

Rapport d'étape

MAIA Seine-et-Marne Centre-Nord 2018

PARTIE 1

Déploiement de l'intégration - méthode MAIA

1.1	Situation en début d'année.....	Page 5
1.2	Feuille de route (concertation, guichet intégré, gestion de cas)	Page 7
1.3	Axes de travail déclinés dans l'année.....	Page 8
1.3.1	<u>Concertation</u>	Page 9
	- <i>Axe de travail 1</i> : Table de concertation tactique avec les acteurs du territoire Centre et Nord...	Page 10
	- <i>Axe de travail 2</i> : Engagement de la pilote MAIA au sein des Comités Opérationnels et des Conseils de partenaires de chacun des 3 Pôles Autonomie Territoriaux.....	Page 13
	- <i>Axe de travail 3</i> : Intégrer l'ensemble des acteurs au sein du territoire Centre-Nord en articulant la Table de concertation tactique et le Conseil des Partenaires.....	Page 15
1.3.2	<u>Guichet Intégré</u>	Page 16
	- <i>Réalisation 1</i> : Mise en œuvre du FAMO régional IDF harmonisé.....	Page 18
	- <i>Réalisation 2</i> : Déploiement des Systèmes d'Information.....	Page 20
	- <i>Réalisation 3</i> : Poursuite de l'élaboration des référentiels de missions différenciées.....	Page 29
	- <i>Réalisation 4</i> : Démarrage du projet e-parcours : plateforme régionale numérique.....	Page 31
1.3.3	<u>Gestion de cas</u>	
	- <i>Axe de travail</i> : Mieux faire connaître les spécificités de ce service aux acteurs du territoire.....	Page 34

PARTIE 2

Organisation territoriale et thématiques parcours

2.1	Feuille de route.....	Page 39
2.2	Axes de travail déclinés dans l'année.....	Page 41
2.2.1	<u>Thématique Parcours</u> :	
	- <i>Axe de travail 1</i> : Elaboration du référentiel de missions différenciées HAD-IDEL.....	Page 42
	- <i>Axe de travail 2</i> : Place et rôle de l'aidant familial dans le parcours/maintien à domicile.....	Page 45
	- <i>Axe de travail 3</i> : Mise en place d'une solution alternative pour éviter le recours aux urgences lié à l'indisponibilité temporaire de l'aidant.....	Page 49
	- <i>Axe de travail 4</i> : Parcours orthopédique de la personne âgée.....	Page 53

PARTIE 3

Bilan et perspectives

3.1 Perspectives 2019.....	<i>Page 58</i>
3.2 Pilotage	<i>Page 60</i>

ANNEXES

Annexe 1	Cartographie des offres du territoire de la MAIA Seine-et-Marne Centre-Nord.....	<i>Page 63</i>
Annexe 2	Concertation tactique	<i>Page 69</i>
Annexe 3	Rapport d'activité du service de gestion de cas.....	<i>Page 113</i>

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

Rappel :

- Nouvelle territorialisation depuis le 1^{er} Septembre 2017 avec la fusion des MAIA Seine-et-Marne Centre et Seine-et-Marne Nord pour devenir la MAIA Seine-et-Marne Centre-Nord portée par l'Association CENTRE 77.
- Restructuration des services d'accueil, d'information et d'accompagnement des personnes en situation de handicap et des personnes de plus de 60 ans avec la transformation des 9 CLIC « PA » (sur tout le 77) en 6 Pôles Autonomie Territoriaux (PAT) « PA+PH » (depuis Novembre 2017) dont 3 sur le territoire couvert par la MAIA Seine-et-Marne Centre-Nord : PAT Meaux, Lagny et Coulommiers

Conséquences populationnelles :

- Multiplication par 1,8 en terme de communes (135 à 239) dont 70% en zone rurale (167 communes < 2000 habitants)
- Multiplication par 3,6 en terme de population totale (221 403 à 801 161 habitants) avec 17% de 60 ans et plus (dont 30% de 75 ans et plus)
- Nouveaux acteurs à intégrer dans les réflexions des tables de concertations tactiques

1.1 Situation en début d'année

Conséquences organisationnelles :

❖ Liées à la restructuration géographique des MAIA :

- Intégration/ recrutement de nouveaux gestionnaires de cas pour pouvoir assurer un accompagnement de la population sur l'ensemble des territoires Centre et Nord.
- Nécessité d'identification des spécificités du territoire Nord afin d'en étendre le tissu partenarial (déjà bien développé et dynamique sur le territoire Centre).
- Poursuite des axes de travail engagés initialement au sein de chaque territoire.
- Renforcement du partenariat avec le GHEF - sites de Meaux et Jossigny.
- Répartition inégale des professionnels libéraux et structures médico-sociales sur le territoire (voir cartographies en annexe 1)

❖ Liées à la mise en place des Pôles Autonomie Territoriaux (P.A.T) :

- Implication de la pilote MAIA en tant que membre de droit au sein des Comités Opérationnels et des Conseils des Partenaires de chacun des 3 Pôles Autonomie Territoriaux (depuis novembre 2017).

1.2 Feuille de route-déploiement de l'intégration

mécanisme	Constats	Axes de travail	Instance Date de validation	Date de mise en oeuvre
Concertation	Nouvelle territorialisation des MAIA Seine-et-Marne Centre et Seine-et-Marne Nord pour devenir la MAIA Seine-et-Marne Centre-Nord (depuis le 01/09/2017) Transformation des 9 CLIC « PA » en 6 PAT « PA+PH »	1. Rapprocher les tables de concertation tactique des territoire Centre et Nord 2. Articulation des travaux de la Maia avec ceux réalisés dans le cadre des 3 PAT de son territoire	TCT du 27/09/2017	Depuis Septembre 2017
				Depuis Novembre 2017
Guichet intégré	Au vue de la multitude d'acteurs impliqués dans le parcours de la personne en perte d'autonomie : nécessité de développer les échanges d'informations entre les structures sanitaires, médico-sociales et sociales	1. Mise en œuvre du FAMO régional IDF 2. Déploiement des systèmes d'information 3. Elaboration des référentiels de missions différenciées 4. Démarrage du projet e-parcours	CNSA - Cahier des charges MAIA 2009	Depuis Juin 2018
			TCT du 20/01/2015	Depuis le 2 nd semestre 2017
			ARS - Janvier 2018	Depuis Mai 2015
				Depuis Mars 2018
Gestion de cas	Nécessité de redéfinir et de communiquer sur le cadre d'intervention de la gestion de cas auprès des partenaires (suite à la reconfiguration des territoires de la Maia)	Mieux faire connaître les spécificités du service de gestion de cas aux acteurs du territoire	TCT du 27/09/2017	Depuis Décembre 2017

1.3 Axes de travail déclinés dans l'année

1.3.1 Concertation

Intégration des acteurs au sein du territoire Centre-Nord

1.3.1 Concertation - Axe de travail 1 : Tables de concertation tactique avec les acteurs des territoires Centre et Nord

Objectif :

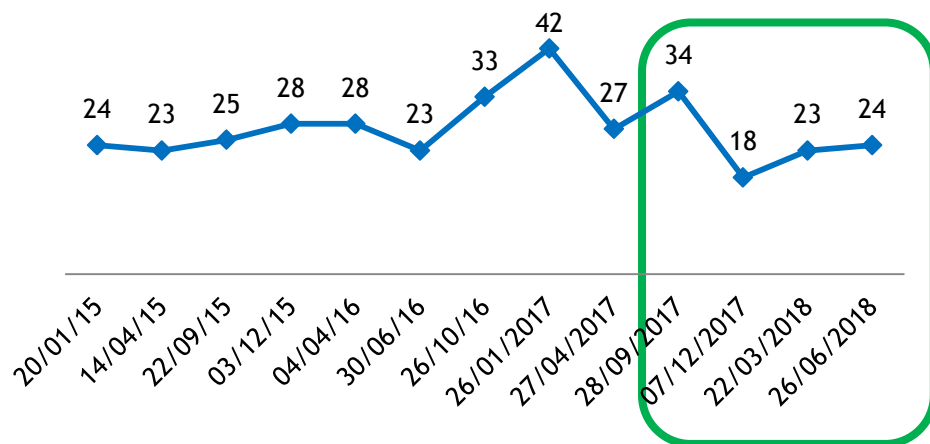
Les MAIA Seine-et-Marne Centre et Seine-et-Marne Nord organisaient chacune leurs tables de concertation tactique (TCT).

Suite au regroupement de ces 2 MAIA, il est envisagé de rapprocher les deux tables de concertation tactique d'ici fin 2018

Rappel date de décision : TCT de la MAIA 77 Centre-Nord - territoire Nord du 27/09/2017

Actions réalisées :

- ❖ La MAIA 77 Centre-Nord a réuni 4 TCT pour chacun des territoires depuis le rapprochement des 2 MAIA :
 - Pour le territoire Centre (Septembre 2017 à Juin 2018)



- une moyenne de 25 participants /TCT (ce depuis la création de la MAIA 77 Centre) représentant 22 structures différentes
- un taux de fidélité de 77% (structures ayant participé à plus de 6 TCT)

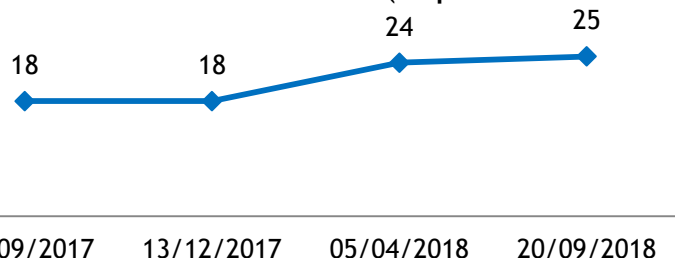
NB : ces résultats comprennent uniquement les partenaires (hors salariés de la Maia)

1.3.1 Concertation - Axe de travail 1 : Tables de concertation tactique avec les acteurs des territoires Centre et Nord

Actions réalisées (suite) :

- ❖ La MAIA 77 Centre-Nord a réuni 4 TCT pour chacun des territoires depuis le rapprochement des 2 MAIA :

- Pour le territoire Nord (Septembre 2017 à Septembre 2018) :



- une moyenne de 21 participants /TCT représentant 16 structures différentes
- un taux de fidélité de 56% (structures ayant participé à plus de 2 TCT)

➔ Détails des TCT de l'année 2018 en annexe 2

- ❖ Cette régularité et fidélité des partenaires a permis la fusion des 2 TCT :

- 1^{ère} TCT fusionnée le 29/11/2018 :
 - Ordre du jour : Convergence des dispositifs d'appui à la coordination
 - 34 participants représentant 23 structures différentes
 - Présence du Porteur de la Maia et du Président du réseau Gospel

1.3.1 Concertation - Axe de travail 1 : Tables de concertation tactique avec les acteurs des territoires Centre et Nord

Résultats (au niveau du territoire) :

- Meilleure connaissance entre acteurs du territoire Centre et Nord pour « mieux travailler ensemble » : espace d'échanges coopératifs, relation de confiance, compréhension des contraintes de chacun,...
- Meilleure lisibilité et accessibilité de l'offre du territoire par les acteurs via une meilleure cohérence territoriale : MAIA/réseau de santé/PAT/GHT/GHEF
- Mise en place de projets concrets permettant d'améliorer les parcours des personnes en perte d'autonomie (développés en partie 2)

Actions à réaliser :

- Poursuivre la mobilisation des professionnels dans la mise en place de la méthode
- Amener un meilleur niveau d'intégration des territoires Centre et Nord, notamment dans le cadre de la convergence des dispositifs d'appui à la coordination

Points de vigilance

Freins :

- Au vue du nombre d'acteurs présents sur le territoire Centre-Nord, nécessité de limiter le nombre de participants présents tout en garantissant une représentation homogène des structures.

Leviers :

- On peut observer sur l'année 2018 une diminution des mouvements de personnel, notamment Directions et Professions médicales et paramédicales ce qui a facilité la continuité des sujets concertés.
- Des professionnels mobilisés/investis (au regard du taux de fidélité) dans la mise en place de la méthode et toujours plus nombreux à souhaiter y participer.

1.3.1 Concertation - Axe de travail 2 : Engagement de la pilote MAIA au sein des Comités Opérationnels et des Conseils des Partenaires de chacun des 3 Pôles Autonomie Territoriaux

Objectif :

Articuler les travaux de la MAIA Seine-et-Marne Centre-Nord et ceux réalisés dans le cadre des 3 Pôles Autonomie Territoriaux (PAT)

Rappel date de décision : TCT de la MAIA 77 Centre-Nord - territoire Nord du 27/09/2017

Actions réalisées avec chacun des 3 PAT :

- ❖ Elaboration conjointe du diagnostic territorial partagé et du projet de territoire via divers recensements et la mise à disposition des données de la MAIA
- ❖ Participation active au Conseil des Partenaires afin de présenter aux participants le diagnostic territorial partagé et les plans d'action en découlant

1.3.1 Concertation - Axe de travail 2 : Engagement de la pilote MAIA au sein des Comités Opérationnels et des Conseils des Partenaires de chacun des 3 Pôles Autonomie Territoriaux

Résultats (indicateurs) sur toute l'année 2018 :

	PAT Meaux	PAT Lagny	PAT Coulommiers	Total Nb de réunions	Total Nb d'heures
Nb de Comités Opérationnels	7	12	8	27	84h
Nb de Conseils des Partenaires	2	3	3	8	24h
Nb de réunions de Groupes de travail			5	5	15h
TOTAL				40	123h

NB : Ces durées n'incluent pas les temps de transport ni les temps de préparation de réunions

Point de vigilance

- Du fait de l'existence de 3 PAT sur le territoire de la MAIA 77 Centre-Nord, le temps de travail et d'investissement de la pilote Maia est multiplié par 3.

1.3.1 Concertation - Axe de travail 3 : Intégrer l'ensemble des acteurs au sein du territoire Centre-Nord en articulant la Table de Concertation tactique et le Conseil des Partenaires

Actions à réaliser :

- Harmoniser les pratiques des acteurs du territoire sur les problématiques transversales « personnes âgées / personnes en situation de handicap » en articulant les missions du Conseil des Partenaires de chaque Pôle Autonomie Territorial avec celles de la Table de Concertation Tactique de la MAIA 77 Centre-Nord

Points de vigilance :

Leviers :

- L'articulation entre l'animation locale de proximité réalisée par les PAT via les Conseils des Partenaires et la TCT de la Maia 77 Centre Nord à un niveau plus transversal et stratégique permettra de redéfinir la représentativité des structures au sein de ces 2 niveaux d'animation territoriale.

Facteurs clés de réussite :

- Recueillir le mandat écrit de chaque membre participant aux tables de concertation tactique afin de les inscrire dans le processus d'intégration c'est-à-dire de coresponsabilité. Cette action sera menée lors des positionnements des rôles des TCT et des Conseils des Partenaires

1.3.2 Guichet intégré

Simplifier et fluidifier le parcours de la personne âgée de 60 ans et plus en perte d'autonomie

1.3.2 Guichet intégré - Simplifier et fluidifier le parcours de la personne âgée de 60 ans et plus en perte d'autonomie

Objectif :

La coopération et les échanges d'informations entre les structures sanitaires, médico-sociales et sociales sont au cœur de la démarche parcours de vie et de santé. La réussite de cette démarche passe notamment par le déploiement de systèmes d'information (S.I) à destination des professionnels réalisant de l'accueil leur permettant d'avoir la bonne information, au bon moment pour fluidifier les parcours et aider à la prise en charge ou l'accompagnement des personnes.

Rappel date de décision : Cahier des charges des MAIA 2009

Actions réalisées (développées dans les pages suivantes) :

1. **Mise en œuvre du FAMO régional IDF** en Juin 2018 permettant de réaliser les orientations des personnes vers tous les services, en vue d'une mise en ligne sous format dématérialisé (Janvier 2019) dans le portail MAILLAGE
2. **Déploiement des systèmes d'information :**
 - a) Renforcement de l'utilisation du logiciel d'aide à l'orientation Via-trajectoire
 - b) Référencement de l'offre médico-sociale dans le ROR-IF (toute l'année 2018)
 - c) Création d'un portail départemental MAILLAGE (juin 2018)
3. **Poursuite de l'élaboration des référentiels de missions** afin de faciliter l'interconnaissance des pratiques de chaque professionnel : référentiel HAD-IDEL
4. **Démarrage du projet e-parcours** (Janvier 2018) « parcours orthopédique de la personne âgée » afin d'élaborer conjointement les process de prise en charge permettant de les centraliser sur une plateforme régionale numérique

1.3.2 Guichet intégré - Simplifier et fluidifier le parcours de la personne âgée de 60 ans et plus en perte d'autonomie

Réalisation 1 : Mise en œuvre du FAMO régional IDF harmonisé permettant de réaliser les orientations des personnes vers tous les services

Rappels des objectifs :

- Harmoniser le FAMO sur l'ensemble de l'Ile-de-France
- Faciliter son usage par une version informatisée
- Développer une pratique commune d'analyse multidimensionnelle et d'orientation.

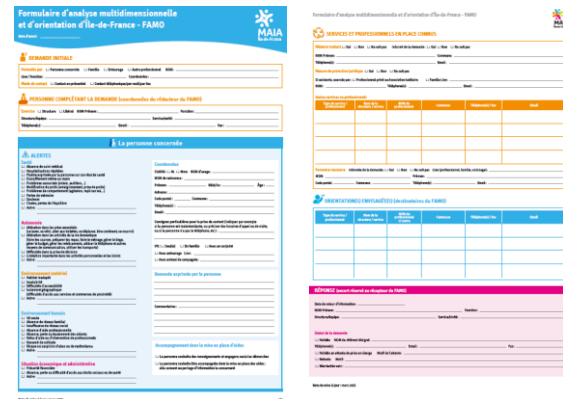
Rappel date de décision : Septembre 2016 (cahier des charges avec le SESAN)

Actions réalisées :

- Présentation du FAMO lors des Tables de Concertation Tactique avec les acteurs des territoires Centre (26/06/2018) et Nord (20/09/2018)
- Communication de ce FAMO lors des rencontres avec les partenaires

Indicateurs de suivi :

- Nombre de nouveaux FAMO reçus en gestion de cas (sur 53 FAMO reçus sur la période Juin 2018 à Décembre 2018 : 20 sont issus de la nouvelle version, soit 38%)



1.3.2 Guichet intégré - Simplifier et fluidifier le parcours de la personne âgée de 60 ans et plus en perte d'autonomie

Réalisation 1 : Mise en œuvre du FAMO régional IDF harmonisé permettant de réaliser les orientations des personnes vers tous les services (*suite*)

Actions à réaliser :

- Communiquer auprès des partenaires sur l'existence de ce FAMO dématérialisé et les informer qu'il sera accessible via une inscription validée sur le portail MAILLAGE 77 (avec un guide d'accompagnement au remplissage)

Points de vigilance :

Freins :

- Manque d'utilisation systématique du FAMO et remplissage incomplet des critères
- Difficulté pour les partenaires à utiliser le FAMO pour une orientation autre que la gestion de cas

Leviers :

La dématérialisation du FAMO devrait :

- Permettre une meilleure utilisation de ce dernier
- Faciliter l'échange et le partage d'informations entre les professionnels
- Simplifier le parcours de la personne et éviter les ruptures d'accompagnement
- Permettre de traiter toute demande de façon harmonisée, quel que soit le lieu d'accueil

Facteurs de réussite :

- Organisation de rencontres avec les partenaires pour re-expliquer le remplissage du FAMO
- S'appuyer sur la convergence des dispositifs d'appui à la coordination pour ré-affirmer l'objectif du FAMO et généraliser son utilisation

1.3.2 Guichet intégré - Simplifier et fluidifier le parcours de la personne âgée de 60 ans et plus en perte d'autonomie

Réalisation 2 : Déploiement des Systèmes d'Information :

a) Renforcement de l'utilisation de ViaTrajectoire permettant d'orienter et d'admettre les personnes dans les champs sanitaire et médico-social.

Constats :

Les directeurs d'EHPAD ont identifié un faible recours à l'outil ViaTrajectoire dans le cadre de demande d'admission au sein de leur établissement.

Objectif :

Sensibiliser les acteurs des champs sanitaire et médico-social sur l'intérêt de cet outil dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie

Rappel date de décision : Groupe de travail « Hébergement Médico-Social d'Urgence » du 13 Février 2018 présenté à la TCT du 26/06/2018

1.3.2 Guichet intégré - Simplifier et fluidifier le parcours de la personne âgée de 60 ans et plus en perte d'autonomie

Réalisation 2 : Déploiement des Systèmes d'Information :

a) Renforcement de l'utilisation de ViaTrajectoire (suite)

Actions réalisées :

- Mise en place d'une réunion d'information et de présentation de ViaTrajectoire (le 14 Juin 2018) réalisée conjointement par le GCS SESAN, la MAIA Seine-et-Marne Centre Nord et la Filière Gériatrique du Nord Est Francilien, destinés à l'ensemble des professionnels remplissant et recevant des dossiers d'admission vers les établissements et services médico-sociaux : 37 professionnels réunis - EHPAD, établissements de santé, pôle santé, PAT, CCAS, réseau...
- Mise en place, dans un 1^{er} temps, de 4 sessions de formation/approfondissement à partir de septembre 2018 pour les professionnels des EHPAD (demande forte évoquée dans les questionnaires d'évaluation du 14 juin)

Indicateurs de suivi :

- Nombre d'EHPAD ayant suivi ce plan de formation/approfondissement : 15 EHPAD (dont 2 du territoire 77 Sud) en ont bénéficié sur la période septembre-décembre 2018

1.3.2 Guichet intégré - Simplifier et fluidifier le parcours de la personne âgée de 60 ans et plus en perte d'autonomie

Réalisation 2 : Déploiement des Systèmes d'Information :

a) Renforcement de l'utilisation de ViaTrajectoire (suite)

Points de vigilance :

Freins :

- Difficultés à mobiliser les professionnels sur un temps dédié malgré l'intérêt manifesté initialement sur l'utilisation de l'outil
- Nécessité de mobiliser le GCS SESAN pour réaliser ces formations

Leviers :

- Communiquer sur les formations e-learning mises en place par le GCS SESAN
- Nécessité de former les professionnels hospitaliers, initiateurs de la démarche d'orientation

Facteurs de réussite :

- Mettre en avant les forces de cet outil :
 - envoyer un seul dossier de demande à l'ensemble des structures identifiées comme pouvant répondre aux besoins de la personne
 - disposer de statistiques sur le nombre de demandes reçues, traitées, admises...
- Déployer un plan de formation pour les professionnels hospitaliers ayant en charge la sortie des patients (les assistantes sociales, ...)

1.3.2 Guichet intégré - Simplifier et fluidifier le parcours de la personne âgée de 60 ans et plus en perte d'autonomie

Réalisation 2 : Déploiement des Systèmes d'Information :

b) Référencement de l'offre médico-sociale dans le Répertoire Opérationnel des Ressources en IDF (ROR-IDF) permettant à chaque structure de décrire son offre selon une nomenclature régionale partagée et validée.

