager une analyse clinique entre partenaires du territoire <p><u>Porteur de l'action :</u></p> <p>CLSM Est du VO</p> <p><u>Réalisé (actions et dates) :</u></p> <p>TCT 12/2017</p> <p><u>Résultats (cf. indicateurs) :</u></p> <p>5 RESAD (janvier, juin, août, septembre, octobre)</p> <p><u>Actions mises en place :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Implication systématique du service gestion de cas au RESAD,• Rappel de cette instance dans les TCT de l'année 2018	<p><u>Actions à réaliser :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Favoriser l'implication des acteurs au sein des RESAD• Favoriser la formation des acteurs à la souffrance psychique <p><u>Points de vigilance</u></p> <p><u>Leviers</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Validation en TCT• Implication forte des acteurs MAIA dans le RESAD• Expertise de la gestion de cas reconnue• Participation de l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité <p><u>Freins</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Recours aux soins psychiatriques reste difficile pour la population de plus de 60 ans• Convention dans le cadre du CLSM sur 4 communes de ce territoire uniquement
---	--

PARTIE 3

Bilan et perspectives





3.2 Bilan au 31 décembre 2018

Mécanisme/ Thématique	Axes de travail	Points de vigilance
Concertation	Etre en appui à la coordination des acteurs MAIA : <ul style="list-style-type: none">• Favoriser le lien ville /hôpital• La carte de coordination	Accompagner les changements de pratique professionnelle Communiquer de façon visible et permanente Repérer des référents pour le portage de la carte
Guichet intégré	Accompagner aux pratiques d'accueil, d'évaluation et d'orientation Développer la coresponsabilité : ateliers café	Mobiliser les acteurs et notamment le secteur sanitaire Trouver les bons intervenants sur le territoire Aider à structurer les interventions auprès de certains intervenants
Gestion de cas	Observation de territoire	Pratiquer l'observation en routine



3.2 Bilan au 31 décembre 2018 (suite)

Mécanisme/ Thématique	Axes de travail	Points de vigilance
Thématique parcours	Observation des ruptures de parcours	<p>Pas assez de structure impliquées</p> <p>Aider les structures à réfléchir à une organisation interne pour faciliter la production des fiches d'observation</p>
	Accès aux soins psychiatriques	<p>Recours aux soins psychiatriques reste difficile pour la population de plus de 60 ans</p> <p>Convention dans le cadre du CLSM sur 4 communes de ce territoire uniquement</p>



3.3 Propositions d'actions pour la feuille de route 2019

Thématique	Constats	Axes de travail objectifs	Identifié en aaaa
Concertation	Carence de coordination de type clinique des acteurs du territoire	Mise en place d'une Instance d'Appui à la coordination des acteurs avec le réseau de santé	2019/2020
Guichet intégré	Accueil, évaluation, orientation hétérogène sur le département	Former les points d'accès (CCAS et SSD)	2019/2020
	Pratiques coresponsables et acculturation sur les pratiques du soin et du soutien à domicile	Soutenir la création des ateliers café	2019/2020
	Système d'Information gérontologique non accessible	Lancer le portail MAILLAGE95	2019
Gestion de cas	Besoin d'un soutien à la pratique professionnelle	Mise en place d'un groupe d'analyse professionnelle VO	2019



3.3 Propositions d'actions pour la feuille de route 2019 (suite)

Thématique	Constats	Axes de travail objectifs	Identifié en aaaa
Appui à la coordination des acteurs	Ruptures de parcours de soin non identifiées	Qualifier les ruptures de parcours pour agir dessus	2019/2020
Appui à la coordination des acteurs	Peu de coordination clinique entre les acteurs du territoire	Portage avec le réseau de santé OPALIA d'une Instance d'Appui à la Coordination	2019
Accès aux soins psychiatriques	Peu de prise en compte de la souffrance psychique du sujet âgé	Implication dans l'animation du RESAD	2019



3.3 Propositions d'actions pour la feuille de route 2019

Thématique	Constats	Axes de travail	Identifié en aaaa
Appui à la coordination des acteurs	Ruptures de parcours de soin non identifiées	Qualifier les ruptures de parcours pour agir dessus	2019/2020
Appui à la coordination des acteurs	Peu de coordination clinique entre les acteurs du territoire	Portage avec le réseau de santé OPALIA d'une Instance d'Appui à la Coordination	2019
Accès aux soins psychiatriques	Peu de prise en compte de la souffrance psychique du sujet âgé	Implication dans l'animation du RESAD	2019