Rappels des objectifs :

- Le ROR va alimenter l'ensemble du Système d'information du Parcours Gériatrique, sous une forme plus ergonomique qui sera le portail MAILLAGE, portail départemental d'accès aux outils numériques partagés
- Les pilotes MAIA ont en charge de former les professionnels des champs médico-sociaux et sociaux à y renseigner leur structure selon un calendrier fourni par l'ARS et le GCS SESAN

Rappel date de décision : Table de concertation tactique du territoire Centre du 7 Décembre 2017

Actions réalisées : au cours de l'année 2018, sur le territoire de la MAIA Seine-et-Marne Centre Nord :

- Mise en place de plusieurs sessions de formations pour chaque catégorie de professionnels :
 - Les Pôles Autonomie Territoriaux
 - Les SSIAD (Services et Soins Infirmiers à Domicile)
 - Les SAAD (Services d'Aides à Domicile)
 - Les Réseaux de Santé (Gospel et AVIH)
 - Les Résidences Autonomie

Cf Tableau page suivante

1.3.2 Guichet intégré - Simplifier et fluidifier le parcours de la personne âgée de 60 ans et plus en perte d'autonomie

Réalisation 2 : Déploiement des Systèmes d'Information

b) Référencement de l'offre médico-sociale dans le Répertoire Opérationnel des Ressources en IDF (ROR-IDF) au 31/12/2018 (suite)

Type de structures	Date de début du référencement	Nb total de structures présentes sur le territoire 77 CN	Nb de structures référencées dans le ROR	Objectif atteint (%)
Pôles Autonomie Territoriaux	Mars 2018	3	3	100%
Services et Soins Infirmiers et A Domicile	Avril 2018	7	7	100%
Services d'Aides A Domicile	Juin 2018	73	39	53%
Réseaux de santé	Juillet 2018	2	2	100%
Résidences Autonomie	Septembre 2018	17	6	35%

A noter que ces formations ont respecté le calendrier prévisionnel du GCS SESAN, excepté pour les SAADs et les Résidences Autonomie, en raison notamment de la charge de travail et du turn-over des personnels de ces structures

Indicateurs de suivi :

- Nombre de structures médico-sociales référencées dans le ROR sur le territoire 77 Nord

1.3.2 Guichet intégré - Simplifier et fluidifier le parcours de la personne âgée de 60 ans et plus en perte d'autonomie

Réalisation 2 : Déploiement des Systèmes d'Information

b) Référencement de l'offre médico-sociale dans le Répertoire Opérationnel des Ressources en IDF (ROR-IDF) (suite)

Points de vigilance :

Freins :

- Peu d'intérêt manifesté par certains SAAD, ce d'autant qu'ils ont peu de disponibilité à accorder du fait des problèmes de gestion de personnels en interne
- Modification des règles de validation des SAAD et des Résidences Autonomie au sein du ROR

Leviers :

- Enclencher la procédure de validation des SAAD par le Conseil Départemental du 77 afin de rendre visible l'offre du territoire sur le portail MAILLAGE 77
- Définir les règles de validation des Résidences Autonomie et des CCAS
- Faciliter le référencement des structures en développant une offre de formations individuelles dans leurs locaux

Facteurs de réussite :

- Poursuivre la communication auprès des structures concernées en insistant sur l'intérêt de ce référencement pour leur structure

1.3.2 Guichet intégré - Simplifier et fluidifier le parcours de la personne âgée de 60 ans et plus en perte d'autonomie

Réalisation 2 : Déploiement des Systèmes d'Information

c) Création du portail départemental MAILLAGE 77 permettant d'avoir une visualisation contextualisée de l'offre des professionnels PA-PH sur son territoire et de faciliter l'accès et le partage d'information via l'animation territoriale

Rappels des objectifs :

- L'objectif de cette plateforme internet départementale est d'être la porte d'entrée à l'ensemble des applications santé disponibles sur l'Espace Numérique Régionale de Santé (ROR, Via-trajectoire...) et aux actualités des partenaires. Elle permet, grâce à son adossement au ROR, la visualisation, par tous les professionnels exerçant dans le champ PA-PH, de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale de manière plus ergonomique.
- Ce portail collaboratif comprend à la fois des informations transversales/communes à l'ensemble du département et des informations plus spécifiques par territoire et sera co-construit par et pour les acteurs des territoires Nord et Sud

Rappel date de décision : Table de concertation tactique du territoire Centre du 27 Avril 2017

1.3.2 Guichet intégré - Simplifier et fluidifier le parcours de la personne âgée de 60 ans et plus en perte d'autonomie

Réalisation 2 : Déploiement des Systèmes d'Information

c) Création du portail départemental MAILLAGE 77 (suite)

Actions réalisées :

- Présentation de la charte graphique (retenue par les pilotes Maia 77 Centre-Nord et 77 Sud) lors de la table de concertation tactique (TCT) de la Maia 77 Centre-Nord du 20/09/2018 et du 29/11/2018
- Appels à volontaires lancés lors de ces TCT pour participer au comité éditorial départemental de Maillage 77. Ces professionnels auront pour missions d'élaborer la ligne éditoriale de Maillage, de centraliser les informations, de valider les contenus... Ce comité se réunira, dans la phase de lancement, à une fréquence estimée à une réunion tous les 2 mois.
- Le portail Maillage 77 comprenant un onglet dédié aux travaux du territoire 77 Nord, les membres du Comité éditorial départemental font également partie du Comité éditorial territorial 77 Nord ayant pour mission de réfléchir aux informations dont ils souhaitent disposer au sein de cet onglet



1.3.2 Guichet intégré - Simplifier et fluidifier le parcours de la personne âgée de 60 ans et plus en perte d'autonomie

Réalisation 2 : Déploiement des Systèmes d'Information

c) Création du portail départemental MAILLAGE 77 (suite)

Indicateurs de suivi :

- Nombre d'inscrits/d'utilisateurs du site Maillage 77
- Nombre d'inscrits/d'utilisateurs du site Maillage 77 - Partie « Espace pro - Territoire 77 Nord »
- Pages les plus consultées
- Documents les plus téléchargés

Points de vigilance :

Freins :

- Le flux d'information transmis par les partenaires faisant craindre un empilement des données et donc une moindre visibilité
- Les coûts liés aux évolutions tant régionales que départementales : une enveloppe budgétaire est-elle dédiée?

Leviers :

- Rédaction d'une charte éditoriale à l'attention des partenaires précisant les modalités de communication sur le portail MAILLAGE 77

Facteurs de réussite :

- Reconnaissance des professionnels que Maillage 77 est le portail d'animation territoriale

1.3.2 Guichet intégré - Simplifier et fluidifier le parcours de la personne âgée de 60 ans et plus en perte d'autonomie

Réalisation 3 : Poursuite de l'élaboration des référentiels de missions différenciées permettant de faciliter l'interconnaissance des pratiques de chaque professionnel : HAD-IDEL

Rappels des objectifs :

- Les référentiels ont pour objectif de différencier les missions de chaque acteur sanitaire, médico-social et social afin de permettre l'orientation des personnes âgées la plus opérationnelle possible vers la bonne ressource d'un territoire. Ces référentiels alimentent l'élaboration et la mise à jour de la nomenclature unique de référencement des structures dans le Répertoire Opérationnel des Ressources Ile-de-France.

Rappel date de décision : Table de concertation tactique du 20 Janvier 2015

- Ces référentiels apportant une meilleure connaissance des spécificités de l'offre du territoire et étant reconnus, par les membres participant aux TCT, comme une nécessité pour assurer l'orientation vers le bon partenaire, il est décidé de poursuivre avec celui des missions différenciées « Infirmiers libéraux/Hospitalisation à domicile » afin de déterminer les critères d'orientation et d'articulation des interventions entre HAD et IDEL (Table de concertation tactique du 30 Juin 2016)

1.3.2 Guichet intégré - Simplifier et fluidifier le parcours de la personne âgée de 60 ans et plus en perte d'autonomie

Réalisation 3 : Poursuite de l'élaboration des référentiels de missions différenciées permettant de faciliter l'interconnaissance des pratiques de chaque professionnel (*suite*) : HAD-IDEL

Actions réalisées :

- Suite aux décisions prises lors de la table de concertation tactique du 20 janvier 2015, divers groupes de travail se sont mis en place ces dernières années et ont permis à ce jour de finaliser les référentiels de missions différenciées suivants :
 - CLIC/Gestion de cas
 - Mandataires / Gestion de cas
 - Réseau Gospel / Gestion de cas
- Création du groupe de travail « HAD-Infirmiers libéraux : facilitation de l'interconnaissance des pratiques HAD-IDEL » à partir de Juin 2017
- Les travaux 2018 « HAD-IDEL » sont présentés dans la partie 2 de ce rapport d'étape

1.3.2 Guichet intégré - Simplifier et fluidifier le parcours de la personne âgée de 60 ans et plus en perte d'autonomie

Réalisation 4 : Démarrage du projet e-parcours : plateforme régionale numérique permettant de faciliter le quotidien des professionnels de santé

Contexte :

- Depuis de nombreuses années, l'ensemble des acteurs du territoire Seine-et-Marne Nord œuvre au décloisonnement des champs sanitaire, médico-social et social afin d'anticiper et d'éviter tout risque de point de rupture dans les parcours de santé de la population. Ceci est d'autant plus nécessaire qu'il s'agit d'un territoire où les indicateurs de santé sont plutôt défavorables avec des densités de médecins généralistes libéraux, de chirurgiens-dentistes libéraux et d'infirmiers libéraux inférieurs à la moyenne nationale.
- Le déploiement de solutions numériques d'aide à la coordination tendrait à diminuer les inégalités, à renforcer la coopération des acteurs sanitaires et médico-sociaux pour optimiser les parcours de santé.
- Suite à l'obtention de l'appel à projets de l'ARS IDF (émis en décembre 2017) sur le déploiement plateforme numérique régionale support au parcours Patient, l'Association d'Aide et de Soins à domicile Centre 77 et le réseau de santé plurithématique Gospel ont été retenus.

1.3.2 Guichet intégré - Simplifier et fluidifier le parcours de la personne âgée de 60 ans et plus en perte d'autonomie

Réalisation 4 : Démarrage du projet e-parcours : plateforme régionale numérique permettant de faciliter le quotidien des professionnels de santé (suite)

Objectifs :

- L'objectif de ce projet e-parcours est de faire émerger sur les territoires une organisation des parcours pour améliorer la réponse globale tant au niveau de la ville que des établissements de santé, médico sociaux et sociaux.
- Ces axes d'amélioration s'appuient sur du partage et de l'échange d'information pertinente entre tous les acteurs composant le « cercle de soins » de la personne sur une plateforme régionale numérique. Cette dernière n'est qu'un appui au service de ces nouvelles organisations.
- L'objectif de cette plateforme financée par l'Agence Régionale de Santé directement au GCS SESAN, est de mettre à disposition de l'ensemble des professionnels tout document nécessaire à la prise en charge et à l'accompagnement des personnes : dates d'hospitalisation, compte-rendu d'hospitalisation, synthèse d'évaluation, ouvertures de droits,...

Rappel date de décision : Janvier 2018 (Date d'obtention de l'AAP de la part de l'ARS IDF)

1.3.2 Guichet intégré - Simplifier et fluidifier le parcours de la personne âgée de 60 ans et plus en perte d'autonomie

Réalisation 4 : Démarrage du projet e-parcours : plateforme régionale numérique permettant de faciliter le quotidien des professionnels de santé
(fin)

Actions réalisées :

- Dans un premier temps, il est fait le choix d'accompagner les parcours déjà bien identifiés comme nécessitant une articulation des secteurs hospitalier et ambulatoire, et pour lesquels le déploiement d'outils numériques apporterait une véritable valeur ajoutée au vu de leur complexité, de leur nécessaire approche pluri-professionnelle et pluridisciplinaire et de leur besoin d'être coordonnés.
- Les 3 parcours retenus sont :
 - La prise en charge des patients atteints de cancer
 - La prise en charge des patients atteints d'obésité
 - La prise en charge orthopédique de la personne âgée
- Parmi ces 3 parcours, les 2 premiers étant traités par le réseau Gospel, celui de la prise en charge orthopédique de la personne âgée, animée par la MAIA77 Centre-Nord, a fait l'objet de la mise en place d'un groupe de travail depuis le 27/03/2018. Celui-ci identifie et analyse les points de rupture afin de préconiser des axes d'amélioration, des initiatives, des innovations en matière de pratiques et d'organisations professionnelles.
- Les travaux sont présentés en détail dans la partie 2 de ce rapport d'étape.

1.3.3 Gestion de cas

Mieux faire connaître les spécificités de ce service aux
acteurs du territoire

1.3.3 Gestion de cas - Mieux faire connaître les spécificités de ce service aux acteurs du territoire

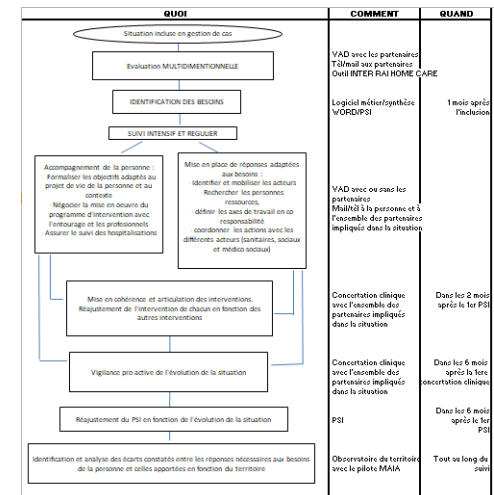
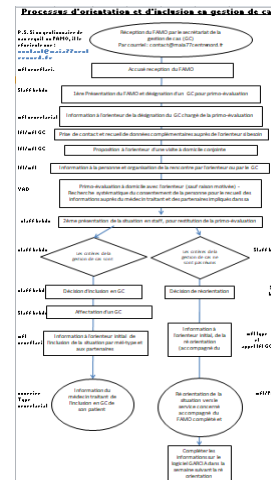
Objectif :

Dans le cadre de la reconfiguration des territoires de la Maia Seine-et Marne Centre-Nord : nécessité de redéfinir et de communiquer sur le cadre d'intervention de la gestion de cas auprès des partenaires.

Rappel date de décision : Table de Concertation Tactique du territoire Nord du 27 Septembre 2017

Actions réalisées :

- Présentation du fonctionnement du service de Gestion de cas de la MAIA Seine-et-Marne Centre Nord (TCT du territoire Nord du 13 Décembre 2017)
- Elaboration d'un nouveau logigramme « Processus d'orientation et d'inclusion en gestion de cas » prenant en compte la spécificité du territoire (de Mars 2018 à Septembre 2018)
- Elaboration d'un nouveau logigramme « Processus d'accompagnement des personnes suivies en gestion de cas »
- Participations mensuelles, en tant que membres permanents, aux commissions de situations complexes organisées par les MDS de Meaux et Noisiel
- Poursuite de la mission d'observatoire du territoire : organisation d'une réunion d'équipe dédiée à cet effet une fois/semaine.



1.3.3 Gestion de cas - Mieux faire connaître les spécificités de ce service aux acteurs du territoire

Indicateurs de suivi :

- Nombre d'orientations vers la gestion de cas
- Délai entre l'orientation et l'inclusion ou la réorientation vers le bon professionnel
- Nombre de participations aux commissions complexes
- Nombre de FAMO adressés à la gestion de cas suite à la participation aux commissions complexes.

Actions à réaliser :

- Définir la fonction de « gestionnaire de cas » dans le Dispositif d'Appui à la Coordination

Points de vigilance :

Freins :

- La fonction de « gestionnaire de cas » ne se substitue pas aux professionnels effecteurs, ces derniers ayant tendance à moins s'impliquer lorsque leur bénéficiaire est accompagné.
- La difficulté de la reconnaissance de la fonction par certains professionnels, notamment du secteur de la protection juridique (tuteurs, juges, ..)

1.3.3 Gestion de cas - Mieux faire connaître les spécificités de ce service aux acteurs du territoire

Points de vigilance (suite) :

Freins (suite) :

- La mise en place du logigramme « Processus d'orientation et d'inclusion en gestion de cas » a instauré une primo-évaluation à domicile obligatoire :
 - Celle-ci a pour objectif de cerner la pertinence d'inclusion de la personne en gestion de cas, le FAMO n'étant pas toujours suffisant pour décider.
 - Les partenaires ayant identifié cette offre, orientent leurs bénéficiaires plus facilement afin de bénéficier de cette évaluation multidimensionnelle et de la connaissance fine de l'offre du territoire par la gestion du cas.
 - Cette pratique a pour conséquence une tendance à la sur-mobilisation du service de gestion de cas, notamment pour les orientations qui ne répondent pas d'emblée aux critères de celui-ci. A titre d'exemple : en 2018, 46 primo-évaluations sur 105 ont été réalisées et orientées à l'issue vers un partenaire. La durée d'une primo-évaluation est d'environ 1h30 à 2h (sans compter le temps de transport/déplacement).

Leviers :

- Acquisition d'une meilleure connaissance de l'offre du territoire par les acteurs (via leurs participations aux tables de concertation tactique et aux groupes de travail, ainsi que leur utilisation du portail Maillage 77)
- Re-préciser la mission d'"advocacy" attribuée à la gestion de cas

Facteurs de réussite :

- Des professionnels connaissant mieux les dispositifs existant sur le territoire afin d'assurer un accompagnement coresponsable des situations

PARTIE 2

Organisation territoriale- problématiques parcours

Feuille de route et axes de travail de
l'année



2.1 Feuille de route - thématique parcours

Thématique	Constat	Axes de travail	Pilote de l'action	Instance de décision et date	Date de mise en oeuvre
Thématique 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nécessité d'assurer l'orientation vers le bon partenaire ▪ Besoin de mieux connaître l'offre du territoire 	Elaboration de Référentiels de missions différenciées : HAD-IDEL	Pilote de la Maia	TCT du 30/06/2016	Depuis Juin 2017
Thématique 2	Nécessité de prendre en compte les Aidants dans le parcours de la personne en perte d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboration d'outils pour que les Aidants se reconnaissent en tant que tels ▪ Recensement de l'offre existante à leur intention 	Pilote de la Maia Directrice de la MDS de Tournan	TCT du 20/01/2015	Depuis Mars 2015
Thématique 3	Non-pertinence du recours à certains services hospitaliers pour des besoins d'accompagnement médico-social	Réflexions sur les alternatives possibles pour prendre en charge la personne aidée lorsque son aidant est temporairement défaillant	Pilote de la Maia	TCT du 30/06/2016	Depuis Novembre 2016

2.1 Feuille de route - thématique parcours (suite)

Thématique	Constat	Axes de travail	Pilote de l'action	Instance de décision et date	Date de mise en oeuvre
Thématique 4	<p>Lancement d'un appel à projets ARS IDF sur le déploiement d'une plateforme numérique régionale, répondant au diagnostic du territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Décloisonner les champs sanitaire, médico-social et social afin d'anticiper et d'éviter tout risque de point de rupture dans les parcours de santé de la population. ▪ Centraliser les informations et outils disponibles afin d'optimiser les process de prise en charge 	<p>Mise en place de groupes de travail sur 3 parcours identifiés:</p> <ul style="list-style-type: none"> - patients atteints de cancer - patients atteints d'obésité - prise en charge orthopédique de la personne âgée 	<p>Directeur du Réseau Gospel</p> <p>Directeur du Réseau Gospel</p> <p>Pilote de la Maia</p>	ARS IDF - Janvier 2018	Depuis Mars 2018

2.2 Axes de travail déclinés dans l'année

2.2.1 Thématique parcours - Axe de travail 1 :

Elaboration du référentiel de missions différenciées HAD-IDEL

afin de parvenir à mieux repérer les alertes et d'orienter l'utilisateur vers la ressource la mieux adaptée à ses besoins

Rappels des objectifs :

Le référentiel de missions différenciées est un des outils nationaux de la méthode MAIA. Aussi, il a pour objectif de :

- Faciliter l'interconnaissance des pratiques de chaque professionnel
- Déterminer les critères d'orientation et d'articulations des interventions entre HAD et IDEL
- Permettre l'orientation de la personnes âgée vers le partenaire le plus adapté à répondre aux besoins préalablement repérés

Rappel date de décision : Table de concertation tactique du 30 Juin 2016

Composition du Groupe de travail (débuté le 1^{er} Juin 2017):

Ce groupe de travail est composé de la totalité des HAD du Nord Seine-et-Marne :

- Centre 77
- Croix-Saint-Simon
- Nord Seine-et-Marne
- Santé Service
- HAD de Rééducation et Réadaptation UGECAM

et de 6 infirmières libérales.

2.2.1 Thématique parcours - Axe de travail 1 :

Elaboration du référentiel de missions différenciées HAD-IDEAL

afin de parvenir à mieux repérer les alertes et d'orienter l'utilisateur vers la ressource la mieux adaptée à ses besoins (*suite*)

Actions réalisées :

- Rédaction du référentiel de missions différenciées HAD-IDEAL validé lors de la TCT du 26/06/2018

Infirmiers libéraux	Hospitalisation À Domicile Polyvalente / Rééducation et réadaptation
<p>L'infirmier libéral réalise des soins infirmiers relevant du :</p> <p>Rôle prescripteur : l'infirmier est chargé de la mise en application des prescriptions médicales de soins techniques, soins d'hygiène et de confort et de la surveillance des effets secondaires ou complications qui pourraient en découler.</p> <p>Rôle propre : il appartient à l'infirmier libéral, après évaluation des besoins du patient, de prendre les dispositions qui s'imposent en matière de prévention, soins, surveillance, diagnostic et éducation à la santé.</p> <p>Les activités de l'infirmier, conformément au Bulletin officiel santé, protection sociale, solidarité n°2009/77 de juillet 2009 sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Observation et recueil de données cliniques 2) Soins de confort et de bien-être 3) Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes 4) Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes 5) Soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique 6) Coordination et organisation des activités et des soins 7) Contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits 8) Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires 9) Veille professionnelle et recherche 	<p>L'HAD, composée d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels salariés et/ou libéraux conventionnés, dispense 3 types de soins :</p> <p>Soins ponctuels : soins destinés à des patients ayant une pathologie non stabilisée nécessitant une prise en charge technique lourde et complexe, d'une durée préalablement déterminée et pouvant être répétée (orthopédie, neurologique, cardiologique ou d'une poly pathologie formelle, les patients amputés ostéotomisés pour contention de prothèse définitive et rééducation ; patients non ostéotomisés pour ostéotomie dirigée et rééducation avec prothèse provisoire ; les patients grands brûlés pour fin de cicatrisation, rééducation et réadaptation...)</p> <p>Soins de rééducation au domicile : Soins destinés à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aigue d'une pathologie orthopédique (polytraumatisme), neurologique, cardiologique ou d'une poly pathologie formelle, les patients amputés ostéotomisés pour contention de prothèse définitive et rééducation ; patients non ostéotomisés pour ostéotomie dirigée et rééducation avec prothèse provisoire ; les patients grands brûlés pour fin de cicatrisation, rééducation et réadaptation...)</p> <p>Soins continus : soins destinés à des patients ayant une pathologie évolutive, pris en charge pour une durée non déterminée, associant des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et de soutien au domicile pouvant aller jusqu'à l'accompagnement de la fin de vie.</p>

- Elaboration de supports de communication à destination des médecins prescripteurs hospitaliers et/ou libéraux et des cadres de santé, dans l'objectif d'apporter une connaissance plus personnalisée des compétences spécifiques disponibles au sein des cabinets infirmiers et des HAD :

- Elaboration d'un questionnaire centralisant les actes spécifiques réalisés par les IDEL en plus de leurs actes habituels
- Elaboration d'une plaquette de présentation comprenant une définition précise de l'HAD permettant d'aider les professionnels à mieux orienter les patients vers les HAD polyvalentes, de rééducation ou les IDEL en fonction du public concerné, des objectifs et des missions principales. Le point à retenir est que l'HAD est un hôpital « sans les murs » devant satisfaire les mêmes exigences en matière de certification qu'un hôpital « avec murs ».

Hospitalisation À Domicile ou Infirmier Libéral
À qui faire appel pour quels besoins ?



UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ SANS LES MURS

Plaquette élaborée par :

Fondation Santé Service
 AHA, Seine & Marne
 HAD NORD SEINE ET MARNE
 UGECAM
 FONDATION ŒUVRE DE L'ÉCLAIRÉ LUMIÈRE
 MAIA

Avec le concours de :

- Intégration de ces supports de communication au sein du portail MAILLAGE 77 dans la partie « Espace Pro - Territoire 77 Nord (accès restreint aux partenaires de la MAIA 77 CN)

2.2.1 Thématique parcours - Axe de travail 1 :

Elaboration du référentiel de missions différenciées HAD-IDEL

afin de parvenir à mieux repérer les alertes et d'orienter l'utilisateur vers la ressource la mieux adaptée à ses besoins (*fin*)

Indicateurs de suivi :

- Nombre de téléchargements de ce référentiel de missions et de la plaquette sur le portail Maillage « Espace pro »

Actions à réaliser :

- Recenser les besoins de formation des infirmiers
- Mener une réflexion sur l'articulation IDEL, HAD et prestataires de service (délivrance de matériel)
- Poursuivre l'élaboration d'autres référentiels de missions différenciées : EHPAD/USLD ; SSIAD/SAD/IDEL et HAD de rééducation/kinésithérapeute.

Points de vigilance :

Freins :

- La communication sur les actes des infirmiers libéraux se heurte à l'interdiction de diffuser les actes spécifiques de ces derniers (article R.4312-69 du CSP), même si cela faciliterait le parcours de la personne (ex : IDEL faisant des toilettes, IDEL faisant de la pédiatrie)

Leviers :

- Communiquer sur l'existence de ces référentiels auprès des partenaires et leurs mise à disposition sur le portail MAILLAGE 77 « Espace pro - Territoire 77 Nord »

Facteurs de réussite :

- Reconnaissance par les professionnels que ces référentiels leur permettent de mieux orienter leur usager vers le bon service, au bon moment, au bon endroit

2.2.1 Thématique parcours - Axe de travail 2 : place et rôle de l'aidant familial dans le parcours/maintien à domicile de la personne en perte d'autonomie

Rappels du contexte :

- Ce projet avait été initié par les professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux membres de la table de concertation tactique de la MAIA Seine-et-Marne Centre qui reconnaissent que les aidants ont une place prépondérante dans le parcours de ces personnes. Cependant pour que cette place soit bénéfique au parcours de la personne aidée, l'aidant doit être, autant que de besoin, soutenu dans son rôle qui reste celui d'un proche et non d'un professionnel. De plus, ils ont évoqué l'épuisement de certains aidants de personnes en perte d'autonomie et les conséquences de celui-ci sur le maintien à domicile des personnes aidées.
- Aussi, il a été décidé de proposer une solution concrète de soutien aux aidants (d'une personne handicapée, d'un enfant, d'un adulte, d'une personne âgée) dans leur vie quotidienne par la thésaurisation et la diffusion de conseils, solutions techniques et humaines à leurs préoccupations ainsi que des suggestions de ressourcement.
- Le diagnostic territorial réalisé dans le cadre des PAT a également identifié cette thématique comme un des axes de travail prioritaires. Il a donc été décidé d'étendre la représentation des partenaires (initialement 77 Centre) à l'ensemble des territoires des 3 PAT (Meaux, Lagny et Coulommiers).

Rappels des objectifs :

- Permettre aux aidants de s'identifier en tant que tel
- Recenser les actions à destination des aidants
- Mettre en place une communication centralisée de ces actions
- Définir les besoins à destination des aidants sur le territoire

Rappel date de décision : Table de concertation tactique du 20 Janvier 2015

2.2.1 Thématique parcours - Axe de travail 2 : place et rôle de l'aidant familial dans le parcours/maintien à domicile de la personne en perte d'autonomie (*suite*)

Composition du Groupe de travail (débuté le 19 Mars 2015) :

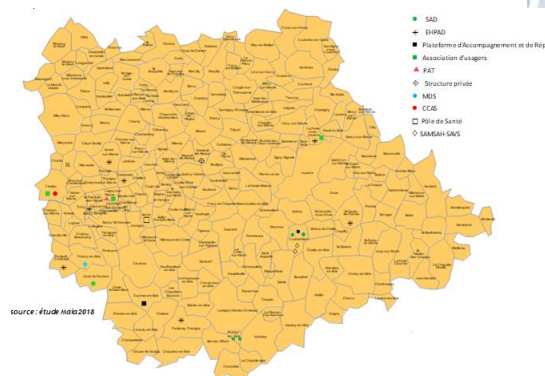
Un groupe de travail, constitué de professionnels des champs sanitaire (n=1), médico-social (n=4) , social (n=2), du département 77 (n=2) et d'aidants (n=1) a été créé.

Celui-ci a identifié 2 axes de travail :

- Assurer une communication permettant aux aidants de s'identifier comme tel
- Recenser les actions existantes en faveur des aidants sur le territoire

Actions réalisées :

- Réalisation de la carte aidant/aidé (octobre 2017)
- Rédaction et publication d'un guide départemental centralisant les démarches et les moyens mis à disposition pour faciliter la vie quotidienne et citoyenne des aidants. Ce guide est couplé au site internet du département permettant une mise à jour régulière. Le « Guide de l'Aidant » a été imprimé par le CD 77 (octobre 2018)
- Elaboration d'un questionnaire de recensement des actions à destination des aidants sur les territoires des 3 PAT (juillet-septembre 2018)
- Cartographie de ces actions permettant d'identifier les zones départementales couvertes ou non couvertes par une action à destination des aidants (octobre 2018) (cf annexe 1)



2.2.1 Thématique parcours - Axe de travail 2 : place et rôle de l'aidant familial dans le parcours/maintien à domicile de la personne en perte d'autonomie (*suite*)

Indicateurs de suivi :

- Nombre de visualisations du « Guide de l'Aidant » depuis le portail Maillage 77
- Evolution du taux de fréquentation des aidants aux actions qui leur sont dédiées
- Nombre de nouvelles actions déployées à destination des aidants
- Taux de couverture géographique des actions au regard des besoins manquants sur le territoire

Action en cours :

- Permettre aux aidants de se reconnaître en tant que tels via la création d'un film d'animation « Etre Aidant ». Celui-ci sera mis à disposition de tous les partenaires qui souhaitent le diffuser. Cette diffusion peut avoir lieu lors de toutes actions de communication : colloques, forums, formations, ateliers prévention, site Internet, portail Maillage 77

Actions à réaliser :

- Poursuivre le recensement des actions à destination des aidants
- Réaliser des entretiens semi-directifs auprès des aidants pour analyser la corrélation entre besoins/offres/attentes

2.2.1 Thématique parcours - Axe de travail 2 : place et rôle de l'aidant familial dans le parcours/maintien à domicile de la personne en perte d'autonomie (*fin*)

Points de vigilance :

Freins :

- Difficulté d'un recensement exhaustif des actions à destination des aidants

Leviers :

- Développer une communication auprès des professionnels sur l'ensemble des actions existantes sur le territoire
- Inciter les partenaires à informer la MAIA de leurs initiatives (nouvelles actions, autorisations, obtention d'appels à projets, ...) afin d'en assurer la promotion

Facteurs de réussite :

- Meilleure connaissance et participation des aidants aux actions déployées pour eux

2.2.1 Thématique parcours - Axe de travail 3 :

Mise en place d'une solution alternative pour éviter le recours aux urgences non justifié et/ou diminuer les hospitalisations évitables liées à l'indisponibilité temporaire de l'Aidant : l'Hébergement Médico-Social d'Urgence

Rappels du contexte :

- Les membres de la table de concertation tactique ont identifié une non pertinence fréquente du recours au service des urgences hospitalières, une occupation inadéquate des lits MCO... pour des besoins d'accompagnement médico-social.
- Aussi, fut pointée la nécessité de travailler sur les alternatives possibles pour prendre en charge la personne aidée lorsque son aidant est temporairement défaillant.
- De ce constat est né un Groupe de travail visant à identifier les besoins en matière d'Hébergement Médico-Social d'Urgence (HMSU).

Rappels des objectifs :

- Définir les critères d'admission en hébergement médico-social d'urgence
- Co-construire une réponse aux besoins d'hébergement médico-social
- Informer, sensibiliser les professionnels à cette offre alternative
- Favoriser les échanges entre acteurs du domicile et structures d'hébergement

Rappel date de décision : Table de concertation tactique du territoire Nord du 30 Juin 2016

2.2.1 Thématique parcours - Axe de travail 3 : Mise en place d'une solution alternative pour éviter le recours aux urgences non justifié et/ou diminuer les hospitalisations évitables liées à l'indisponibilité temporaire de l'Aidant : l'Hébergement Médico-Social d'Urgence (*suite*)

Composition du Groupe de travail (débuté le 4 Novembre 2016) :

Les membres du GT de la MAIA Seine-et-Marne Centre Nord, initialement composé majoritairement de directeurs d'EHPAD (n=9) décident d'ouvrir (le 7 Avril 2017) leur Groupe de travail aux professionnels du domicile (SAAD, CCAS, PAT, travailleurs sociaux...) (n=8) afin que ces derniers les éclairent sur le parcours des personnes à leur domicile et qu'ils réfléchissent ensemble à une alternative à l'hospitalisation pour ces besoins d'accompagnement médico-social

Actions réalisées :

- Définition de l'urgence médico-sociale
- Identification des critères d'inclusion en HMSU
- Identification des principaux orienteurs vers HMSU

- Rédaction d'une charte d'engagement permettant de décrire les modalités et règles de fonctionnement de l'HMSU, de préciser les relations entre l'ensemble des professionnels et d'assurer le retour à domicile de la personne dans de bonnes conditions (Mai 2018)

- Cartographie des EHPAD (cf annexe 1) pour connaître l'offre existante sur le territoire 77 Nord (Septembre 2018)



EHPAD Du territoire Seine-et-Marne Centre Nord



2.2.1 Thématique parcours - Axe de travail 3 :

Mise en place d'une solution alternative pour éviter le recours aux urgences non justifié et/ou diminuer les hospitalisations évitables liées à l'indisponibilité temporaire de l'Aidant : l'Hébergement Médico-Social d'Urgence (*suite*)

Indicateurs de suivi :

- Nombre d'outils diffusés / imprimés / téléchargés via le portail Maillage 77
- Nombre d'envoi de programmes d'animation des EHPAD aux personnes aidées
- Nombre de structures ayant signé la charte d'engagement
- Nombre de personnes ayant pu entrer dans ce projet versus nombre d'orientations faites vers HMSU
- Nombre de personnes retournées à domicile après l'HMSU

Action en cours :

- Elaboration d'un livret « EHPAD / SAAD par canton » pour faciliter un éventuel HMSU via la participation, en amont, des personnes âgées aux événements proposés par les EHPAD à proximité de leur domicile

Actions à réaliser :

- Organisation de réunions d'information aux professionnels sur le projet d'hébergement médico-social d'urgence (HMSU)
- Identification des structures pouvant s'inscrire dans le projet d'hébergement médico-social d'urgence (via un questionnaire)
- Lancement de l'expérimentation sur 1 an
- Elaboration des indicateurs de suivi

2.2.1 Thématique parcours - Axe de travail 3 :

Mise en place d'une solution alternative pour éviter le recours aux urgences non justifié et/ou diminuer les hospitalisations évitables liées à l'indisponibilité temporaire de l'Aidant : l'Hébergement Médico-Social d'Urgence (*fin*)

Points de vigilance :

Freins :

- Pour les EHPAD : mise en place d'un circuit court de décision et risque financier
- Pour les structures du domicile : crainte que l'HMSU se transforme en hébergement permanent
- Pour la personne : coût de cet hébergement

Leviers :

- Poursuivre les échanges entre acteurs du domicile et structures d'hébergement présents sur le territoire

Facteurs de réussite :

- Meilleure connaissance des réponses apportées aux besoins d'hébergement médico-social
- Réduction des hospitalisations évitables

2.2.1 Thématique parcours - Axe de travail 4 :

« **parcours orthopédique de la personne âgée** » afin d'élaborer conjointement les process de prise en charge permettant de les centraliser sur une plateforme régionale numérique

Rappels des objectifs :

Les attendus de ce projet e-parcours axé sur « l'ortho-gériatrie » sont de permettre :

- aux professionnels et aux patients ainsi qu'à leur entourage d'avoir accès, grâce à un socle de service (répertoire opérationnel des ressources, rapprochement d'identité,...) :
 - aux ressources du territoire,
 - à l'information nécessaire et pertinente à la prise en charge - tout en respectant les temporalités de consultations d'annonce de diagnostic,
 - à la prévention d'éventuelles complications (iatrogénie,...),
- au patient/usager de bénéficier de la meilleure qualité de vie possible.

Date de décision : Création du groupe de travail depuis le 27/03/2018

Composition du Groupe de travail (débuté le 27 Mars 2018) :

Ce GT est composé de membres représentatifs des divers acteurs du territoire 77 Nord amenés à intervenir dans le parcours orthopédique de la personne âgée, à savoir :

- un ou des représentant(s) de structure des secteurs sanitaires (n=4), médico-sociaux (n=5) et sociaux (n=1)
- Des représentants des professionnels libéraux (MG, IDE, pharmacien) (n=6)
- Un ou des représentant(s) des usagers (n=1)

A noter que ces représentants sont des membres actifs et permanents et ont pour mission d'être l'interface avec les acteurs qu'ils représentent.

2.2.1 Thématique parcours - Axe de travail 4 :

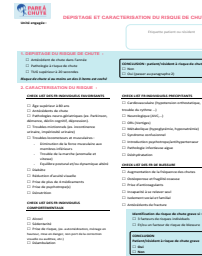
« **parcours orthopédique de la personne âgée** » afin d'élaborer conjointement les process de prise en charge permettant de les centraliser sur une plateforme régionale numérique (*suite*)

Actions réalisées :

- Validation des 3 outils utilisables par tout professionnel permettant un dépistage du risque de chute à domicile (17/10/2018)
- Elaboration d'un "bilan étiologique type" de la chute par le médecin traitant lorsque celui-ci intervient suite à l'existence de critères d'alertes via l'évaluation d'un professionnel du domicile (06/12/2018)

- Création d'une grille d'évaluation environnementale (13/12/2018) du risque potentiel de chute de la personne à son domicile

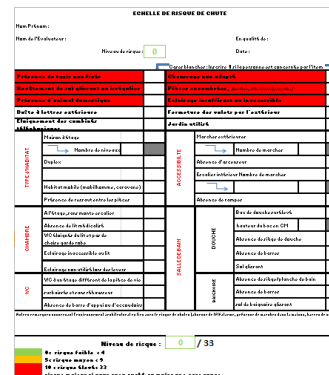
- Elaboration d'un arbre décisionnel sur la détection du risque de chute chez la personne âgée de 60 ans et + vivant à domicile (17/10/2018 et 13/12/2018)



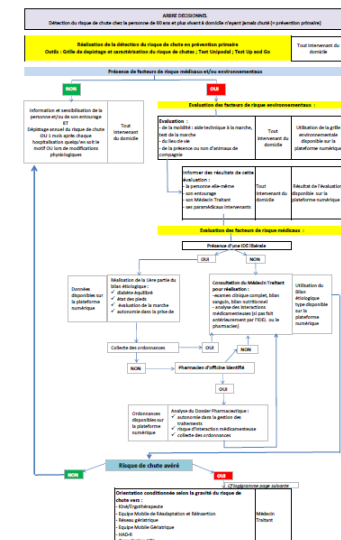
ÉVALUATION ET CARACTERISATION DU RISQUE DE CHUTE
 Informations générales : Nom, Prénom, Adresse, Téléphone, Date de naissance, Sexe, Date d'évaluation.
 1. ÉVALUATION DU RISQUE DE CHUTE : Questions à cocher (Oui/Non) concernant l'histoire de chute, l'usage de médicaments, l'usage d'aides techniques, etc.
 2. ÉVALUATION DU RISQUE DE CHUTE : Questions à cocher (Oui/Non) concernant l'état de santé, l'usage de médicaments, l'usage d'aides techniques, etc.
 3. ÉVALUATION DU RISQUE DE CHUTE : Questions à cocher (Oui/Non) concernant l'état de santé, l'usage de médicaments, l'usage d'aides techniques, etc.



Test de l'œil et du pied / Test Unipodal
 Informations générales : Nom, Prénom, Adresse, Téléphone, Date de naissance, Sexe, Date d'évaluation.
 1. Test de l'œil : Questions à cocher (Oui/Non) concernant la vision, l'usage de lunettes, etc.
 2. Test de l'œil : Questions à cocher (Oui/Non) concernant la vision, l'usage de lunettes, etc.
 3. Test de l'œil : Questions à cocher (Oui/Non) concernant la vision, l'usage de lunettes, etc.



SCHEMA DE RISQUE DE CHUTE
 Informations générales : Nom, Prénom, Adresse, Téléphone, Date de naissance, Sexe, Date d'évaluation.
 1. ÉVALUATION DU RISQUE DE CHUTE : Questions à cocher (Oui/Non) concernant l'histoire de chute, l'usage de médicaments, l'usage d'aides techniques, etc.
 2. ÉVALUATION DU RISQUE DE CHUTE : Questions à cocher (Oui/Non) concernant l'état de santé, l'usage de médicaments, l'usage d'aides techniques, etc.
 3. ÉVALUATION DU RISQUE DE CHUTE : Questions à cocher (Oui/Non) concernant l'état de santé, l'usage de médicaments, l'usage d'aides techniques, etc.



2.2.1 Thématique parcours - Axe de travail 4 :

« **parcours orthopédique de la personne âgée** » afin d'élaborer conjointement les process de prise en charge permettant de les centraliser sur une plateforme régionale numérique (*suite*)

Indicateurs de suivi :

- Nombre d'acteurs du territoire des champs sanitaire, social et médico-social ayant réalisé au moins un dépistage du risque de chute en utilisant les outils préconisés
- Nombre de téléchargement des divers outils mis à disposition sur la plateforme numérique
- Nombre de personnes âgées incluses dans ce parcours

Actions en cours :

- Validation de l'arbre décisionnel sur la détection du risque de chute chez la personne âgée de 60 ans et + vivant à domicile en distinguant prévention primaire versus prévention secondaire
- Validation de la grille d'évaluation environnementale
- Elaboration d'un nouvel arbre décisionnel lorsque la personne a chuté : quels sont les indicateurs qui justifient son orientation vers un établissement de santé ?
- Identification des besoins des professionnels du domicile, une fois le retour à domicile programmé suite à une hospitalisation de la personne âgée pour chute sans fracture

Actions à réaliser :

- Etablir le référentiel de missions en fonction de chaque professionnel/structure vers le-/la-quel(le) la personne âgée a été orientée via un sous-groupe de travail ad hoc (kiné, ergo, EMRR, EMG, réseau gériatrique)
- Création d'un sous-groupe de travail pour établir un document unique de transmission entre les professionnels des services d'aide à domicile et les professionnels médicaux et paramédicaux
- Poursuivre l'arbre décisionnel lorsque la personne a chuté sans fracture
- Débuter l'arbre décisionnel lorsque la personne a chuté avec fracture
- Organisation d'une présentation de la plateforme numérique aux professionnels du groupe de travail

2.2.1 Thématique parcours - Axe de travail 4 :

« parcours orthopédique de la personne âgée » afin d'élaborer conjointement les process de prise en charge permettant de les centraliser sur une plateforme régionale numérique (*fin*)

Points de vigilance :

Freins :

- Interrogation des membres du groupe de travail sur l'opérationnalité de cette future plateforme numérique : comment en tant que professionnels s'y inscrire ? Quelles informations seront visibles des patients/usagers/professionnels ? Quel degré de sécurisation des données?...
- Limitation de cette plateforme à la région Ile-de-France alors que certains patients se font soigner dans les régions limitrophes telles l'Aisne et la Marne)

Leviers :

- Travail à mener sur la pertinence des informations partagées afin de permettre une véritable prise en charge globale
- Communication régionale portée par les institutions
- Nécessité d'une interopérabilité des logiciels afin de ne pas saisir les mêmes données dans plusieurs logiciels informatiques
- Nécessité de rattacher la messagerie MMS Santé à la plateforme numérique.

Facteurs de réussite :

- Mise en place de cette plateforme sur laquelle l'ensemble des outils travaillés seront accessibles
- Gain de temps reconnu par les professionnels permettant d'assurer un meilleur suivi des personnes grâce à la mise à disposition des comptes rendus d'hospitalisation, à la possibilité de prise de rendez-vous en ligne, etc..

PARTIE 3

Bilan et perspectives

3.1 Perspectives 2019

3.2 Pilotage



3.1 Perspectives 2019

- ❖ Poursuite des travaux débutés :
 - Tables de Concertation Tactique
 - Groupes de travail
- ❖ Utilisation des outils du guichet intégré
- ❖ Lancement de l'expérimentation pilote de l'HMSU sur le territoire Centre-Nord :
 - Réunions d'information aux professionnels
 - Ouverture de l'expérimentation sur 2019-2020
- ❖ Organisation de la 1^{ère} journée Maia Seine-et-Marne Centre Nord & Filière Gériatrique du Nord Est Francilien :
 - Présentation des politiques de santé actuelles
 - Promotion des actions du territoire
- ❖ Mise en œuvre du projet e-parcours « Parcours orthopédique de la personne âgée » :
 - Mise en place du Comité de projet de territoire
 - Déploiement de Terr-Esante

3.1 Perspectives 2019 *(suite)*

- ❖ Ouverture du portail MAILLAGE 77 :
 - Création d'un Comité éditorial départemental
 - Ouverture de comptes « Utilisateurs »

- ❖ Déploiement de nouveaux projets initiés par les partenaires de la MAIA et validés en table de concertation tactique/table de concertation stratégique

- ❖ Convergence des dispositifs d'appui à la coordination dans le cadre des objectifs 2018-2022 fixés par la Stratégie Nationale de Santé et le Projet Régional de Santé

3.2 Pilotage

Le pilotage des actions territoriales est porté par la pilote du dispositif MAIA Seine-et-Marne Centre-Nord en co-animation avec les partenaires locaux.

Le pilotage repose sur :

- a) **L'expérience et la connaissance de la pilote**, du territoire et des partenaires pour organiser et provoquer le débat autour du parcours de la personne âgée. Pour ce faire, la pilote est considérée par les partenaires comme un chef de projet territorial. C'est pourquoi :
 - elle est régulièrement contactée par les partenaires :
 - qui souhaitent répondre à des appels à projet et qui s'appuient sur sa connaissance de l'offre, des acteurs, des opportunités... Ainsi, elle a pu être sollicitée pour divers appels à projets (infirmier de nuit en EHPAD, hébergement temporaire post-hospitalisation, projet e-parcours, plateforme d'accompagnement et de répit, accueil de jour, café des aidants, ...)
 - qui identifient des thématiques qui pourraient donner lieu à des groupes de travail
 - elle participe aux réunions auxquelles elle est sollicitée pour partager les informations et apporter le regard croisé des partenaires
- b) **L'implication des professionnels** qui, par l'analyse de leurs pratiques, alimentent les travaux permettant d'identifier et de mettre en œuvre des axes d'amélioration du parcours.
- c) **L'observatoire des gestionnaires de cas** : une réunion d'équipe a lieu une fois par semaine afin d'élaborer les projets - système d'information, communication, observatoire de territoire,... (cf annexe 4)

Depuis Juin 2018, la pilote de la Maia est secondée par une chargée de mission.



Table des annexes

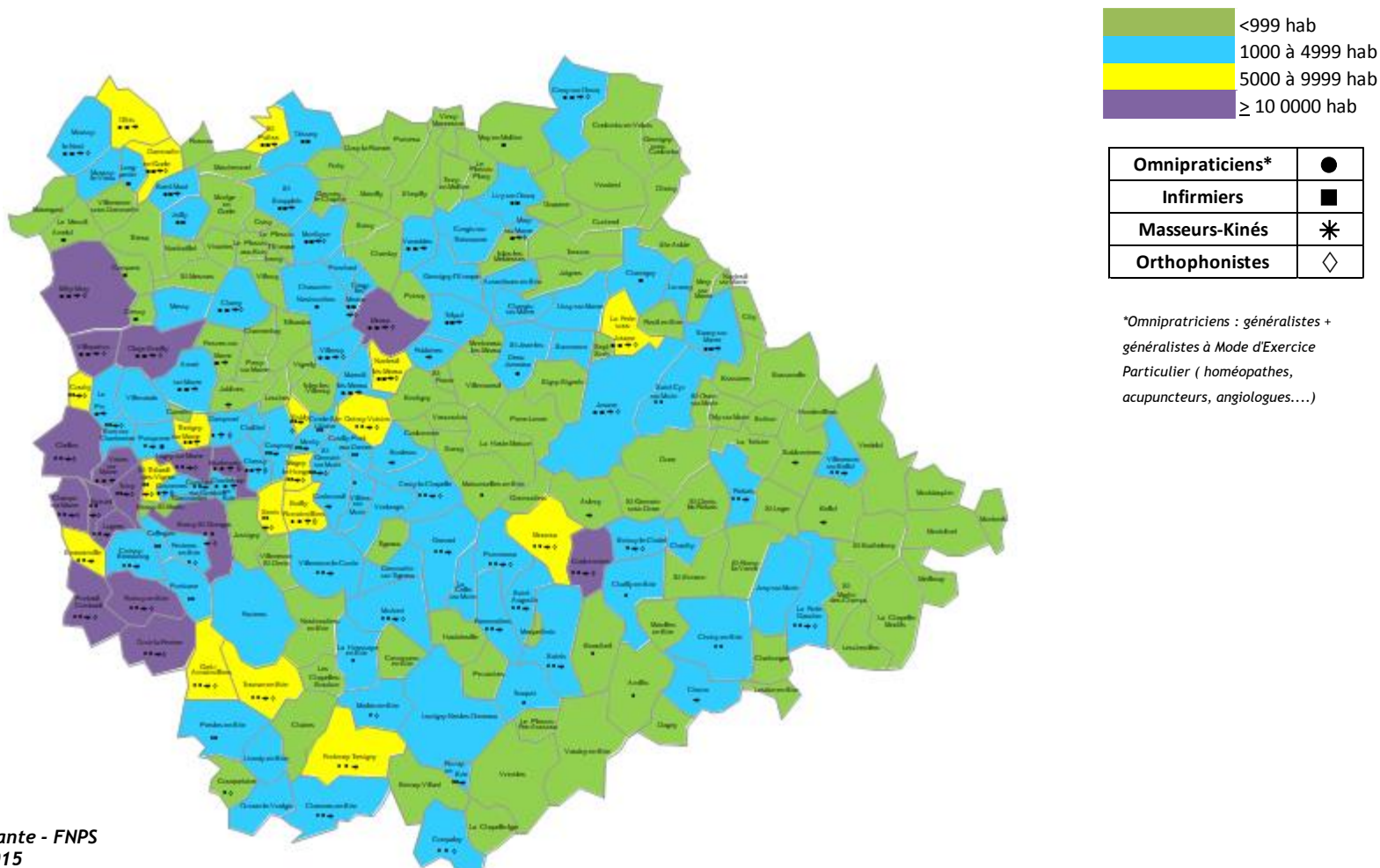
- ❖ Annexe 1 : Cartographies des offres du territoire de la Maia Seine-et-Marne Centre-Nord
- ❖ Annexe 2 : Concertation tactique :
 - tableau récapitulatif (structures, fonction, ordre du jour, décisions, suivi de décisions)
 - comptes - rendus
- ❖ Annexe 3 : Rapport d'activité du service de gestion de cas

Annexe 1 : Cartographies des offres du territoire de la Maia Seine-et-Marne Centre-Nord

Cartographies réalisées en 2018 :

- Offre de soins en professionnels libéraux
- Offre en Psychiatrie
- Offre des EHPAD
- Offre en Accueils de Jour et Hébergements Temporaire
- Offre en Résidences Autonomie
- Offre en Actions à destination des Aidants