3.4 Pilotage MAIA95 Est : Points spécifiques

- **Contributions**
 - ✓ Dispositifs de santé publique
 - ✓ Déploiement du SI gérontologique
- **Caractéristiques de l'année**
 - ✓ Le réseau de santé OPALIA devient tri thématique
 - ✓ Le service gestion de cas
 - ✓ Evolution du niveau d'intégration
- **Freins et leviers à la conduite du pilotage**
- **Résultat du MAIA 25 et commentaires** (en annexe)



3.4 Pilotage MAIA Contribution aux dispositifs de santé publique

- **CLSM et CLS**

La pilote est engagée dans les actions du CLSM de l'Est du Val d'Oise.

Elle engage le service gestion de cas à une permanence systématique aux différentes actions notamment à celle du RESAD (mensuelle), ainsi qu'à des actions ponctuelles et en concertation avec le CLS de Villiers le Bel.

- **MONALISA**

La coopération territoriale MONALISA est active sur ce territoire, elle engage les acteurs dont la MAIA est partie prenante, à travers des actions de sensibilisation contre l'isolement des personnes âgées (TCT et actions intercommunales).



3.4 Pilotage MAIA

Contribution aux dispositifs de santé publique

- **CTS**

Une représentante MAIA (sud) siège au bureau du Conseil Territorial de Santé, les pilotes sont amenées à participer à cette instance de démocratie sanitaire de façon trimestrielle. Les MAIA sont engagées dans la réflexion menée par le Plan Territorial de Santé Mentale.

- **Comité de suivi vulnérabilité**

Le Conseil départemental a mis en place un comité vulnérabilité inter service et a invité la MAIA Est à s'y joindre. Des travaux sur des procédures de prise en charge des personnes vulnérables, la création d'outils nécessaires à l'exercice (guide départemental de la vulnérabilité, accompagnement aux pratiques des partenaires médico-sociaux mise en place de veille vulnérabilité....) et en partenariat (TGI, mandataire, plateforme d'appel, CRAMIF....) sont travaillés puis proposés par ce groupe.



3.4 Pilotage MAIA Contribution au développement du SI gérontologie

- **La MAIA est engagée dans le peuplement du ROR SMS**

En lien avec les MAIA du Val d'Oise l'assistante et la Pilote se sont engagées dans la mise en place de formations collectives auprès des partenaires en vue du peuplement du ROR (9) suivies de formation individuelles auprès des acteurs qui n'ont pas pu s'y rendre (12 accompagnements individuels).

- **L'animation du site Web MAILLAGE**

L'équipe de pilotage MAIA se forme à l'animation du site MAILLAGE avec SESAN.

Le comité de pilotage départemental se réunit tous les mois pour ajuster la pratique de l'animation du site.

Le comité éditorial (COMEDIT) est constitué d'acteurs MAIA du Val d'Oise et est garant des publications et du bon usage du site



3.4 Pilotage MAIA

Les caractéristiques de l'année

L'augmentation de population la plus marquée est celle des plus de 60 ans

	Population du Val d'Oise	Population Territoire MAIA	Variation par rapport à 2017 pour le territoire MAIA
TOTAL	1 215 390	277 927 soit 23 % du 95	+ 0,5 %
60 - 74 ans	147 537	30 251 soit 20,5 % du 95	+ 11 %
> 75 ans	71 227	14 080 soit 20 % du 95	+ 8 %

1 215 390 habitants sur le Val d'Oise soit une **hausse de 0,7% / an** sur la période 2010-2015 alors qu'en 2017, on enregistre une baisse significative de la population âgée du territoire. En 2018 celle-ci tend à augmenter, on enregistre une hausse de **0,5% entre 2017 et 2018** . Enfin, la population âgée du territoire représente **20 %** de la population du 95.