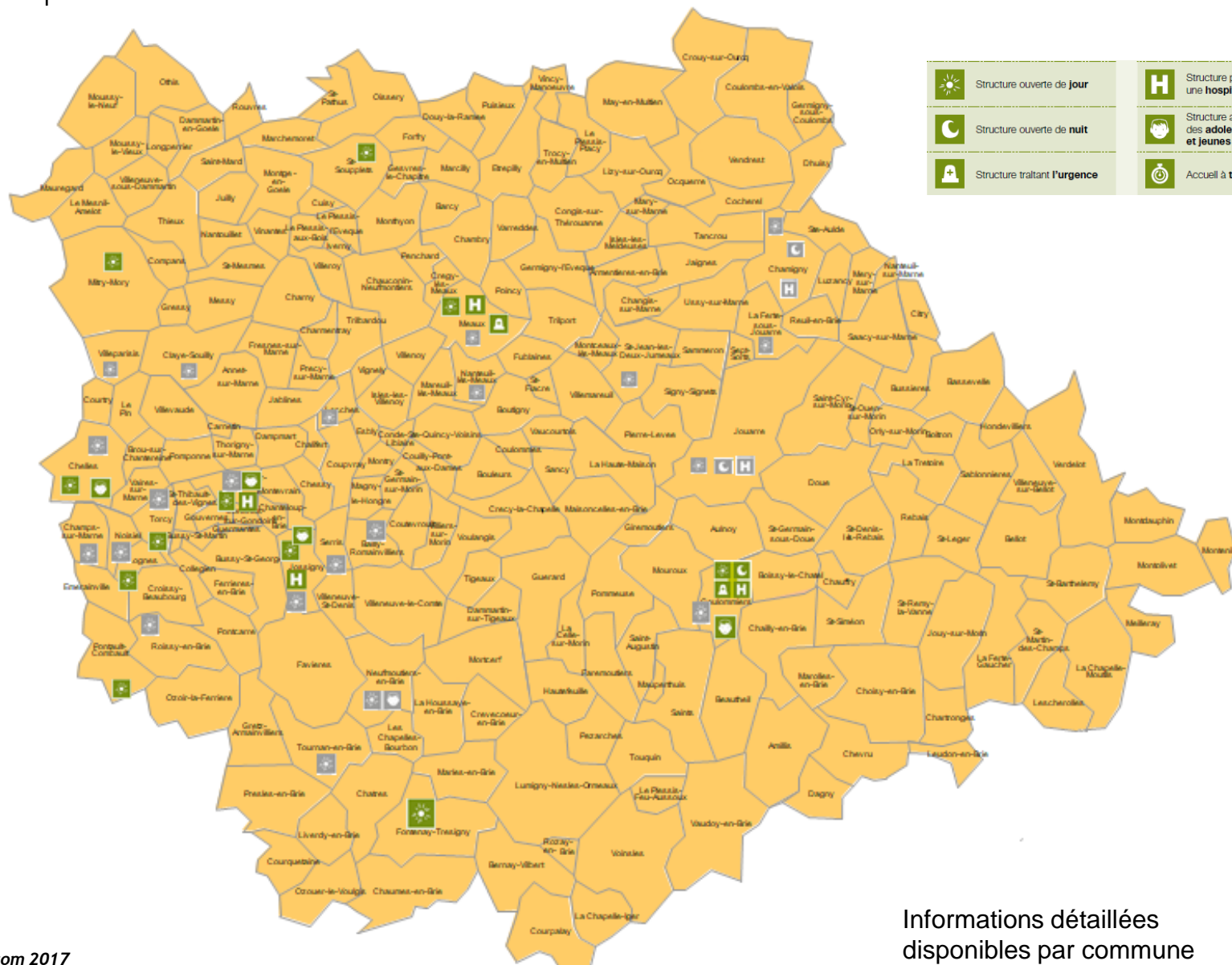
Offre de soins en professionnels libéraux



source: CartoSante - FNPS
 2016 - Insee 2015

Informations détaillées
 disponibles par commune

Offre en Psychiatrie



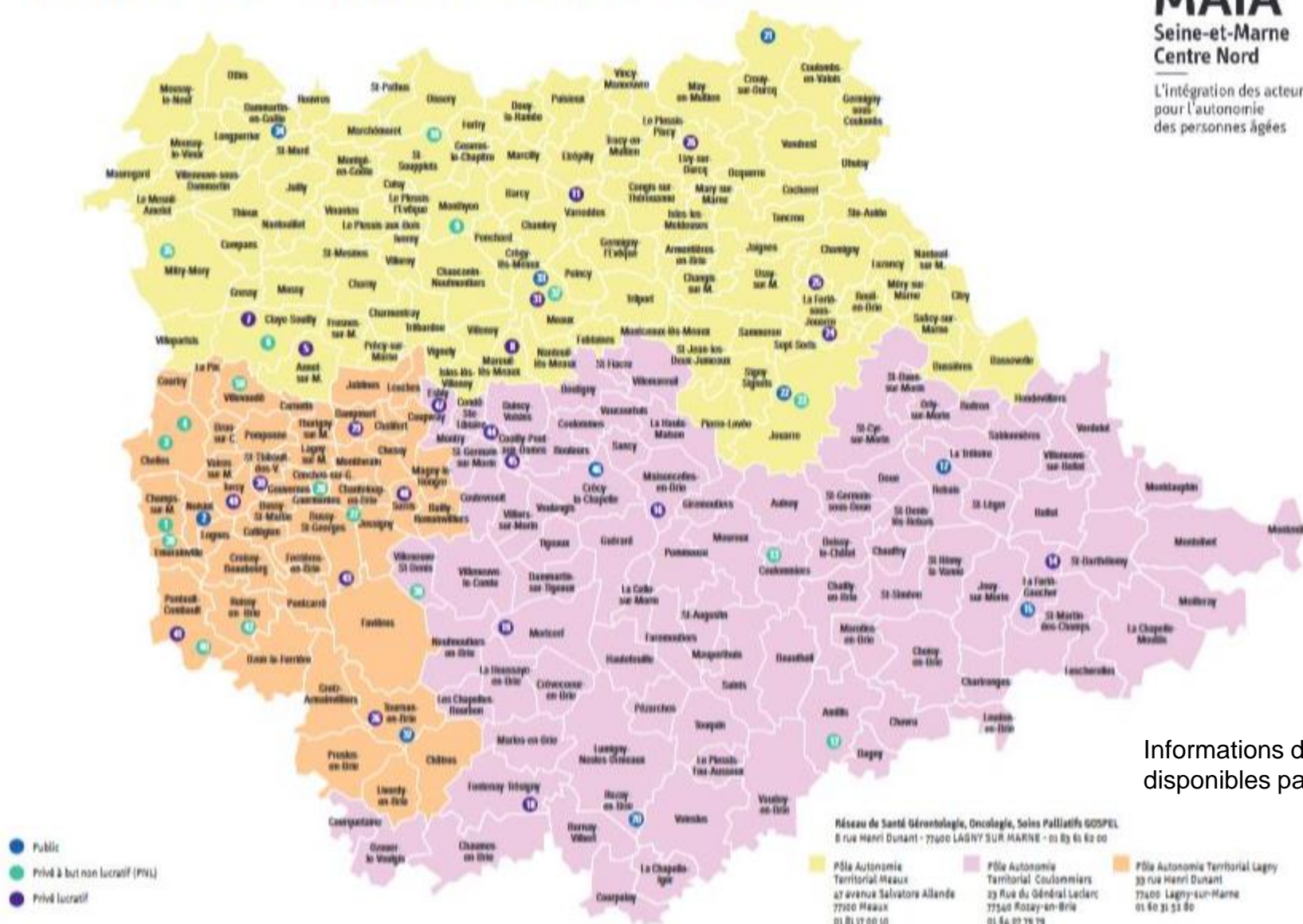
source: *Psycom 2017*

Informations détaillées
disponibles par commune

EHPAD Du territoire Seine-et-Marne Centre Nord

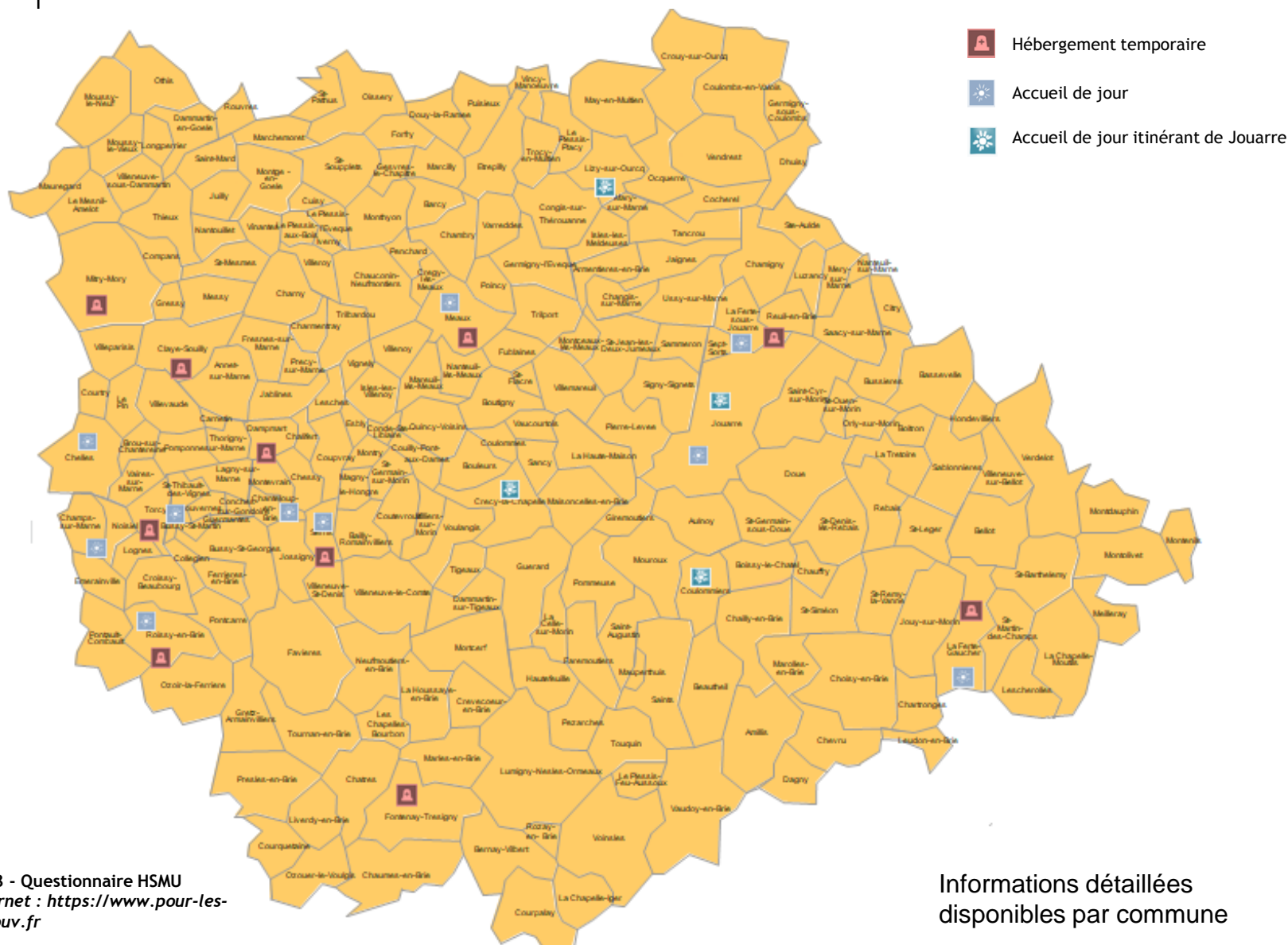


L'intégration des acteurs
pour l'autonomie
des personnes âgées



Informations détaillées
disponibles par commune

Offre en Accueils de jour et Hébergements temporaires



sources : MAIA 2018 - Questionnaire HSMU
Site internet : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr>

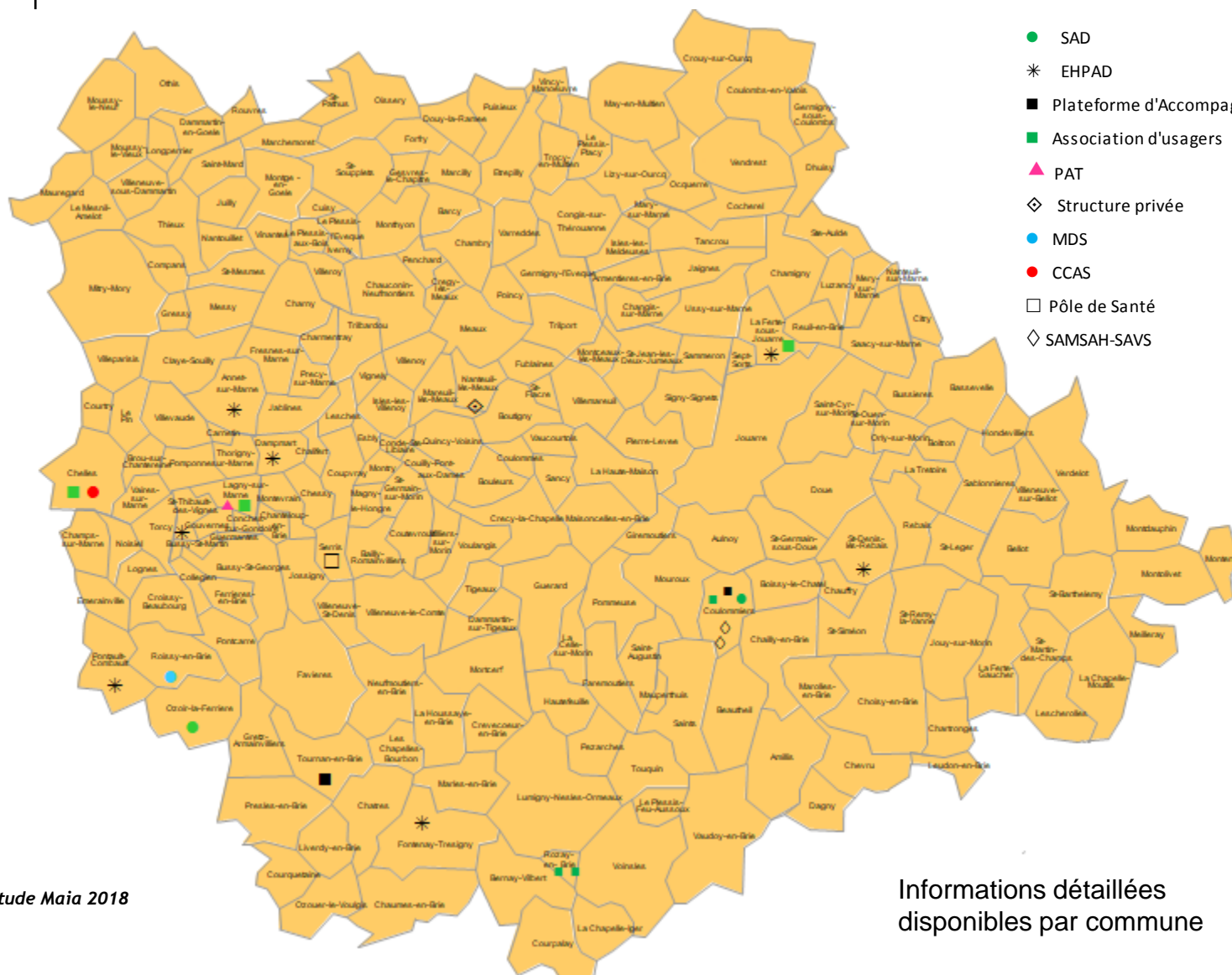
Informations détaillées
disponibles par commune

Offre en Résidences Autonomie



Informations détaillées
disponibles par commune

Offre en Actions à destination des Aidants



Annexe 2 : Concertation tactique

- **Tableaux récapitulatifs des 5 Tables de concertation tactique 2018**
- **Comptes-rendus**

La concertation au sein du territoire 77 Centre

Concertation Tactique	Structures représentées	Niveau de décision de chaque personne Présente	Ordres du jour
22/03/2018	CCAS La Ferté-Gaucher	Infirmière Libérale	Présentation du projet e-parcours : plateforme régionale numérique visant à faciliter le quotidien des professionnels de santé Hospitalisation à Domicile et Infirmiers libéraux : présentation des réalisations élaborées par le groupe de travail, à destination des médecins prescripteurs, cadres infirmiers... Questions diverses
	Conseil Départemental	Coordonnatrice Autonomie	
	EHPAD de Crécy-la-Chapelle	Directrice	
	EHPAD Le Parc Fleuri	Directrice	
	EHPAD Pierre Comby	Directrice	
	ESA Lieusaint	Ergothérapeute	
	France Alzheimer	Bénévole	
	HAD Centre 77	Cadre de Santé Médecin coordonnateur	
	HAD Croix Saint-Simon	Médecin coordonnateur	
	HAD Rééducation et Réadaptation Coubert	Infirmière coordonnatrice	
	HAD Santé Service	Cadre référent infirmiers libéraux	
	Infirmiers libéraux	Infirmiers libéraux	
	MDS Coulommiers	Directeur	
	Pôle Autonomie Territorial Coulommiers	Responsable Evaluatrice-coordonnatrice	

La concertation au sein du territoire 77 Centre

Concertation Tactique	Structures représentées	Niveau de décision de chaque personne présente	
22/03/2018	Réseau Gospel	Directeur	
	Service d'Aide à Domicile AP Services	Responsable de site	
	Service de Soins Infirmiers à Domicile Centre 77	Directrice	

Après un tour de table, Madame SURGET, Pilote de la MAIA Seine-et-Marne Centre Nord, remercie la Mairie de Pommese pour la mise à disposition des locaux ainsi que l'ensemble des participants pour leur présence à cette table de concertation tactique qui se tient en soirée permettant la représentation des professionnels libéraux.

1. Présentation du projet e-parcours : plateforme régionale numérique visant à faciliter le quotidien des professionnels de santé

L'Agence Régionale de Santé a émis en décembre 2017, un appel à projet ayant vocation à développer de nouvelles organisations et de nouveaux usages par et au bénéfice des acteurs du territoire. Ces nouvelles organisations des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire autour du parcours patient s'appuie sur le déploiement, par le GCS SESAN, d'une plateforme numérique permettant le partage et l'échange sécurisés d'informations nécessaires à la prise en charge coordonnée et à la prise de décisions entre tous les acteurs participant à une prise en charge, le patient/l'usager et son entourage. Cet appel à candidature fait suite à des expérimentations qui se sont tenues sur plusieurs territoires d'Ile-de-France (94 Ouest, Paris 13, 14, territoire PAERPA...). Il est souligné que la plateforme n'est qu'un outil, elle ne peut se soustraire aux réflexions nécessaires à la mise en place d'une dynamique territoriale centrée sur le parcours patient/usager permettant l'émergence d'une organisation du parcours visant à améliorer une réponse globale (ville, établissements de santé, établissements sociaux et médico-sociaux) à destination des patients/usagers du territoire. Les réflexions porteront sur le décloisonnement de l'information en matière de transmission des résultats d'examen, de gestion des rendez-vous, de prescription électronique,...

Les attendus du projet e-parcours sont de permettre aux professionnels et aux patients ainsi qu'à leur entourage d'avoir accès, grâce à un socle de service (répertoire opérationnel des ressources, rapprochement d'identité,...) :

- aux ressources du territoire,
- à l'information nécessaire et pertinente à la prise en charge - tout en respectant les temporalités de consultations d'annonce de diagnostic,
- à la prévention d'éventuelles complications (iatrogénie,...),
- et de permettre au patient/usager de bénéficier de la meilleure qualité de vie possible.

Le département de Seine-et-Marne a déposé 2 dossiers dans le cadre de cet appel à candidature, un sur le territoire Sud et l'autre sur le territoire Nord. Ces dossiers ont reçu un avis favorable de l'ARS et sont en attente de la décision finale de la DGOS.

Concernant le territoire Nord, le projet déposé est co-porté par l'Association d'Aide et de Soins à domicile Centre 77 et le réseau de santé plurithématique Gospel. La pertinence du projet déposé porte, en plus d'une coopération des professionnels de l'ensemble des champs sanitaire, médico-sociaux et sociaux depuis de nombreuses années, sur une cohérence de territoire calquée sur celui de la MAIA, de Gospel, des 3 pôles autonomie territoriaux et du GHEF, une densité de population disparate Est/Ouest, des indicateurs de santé plutôt défavorables et une démographie de professionnels de santé déficitaires nécessitant de mettre en place de nouvelles organisations.

Lors de l'obtention des soutiens institutionnels et opérationnels, 3 parcours de prise en charge ont été identifiés comme pouvant être moteurs de ces réflexions : la cancérologie, la prise en charge orthopédique de la personne âgée, la prise en charge des patients atteints d'obésité. Ces 3 parcours vont faire l'objet de groupe de travail permettant d'identifier et d'analyser les points de rupture afin de préconiser des axes d'amélioration, des initiatives, des innovations en matière de pratiques et d'organisations professionnelles.

Les professionnels s'accordent sur la difficulté et le temps passé à obtenir les informations sur la prise en charge et l'accompagnement des patients/usagers en situation complexe et identifient cette plateforme comme un potentiel gain de temps et une opportunité d'assurer un meilleur suivi des personnes grâce à la mise à disposition des comptes rendus d'hospitalisation, à la possibilité de prise de rendez-vous en ligne, etc.. En matière d'identité-vigilance, celle-ci se fera sur 5 critères cumulatifs : nom, prénom, sexe, date et lieu de naissance.

Les participants s'interrogent sur l'opérationnalité de cette future plateforme numérique : comment en tant que professionnels s'y inscrire ? Quelles informations seront visibles des patients/usagers/professionnels ? Quel degré de sécurisation des données, en mobilité ou pas... Tout professionnel, sur la base du volontariat, peut s'inscrire sur la plateforme, créer un dossier après obtention du consentement du patient/usager puis co opter les intervenants de la personne composant ainsi son cercle de soins tels que défini dans la loi de l'Adaptation de la Société au Vieillessement. L'objectif de cette plateforme financé par l'Agence Régionale de Santé directement au GCS SESAN, est de mettre à disposition de l'ensemble des professionnels tout document nécessaire à la prise en charge et à l'accompagnement des personnes : dates d'hospitalisation, compte-rendu d'hospitalisation, synthèse d'évaluation, ouvertures de droits,...

Un échange sur le niveau d'informations nécessaire à chaque professionnel est ouvert et montre que le décloisonnement dans le partage de l'information nécessite d'être travaillé dans les différents groupes de travail afin de permettre une véritable prise en charge globale s'appuyant sur une pertinence des informations partagées. Il est pris l'exemple d'une aide à domicile qui a besoin de savoir que l'utilisateur chez lequel elle intervient a une tumeur au cerveau afin d'adopter la bonne posture vis-à-vis de cette personne, de même si la personne est malentendante ou malvoyante...

L'importance de ne pas saisir les mêmes données dans plusieurs logiciels informatiques est soulevée posant ainsi la nécessaire interopérabilité des logiciels.

Cette plateforme sera également accessible aux services d'urgence, pompiers, SAMU via une fonction « bris de glace ».

Quelques freins sont exprimés :

- la limitation de cette plateforme à la région Ile-de-France alors que certains patients se font soigner dans les régions limitrophes telles l'Aine et la Marne,
- une non-articulation avec le DMP

La place des instances professionnelles et ordinales dans ce projet est interrogée.

Compte-rendu du 22 mars 2018

Les médecins soulignent que cette plateforme n'est pas un dossier médical et que, par conséquent, certaines données, notamment d'ordre privé, n'y seront pas intégrées. De plus, une messagerie sécurisée est ouverte systématiquement par la sécurité sociale aux médecins, il est préconisé un rattachement de cette messagerie à la plateforme numérique. Certaines infirmières libérales utilisent la messagerie MMS Santé et expriment le souhait d'étendre son utilisation.

Concernant les territoires qui ont d'ores et déjà expérimenté cette plateforme, il est noté que les professionnels, notamment les établissements de l'AP-HP, les cliniques et les laboratoires d'analyses médicales ont réussi à partager leurs données, dans des délais décidés en amont.

1. Hospitalisation A Domicile et Infirmiers libéraux : présentation des réalisations élaborées par le groupe de travail

L'une des missions du dispositif MAIA est de favoriser l'interconnaissance des différents services et structures et d'apporter des réponses aux questions : a qui fait-on appel pour ? Comment ? Quand ? Pourquoi ? et ainsi choisir le service ou la structure qui va pouvoir y répondre.

La table de concertation tactique du 30 juin 2016 a décidé la création d'un groupe de travail « HAD-Infirmiers libéraux : facilitation de l'interconnaissance des pratiques HAD-IDEL ». Au vu des différents groupes de travail déjà existants, ce groupe de travail a débuté le 1^{er} juin 2017. Il est composé de la totalité des HAD du Nord Seine-et-Marne (Centre 77, Croix-Saint-Simon, Nord Seine-et-Marne, Santé Service), de l'HAD de Rééducation et Réadaptation UGECAM et de 6 infirmières libérales.

Lors de la première réunion du 1^{er} juin 2017, 3 axes de travail ont été retenus :

- Rédaction d'un référentiel de missions différenciées HAD-IDEL
- Elaboration de support de communication à destination des médecins prescripteurs, cadres de santé,...
- Recensement des besoins de formation des infirmiers

Les 2 premiers axes ont été réalisés. Le 3^{ème} découlant des actions réalisées dans l'axe 2 n'a pas encore été travaillé.

Madame Chantal COLLOT, Infirmière Libérale sur Mouroux et Madame Brigitte LEPETIT, Cadre référent infirmiers libéraux à l'HAD Santé Service, présentent les travaux du groupe de travail.

Le référentiel de missions différenciées HAD-IDEL a été rédigé en 2 réunions qui se sont tenues les 14 septembre et 14 novembre 2017. L'objectif de cette réflexion autour du référentiel a été de déterminer les critères d'orientation et d'articulation des interventions entre l'HAD et les IDEL. Ainsi le référentiel a pu être rédigé et est présenté succinctement aux participants. Sa validation sera portée à l'ordre du jour de la prochaine table de concertation tactique, permettant ainsi aux membres d'en prendre connaissance.

Lors de cette table de concertation, il a été évoqué la possibilité, sous certaines conditions, d'interventions conjointes HAD-SSIAD à compter du 1^{er} mars 2018, le Ministère a annoncé le 27 mars 2018 que cette possibilité ne sera effective qu'une fois les textes réglementaires publiés, soit un report estimé à environ 3 mois.

Un échange autour de la différenciation de la prise en charge des patients par les infirmiers libéraux et les HAD s'ouvre mettant en exergue que les relais vers :

- les IDEL après prise en charge par les HAD,
- les HAD après prise en charge par les IDEL,
- les SSIAD après pris en charge par les HAD,

ne se font pas toujours notamment, entre autre, par méconnaissance des missions de chacun, par manque de place notamment en SSIAD pour la réalisation de soins de nursing léger, par la difficulté de trouver des infirmiers libéraux pour assurer des toilettes,...

C'est pour ces raisons, que les membres du groupe de travail ont réfléchi à des axes de communication à destination des médecins prescripteurs hospitaliers et/ou libéraux et des cadres de santé, ayant pour objectif d'apporter une connaissance plus personnalisée des compétences spécifiques disponibles au sein des cabinets infirmiers et des HAD.

Ainsi les infirmiers libéraux réalisent, dans un premier temps, un annuaire papier centralisant les actes spécifiques réalisés par les IDEL en plus de leurs actes habituels. A terme, cet annuaire devrait pouvoir renseigner la nomenclature IDEL du Répertoire Opérationnel des Ressources - ROR. Un questionnaire permettant ce recensement a été adressé, par mail ou par courrier, à l'ensemble des infirmiers du territoire de la MAA Seine-et-Marne Centre Nord. Ce questionnaire va également permettre de récupérer les adresses électroniques des professionnels ce qui facilitera les échanges lorsque l'utilisation des messageries sécurisées se développera et leurs besoins de formation.

En matière de formations et/ou d'ateliers, les EHPAD s'inscrivent dans ce projet aussi bien en proposant d'être lieu d'accueil de la formation qu'en adaptant leurs plans annuels de formation en fonction des besoins qui seront identifiés par les réponses au questionnaire.

Les 5 HAD du territoire ont élaboré une plaquette de présentation comprenant une définition précise de l'HAD permettant d'aider les professionnels à mieux orienter les patients vers les HAD polyvalentes, de rééducation ou les IDEL en fonction du public concerné, des objectifs et des missions principales. Le point à retenir est que l'HAD est un hôpital « sans les murs » devant satisfaire les mêmes exigences en matière de certification qu'un hôpital « avec murs ». Cette plaquette, distribuée en séance aux membres de la table de concertation tactique, a été imprimée en 1.000 exemplaires via un financement des 5 HAD. La prochaine réunion du groupe de travail définira les professionnels destinataires de cette plaquette. Les EHPAD sont d'ores et déjà identifiés comme devant en être destinataires.

Il est proposé de mener une réflexion sur l'articulation IDEL, HAD et prestataires de service (délivrance de matériel).

1. Questions diverses

Depuis début mars 2018, la conférence des financeurs met à disposition des évaluations d'ergothérapeute par l'organisme « Merci Julie » pour les personnes de plus de 60 ans. Ces ergothérapeutes interviennent au domicile et dans les foyers logement pour évaluer les besoins en aides techniques et accompagner la mise en place (recherche de prestataire, demande de devis...). La partie évaluation est totalement prise en charge financièrement par la conférence des financeurs, pour la mise en œuvre, la personne pourra bénéficier soit d'une aide de sa caisse de retraite, soit de l'APA si elle bénéficie de cette prestation. Dans cette période de démarrage, cette prestation peut être sollicitée par les évaluateurs APA et les Pôles Autonomie Territoriaux (coordonnées ci-dessous).

Les membres de la table de concertation tactique demandent les coordonnées des P.A.T et des équipes APA du territoire Centre Nord, transmises ci-dessous :

Pôle Autonomie territorial Coulommiers – 23 rue du Général Leclerc – 77540 ROZAY-EN-BRIE – Tél : 01.64.07.79.79

Pôle Autonomie territorial Logny – 33 avenue Henri Dunant – 77400 LAGNY-SUR-MARNE – Tél : 01.60.31.52.80

Pôle Autonomie territorial Meaux – 47 avenue Salvatore Allende – 77100 MEAUX – Tél : 01 81 17 00 10

Equipe APA Coulommiers – 26-28 rue du Palais de Justice – 77120 COULOMMIERS – Tél : 01.64.6535.68

Equipe APA Logny – 15 bd du Marechal Gallieni – 77400 LAGNY-SUR-MARNE – Tél : 01.64.12.43.34 / 46.84

Equipe APA Meaux – Annexe du Mont Thabor – 38 rue Aristide Briand - 7710. MEAUX – Tél : 01.60.09.85.31

Equipe APA Mitry-Mory : 1 avenue du Dauphiné – 77290 MITRY-MORY – Tél : 01.60.21.29.00

Equipe APA Roissy – 16 rue Antoine Lavoisier – 77680 ROISSY-EN-BRIE – Tél : 01.64.43.20.28

Equipe APA Tourna-en-Brie – 16 place Edmond de Rothschild – 77120 TOURNAN-EN-BRIE – Tél : 01.64.25.07.05

Prochaine table de concertation tactique

Mardi 26 juin 2018 – 14h30

Centre Hospitalier de Jouarre

Salle Polyvalente

18 Rue Petit Huet, 77640 Jouarre

La concertation au sein du territoire 77 Nord

Concertation Tactique	Structures représentées	Niveau de décision de chaque personne présente	Ordres du jour
05/04/2018	Réseau Gospel	Directeur	Présentation de la Maison des Solidarités de Meaux
	Centre Médical Résidence du Parc	Directeur	projet e-parcours : plateforme régionale numérique visant à faciliter le quotidien des professionnels de santé
	CCAS-DAS Meaux	Responsable du pôle social	
	CCAS-DAS Meaux	Ingénieur territorial	Expérimentation d'hébergement temporaire pour personnes âgées en sortie d'hospitalisation
	UNA/UNA'DOM	Secrétaire Général/Directeur Général	
	Institut Médical de Serris	Directrice Adjointe	Groupes de travail : état d'avancement
	GHEF Filière Gériatrique N-E Francilien	Chef du Pôle « Gériatrie-SSR »	
	EHPAD Eleusis	Adjoint de Direction	Questions diverses
	Centre Médical Résidence du Parc	Directrice Adjointe	
	Coordination PA/PH CD77	Chargée de développement autonomie	
	PAT Lagny MLV et Meaux	Directrice	
	CNAV IDF	Représentant 77	
	EHPAD Les Acacias	Directeur	
	MDS Meaux	Directrice	
	Association Centre 77	Porteur	
	GHEF Jossigny	Chef de service gériatrie	
	Clinique Pays de Meaux	Directrice Adjointe	
	France Alzheimer 77	Président	

Après un tour de table, la parole est donnée à Madame Maria PIETRI, Directrice de la Maison Départementale des Solidarités de Meaux, qui accueille cette table de concertation tactique.

1. Présentation de la Maison Départementale des Solidarités de Meaux : Madame Maria PIETRI, Directrice

Les Maisons Départementales des Solidarités – MDS - sont rattachées à la Direction Générale Adjointe des Solidarités ayant en charge le pilotage et la coordination de la mise en œuvre des politiques du Conseil Départemental en matière de :

- protection maternelle et infantile, planification familiale
- protection de l'enfance
- aide sociale générale
- personnes âgées – personnes handicapées
- insertion, logement, habitat

Le département de Seine-et-Marne compte 14 MDS dont celle de Meaux. Cette dernière intervient sur 40 communes : le Pays de l'Ourcq et le Pays de Meaux.

La MDS de Meaux a une organisation identique à toutes les MDS. Elle comporte 4 services sous l'autorité de la Directrice et le management des cadres de proximité :

- Service Social Départemental : une équipe pluridisciplinaire (assistants sociaux, conseillers en économie sociale et familiale, éducatrices spécialisées,...) se décompose en 2 pôles :
 - un pôle accueil : écoute, orientation et suivi de courte durée
 - un pôle accompagnement : accompagnement social autour de la situation familiale, du budget et mission d'élaboration des parcours d'insertion des bénéficiaires du RSA
- Service de Protection Maternelle et Infantile – Petite Enfance : conduit et coordonne des actions de prévention et de dépistage auprès principalement des femmes enceintes, des jeunes enfants de la naissance à 6 ans, des adolescents. La PMI a également en charge la politique d'agrément des assistantes maternelles et familiales.
- Service d'Aide Sociale à l'Enfance pour les enfants confiés au département soit par décision administrative soit à la demande des parents. Le service Aide Sociale à l'Enfance de Meaux accueille, en moyenne, pendant 4 ans les enfants confiés. Cette durée d'accompagnement dure le temps nécessaire pour régler les difficultés familiales et permettre à l'enfant de retourner dans son cadre de vie. Les enfants peuvent être accueillis jusqu'à leur 21 ans maximum dans le cadre de leur projet « jeune majeur »

- Service Administration – Ressources : ce service veille à la qualité et à la continuité de l'accueil du public et contribue à la gestion des fonds financiers notamment le fond départemental des solidarités. Tous les mercredis matin se déroule à la MDS de Meaux une commission d'aides financières qui a pour objectif d'étudier l'ensemble des demandes financières émanant des partenaires du territoire : CCAS,...

Deux missions sont également rattachées à la MDS :

- une mission « d'Aide Personnalisée d'Autonomie » - APA - menée par l'équipe APA composée de 3 évaluateurs et 1 secrétaire. Cette mission est rattachée, depuis l'année dernière, à la Directrice de la MDS. Cette équipe établit le plan d'aide recensant les besoins et les aides nécessaires pour le maintien à domicile dans le cadre du dossier APA. Au 31 décembre 2018, 1 110 dossiers APA actifs pour 598 évaluations réalisées.
- une mission « informations préoccupantes ». Depuis les lois de mars 2007, chaque département doit mettre en œuvre une cellule de recueil des informations préoccupantes concernant des enfants ou des majeurs vulnérables. Toutes ces informations préoccupantes sont centralisées au niveau du conseil départemental et sont ensuite ventilées pour évaluation sur les MDS en fonction de la commune d'habitation des personnes faisant l'objet d'informations préoccupantes. Meaux est, avec Melun-Val de Seine, le territoire le plus impacté sur le nombre d'informations préoccupantes. En 2017, environ 340 évaluations ont été menées pour des situations d'enfants signalés en danger dans leur cadre de vie.

1. Présentation du projet e-parcours : plateforme régionale numérique visant à faciliter le quotidien des professionnels de santé

L'Agence Régionale de Santé a émis en décembre 2017, un appel à projet ayant vocation à développer de nouvelles organisations et de nouveaux usages par et au bénéfice des acteurs du territoire. Ces nouvelles organisations des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire autour du parcours patient s'appuie sur le déploiement, par le GCS SESAN, d'une plateforme numérique régionale permettant le partage et l'échange sécurisés d'informations nécessaires à la prise en charge coordonnée et à la prise de décisions entre tous les acteurs participant à une prise en charge, le patient/l'usager et son entourage. Cet appel à candidature fait suite à des expérimentations qui se sont tenues sur plusieurs territoires d'Ile-de-France (94 Ouest, Paris 13, 14, territoire PAERPA...). Il est souligné que la plateforme n'est qu'un outil, elle ne peut se soustraire aux réflexions nécessaires à la mise en place d'une dynamique territoriale centrée sur le parcours patient/usager permettant l'émergence d'une organisation du parcours visant à améliorer une réponse globale (ville, établissements de santé, établissements sociaux et médico-sociaux) à destination des patients/usagers du territoire. Les réflexions porteront sur le décloisonnement de l'information en matière de transmission des résultats d'examen, de gestion des rendez-vous, de prescription électronique,...

Compte-rendu du 5 avril 2018

Les attendus du projet e-parcours sont de permettre aux professionnels et aux patients ainsi qu'à leur entourage d'avoir accès, grâce à un socle de service (répertoire opérationnel des ressources, rapprochement d'identité,...) :

- aux ressources du territoire,
- à l'information nécessaire et pertinente à la prise en charge - tout en respectant les temporalités de consultations d'annonce de diagnostic,
- à la prévention d'éventuelles complications (iatrogénie,...),
- et de permettre au patient/usager de bénéficier de la meilleure qualité de vie possible.

Le département de Seine-et-Marne a déposé 2 dossiers dans le cadre de cet appel à candidature, un sur le territoire Sud et l'autre sur le territoire Nord. Ces dossiers ont reçu un avis favorable de l'ARS et sont en attente de la décision finale de la DGOS.

Concernant le territoire Nord, le projet déposé est co-porté par l'Association d'Aide et de Soins à domicile Centre 77 et le réseau de santé plurithématique Gospel. La pertinence du projet déposé porte, en plus d'une coopération des professionnels de l'ensemble des champs sanitaire, médico-sociaux et sociaux depuis de nombreuses années, sur une cohérence de territoire calqué sur celui de la MAIA, de Gospel, des 3 pôles autonomie territoriaux et du GHEF, une densité de population disparate Est/Ouest, des indicateurs de santé plutôt défavorables et une démographie de professionnels de santé déficitaires nécessitant de mettre en place de nouvelles organisations.

Lors de l'obtention des soutiens institutionnels et opérationnels, 3 parcours de prise en charge ont été identifiés comme pouvant être moteurs de ces réflexions : la cancérologie, la prise en charge orthopédique de la personne âgée, la prise en charge des patients atteints d'obésité. Ces 3 parcours vont faire l'objet de groupe de travail permettant d'identifier et d'analyser les points de rupture afin de préconiser des axes d'amélioration, des initiatives, des innovations en matière de pratiques et d'organisations professionnelles.

Tout professionnel, sur la base du volontariat, peut s'inscrire sur la plateforme, créer un dossier après obtention du consentement du patient/usager puis co opérer les intervenants de la personne composant ainsi son cercle de soins tels que défini dans la loi de l'Adaptation de la Société au Vieillessement.

Les membres de la table de concertation tactique accueillent favorablement ce projet dont ils perçoivent qu'il peut être un levier notamment sur l'organisation des entrées et des sorties hospitalières, sur les compte-rendu de consultation et d'hospitalisation et sur les transmissions du quotidien au domicile.

Le GHEF développe son dossier patient informatisé en tenant compte de points de vigilance afin qu'il soit en capacité de s'interfacer avec cette plateforme.

Toutes les actions menées pour recueillir l'accord de la personne pour l'informatisation et le partage de ses données via la plateforme devront être tracées.

L'importance de ne pas saisir les mêmes données dans plusieurs logiciels informatiques est soulevée posant ainsi la nécessaire interopérabilité des logiciels.

Le plan de communication auprès de l'ensemble des professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux afin de les impliquer est interrogé.

1. Expérimentation d'hébergement temporaire pour personnes âgées en sortie d'hospitalisation : Monsieur Benjamin BLETON, Directeur Résidence BTP RMS « Le Parc »

L'ARS a lancé fin 2017, un appel à projet permettant d'expérimenter, sur 3 ans, un projet d'hébergement temporaire pour personnes âgées en perte d'autonomie en sortie d'hospitalisation. L'appel à projet prévoit la création de 40 places sur la Seine-et-Marne. La Résidence BTP RMS « Le Parc » a été retenue pour la création de 20 places sur le nord du département et l'EHPAD Korian de Melun sur le Sud Seine-et-Marne.

La Résidence BTP RMS « Le Parc » fait partie du groupe PRO-BTP, groupe de protection sociale paritaire non lucratif regroupant 27 établissements sanitaires et médico-sociaux dont 9 EHPAD, 2 foyers d'accueil médicalisé, une dizaine d'établissements sanitaires dont la Résidence du Parc à Pontault-Combault. Cet établissement existe depuis 45 ans et possède 2 grandes activités, sur le même site :

- une activité médico-sociale composée initialement d'une EHPAD de 250 places d'hébergement permanent modifié, par cette expérimentation, en 230 places d'hébergement permanent et 20 places d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation
 - une activité sanitaire : 70 lits de SSR avec 3 spécialités neurologique, locomoteur et gériatrique, 10 places d'hôpital de jour SSR neurologique et locomoteur.
- Depuis fin 2016, en partenariat avec 3 établissements SSR – Coubert, Meaux Orgemont et le CMPA de Neufmoutiers-en-Brie – une équipe mobile de réadaptation et de réinsertion a été créée, intervenant au domicile de personnes en situation de handicap (6 à 99 ans), pour des missions d'expertise et d'orientation afin de favoriser le maintien à domicile et de préconiser des aides techniques et des adaptations du domicile.

Le projet d'hébergement temporaire pour personnes âgées en sortie d'hospitalisation a déjà été expérimenté sur des territoires PAERPA notamment en Lorraine et sur les arrondissements 9,10 et 19^{ème} de Paris.

L'objectif général est de faciliter la sortie de l'hôpital des personnes de 60 ans et plus n'ayant plus besoin de soins médicaux mais dont l'ensemble des conditions ne sont pas réunies pour un retour à domicile dans un cadre sécurisé. Durant ce séjour, il s'agit de préparer et/ou d'adapter les aides humaines, de finaliser une adaptation du domicile ou une aide à domicile initiée par l'établissement hospitalier mais pas encore fonctionnelle du fait de liste d'attente, d'aides non disponible pour accueillir son proche,... L'indicateur de réussite le plus évocateur portera sur le taux de retour à domicile qui doit être des plus élevé.

Les objectifs spécifiques s'appuient sur une logique d'efficience des parcours permettant de :

- réduire les durées d'hospitalisation non nécessaire pour les personnes âgées
- accueillir en EHPAD pour une durée maximum de 30 jours
- préparer le retour à domicile ou au substitut de domicile de manière optimale
- éviter les hospitalisations ou ré-hospitalisations durant ce séjour en EHPAD
- améliorer le parcours des personnes âgées en renforçant la coordination entre les acteurs du territoire et en faisant évoluer les modalités de collaboration amont et aval

Pour favoriser l'entrée temporaire en EHPAD, le reste à charge pour l'utilisateur est réduit puisque l'impact financier, notamment de l'hébergement, est souvent identifié comme un frein. L'assurance maladie a donc mis en place une subvention de 60 Euros par jour, sur une durée maximum de 30 jours, pour limiter le reste à charge à un montant inférieur au forfait journalier hospitalier de 20 Euros.

La Résidence « Le Parc » a un prix de journée hébergement de 75 Euros ce qui ramène le reste à charge, dans le cadre de ce projet, à 15 Euros par jour au titre de l'hébergement auquel s'ajoute la dépendance selon le GIR de la personne âgée.

Pour déployer ce projet dont l'ouverture est prévue en mai 2018, la Résidence « Le Parc » a réalisé des travaux d'aménagement, au sein de l'EHPAD, afin d'avoir une unité dédiée à cette activité et accueillir l'équipe pluridisciplinaire, en cours de recrutement, destinée à ces 20 résidents. Celle-ci comprend 1 infirmier de jour, 2 auxiliaires de vie, 1 secrétaire médicale à temps partiel, une assistante sociale à temps partiel et un infirmier coordonnateur qui supervisera l'organisation de ce dispositif.

Peuvent bénéficier de l'hébergement temporaire, les personnes :

- âgées de 60 ans et plus et ayant un projet de retour au domicile
- sur demande de l'équipe médicale et/ou sociale des établissements partenaires
- dont la situation ne permet pas un retour à domicile immédiat ou l'entrée dans une autre institution
- dont les solutions de retour à domicile peuvent être mises en place dans un délai inférieur à 30 jours

Le projet s'inscrit dans une EHPAD et bénéficie donc des ressources de l'EHPAD – 2,4 ETP de médecin gériatre pour 250 résidents - d'où l'existence de critères d'inéligibilité correspondant aux personnes :

- nécessitant des soins médicaux non stabilisés
- nécessitant des soins infirmiers de nuit
- nécessitant des soins techniques : perfusions IV, GPE, trachéotomie...
- nécessitant des pansements lourds
- relevant d'une prise en charge en SSR ou HAD
- présentant une addiction ou des troubles psycho-comportementaux productifs
- présentant des troubles cognitifs relevant d'un hébergement en unité protégée.

L'expérimentation du projet d'hébergement temporaire post-hospitalisation montre un taux satisfaisant de retour à domicile en Lorraine, ce qui n'est pas partagé sur les arrondissements parisiens liés à des profils de résidents plus complexes et nécessitant des soins plus importants. De plus, ces séjours temporaires permettent de mieux appréhender le fonctionnement de l'EHPAD et ainsi de mieux anticiper une éventuelle institutionnalisation future.

Le délai d'admission des personnes en hébergement temporaire post-hospitalisation au sein de la Résidence « Le Parc » est de 48 heures pour permettre un accueil de qualité, en lien avec l'établissement adresseur. Les demandes d'admissions seront évaluées au regard de la liste des critères d'éligibilité et d'inéligibilité et avec la planification de la sortie de l'établissement et l'accueil dans la structure où sera déployé un projet d'accompagnement temporaire avec l'accord du résident et/ou de ses proches.

L'EHPAD ne disposant pas de Pharmacie à Usage Interne, des conventions ont été signées avec 2 pharmacies de ville qui interviennent 2 fois par semaine. Il est donc demandé aux établissements adresseurs de fournir 48 heures de traitement afin d'assurer la continuité de la prise en charge. Une Check-list de sortie d'hospitalisation rédigée durant les premières phases d'expérimentation est utilisée et adressée aux établissements avant l'admission de la personne en hébergement temporaire. Les admissions se réalisent du lundi au vendredi, de 14h à 15h.

Durant cet hébergement temporaire :

- le patient sera suivi par son médecin traitant. Si besoin, le médecin gériatre de l'établissement pourra être contacté en cas de soins hospitalo-requérants.
- la situation sociale du patient sera prise en charge comme définie par l'établissement prescripteur, un bilan d'orientation devra être réalisé à mi-séjour pour anticiper les situations à risque de blocage de sortie à J30.
- le patient sera pris en charge par l'équipe paramédicale de l'EHPAD (infirmières, aides soignantes, auxiliaires de vie).
- il pourra bénéficier de kinésithérapie sur prescription médicale par des professionnels libéraux intervenant au sein de la résidence,
- le bénéficiaire de l'hébergement temporaire pourra participer à l'ensemble des activités sociales de la résidence, selon ses souhaits
- le résident devra prendre ses repas en collectivité, et son linge devra être marqué à son nom.

Sortie de l'hébergement temporaire

- la sortie doit se faire dans les 30 jours suivant l'admission. Si la sortie n'est pas envisageable à J30, prévoir un transfert dans un autre dispositif (ex : HT classique).
- le médecin traitant doit être informé du retour à domicile ou de l'institutionnalisation de la personne.
- Une consultation doit être programmée dans les plus brefs délais.
- Les ordonnances de sortie de l'hébergement temporaire seront celles de l'hôpital, soient celles d'un médecin libéral. Le médecin coordonnateur de l'EHPAD n'a pas vocation à faire les ordonnances de sortie des résidents en hébergement temporaire

La communication sur ce projet étant un pré-requis pour le faire fonctionner, une réunion à destination de l'ensemble des professionnels est organisée le 12 avril 2018 sur l'établissement.

Une concertation autour de ce projet s'ouvre notamment sur les critères d'éligibilité et d'intégrabilité des personnes qui laissent apparaître, à première lecture, un profil de patients assez réduits. Toutefois les membres de la table tactique accueillent favorablement cette initiative, perçue comme un levier de sortie des patients hospitalisés en MCO qui attendent la mise en place au domicile, d'un SSIAAD, d'un aménagement du domicile,... Une attention particulière doit être apportée à ne pas transférer le patient dans de multiples sites pour une raison de diminution de durée moyenne de séjour hospitalière.

Compte-rendu du 5 avril 2018

1. Groupes de travail : état d'avancement

1.1 Hébergement médico-social d'urgence

Le groupe de travail « Hébergement médico-social d'urgence » continue à réaliser ces outils : caractérisation des situations d'urgence médico-sociale, cartographie des EHPAD du territoire, identification des participants au projet via un questionnaire, coopération SAD et EHPAD notamment concernant l'anticipation d'une institutionnalisation lorsque celle-ci devient inévitable, rédaction d'une charte d'engagement et définition des indicateurs du service rendu.

1.2 Aide Sociale à l'Hébergement

Ce groupe va se réunir prochainement.

2. Questions diverses

La 2^{ème} édition de la journée des aidants sur le territoire de Meaux se tiendra le 3 octobre 2018.

La date de **la prochaine Table de Concertation Tactique** est fixé au
Jeudi 20 Septembre 2018 - 14h30-16h30

EHPAD Les Acacias – 14 avenue Pablo Picasso - **Mitry-Mory**

La concertation au sein du territoire 77 Centre

Concertation Tactique	Structures représentées	Niveau de décision de chaque personne présente	Ordres du jour
26/06/2018	Avec nos proches	Délégué Régional IDF	Présentation du Centre Hospitalier de Jouarre
	CCAS La Ferté- Gaucher	Infirmière libérale	Validation du référentiel de missions différenciées HAD - IDEL
	Centre 77	Directeur Général	Etat d'avancement du groupe de travail « Hébergement Médico-Social d'Urgence »
	Centre Hospitalier Intercommunal de Jouarre	Médecin responsable USLD Médecin coordonnateur Coordonnatrice des Soins	Système d'information : ROR, Maillage, e-parcours Point d'étape de la mise en place du PAT Coulommiers Continuité des soins la nuit en EHPAD Actualités du territoire
	EHPAD de Crécy-la- Chapelle	Directrice	Questions diverses
	EHPAD Klarène	Directrice	
	EHPAD Ondine	Directrice	
	EHPAD Saint-Aile	Directeur	
	France Alzheimer	Bénévole	
	HAD Centre 77	Cadre de Santé	
	Infirmiers libéraux	Infirmiers libéraux	
	MDS Coulommiers	Directeur	
	Plateforme d'Accompagnement et de Répit	CESF	

La concertation au sein du territoire 77 Centre

Concertation Tactique	Structures représentées	Niveau de décision de chaque personne présente	Ordres du jour
26/06/2018	Pôle Autonomie Territorial Coulommiers	Responsable	
	Pôle Santé Serris-LNA Santé	Directrice Adjointe	
	Réseau Gospel	Attachée de direction	
	Service d'Aide à Domicile AP Services	Responsable du site	
	Service d'Aide à Domicile USSIF	Assistante de secteur	
	Service Autonomie- Centre 77	Chef de service	
	SOLIHA Seine-et-Marne	Ergothérapeute référente autonomie	
	SSRG Coulommiers	Chef de service	

La **réunion** se déroule en présence de l'ensemble des gestionnaires de cas de la MAIA Seine-et-Marne Centre Nord et de la chargée de mission, Madame Florence LHENRY arrivée au 1^{er} juin 2018.

Un point porté à l'ordre du jour de cette table de concertation tactique concernant l'état d'avancement d'un groupe de travail initialement débuté sur le territoire de la MAIA Seine-et-Marne Nord, les professionnels de ce territoire y participant ont été conviés à cette concertation.

Début de la rencontre : 14h30- fin : 17h00.