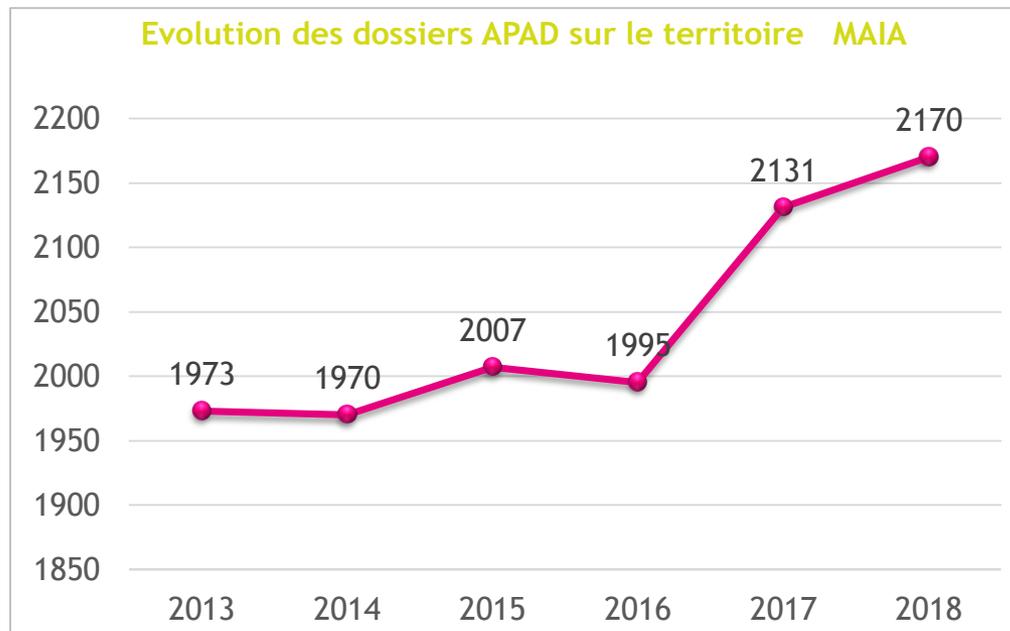


3.4 Les caractéristiques de l'année

Une augmentation des bénéficiaires de l'APAD

L'Est du département enregistre une accélération du taux de vieillissement marqué sur un territoire réputé jeune.

On enregistre 175 dossiers APAD soit 8 % d'augmentation similaire à l'augmentation de la population âgée de plus 75 ans du territoire.



Le souhait de rester à domicile est très ancré au niveau culturel sur ce territoire ce qui concourt à la hausse des dossiers APAD.

Les CESU sont essentiellement des CESU familiaux, le facteur linguistique est un élément déterminant.



3.4 Les caractéristiques de l'année

Le réseau de santé OPALIA devient tri thématique

Les acteurs du territoire doivent « re-connaître » le réseau de santé OPALIA dans ses nouvelles prérogatives.

Des réunions régulières MAIA/Réseau permettent d'accompagner les acteurs vers une appropriation des missions de ce partenaire en vue d'orientations pertinentes : présentation des missions en TCT puis de propositions de procédures de travail.

Appui de l'équipe de pilotage : aide au repérage des acteurs du territoire et de leurs missions, transmission de données non sensibles (diagnostic de territoire, procédures de travail de la gestion de cas, carnet d'adresses, présentation du progiciel Mediateam).



3.4 Les caractéristiques de l'année

La gestion de cas

▪ Les ressources humaines

L'ARS a validé une dotation supplémentaire en vue du recrutement d'un quatrième gestionnaire de cas.

La quatrième gestionnaire de cas a été embauchée en novembre 2018. La formation de cette gestionnaire de cas débutera probablement en décembre 2019.

Parallèlement, un gestionnaire de cas quitte ses fonctions fin décembre 2018. Le service gestion de cas reste donc en 2018 avec un effectif de trois professionnels. L'assistante MAIA exerce à temps plein, son poste est doté pour moitié par le porteur (Conseil départemental) et l'ARS.

▪ L'animation de l'équipe

- Une rencontre hebdomadaire : étude des situations sur Mediateam
- Une réunion bi mensuelle pour l'observation de territoire sur Excel
- Une réunion mensuelle de service pour faire le point sur les avancées de territoire et les questions logistiques.