~*~*~*~*~*~*~*~*~*

Après un tour de table, Madame SURGET, Pilote de la MAIA Seine-et-Marne Centre Nord, remercie le Centre Hospitalier Intercommunal de Jouarre pour la mise à disposition des locaux ainsi que l'ensemble des participants pour leur présence à cette table de concertation tactique.

Madame SURGET excuse l'absence de Madame Léa CRIPPA, Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Unité parcours des personnes âgées au sein du Département de l'autonomie à la Délégation départementale de l'ARS en Seine-et-Marne qui avait prévu d'être présente à cette concertation.

1. **Présentation du Centre Hospitalier Intercommunal de Jouarre** –Madame Elisabeth HABON, Coordonnatrice des Soins / Directrice déléguée du pôle gériatrique

Le Centre Hospitalier Intercommunal de Jouarre (CHI de Jouarre) est un établissement public de santé. Il dispose de :

- 114 lits Unité de Soins Longue Durée (USLD) dont 12 lits d'Unité d'Hébergement Renforcé (UHR)
- 1 secteur médico-social de 201 lits dont 12 lits d'Unité Protégée (UP)
- 2 Pôles d'Activité en Soins Adaptés (PASA) de 12 places
- 1 accueil de jour itinérant de 10 places sur 3 sites. Une réflexion avec la mairie de Jouarre est en cours.
- 1 service de restauration en liaison froide sur site avec possibilité de repas accompagnant.

Depuis le 1^{er} juillet 2016, le CHI de Jouarre a d'abord intégré le GHT Nord 77, puis est passé en direction commune avec le Groupe Hospitalier Est Francilien devenu le Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF) au 1^{er} janvier 2018 avec lequel il fusionnera au 1^{er} janvier 2019.

Le CHI de Jouarre dispose d'un projet médical élaboré en partenariat avec le pôle de gériatrie du GHEF et répondant à l'ensemble des textes législatifs et réglementaires (Projet Régional de Santé d'Ile-de-France, CPOM SLD,...). Il a pour objectif d'améliorer l'efficience en termes d'organisation des activités au sein de la filière gériatrique : accueil des personnes âgées aux urgences, fluidité de la filière gériatrique entre les services d'amont et les services d'aval, créer de nouvelles consultations externes et avancées, assurer la continuité des soins et la permanence médicale, créer des parcours de soins spécifiques, étendre le dossier patient informatisé...

En matière de ressources humaines, le CHI de Jouarre comprend :

- 3 praticiens hospitaliers salariés
- 1 praticien hospitalier pharmacien
- 1 coordonnatrice des soins
- 3 cadres de santé
- 1 infirmière coordonnatrice
- Infirmiers, aides-soignants, AMP, assistants en soins gériatologiques, ASH
- 2 psychologues
- 2 kinésithérapeutes (actuellement en cours de recrutement)
- 0,5 ETP de diététicienne
- 1 infirmière hygiéniste
- 3 animateurs
- 1 ergothérapeute mise à disposition par le pôle gériatrique
- 1 psychomotricien (en cours de recrutement)

Le CHI de Jouarre a réalisé les projets suivants :

- ouverture et labellisation des PASA
- ouverture de l'UHR et labellisation en cours
- Création de l'accueil de jour itinérant
- Participation à la campagne « Pare à chute » permettant d'acquérir un équipement de 50 systèmes de détection de chute et d'alerte à installer dans les chambres
- informatisation de l'ensemble du circuit du médicament (prescription à l'administration)
- obtention de 2 certifications de compétences gériatologiques dans le volet nutritionnel
- déploiement d'un logiciel qualité permettant de répertorier l'ensemble des événements indésirables
- organisation d'ateliers bien-être à destination du personnel et de groupes de paroles sur la communication positive
- acquisition du robot « Zohra » grâce à des actions de mécénat, ateliers de médiation animale, ateliers bien-être pour les résidents,...

Pour rappel, l'USLD, issue d'un décret de 2006, est une structure sanitaire qui accueille des patients poly-pathologiques, atteints de pathologies chroniques actives, se décompensant souvent ou à haut risque de décompensation, entraînant ou majorant une perte d'autonomie.

La différence entre une EHPAD et une USLD repose sur le fait que l'USLD dispose d'une permanence infirmière et médicale 24h/24.

Compte-rendu du 26 juin 2018

1. Validation du référentiel de missions différenciées HAD-IDEL

L'une des missions du dispositif MAIA est de favoriser l'interconnaissance des différents services et structures et d'apporter des réponses aux questions : a qui fait-on appel pour ? Comment ? Quand ? Pourquoi ? et ainsi choisir le service ou la structure qui va pouvoir y répondre.

La table de concertation tactique du 30 juin 2016 a décidé la création d'un groupe de travail « HAD-Infirmiers libéraux : facilitation de l'interconnaissance des pratiques HAD-IDEL ». Au vu des différents groupes de travail déjà existants, ce groupe de travail a débuté le 1^{er} juin 2017. Il est composé de la totalité des HAD du Nord Seine-et-Marne (Centre 77, Croix-Saint-Simon, Nord Seine-et-Marne, Santé Service), de l'HAD de Rééducation et Réadaptation UGECAM et de 6 infirmières libérales.

Lors de la table de concertation tactique du 22 mars 2018, le référentiel de missions différenciées HAD-IDEL a été présenté et remis aux membres en séance ainsi qu'en pièce jointe du compte-rendu afin de leur laisser le temps d'en prendre connaissance et de le valider lors de cette rencontre.

Il est évoqué les modalités de diffusion et de communication de ce référentiel et plus globalement des outils travaillés dans le cadre de la MAIA. L'ensemble des documents sera partagé et disponible au sein du portail MALLAGE lorsque celui-ci sera disponible d'ici fin d'année 2018. Toutefois, tout professionnel peut diffuser ces outils à son réseau dès lors qu'ils ont été validés par les membres de la table de concertation tactique.

A l'unanimité des membres présents, ce référentiel de missions différenciées HAD-IDEL est validé.

Il est proposé de poursuivre l'élaboration des référentiels de missions par EHPAD et USLD.

1. Etat d'avancement du groupe de travail « Hébergement Médico-Social d'Urgence » - -Madame Anne KERAMBELLE, Directrice EHPAD de Crécy-La Chapelle, rapporteur du groupe de travail

Ce groupe de travail est initialement issu des constats partagés par les partenaires de la MAIA Seine-et-Marne Nord à savoir une non pertinence du recours aux services des urgences hospitalières et une occupation inadéquate des lits de MCO et de SSR pour répondre à des besoins d'accompagnement médico-social. Ainsi la table de concertation tactique a validé la création d'un groupe de travail qui a été effectif à compter de janvier 2017. Celui-ci, composé de professionnels d'EHPAD, de services d'aide et d'accompagnement à domicile, de CLIC/PAT et de service de gestion de cas, a pour objectif de développer une alternative à l'hospitalisation pour ces besoins d'accompagnement médico-social.

En premier lieu, les membres du groupe se sont entendus sur une définition de l'urgence médico-social qui renvoie à une situation et/ou un contexte social se caractérisant essentiellement par l'impossibilité pour la personne de rester seule à son domicile, sans pour autant qu'elle relève d'une hospitalisation.

Cette définition a permis :

- d'identifier les besoins en matière d'hébergement médico-social d'urgence et notamment de définir les critères d'inclusion. Un point de vigilance est souligné pour les situations où les personnes souffrent de troubles cognitifs associant des troubles du comportement.
- de répertorier les réponses disponibles à ce jour et de les rendre visible aux acteurs du territoire. Cela passe par la formalisation de la procédure d'accueil médico-sociale d'urgence.

Ainsi ces réflexions ont facilité :

- la mise en partenariat des EHPAD, des SAAD, des CLIC-PAT et de la gestion de cas grâce à une meilleure connaissance de leurs missions,
- la réalisation d'une cartographie de l'offre des EHPAD du territoire MAIA Seine-et-Marne Centre Nord, s'appuyant sur les territoires des pôles autonomie territoriaux, remise en séance. Ce document est évolutif et toute suggestion, modification peut-être transmise au pilote de la MAIA
- l'ouverture des EHPAD sur l'extérieur grâce à la mise en place d'un partenariat avec les SAAD qui ont proposé de promouvoir auprès de leurs bénéficiaires, via l'envoi des factures mensuelles, le programme des animations des EHPAD. Ceci permet de familiariser les personnes âgées vivant à leur domicile à l'environnement de l'EHPAD et ainsi faciliter leur admission le moment venu.
- la rédaction d'une charte d'engagement et de coresponsabilité sur cette prise en charge en urgence. L'orienteur reste le responsable de la situation tant que la réponse apportée à celle-ci n'est pas la mieux adaptée.
- La rédaction d'un questionnaire (https://docs.google.com/forms/d/1zwDIY_DAgb5SRKvLkK5pMV3305YpXKgMM4ZbZ5fHio/edit) à destination des directeurs d'EHPAD afin de recueillir leurs souhaits de participer ou non à cette offre de territoire.

Compte-rendu du 26 juin 2018

Les membres de la table de concertation tactique accueillent favorablement le travail réalisé qui répond à une problématique fréquente notamment concernant les patients hospitalisés en médecine, chirurgie, SSR en attente d'une réponse plus adaptée. Un des freins identifiés reste le coût de cet hébergement médico-social d'urgence pour les personnes même si une réflexion sur ce sujet est amorcée par les EHPAD.

1. **Système d'information : ROR, Maillage, e-parcours**

Les actions en faveur du système d'information sont multiples, en plein déploiement et permettent de visualiser la cohérence et les articulations qui se dessinent. Il s'agit du peuplement du Répertoire Opérationnel des Ressources volet offres médico-sociales, de la création du portail Maillage et du déploiement du projet e-parcours. Ainsi un état d'avancement de chacun de ces outils est présenté en séance.

1. Le Répertoire Opérationnel des Ressources - ROR

Le ROR est un outil unique de référencement de l'offre de santé sur un territoire donné. Il permet à chaque structure de décrire son offre selon une nomenclature régionale partagée et validée. Les pilotes MAIA ont en charge de former les professionnels des champs médico-sociaux et sociaux à y renseigner leur structure. A ce jour, sur le territoire de la MAIA Seine-et-Marne Centre Nord, l'ensemble des directeurs des pôles autonomes territoriaux et des SSAD ont bénéficié de cette formation. Le plan de formation actuellement en cours est conforme au calendrier fourni par l'ARS et le GCS SESAN. Pour rappel, la collecte des données des CCAS pour permettre le peuplement de ces structures dans le ROR est réalisée par les pôles autonomie territoriaux, dans le cadre de l'élaboration du diagnostic partagé.

Il est rappelé que seul le Directeur de la structure dispose d'un code d'accès permettant de valider sa structure dans le ROR car il est responsable de la description de l'offre de sa structure. Toutefois, chaque professionnel peut accéder aux informations du ROR sur la thématique de la gériatrie et de la gérontologie en demandant un code d'accès au portail Maillage. Il est également souligné qu'un premier niveau d'information (nom de la structure, téléphone du standard,...) est disponible sans identifiant à tous (professionnels, patients, usagers...).

2. Le portail Maillage

L'objectif de cette plateforme internet départementale a déjà fait l'objet de plusieurs présentations en table de concertation tactique à savoir qu'elle soit la porte d'entrée, de tous les professionnels exerçant dans le champ PA-PH, à l'ensemble des applications santé disponibles sur l'Espace Numérique Régionale de Santé (ROR, Via-trajectoire,...) et aux actualités des partenaires. Elle permet, grâce à son adossement au ROR, la visualisation de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale de manière plus ergonomique. Après réflexion, l'ARS et le GCS SESAN ont décidé que le Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation – FAMO – permettant de réaliser les orientations des personnes vers tous les services, sera également accessible sur ce portail. Dans le cadre de cette informatisation, une nouvelle version du FAMO a été réalisée et remis aux participants en séance. Il est également annexé à ce présent compte-rendu. Sa mise en application sur le territoire débute à la suite de cette présentation en table de concertation tactique.

Au vu du déploiement récent des Pôles Autonomie Territoriaux, les partenaires souhaitent que soient organisée une réunion leur présentant les critères d'orientation vers les pôles autonomie territoriaux, les maisons départementales des solidarités, le réseau de santé trithématique et la gestion de cas.

1. Via-trajectoire

Ce logiciel internet sécurisé permet d'orienter et d'admettre les personnes dans les champs sanitaire et médico-social.

Dans le volet sanitaire, il s'agit actuellement d'orientations vers les SSR et les HAD faites par les établissements de santé. Des évolutions sont prévues courant 2018 telle une ouverture des orientations vers les SSIAD et les unités de soins palliatifs ainsi que la possibilité aux médecins traitants d'effectuer directement leurs orientations.

Concernant le volet Grand-âge : il s'agit d'orientations vers les établissements pour personnes âgées dépendantes – EHPAD, Accueil de jour, USLD. Ce volet est accessible aux établissements de santé, aux acteurs de la gérontologie, aux médecins libéraux et aux EHPAD. Il est également disponible aux usagers et à leurs aidants qui peuvent renseigner directement leurs dossiers de demande.

Un troisième volet sur le handicap est en cours de déploiement. Il permettra d'assurer le suivi des décisions d'orientation de la CDAPH vers les établissements et services médico-sociaux adulte et enfant.

La force de cet outil est d'envoyer un seul dossier de demande à l'ensemble des structures identifiées comme pouvant répondre aux besoins de la personne et de disposer de statistiques sur le nombre de demandes reçues, traitées, admises... Toutefois, il est souligné la difficulté, notamment pour les EHPAD qui ne disposent pas de ressources médicales, d'avoir accès aux informations sanitaires leur permettant de se prononcer sur une admission. Du côté des orienteurs notamment du domicile, l'un des freins exposés porte sur la nécessité de disposer du volet médical renseigné par le médecin traitant et que si cela n'est pas le cas, le dossier ne peut pas être envoyé par voie informatique.

Les membres du groupe de travail « Hébergement Médico-Social d'Urgence » ont souligné un manque d'utilisation de via-trajectoire sur le département et ont soumis la proposition de réaliser une réunion d'information sur ce sujet à destination de l'ensemble des professionnels remplissant et recevant des dossiers d'admission vers les établissements et services médico-sociaux.

Cette première réunion réalisée conjointement par le GCS SESAN et la MAIA Seine-et-Marne Centre Nord s'est tenue le 14 juin 2018 et a réuni 37 professionnels – EHPAD, établissements de santé, pôle santé, PAT, CCAS, réseaux... Un plan de formation à via-trajectoire sera décliné à compter de septembre 2018.

Plus précisément, au niveau du GHEF, une information en CME sur Via-trajectoire a permis de mettre en exergue que les médecins des services de médecine et de chirurgie n'avaient pas d'identifiant leur permettant d'adresser leurs orientations informatiquement. C'est pourquoi, celles-ci sont adressées sous format papier. Un contact avec le GCS SESAN est en cours sur ce sujet.

2. E-parcours : plateforme numérique régionale

L'objectif du projet e-parcours est de faire émerger sur les territoires une organisation des parcours pour améliorer la réponse globale tant au niveau de la ville que des établissements de santé, médico sociaux et sociaux. Ces axes d'amélioration s'appuient sur du partage et de l'échange d'information pertinente entre tous les acteurs composant le « cercle de soins » de la personne sur une plateforme régionale numérique. Cette dernière n'est qu'un appui au service de ces nouvelles organisations. Le projet ayant déjà été présenté lors de la table de concertation du 22 mars, il s'agit ici d'exposer l'état d'avancement des travaux et notamment du groupe de travail sur le « parcours orthopédique de la personne âgée ». Les 2 réunions sur ce sujet ont permis dans un premier temps de faire consensus sur la définition de l'orthogériatrie et sur les segments composant ce parcours puis de décliner l'organisation en utilisant la méthode du questionnement « QOQCCP » (Quoi, Qui, Où, Quand, Comment, Combien, Pourquoi). Simultanément les participants repèrent les freins et les leviers permettant d'améliorer ce parcours.

Le service Autonomie départementale Centre 77 informe du déploiement d'ateliers de prévention individuelle au domicile en lien principalement avec les 6 pôles autonomie territoriaux. Cette offre s'adresse aux personnes qui ne peuvent pas se déplacer. De plus, les ateliers « sport-santé », effectués par des éducateurs médico-sportifs Master APA au domicile des personnes, sont dorénavant référencés sur la plateforme (prescri'forme) répertoriant les opérateurs répondant aux ordonnances d'Activité Physique Adaptée – APA- prescrites par les médecins traitants. Si la personne ne bénéficie pas d'une ordonnance, il faut qu'elle dispose d'un certificat médical de non contre-indication à l'activité physique adaptée. Ces ateliers sont financés pour l'exercice 2017-2018, d'une part dans le cadre de la Conférence des Financeurs de Seine-et-Marne et d'autre part par l'Association Centre 77 afin que le bénéficiaire n'est pas de reste à charge. Ce service peut-être saisi par mail à prevention@centre77.fr. Cette offre est complémentaire des ateliers proposés par SOLIHA 77.

Il est souligné le retrait de l'inscription des ateliers de prévention du PRIF dans les plans d'aides CNAV et la difficulté de mobiliser les médecins traitants et les kinésithérapeutes pour réaliser des bilans de prévention de la chute.

1. **Point d'étape de la mise en place du Pôle Autonomie Territorial Coulommiers** – Madame Aline GUILLOT, Responsable

Le pôle autonomie territorial – PAT- Coulommiers, intervenant sur 94 communes principalement rurales, est créé depuis le 1^{er} novembre 2017 suite à un appel à candidature du Conseil Départemental de Seine-et-Marne de faire évoluer les 9 CLIC existants en 6 PAT en leur adjoignant en plus du volet personne âgée, celui des personnes en situation de handicap.

L'objectif du PAT est de sécuriser, fluidifier et coordonner les parcours des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap, enfants, adultes et des personnes âgées, sur la base d'un travail en réseau avec les acteurs du territoire. Le PAT ne se substitue pas et ne couvre pas des missions déjà bien organisées sur le territoire mais a pour but de construire un projet de territoire en fonction des besoins de la population notamment en matière d'information, d'orientation et d'accompagnement.

Le PAT a des missions en faveur du public et des professionnels :

- Au niveau du public, il s'agit de reprendre les missions initiales du CLIC pour les personnes âgées de plus de 60 ans et celles-ci sont étendues aux personnes en situation de handicap à savoir :
 - o accueil téléphonique, physique et électronique pour des missions d'information, conseil et d'orientation
 - o évaluation des personnes dans leur projet de vie, projet de soins et projet de santé
 - o accompagnement dans les démarches et la mise en place des plans d'aides et des plans de compensation
 - o prévention à la perte d'autonomie par la sensibilisation des citoyens, l'anticipation des risques auprès des bénéficiaires et de leurs aidants
 - o gestion et coordination des situations critiques et/ou complexes en lien avec les partenaires du territoire
- Au niveau des professionnels,
 - o soutenir les professionnels de proximité, notamment les CCAS, au niveau de l'accueil des personnes PA-PH
 - o co-animer un diagnostic et un projet de territoire en partenariat avec les Directeurs des MDS du territoire, de la Pilote MAIA Seine-et-Marne Centre Nord et de la Pilote DI.TSA qui composent le comité opérationnel du PAT.
 - o participation aux différentes tables de concertation tactique, aux synthèses de situations complexes,...

Le PAT Coulommiers est composé de 4 personnes : 1 responsable, 2 évaluatrices qui étaient déjà en poste sur le CLIC des 2 Morin et 1 secrétaire chargée d'accueil. Il existe actuellement :

- 2 points d'accueils physiques accessibles à tout type de handicap : au point d'accès aux droits de Coulommiers et au sein des locaux de la communauté de commune du Val Briard sur Rozay-en-Brie
- 2 permanences physiques à la Mairie de Rebaix et à la Maison de services publics de la Ferté Gaucher

De nouveaux points d'accueil sont pressentis mais ceux-ci doivent être confortés par le diagnostic de territoire.

La permanence initialement tenue sur la Ferté-sous-Jouarre a été progressivement diminuée puisque cette commune dépend maintenant du PAT Meaux.

Le premier conseil des partenaires du 5 avril 2018 a réuni 84 professionnels dont 48 % de services départementaux et des CCAS, 31 % d'établissements sanitaires et médico-sociaux et 21 % d'associations.

Afin de permettre aux professionnels d'avoir une lisibilité sur leur implication au sein du conseil des partenaires PAT et des tables de concertation tactique de la MAIA, il est exposé, lors de cette première réunion, les caractéristiques du Conseil des Partenaires et des tables de concertation tactique, ces deux organisations s'inscrivant dans une dynamique de coopération.

- le conseil des partenaires est géré par le PAT Coulommiers. Son objectif est d'améliorer l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap (enfant-adulte) et des personnes âgées de plus de 60 ans. Il se compose de tout acteur intervenant auprès de ces populations. Son territoire d'intervention est dans les 94 communes autour de Coulommiers. Sa mission étant l'élaboration d'un diagnostic et d'un projet de territoire partagé.
- la table de concertation tactique de la MAIA Seine-et-Marne Centre Nord est un espace collaboratif et décisionnel. Son objectif est de permettre, grâce à la concertation des professionnels, l'évolution du système de santé : sanitaire, médico-social et social notamment dans le champ des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie. Ainsi ces tables se composent de tout opérateur, notamment décisionnel, des champs concernés pouvant via leur connaissance du territoire, influencer sur le fonctionnement du système de santé par la formalisation de demandes collectives d'évolution de l'offre et la modélisation des pratiques locales. La MAIA Seine-et-Marne Centre Nord s'étend sur un territoire de 239 communes, incluant 3 PAT.

Les premiers éléments du pré-diagnostic sont exposés notamment le territoire, la population et les prestations à destination des personnes âgées et des personnes – enfants et adultes - en situation de handicap.

Ce conseil des partenaires a décidé la création de 3 groupes de travail pilotés chacun par 2 co-animateurs : responsable du PAT ou pilotes MAIA-DI.TSA et directeurs MDS : prévention et aidants ; ruptures de parcours et accueil et information dont les objectifs travaillés sont présentés en séance. Concernant le groupe de travail sur les aidants celui-ci a été rattaché au groupe de travail déjà existant de la MAIA Seine-et-Marne Centre Nord afin de ne pas démultiplier les réunions sur les mêmes thématiques.

Le prochain conseil des partenaires est programmé le 5 juillet 2018 avec pour perspectives de valider le pré-diagnostic en identifiant les points forts et les points faibles du territoire et de définir les axes du projet de territoire à mener durant les 6 prochains mois.

Afin de permettre une meilleure visibilité et lisibilité des dispositifs d'appui du territoire, les membres de la table tactique valident la création d'un groupe de travail déclinant les missions, les modalités d'intervention et l'articulation des PAT, du réseau de santé trithématique Gospel et du service de Gestion de cas de la MAIA Seine-et-Marne Centre Nord. Ce travail s'appuiera sur le référentiel de missions déjà élaboré par le réseau Gospel et le service de gestion de cas.

L'EHPAD Saint-Aile, en partenariat avec les EHPAD de Crécy-la-Chapelle, Pierre Comby à Rozay-en-brie et le Marais à la Ferté Gaucher, s'inscrit dans la deuxième vague expérimentale permettant de disposer d'un infirmier de nuit en EHPAD. Cette deuxième vague d'expérimentation lancée par l'ARS a démarrée en Seine-et-Marne début 2018. Elle ciblait prioritairement les EHPAD ayant un Pathos Moyen Pondéré supérieur à 194 (score médical correspondant aux pathologies moyennes présentent dans l'EHPAD) et un GIR Moyen Pondéré à 700 (score indiquant le niveau de dépendance des résidents). 50 dossiers ont été déposés, 15 ont été retenus dont 3 en Seine-et-Marne.

Les objectifs de cette expérimentation sont

- améliorer la prise en soins des résidents
 - o mieux déceler les situations à risques,
 - o améliorer la prise en charge des retours d'hospitalisation,
 - o faciliter la régulation vers le SAMU Centre 15 le cas échéant,
 - o renforcer les équipes de nuit principalement composées d'aides-soignants qui peuvent se sentir démunis face à certaines situations des résidents
- optimiser la continuité des soins en EHPAD (soins infirmiers possibles 24h/24h) soit en présentiel soit par téléphone puisque dans le cadre de cette expérimentation, l'infirmier partage son temps sur les 4 établissements,
- améliorer l'efficacité du système de santé en diminuant les hospitalisations évitables grâce à cette présence infirmière.

La première vague d'expérimentation évaluée par Géron d'IF montre que :

- le nombre d'hospitalisation, contre toute attente, n'a pas diminué mais que c'est la durée de celle-ci qui a été réduite puisque les résidents peuvent être plus facilement accueillis, y compris la nuit, dès lors que les établissements sanitaires ont la connaissance d'une présence infirmière au sein de l'EHPAD en capacité de gérer le retour.
- la mission de réassurance et de formation continue des équipes d'aides-soignants présentes la nuit a été menée puisque le taux d'absentéisme des professionnels de nuit a diminué dans les EHPAD ayant déployé ce dispositif. Cela peut être considéré comme une amélioration des conditions de travail pour ces agents.

Le cahier des charges de l'expérimentation prévoit que l'infirmier assure une tournée sur chaque établissement chaque nuit. La spécificité géographique de la Seine-et-Marne ne le permettant pas puisque cela engendrerait un déplacement de l'infirmier d'environ 110 km par nuit, sur des axes secondaires, par tous les temps et notamment l'hiver, le choix s'est porté d'assurer une présence infirmière sur 2 sites sur 4 chaque nuit et de pouvoir répondre téléphoniquement sur les 2 autres sites. De plus, l'équipe infirmière a une directive de ne pas se déplacer lorsqu'il y a une alerte météorologique orange.