3.4 Les caractéristiques de l'année

La gestion de cas : le service monte en compétences

Formations suivies		Nbre de jours	Organisme
Thérèse SOUCHIER	* Le diagnostic territorial partagé	1 (2 jours en 2017)	• EHESP
Eliane CHABLIS	* Université d'Eté Ethique, Alzheimer et maladies neuro dégénératives	2	• Espace Ethique Alzheimer IdF • Espace Ethique Alzheimer IdF • E. Kammerer
	* La médicament à l'épreuve de la bioéthique	1	
	* Analyses des pratiques	5	
Pascal ROGER	* Recyclage Assistant de prévention	1	• Les Résidences de l'Agora • E. Kammerer
	* Recyclage Sauveteur secouriste	1	
	* Recyclage Assistant équipier de 1 ^{ère} intervention	1	
	* Analyses des pratiques	5	
Marie-Noëlle SOUBAIGNE	* DIU Gestion de cas	5	• Université de Rennes • E. Kammerer
	* Analyses des pratiques	5	
Julie LAMEIRA	* Prise de parole en public	3	• XULON Formation • CNFPT
	* Préparation orale concours Rédacteur territorial	4	

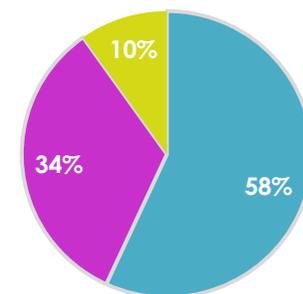


3.4 Les caractéristiques de l'année Evolution du niveau d'intégration

Année	Nombre de partenaires invités en TCT	Nombre de partenaires impliqués dans la démarche	Inclusion mensuelle en gestion de cas
2012	50	9 (18 %)	2
2013	53	18 (34 %)	2,10
2014	64	29 (45 %)	2,20
2015	74	45 (60 %)	4,42
2016	75	59 (79 %)	3
2017	89	66 (74 %)	4,16
2018	92	77 (84 %)	3,17

- En 2018, 12 acteurs ont rejoint la MAIA :
- 50 % sont issus du champ médico-social
 - 42 % du champ social
 - 8 % du champ sanitaire

Représentation des structures en Tables de Concertation Tactiques



■ Médico-social ■ Social ■ Sanitaire

Monsieur Roger, gestionnaire de cas, a quitté ses fonctions fin décembre 2018.

Un travail de relais avec les gestionnaires de cas de l'équipe a été organisé dès le mois de novembre 2018 afin d'éviter les ruptures du parcours de soin (la file active de Monsieur Roger était alors de 32 situations).

La pilote a demandé aux partenaires MAIA de surseoir aux orientations vers le service et de rester en coresponsabilité pendant cette période de latence.



3.4 Freins et leviers à la conduite du pilotage

- **Freins**
 - Des partenaires historiquement peu impliqués dans l'intégration des services
 - Une collaboration ville hôpital ténue

- **Leviers**
 - Une équipe gestion de cas reconnue par le territoire
 - Des partenaires montent en compétences
 - Un porteur impliqué



3.4 Freins et leviers à la conduite du pilotage

Freins

Des partenaires historiquement peu impliqués

- ✓ Depuis l'implantation de cette MAIA, le réseau de santé gériatrique du territoire (jusqu'à fin 2018), n'a jamais trouvé sa place dans le travail d'intégration des services. Le réseau de santé gériatrique n'est pas présent aux instances de concertation alors qu'il est impliqué sur le territoire.
- ✓ Le SSIAD ADMR a collaboré de façon parcimonieuse aux instances de concertation.

Un lien ville/hôpital encore ténu

- ✓ Le travail mis en place dans le cadre de la coordination des acteurs et la production d'outils pour y parvenir est peu porté par l'hôpital de référence de ce territoire. Des arguments de type structurels semblent en être la cause.



3.4 Freins et leviers à la conduite du pilotage

Leviers

Une équipe gestion de cas reconnue par le territoire

- ✓ Les gestionnaires de cas sont mieux repérés par les professionnels de santé libéraux et les orientations en gestion de cas sont pertinentes. L'action de ces professionnels concoure à l'intégration des services.

Des partenaires qui montent en compétences

- ✓ Les communes qui interviennent sur le Nord de ce territoire se sentent parfois démunies pour l'accueil, l'évaluation et l'orientation de la population la plus âgée.
Certaines se sont impliquées dans les instances proposées par les acteurs MAIA (ateliers café, formations) et ont rejoint la MAIA en 2018.

Un porteur impliqué

- ✓ Le Conseil départemental est très présent et accompagne la démarche d'intégration et de déploiement du SI gérontologique.
Le message de l'intégration est porté au niveau institutionnel et les MAIA de ce département sont reconnues comme un facteur de cohérence des politiques de santé publique.



MAIA

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