Ainsi l'EHPAD Saint-Aile, établissement pivot de cette expérimentation, est en cours de recrutement de 3 ETP infirmier pour assurer la présence d'un infirmier par nuit/365 jours par an. A ce jour, 2 recrutements sont finalisés ce qui a permis de débiter l'expérimentation dès le 4 juin 2018. Il est souligné la difficulté de recrutement de ces professionnels liés à une volonté, notamment exprimée dans le cahier des charges, de recruter des professionnels expérimentés, ayant la connaissance du fonctionnement d'un service d'urgence et de la gériatrie, d'avoir un bon niveau d'autonomie et une grande capacité d'adaptation.

Dans le cadre de cette expérimentation, l'ARS met à disposition une plateforme de suivi trimestriel d'indicateurs (nombre de recours à la régulation téléphonique, le nombre d'intervention du SAMU, des pompiers,...) qui permettra de se prononcer sur une pérennisation ou non du dispositif.

Les atouts de ce projet portent sur :

- les coopérations déjà existantes entre les 4 EHPAD participant au projet,
- le partage du même dossier résident informatisé NETSoins ce qui facilite la mission à distance de l'infirmier de nuit
- les mêmes partenaires puisqu'ils font partie de la même filière gériatrique et du même territoire MAIA

Un bilan de cette expérimentation pourra être présenté dans un an.

1. Actualité du territoire

Les membres de la table de concertation tactique accueillent Monsieur Giovanni PANDOLFO, Délégué Régional IDF de l'association « Avec nos proches ». Il s'agit d'une plateforme nationale d'écoute et d'orientation pour les proches aidants de personnes de tout âge et toute pathologie. Celle-ci fonctionne de 8h à 24h, 7 jours /7, 365 jours/an. Les écouteurs sont des anciens proches aidants qui renseignent leurs disponibilités sur un agenda partagé en ligne. Ainsi lorsque qu'un appel arrive sur le numéro vert, prix d'un appel local non surtaxé, l'automate met en relation l'appelant avec l'écouteur disponible et le plus à proximité géographiquement. Ce dernier point permet à l'écouteur, formé aux ressources du territoire, d'orienter l'appelant vers les professionnels les plus adaptés sur le secteur en fonction des besoins. Les écouteurs ne sont pas des psychologues, ils ont un rôle d'écoute pour lequel ils sont formés et accompagnés toute l'année par un professionnel. Ils n'ont pas vocation à donner des conseils mais à écouter et à orienter. La plaquette de l'association est jointe à ce compte-rendu.

De plus, l'association « Avec nos proches » organise à Torcy, le 13 septembre 2018 à partir de 18h, un showroom des aidants comportant des regards croisés entre proches aidants et professionnels de santé. Des informations complémentaires sont disponibles auprès de l'association.

Les manifestations départementales en faveur des aidants, co-pilotées par les PAT et les MDS, se tiendront durant la première semaine d'octobre 2018. Dès leur disponibilité, les programmes seront diffusés aux partenaires.

Prochaine table de concertation tactique

Mardi 20 Novembre 2018 – 14h30

Lieu à confirmer

La concertation au sein du territoire 77 Nord

Concertation Tactique	Structures représentées	Niveau de décision de chaque personne présente	Ordres du jour
20/09/2018	CCAS de Roissy en Brie	Directrice	Présentation de l'EHPAD Les Acacias
	LNA Santé-Meulière de la Marne	Directeur	Référentiel de missions différenciées HAD - IDEL
	Centre Médical Résidence du Parc	Directeur	Etat d'avancement du groupe de travail « Hébergement Médico-Social d'Urgence »
	GHEF Meaux	Cadre supérieur de pôle	Système d'information : ROR, Maillage, e-parcours
	DDARS	Inspectrice Action Sanitaire et Sociale	Point d'étape de la mise en place des PAT Lagny et Meaux
	Institut Médical de Serris	Directrice Adjointe	Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation : nouvelle version
	GHEF Filière Gériatrique N-E Francilien	Chef de Pôle « Gériatrie-SSR »	Actualités du territoire
	Réseau Gospel	Attachée de direction	Questions diverses
	Clinique Pays de Meaux	Directeur	
	URPS Infirmiers	Directrice	
	PAT Lagny MLV et Meaux	Directrice	
	CNAV IDF	Représentant 77	
	EHPAD Les Acacias	Directeur	

La concertation au sein du territoire 77 Nord

Concertation Tactique	Structures représentées	Niveau de décision de chaque personne présente	Ordres du jour
20/09/2018	Association Centre 77	Porteur	
	MDS de Mitry-Mory	Directrice	
	CHI Montfermeil	Cadre supérieur socio-éducatif	
	Pôle domicile 77 –Croix-Rouge	Directrice	
	France Alzheimer 77	Vice-Président	
	CCAS de Villeparisis	Directrice	
	EHPAD Noisiel	Directrice	
	EHPAD Dammartin-en-Goële	Directrice	

Après un tour de table, la parole est donnée à Monsieur Philippe PATRY, Directeur de l'EHPAD Les Acacias, qui accueille cette table de concertation tactique. Cette table se réunit en présence de Madame Léa CRIPPA, Inspectrice Action Sanitaire et Sociale en charge des MAIA 77 au sein de la Délégation Départementale ARS Seine-et-Marne.

1. Présentation de l'EHPAD Les Acacias : Monsieur Philippe PATRY, Directeur

L'EHPAD « Les Acacias » est issue de la volonté de deux villes : Mity-Mory et Villeparisis. Ouvert en 2006, il a été porté initialement par l'association Abej Coquerel qui a rejoint récemment la fondation des Diaconesses de Reuilly. Cet établissement qui veut répondre à une offre de proximité comprend 72 places dont 2 places d'hébergement temporaire et est habilité à 100 % à l'aide sociale.

En 2012, l'établissement a été labellisé pour un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés – PASA – de 14 places qui permet d'accueillir, en file active, 22 à 24 résidents présentant une démence modérée. L'ouverture du PASA est un pilier de l'établissement qui propose des activités de bien-être et de confort telles que de la balnéothérapie, un espace snoezelen, la restauration avec des réflexions autour des lieux de repas, des menus, des textures, ...

L'établissement mène des actions pour que l'EHPAD soit un lieu de vie, sans pour autant oublier sa mission sanitaire liée au niveau de dépendance des personnes accueillies : tenue des professionnels, mobilier des chambres, aménagement des salles à manger pour que les lieux de vie de l'établissement soient des lieux « significatifs » pour que les repères des résidents permettent une autonomie toujours recherchée.

2. Référentiel de missions différenciées HAD - IDEL

L'une des missions du dispositif MAIA est de favoriser l'interconnaissance des différents services et structures et d'apporter des réponses aux questions : a qui fait-on appel pour ? Comment ? Quand ? Pourquoi ? et ainsi choisir le service ou la structure qui va pouvoir y répondre.

La table de concertation tactique, de la MAIA initialement Seine-et-Marne centre, du 30 juin 2016 a décidé la création d'un groupe de travail « HAD-Infirmiers libéraux : facilitation de l'interconnaissance des pratiques HAD-IDEL ». Au vu des différents groupes de travail déjà existants sur la MAIA Seine-et-Marne Centre, ce groupe de travail a débuté le 1^{er} juin 2017. Il est composé de la totalité des HAD du Nord Seine-et-Marne (Centre 77, Croix-Saint-Simon, Nord Seine-et-Marne, Santé Service), de l'HAD de Rééducation et Réadaptation UGECAM et de 6 infirmières libérales.

Compte-tenu de la fusion des MAIA Seine-et-Marne Centre et Seine-et-Marne Nord, le groupe de travail a convié l'HAD Seine-et-Marne Nord à participer à ces travaux, permettant ainsi la représentation de l'ensemble des HAD du territoire de la nouvelle MAIA.

Ce référentiel de missions ayant été présenté et validé par les membres de la table de concertation tactique de la MAIA Seine-et-Marne Centre Nord, territoire Centre, du 26 juin 2018, la même démarche est réalisée au sein de cette table de concertation tactique – territoire Nord. Les membres de cette table de concertation tactique ont donc été destinataires, avec l'ordre du jour de cette rencontre, du référentiel de missions différenciées HAD-IDEL afin de leur permettre d'en prendre connaissance.

L'URPS Infirmier questionne le fait de comparer des infirmiers libéraux seuls versus des HAD qui sont des équipes pluridisciplinaires. L'URPS Infirmier préférerait que soit mentionné dans la colonne « professionnels » du référentiel, que l'infirmier libéral travaille en lien avec une équipe de professionnels libéraux(médecin, pharmacien,...)

L'URPS Infirmier informe de la signature d'une charte entre la FNEHAD et l'URPS Infirmier inscrivant les professionnels dans une démarche de coopération sur les territoires.

Il est abordé qu'en sortie d'hospitalisation, les professionnels font surtout appel à l'HAD lorsque les soins sont complexes (pansements, nursing en binôme...), lorsque le patient est en soins palliatifs et nécessite des passages réguliers,... Le SSR de Coulommiers est en cours de renforcement de ces équipes sociales, notamment en court séjour gériatrique, pour pouvoir bénéficier d'une évaluation initiale complète des aides existantes au domicile permettant une visibilité des intervenants déjà en place dans la situation. L'application INZEE-CARE a vocation à mettre en relation des patients nécessitant de soins infirmiers et qui n'ont pas d'infirmier libéral au moment de leur sortie d'hospitalisation. Le service hospitalier, via l'application émet une alerte qui apparaît sur les téléphones portables des infirmiers libéraux exerçant à proximité du domicile du patient. Les infirmiers peuvent ainsi accepter la prise en charge.

Sur le territoire de la MAIA Seine-et-Marne Centre Nord-territoire Nord – il est transmis l'information que certains Services de Soins Infirmiers à Domicile, permettant le maintien à domicile des personnes âgées en leur apportant des soins de nursing et infirmiers sur prescription médicale de 3 mois, ont des places vacantes. La méconnaissance des patients et des familles sur les différents services à domicile pouvant répondre à leurs besoins est pointée.

Après concertation, ce référentiel de missions différenciées HAD-IDEL est validé par les membres de cette table de concertation tactique, sous réserve d'y apporter la notion de partenariat entre infirmiers libéraux et équipe de professionnels de ville.

Il est proposé de nouvelles thématiques pour les prochains référentiels de missions différenciés : SSIAD/SAD/IDEL et HAD de rééducation/kinésithérapeute.

1. Etat d'avancement du groupe de travail « Hébergement Médico-Social d'Urgence » - Madame Florence TALBI, Directrice des EHPAD « La Chocolatière » et « Au Coin du Feu » - rapporteur du groupe de travail

Ce groupe de travail est initialement issu des constats partagés par les partenaires de la MAIA Seine-et-Marne Nord à savoir une non pertinence du recours aux services des urgences hospitalières et une occupation inadéquate des lits de MCO et de SSR pour répondre à des besoins d'accompagnement médico-social. Ainsi la table de concertation tactique a validé la création d'un groupe de travail qui a été effectif à compter de janvier 2017. Celui-ci, composé de professionnels d'EHPAD, de services d'aide et d'accompagnement à domicile, de CLIC/PAT et de service de gestion de cas, a pour objectif de développer une alternative à l'hospitalisation pour ces besoins d'accompagnement médico-social. Ce groupe de travail s'est poursuivi après la reprise du territoire Nord par la MAIA Seine-et-Marne Centre.

En premier lieu, les membres du groupe se sont entendus sur une définition de l'urgence médico-sociale qui renvoie à une situation et/ou un contexte social se caractérisant essentiellement par l'impossibilité pour la personne de rester seule à son domicile, sans pour autant qu'elle relève d'un passage aux urgences ni d'une hospitalisation.

Cette définition a permis :

- d'identifier les besoins en matière d'hébergement médico-social d'urgence et notamment de définir les critères d'inclusion. Un point de vigilance est souligné pour les situations où les personnes souffrent de troubles cognitifs associant des troubles du comportement.
- de répertorier les réponses disponibles à ce jour et de les rendre visible aux acteurs du territoire. Cela passe par la formalisation de la procédure d'accueil médico-sociale d'urgence.

Ainsi ces réflexions ont facilité :

- la mise en partenariat des EHPAD, des SAAD, des CLIC-PAT et de la gestion de cas grâce à une meilleure connaissance de leurs missions,
- la réalisation d'une cartographie de l'offre des EHPAD du territoire MAIA Seine-et-Marne Centre Nord, s'appuyant sur les territoires des pôles autonomie territoriaux, remise en séance. Ce document est évolutif et toute suggestion, modification peut-être transmise au pilote de la MAIA, notamment concernant la dénomination des établissements. Il peut être transmis aux usagers via les partenaires.
- l'ouverture des EHPAD sur l'extérieur grâce à la mise en place d'un partenariat avec les SAAD qui ont proposé de promouvoir auprès de leurs bénéficiaires, via l'envoi des factures mensuelles, le programme des animations des EHPAD. Ceci permet de familiariser les personnes âgées vivant à leur domicile à l'environnement de l'EHPAD et ainsi faciliter leur admission le moment venu,

- la rédaction d'une charte d'engagement et de coresponsabilité sur cette prise en charge en urgence. L'orienteur reste le responsable de la situation tant que la réponse apportée à celle-ci n'est pas la mieux adaptée.

- La rédaction d'un questionnaire (https://docs.google.com/forms/d/1ZwDjY_DAgb6SRKv1-kk5pMY3305YpxKgMM4ZbZSFHo/edit) à destination des directeurs d'EHPAD afin de recueillir leurs souhaits de participer ou non à cette offre de territoire.

Afin de communiquer sur ces travaux et leur mise en œuvre, les Directeurs des EHPAD participants au groupe de travail ont décidé d'organiser des sessions d'information à destination de leurs confrères.

L'expérimentation d'hébergement temporaire post-hospitalisation portée par la résidence médico-social PRO-BTP Le Parc à Pontault-Combault, présentée lors de la dernière table de concertation tactique, est une alternative complémentaire à ce projet. Monsieur BLETON présente le profil des premiers bénéficiaires qui sont accueillis depuis août 2018. Les membres du groupe de travail sur l'hébergement médico-social d'urgence profitent de cette rencontre pour inviter Monsieur BLETON à intégrer leurs travaux.

La réalisation d'une cartographie des résidences autonomie est également prévue.

1. Système d'information : ROR, Maillage, e-parcours

Les actions en faveur du système d'information sont multiples, en plein déploiement et permettent de visualiser la cohérence et les articulations qui se dessinent. Il s'agit du peuplement du Répertoire Opérationnel des Ressources volet offres médico-sociales, de la création du portail Maillage et du déploiement du projet e-parcours. Ainsi un état d'avancement de chacun de ces outils est présenté en séance.

1. Le Répertoire Opérationnel des Ressources - ROR

Le ROR est un outil unique de référencement de l'offre de santé sur un territoire donné. Il permet à chaque structure de décrire son offre selon une nomenclature régionale partagée et validée. Les pilotes MAIA ont en charge de former les professionnels des champs médico-sociaux et sociaux, dans le champ de la personne âgée, à y renseigner leur structure. A ce jour, sur le territoire de la MAIA Seine-et-Marne Centre Nord, l'ensemble des directeurs des pôles autonomies territoriaux et des SSIAD ont bénéficié de cette formation. Le plan de formation actuellement en cours est conforme au calendrier fourni par l'ARS et le GCS SESAN. Pour rappel, la collecte des données des CCAS pour permettre le peuplement de ces structures dans le ROR est réalisée par les pôles autonomie territoriaux, dans le cadre de l'élaboration du diagnostic partagé.

Il est rappelé que seul le Directeur de la structure dispose d'un code d'accès permettant de valider sa structure dans le ROR car il est responsable de la description de l'offre de sa structure. Toutefois, chaque professionnel peut accéder aux informations du ROR sur la thématique de la gériatrie et de la gérontologie en demandant un code d'accès au portail Maillage. Il est également souligné qu'un premier niveau d'information (nom de la structure, téléphone du standard,...) est disponible sans identifiant à tous (professionnels, patients, usagers...).

A ce jour, sur le territoire 77 Nord, les structures ci-dessous ont été renseignées et leurs Directeurs formés à décrire leurs activités :

- la totalité des pôles Autonomie Territoriaux,
- la totalité des SSIAD
- 21 services d'aide à domicile

Conformément au calendrier transmis par le GCS SESAN, il reste à continuer l'inscription des services d'aide à domicile et à engager celle des résidences autonomie.

Il est rappelé que l'inscription des structures dans le ROR est une démarche volontaire des Directeurs. C'est pourquoi, la MAIA a fait le choix d'arrêter de solliciter, au bout de 5 à 6 relances, le Directeur. Ce dernier pourra alors revenir quand il le souhaite auprès de la MAIA pour assurer la description de son établissement.

1. Le portail Maillage

L'objectif de cette plateforme internet départementale a déjà fait l'objet de plusieurs présentations en table de concertation tactique à savoir qu'elle soit la porte d'entrée, de tous les professionnels exerçant dans le champ PA-PH, à l'ensemble des applications santé disponibles sur l'Espace Numérique Régionale de Santé (ROR, Via-trajectoire...) et aux actualités des partenaires. Elle permet, grâce à son adossement au ROR, la visualisation de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale de manière plus ergonomique. Après réflexion, l'ARS et le GCS SESAN ont décidé que le Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation – FAMO – permettant de réaliser les orientations des personnes vers tous les services, sera également accessible sur ce portail. Dans le cadre de cette informatisation, une nouvelle version du FAMO a été réalisée et remis aux participants en séance. Il est également annexé à ce présent compte-rendu. Sa mise en application sur le territoire débute à la suite de cette présentation en table de concertation tactique.

La Version 1 de la charte graphique du Maillage 77 est présentée en séance et n'amène pas de commentaire particulier des membres de la table de concertation tactique.

Un appel à volontaires pour participer au comité éditorial départemental de Maillage 77 est lancé en séance. Ces professionnels auront pour missions d'élaborer la ligne éditoriale de Maillage, de centraliser les informations, de valider les contenus... Ce comité se réunira, dans la phase de lancement, à une fréquence estimée à une réunion tous les 2 mois.

A ce jour se portent volontaires :

- Messieurs AUDEBERT, LAUNAY
- Mesdames LANGLAIS, JOHANN, JOLLY

L'organisation de ce comité éditorial va être réalisée en lien avec la pilote de la MAIA Seine-et-Marne Sud.

2. Via-trajectoire

Ce logiciel internet sécurisé permet d'orienter et d'admettre les personnes dans les champs sanitaire et médico-social.

Dans le volet sanitaire, il s'agit actuellement d'orientations vers les SSR et les HAD faites par les établissements de santé. Des évolutions sont prévues courant 2018 telle une ouverture des orientations vers les SSIAD et les unités de soins palliatifs ainsi que la possibilité aux médecins traitants d'effectuer directement leurs orientations.

Concernant le volet Grand-âge : il s'agit d'orientations vers les établissements pour personnes âgées dépendantes – EHPAD, Accueil de jour, USLD. Ce volet est accessible aux établissements de santé, aux acteurs de la gérontologie, aux médecins libéraux et aux EHPAD. Il est également disponible aux usagers et à leurs aidants qui peuvent renseigner directement leurs dossiers de demande.

Un troisième volet sur le handicap est en cours de déploiement. Il permettra d'assurer le suivi des décisions d'orientation de la CDAPH vers les établissements et services médico-sociaux adulte et enfant.

La force de cet outil est d'envoyer un seul dossier de demande à l'ensemble des structures identifiées comme pouvant répondre aux besoins de la personne et de disposer de statistiques sur le nombre de demandes reçues, traitées, admises... Toutefois, il est souligné la difficulté, notamment pour les EHPAD qui ne disposent pas de ressources médicales, d'avoir accès aux informations sanitaires leur permettant de se prononcer sur une admission. Du côté des orienteurs notamment du domicile, l'un des freins exposés porte sur la nécessité de disposer du volet médical renseigné par le médecin traitant et que si cela n'est pas le cas, le dossier ne peut pas être envoyé par voie informatique.

Les membres du groupe de travail « Hébergement Médico-Social d'Urgence » ont souligné un manque d'utilisation de via-trajectoire sur le département et ont soumis la proposition de réaliser une réunion d'information sur ce sujet à destination de l'ensemble des professionnels remplissant et recevant des dossiers d'admission vers les établissements et services médico-sociaux.

Cette première réunion réalisée conjointement par le GCS SESAN et la MAIA Seine-et-Marne Centre Nord s'est tenue le 14 juin 2018 et a réuni 37 professionnels – EHPAD, établissements de santé, pôle santé, PAT, CCAS, réseaux... Un plan de formation à via-trajectoire est en cours de réalisation.

Plus précisément, au niveau du GHEF, une information en CME sur Via-trajectoire a permis de mettre en exergue que tous les médecins des services du GHEF prenant en charge des personnes âgées n'ont pas accès à l'onglet « grand âge » de Via-trajectoire. Ce point est remonté au GCS SESAN. De plus, l'accès à via-trajectoire est soumis à un niveau d'habilitation en fonction de la profession exercée, il est donc rappelé l'importance que chaque professionnel utilise son code d'accès lui permettant de bénéficier de l'information qui lui est nécessaire, par exemple le dossier médical pour un médecin ou un infirmier.

Sur le département de Seine-et-Marne, les Pôles Autonomie Territoriaux peuvent remplir informatiquement sur via-trajectoire, pour les personnes au domicile dont il y a un projet d'institutionnalisation, la partie médicale en lieu et place des médecins traitants qui n'utilisent pas ce logiciel. Pour ce faire, les médecins traitants remplissent la partie médicale manuscritement et l'adressent aux pôles autonomie territoriaux qui le renseignent informatiquement et joignent en pièce jointe, en élément de preuve, le document manuscrit scanné. Les Pôles Autonomie Territoriaux assurent un accompagnement des familles pour leur expliquer le fonctionnement de Via-trajectoire et leur permettre d'adresser directement leurs demandes.

Compte-rendu du 20 septembre 2018

L'objectif du projet e-parcours est de faire émerger sur les territoires une organisation des parcours pour améliorer la réponse globale tant au niveau de la ville que des établissements de santé, médico sociaux et sociaux. Ces axes d'amélioration s'appuient sur du partage et de l'échange d'information pertinente entre tous les acteurs composant le « cercle de soins » de la personne sur une plateforme régionale numérique. Cette dernière n'est qu'un appui au service de ces nouvelles organisations. Le projet ayant déjà été présenté lors de la table de concertation du 5 avril, il s'agit ici d'exposer l'état d'avancement des travaux et notamment du groupe de travail sur le « parcours orthopédique de la personne âgée ». Les 2 réunions sur ce sujet ont permis dans un premier temps de faire consensus sur la définition de l'orthogériatrie et sur les segments composant ce parcours puis de décliner l'organisation en utilisant la méthode du questionnement « QQQQCCP » (Quoi, Qui, Où, Quand, Comment, Combien, Pourquoi). Simultanément les participants repèrent les freins et les leviers permettant d'améliorer ce parcours.

Le réseau de santé GOSPEL informe les participants qu'en tant que porteur d'un Centre de Coordination en Cancérologie, il a été retenu par l'ARS pour être territoire pilote dans le cadre du déploiement du Dossier Communiquant en Cancérologie – DCC – en coopération avec le Centre de Coordination en Cancérologie du GHEF. Le DCC sera déployé courant fin 2018 sur le logiciel Terr-e-Santé.

1. Point d'étape de la mise en place des PAT Lagny et Meaux – Madame Alexandra ONNEE, Directrice

Madame Alexandra ONNEE remet aux participants les plaquettes respectives du PAT Lagny et du PAT Meaux.

Pour rappel, les PAT répondent aux missions à destination des personnes âgées portées précédemment par les CLIC auxquelles ont été ajoutées des missions à destination des personnes en situation de handicap. Les équipes ont été renforcées par le département afin de mener 3 principales missions auprès des usagers : information, orientation, accompagnement. Les équipes ont été formées par la MDPH pendant plus de 6 mois leur permettant de monter en expertise sur les dispositifs MDPH et de pouvoir consulter SOLIS MDPH et SOLIS ASG afin d'accéder aux dossiers APA, ASH, notification MDPH...

A ce jour, les 2 PAT couvrent une volumétrie de dossiers qui n'avait pas été envisagée (environ 1800 dossiers de demande PA-PH) entraînant une charge de travail importante pour les équipes alors même qu'aucune communication sur les actions PH auprès du grand public n'a encore été réalisée. Cette communication sera réalisée à partir de décembre 2018, via l'inscription des coordonnées des PAT sur les notifications des plans d'aide édités par la MDPH.

Sur chaque territoire des PAT ont été mis en place des Conseils de Partenaires co-pilotés par le responsable PAT, le Directeur de MDS référente, la pilote MAIA et la pilote DI.TSA. Ces professionnels ont en charge la rédaction d'un projet de territoire suite à l'élaboration d'un diagnostic de territoire, qui comprendra des fiches action recensant les problématiques des parcours des usagers du territoire concerné. L'objectif est de ne pas être redondant avec les sujets déjà traités dans le cadre de la MAIA. Certains partenaires interrogent l'utilité de réaliser ces nouveaux diagnostics territoriaux alors que des diagnostics viennent d'être réalisés tant au niveau de l'ARS que du département, dans le cadre du PRS, et que d'autres sont réalisés notamment au niveau de commissions mises en place dans le cadre des Conseils Territoriaux de Santé. De ce fait, ils soulignent la difficulté de mobiliser leurs équipes sur ces sujets alors que celles-ci ont déjà parfois du mal à assurer leurs propres missions.

Si les pilotes MAIA ont en charge l'inscription, dans le ROR, des structures médico-sociales et sociales du champ personne âgée, les PAT doivent accompagner les Directeurs des établissements sociaux et médico-sociaux dans le champ du handicap à renseigner leur structure dans le ROR PH, d'ici fin 2018.

Une expérimentation est en cours sur les 4 PAT Fontainebleau, Lagny, Meaux et Melun sur l'utilisation de la brique d'appui à la coordination de Terr-e-santé. Les équipes des PAT devront saisir les données discriminantes que sont le nom, le prénom, le nom de naissance, la date de naissance et le lieu de naissance, afin de créer des dossiers sur Terr-e-Santé. Ces données faciliteront l'entrée des établissements et des professionnels dans le cercle de soins de la personne accompagnée. La difficulté identifiée est le recueil de ces items notamment lorsque la prise de contact est téléphonique ou lorsque la personne ne peut présenter des papiers d'identité lors d'un rendez-vous sur un point d'accueil. L'expérience du GHEF, dans le cadre de la fusion des établissements, montre la difficulté du rapprochement des identités des dossiers des patients qui, dans cet exemple a généré de nombreux doublons.

1. Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation : nouvelle version

La fiche de liaison départementale visant à orienter les personnes vers les services adaptés à leur besoin devient régionale. Elle est présentée en séance et son utilisation prend effet dès ce jour.

2. Actualité du territoire

7.1 Journée des aidants

Les manifestations départementales en faveur des aidants, co-pilotées par les PAT et les MDS, se tiendront durant la première semaine d'octobre 2018. Les programmes sont distribués aux membres de la table de concertation tactique.

7.2 Appels à candidature en cours

7.2.1 – en cours

Conférence des financeurs- Autonomie des personnes âgées

- ⇒ Action de prévention de la perte d'autonomie
- ⇒ Date limite de dépôt : 07/10/18

Unité Cognitive-Comportementale - UCC

- ⇒ 10 à 12 lits par transformation de lits existants
- ⇒ Date limite de dépôt : 16/11/18

Plateforme d'accompagnement et de répit

- ⇒ Territoire de 135 communes - 77 Nord
- ⇒ Date limite de dépôt : 15/10/18

7.2.2 – Réponses aux appels à candidature antérieurs

CNAV – Inclusion numérique des séniors

La CNAV avec la Conférence des Financeurs a initié, sur certains départements, un programme « Inclusion numérique des séniors ». L'objectif est de familiariser les séniors avec Internet, à l'utilisation de certaines applications,...

En Seine-et-Marne, 2 opérateurs ont été retenus : une structure régionale DELTA 7 et l'Association CENTRE 77.

Tout partenaire peut adresser des usagers à ces ateliers. Le détail des ateliers est consultable sur le site de la CNAV.

ARS – Continuité des soins de nuit en EHPAD (IDF de nuit)

Le projet retenu est celui de l'EHPAD Saint-Aile en partenariat avec Crécy-la-Chapelle, Pierre Comby, le Marais : présence d'une IDE sur 2 sites/4 et réponse téléphonique sur les 2 autres en alternance.

7.3 Convergence des dispositifs d'appui

Fin juin 2018, l'ARS a informé les dispositifs MAIA de son objectif de faire converger les dispositifs d'appui à la coordination – Réseaux de santé et MAIA – pour aboutir à un dispositif d'appui à la coordination unique à l'issue du PRS, soit en 2022. Cette convergence a pour but de permettre de simplifier la prise en charge de la personne en situation complexe, quel que soit son âge, son handicap ou sa pathologie.

Le périmètre d'intervention de ce nouveau dispositif d'appui à la coordination est celui du projet e-parcours porté par le réseau de santé Gospel et l'association Centre 77 porteur du dispositif MAIA Seine-et-Marne Centre Nord.

Afin d'accompagner ces travaux, l'ARS IDF a créé 3 groupes de travail permettant de regrouper les acteurs des différents dispositifs d'appui pour les amener à réfléchir ensemble à ce que devrait être le nouveau dispositif d'appui.

Sur le territoire Seine-et-Marne Nord, le réseau Gospel et la MAIA Seine-et-Marne Centre Nord réalisent actuellement un état des lieux de leurs activités respectives.

Ce projet sera abordé régulièrement au sein des tables de concertation tactique.

1. Questions diverses

Aucune question diverses n'est abordée.

La concertation au sein des territoires 77 Centre ET Nord

Concertation Tactique	Structures représentées	Niveau de décision de chaque personne présente	Ordres du jour
29/11/2018	Pôle de Santé Serris	Infirmière de liaison	Convergence des dispositifs d'appui à la coordination Questions diverses
	Réseau GOSPEL	Directeur Attachée de Direction Président	
	EHPAD Les Girandières	Directrice	
	ACEP Le Patio	Faisant fonction de Cadre de Santé Infirmière Coordinatrice Médecin	
	DDARS 77	Inspectrice en charge parcours P.A	
	HAD Centre 77	Cadre de Santé Médecin Coordonnateur	
	ESA Lieusaint	Infirmière coordinatrice Ergothérapeute	
	PAT Coulommiers	Responsable	
	Association Centre 77	Chef de service Autonomie	
	EHPAD Klarène	Directrice	
	GHEF Filière Gériatrique N-E Francilien	Chef de Pôle « Gériatrie-SSR »	
	KORIAN Au Fil du Temps	Adjointe de Direction	
	CCAS La Ferté Gaucher	Elue-Infirmière libérale	

La concertation au sein des territoires 77 Centre ET Nord

Concertation Tactique	Structures représentées	Niveau de décision de chaque personne présente	Ordres du jour
29/11/2018	Plateforme d'Accompagnement et de répit de Tournan	CESF	
	Conseil Départemental	Chargée de développement Autonomie	
	PAT Lagny MLV et Meaux et CNAV IDF	Directrice Représentant EVAL 77	
	EHPAD Les Acacias	Directeur	
	ARS Direction de la Stratégie	Chargée de Mission	
	Association Centre 77	Porteur	
	GHEF Jossigny	Chef de service gériatrie	
	MDS Mitry-Mory	Directrice	
	GHT Montfermeil/Aulnay/Montrouille	Cadre Supérieur Socio-éducatif	
	France Alzheimer 77	Vice-Président Bénévole	
	KORIAN Au Fil du Temps	Infirmière Coordinatrice	
	EHPAD Noisiel + Dammartin	Directrice	
	EHPAD Les Berges du Danube	Directrice Adjointe	

Madame Sophie SURGET, Pilote de la MAIA Seine-et-Marne Centre Nord ouvre cette Table de Concertation tactique en remerciant la Direction et les équipes du Pôle de Santé de Serris d'accueillir ces échanges. Il est souligné qu'au vu de l'ordre du jour de cette table de concertation tactique, celle-ci donne lieu à la fusion des tables de concertation tactique des territoires Centre et Nord. En effet, depuis le rapprochement de la MAIA 77 Centre avec la MAIA 77 Nord, la réalisation des tables de concertation se poursuivait par territoire avec un objectif, à terme, de rapprochement de ces deux tables. Cet objectif est donc atteint.

Après un tour de table, la parole est donnée au Docteur Jérôme NICOLET, Président du Réseau GOSPEL et à Monsieur Claude PLANQUETTE, Directeur Général de l'Association CENTRE 77, Porteur de la MAIA Seine-et-Marne Centre Nord pour présentation du point 1 de l'ordre du jour.

1. Convergence des dispositifs d'appui à la coordination

Le Docteur NICOLET rappelle que le réseau de santé tri thématique GOSPEL, créé fin 2014, est issu de la fusion des réseaux de santé de cancérologie ONCOVAL et UNI-K, du transfert de l'activité de soins palliatifs du réseau OPERA et de la création de la thématique gérontologique. Dans le cadre de la reconfiguration territoriale récente menée par l'ARS, le réseau GOSPEL et la MAIA Seine-et-Marne Centre Nord couvrent le même territoire à savoir le nord du département – au-dessus de la Nationale 4. Toutefois, il est souligné que la commune de Ferrolles-Ailly, sur laquelle est domicilié le centre médical de Forcilles, est couverte par le réseau GOSPEL.

La convergence des dispositifs d'appui à la coordination s'inscrit dans les objectifs 2018-2022 fixés par la Stratégie Nationale de Santé et le Projet Régional de Santé. Il s'agit par la réalisation de cette convergence d'aboutir à un Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) unique. Celui-ci apporte une réponse en matière de coordination des parcours et de connaissance des ressources disponibles sur le territoire à toutes situations complexes, quel que soit l'âge, le handicap ou la pathologie de la personne. La finalité est de permettre aux personnes, à leur entourage et aux professionnels, notamment médecins libéraux, de disposer d'un point d'entrée unique quel que soit leur besoin.

Dans ce contexte, il a été demandé au dispositif MAIA Seine-et-Marne Centre Nord et au Réseau GOSPEL d'organiser, sur leur territoire, une coordination favorisant la coopération de l'ensemble des professionnels autour de la personne en situation complexe. Il est souligné l'évolution d'une coopération par thématique au profit d'une coopération de territoire et populationnelle. Ce projet doit donc émerger des acteurs locaux et s'inscrire dans le projet e-parcours qui a pour objectif de mettre à disposition des professionnels des services numériques d'appui à la coordination : messagerie sécurisée, Répertoire Opérationnel des Ressources, Terr-e-santé,... La MAIA Seine-et-Marne Centre Nord et le réseau GOSPEL sont co-porteurs du projet e-parcours sur le territoire Nord de la Seine-et-Marne.

La MAIA Seine-et-Marne Centre Nord et le Réseau GOSPEL, tous les 2 conventionnés avec l'ARS, ont signé une convention 2019 comprenant 8 objectifs communs de convergence. Même si ces conventions ne concernent, dans un premier temps, que le réseau et la MAIA, tous les 2 sous tutelle de l'ARS, il a semblé opportun aux 2 gouvernances de ces dispositifs d'intégrer immédiatement les 3 Pôles Autonomie Territoriaux du territoire afin d'envoyer d'emblée un message de processus et d'organisation d'équipe.

La parole est donnée aux membres de la table de concertation tactique afin d'échanger sur l'objectif 7 de cette convention conjointe MAIA et Réseau : « Ouverture vers la polyvalence : élargir le périmètre d'action des dispositifs d'appui ».

Les besoins ci-dessous ont été évoqués par les participants. Ils sont relativement similaires versant population et professionnels.

Besoins identifiés	Échanges
<p>Connaissance de l'offre du territoire et de leur modalité de saisine afin de faciliter l'accès à l'offre du territoire et aux filières de soins organisées et de rendre lisible l'offre</p>	<p>Identifier les différentes sources d'information existantes : professionnels de santé, mairie, CCAS, caisses de retraite, Internet... et le besoin de formation des professionnels (agents d'accueil, infirmiers libéraux...)</p> <p>Centraliser sur un même lieu, une même plateforme informatique, l'ensemble des plaquettes d'information détaillant l'offre du territoire sanitaire, médico-sociale et sociale, les formulaires à renseigner... Le dispositif d'appui à la coordination pourrait être une réponse pour informer et également partager l'information sur le territoire</p> <p>Les formations dispensées par les associations de famille (France Alzheimer,...) sont un levier pour transmettre l'information sur l'offre du territoire.</p> <p>Les professionnels des EHPAD expriment leur méconnaissance des filières de soins à contacter notamment lors de pathologies psychiatriques qui peuvent donner lieu à des déclarations d'événements indésirables au sein de leur établissement.</p> <p>Il est évoqué les personnes avec troubles cognitifs ou psychiatriques ne relevant d'aucun dispositif d'appui à la coordination et qui pour autant nécessitent d'être accompagnées physiquement dans leurs rendez-vous médicaux afin de leur expliquer à l'issue les examens complémentaires à réaliser et les prescriptions.</p> <p>Il est relevé une modification de la filière de soins de proximité du fait de l'installation de jeunes médecins formés hors du secteur et dont le carnet d'adresse se situe hors Seine-et-Marne. Le dispositif d'appui à la coordination doit leur faciliter la connaissance de l'offre du territoire pour formaliser les filières de proximité.</p> <p>Il est souligné qu'un radiologue peut s'auto-prescrire la réalisation d'un examen radiologique d'une personne qui lui est adressée par un partenaire. Ce point peut être inscrit dans les conventions partenariales des EHPAD</p>

Compte-rendu du 29 novembre 2018

Visite à domicile	<p>Le dispositif d'appui à la coordination doit-il se rendre au domicile de la personne pour évaluer la situation ou doit-il s'appuyer sur les ressources du territoire pour réaliser cette évaluation au domicile ? Tout en prenant en compte la spécificité de la Seine-et-Marne qui est un département étendu et sous-médicalisé.</p> <p>La visite à domicile est indispensable notamment dans certaines situations très complexes pour lesquelles la personne a besoin d'avoir un <u>référé professionnel</u> bien identifié. Ceci afin d'établir une relation de confiance permettant une évaluation globale de la situation et à terme l'adhésion de la personne au projet qui lui est proposé.</p> <p><u>Si cela est possible et suffisant</u>, la coordination pourra ensuite être assurée par les professionnels de proximité</p> <p>Problématique d'avoir accès à un médecin traitant pour les personnes à leur domicile mais également celles en EHPAD, en résidences seniors...</p> <p>N.B. : SOS Médecins ne se déplace pas sur l'ensemble du département 77</p> <p>Les participants identifient que la diminution des visites à domicile par les médecins traitants entraîne un manque de connaissance des conditions de vie à domicile de leurs patients.</p> <p>Une visite à domicile réalisée par un dispositif d'appui à la coordination peut-elle remplacer la visite à domicile d'un médecin traitant ?</p> <p>La visite à domicile par le médecin traitant permet une double expertise : celle de la consultation pour laquelle le médecin s'est déplacé et celle de l'environnement du patient. Toutefois, une visite d'évaluation préalable par le dispositif d'appui à la coordination est identifiée par les participants comme un gain de temps médical notamment en matière d'évaluation sociale.</p> <p>La question de la formation des professionnels (infirmiers, gestionnaires de cas...) à l'évaluation sociale est posée. En effet, ces professionnels disposent d'une culture du domicile et du maillage territorial leur permettant d'apporter plus facilement une réponse à ces problématiques qu'un médecin généraliste.</p>
Rôle du médecin coordonnateur	<p>La difficulté de recruter des médecins coordonnateurs peut-être liée au fait de la non prescription par ces médecins, hors situation d'urgence. Une évolution de cette réglementation pourrait être un levier dans les recrutements et dans la prise en charge des patients.</p>
Infirmiers en EHPAD	<p>L'expérimentation des infirmiers de nuit en EHPAD montre une diminution du recours aux urgences par ces EHPAD participants à ce projet.</p> <p>La nécessité de formation des infirmiers en EHPAD est abordée.</p>

Système d'information	Une étude réalisée lors d'un séminaire « médecins généralistes et cancérologie » a montré qu'un professionnel de santé ne refuse pas de prendre en charge un patient à condition qu'il soit informé le plus précisément possible de sa situation actuelle. D'où l'importance d'un système d'information mis à jour (DMP, e-parcours...)
-----------------------	---

Les essentiels à retenir :

- Le dispositif d'appui à la coordination s'inscrit dans une **logique de population** et non plus dans une logique de pathologie. Cette transformation vers une cohérence géographique, de missions et de services rendus à la population a débuté dès 2012 par la parution du guide DGOS visant à faire évoluer les réseaux de santé mono-thématique en réseaux de santé pluri-thématiques.
- La mise en place du dispositif d'appui à la coordination doit permettre **d'effacer les effets « seuils » de la complexité** puisque cette dernière sera traitée en interne, en toute transparence pour les professionnels, les personnes et leur entourage.
- L'organisation du dispositif d'appui à la coordination doit **émerger des expériences locales réussies** afin de les capitaliser en vue d'une généralisation au sein de ce dispositif. Les professionnels s'accordent sur le fait que les actions menées depuis ces dernières années par la MAIA, le réseau et les CLIC-PAT ont permis un travail coopératif des acteurs et ont apporté des réponses à la fluidification des parcours complexes. Il ne faudrait pas que les travaux actuels déconstruisent le travail d'animation territoriale qui commence à être bien identifié.
- L'accompagnement de la santé mentale au sein du dispositif d'appui à la coordination fera l'objet d'une construction pas à pas avec les projets en cours menés par les partenaires de ville et hospitaliers.
- Pour l'Agence Régionale de Santé, le dispositif d'appui à la coordination ne doit pas être « le pompier » pour toutes les situations dont l'offre du territoire est inadaptée. Cela implique que le dispositif d'appui à la coordination soit en lien avec l'animation de territoire.

2. → Questions diverses ¶

1. → Le portail Maillage ¶

¶ L'objectif de cette plateforme internet départementale a déjà fait l'objet de plusieurs présentations en table de concertation tactique à savoir qu'elle soit la porte d'entrée, de tous les professionnels exerçant dans le champ PA-PH, à l'ensemble des applications santé disponibles sur l'Espace Numérique Régionale de Santé (ROR, Via-trajectoire...) et aux actualités des partenaires. Elle permet, grâce à son adossement au ROR, la visualisation de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale de manière plus ergonomique. ¶

¶ La Version 1 de la charte graphique du Maillage 77 est cours de réalisation. ¶

¶ Un appel à volontaires pour participer au comité éditorial départemental de Maillage 77 est lancé en séance. Ces professionnels auront pour missions d'élaborer la ligne éditoriale de Maillage, de centraliser les informations, de valider les contenus... Ce comité se réunira, dans la phase de lancement, à une fréquence estimée à une réunion tous les 2 mois. ¶

¶ A ce jour, le comité éditorial est composé de : ¶

- → Messieurs : AUDEBERT, LAUNAY ¶
- → Mesdames : GUILLOT, GUIGAND, JAFFRELOT, JOHANN, JOLLY, LANGLAIS, ONNEE, ¶

¶ L'organisation de ce comité éditorial va être réalisée en lien avec la pilote de la MAIA Seine-et-Marne Sud. ¶

La date de la **prochaine Table de Concertation Tactique** est fixée au ¶

Mardi 26 mars 2019 - 14h30-16h30 ¶

Pôle Autonomie Territorial : MEAUX - 47 avenue du Président Salvatore Allende - **MEAUX** ¶

Annexe 3 : Activité de la Gestion de cas

MAIA		
Nom de la MAIA	MAIA SEINE-ET-MARNE CENTRE	
Nom/Prénom pilote	SURGET Sophie	
Contact mail pilote	sophie.surget@mais77centrenord.fr	
Date de remplissage de cette grille	31/12/2018	
Effectifs 2018 :		
ETP pilote	1 ETP Pilote et 1 ETP Chargée de mission	
ETP gestion de cas (1 ^{er} janvier 2018)	7	
ETP gestion de cas (31 décembre 2018)	4	
Indicateurs d'activité en gestion de cas (2018)		Nombre
2018	1 Nombre de nouvelles demandes de gestion de cas 2018	105
	2 Nombre de nouvelles personnes entrées en gestion de cas en 2018	59
	3 Nombre de refus de gestion de cas (pour les nouvelles demandes 2018)	46
	4 Nombre de refus de gestion de cas par motif :	
	-La personne ne correspond pas aux critères de gestion de cas	43
	-La personne refuse	0
	-La gestion de cas est à capacité pleine	0
	-Autres (décès, entrée en EHPAD, ...)	3
	5 Nombre de nouvelles demandes en gestion de cas par origine du demandeur :	
	-Médecins généralistes	13
	-Autres professionnels de santé de ville (paramédicaux, médecins spécialistes, ...)	4
	-Etablissements de santé (hôpitaux, cliniques)	17
	-Etablissements et services médico-sociaux (SSIAD, SAAD, SPASAD, ...)	38
	-Etablissements et services sociaux (CCAS, ...)	21
	-Autres	12
	6 Nombre de personnes en file active par gestionnaire de cas :	
	-GC 1 (nom/prénom, localisation du GC :)	FERRIE Patricia, 38 dossiers en file
	-GC 2 (nom/prénom, localisation du GC :)	KEMP Marie-Anne, 32 dossiers en file
	-GC 3 (nom/prénom, localisation du GC :)	POIROT Rachel, 17 dossiers en file active
	-GC 4 (nom/prénom, localisation du GC :)	CUVELIER Arnaud, 16 dossiers en file
	-GC 5 (nom/prénom, localisation du GC :)	RASELINARY Jannick, 24 dossiers en
	-GC 6 (nom/prénom, localisation du GC :)	BERTHELOT Rose-Marie, 10 dossiers en
	-GC 7 (nom/prénom, localisation du GC :)	
	-GC 8 (nom/prénom, localisation du GC :)	
	7 Délai moyen entre la demande et l'acceptation ou le refus de gestion de cas	11,23
	8 Nombre de personnes en file d'attente par gestionnaire de cas :	
	-GC 1	0
	-GC 2	0
	-GC 3	0
	-GC 4	0
	-GC 5	0
	-GC 6	0
	-GC 7	0
	-GC 8	0
	9 Nombre de PSI	0
		121

File active : différence entre le nombre de personnes en gestion de cas en 2018 (entrées en 2018 ou avant) et le nombre de personnes sortant de gestion de cas en 2018

Annexe 3 : Activité de la Gestion de cas

Activité organisationnelle :

- L'équipe de gestion de cas est sous la responsabilité de la pilote avec laquelle elle travaille en étroite collaboration.
- Leur rôle d'observateur du territoire, assuré conjointement, permet le déploiement de la méthode MAIA.
- Les gestionnaires de cas sont relativement autonomes dans l'accompagnement des situations. Toutefois, ils peuvent solliciter autant que de besoin la pilote.
- Un staff est organisé une fois par semaine le vendredi matin. Il permet de faire un suivi des situations en cours, de partager les avancées et/ou difficultés rencontrées et d'étudier les nouvelles orientations transmises au service de gestion de cas.

Annexe 3 : Activité de la Gestion de cas (*suite*)

Activité d'accompagnement :

- La MAIA a traité 257 situations en 2018 (accompagnement et réorientation)
- Nombre de FAMO réceptionnés en 2018 : 105
dont Nombre de FAMO réorientés : 46
- Nombre de nouveaux bénéficiaires de la gestion de cas en 2018 : 59
- Nombre total de bénéficiaires de la gestion de cas en 2018 : 211
Ce nombre correspond à la file active des territoire Nord et Centre au 31/12/2017, ainsi que les nouveaux bénéficiaires 2018 de la gestion de cas
- La file active au 31 décembre 2018 est de 137
- Sorties de gestion de cas : 74 dont :
 - entrée en institution : 28
 - décès : 19
 - ne répond plus aux critères de la gestion de cas : 21
 - souhait de la personne de quitter la « gestion de cas » : 1

Annexe 3 : Activité de la Gestion de cas (*suite*)

Typologie des personnes accompagnées :

- Durant l'année 2018, une étude sur la typologie des personnes orientées et accompagnées en 2017 a été réalisée.
- Les données présentées ci-après sont issues :
 - des FAMO orientés
 - des primo-évaluations réalisées
 - des décisions d'inclusion

Annexe 3 : Activité de la Gestion de cas (suite)

Typologie des personnes accompagnées :

- ⇒ Analyse des 45 situations orientées et incluses en GC sur l'année 2017 :
- Les situations sont orientées majoritairement par les CCAS (31%), les SSR (20%) et les Services d'aides à domicile (20%)
- Typologie des personnes :
56% Femmes - 44% Hommes ; âgés de 80 ans et plus (56%) avec un GIR 3 ou 4 pour les 2/3
- Les données sont présentées selon les critères du FAMO en vigueur depuis Juin 2018, servant d'inclusion en gestion de cas :

SERVICES ET PROFESSIONNELS EN PLACE AU DOMICILE AU MOMENT DE L'INCLUSION	CCAS	EMS APA	IDE	SAAD
	53%	51%	51%	58%

Annexe 3 : Activité de la Gestion de cas (suite)

Typologie des personnes accompagnées (suite) :

Domaines d'alertes	Items	Résultats 2017 (n=45)
SANTÉ	Absence de suivi médical : Problématiques liées à l'absence de MT ou MT ne faisant pas de VAD	70%
	Hospitalisations répétées	42%
	Problèmes sensoriels (vision, audition,...)	53%
	Problèmes de comportement (opposition, agressivité, instabilité, repli sur soi,...)	50%
	Pertes de mémoire	53%
	Maladies Alzheimer ou apparentées	29%
	Chutes répétées	31%
	Refus de soin	27%
	Autres critères pris en compte	Polypathologie : 40% Troubles cognitifs : 33%

Domaines d'alertes	Items	Résultats 2017 (n=45)
AUTONOMIE	Altération dans les actes essentiels	Se laver : 44% Se déplacer : 70% Etre continent : 88%
	Altération dans les activités de la vie domestique	Faire les courses : 31% Préparer les repas : 93% Gérer le linge et le logement : 31%
	Autres critères pris en compte	Capacité d'alerter : 55% dont 7% possède la téléalarme
ENVIRONNEMENT MATERIEL	Habitat inadapté	29%
	Insalubrité	22%
	Difficultés d'accessibilité	Pour la personne : 53% Pour les intervenants : 42%

Annexe 3 : Activité de la Gestion de cas (suite)

Typologie des personnes accompagnées (fin) :

Domaines d'alertes	Items	Résultats 2017 (n=45)
ENVIRONNEMENT HUMAIN	Vit seule	56%
	Absence, perte ou épuisement des aidants	Absence Aidant : 47% Epuisement de l'Aidant : 33% Méconnaissance des aides/soins : 29%
	Refus d'aide ou d'intervention de professionnels	
	Ressenti de solitude	
	Risque ou suspicion d'abus ou de maltraitance	47%
	Autres critères pris en compte : Vulnérabilité	Conflits familiaux : 36% Spoliation avérée : 9% Abus de faiblesse avéré : 20%
SITUATION ECONOMIQUE ET ADMINISTRATIVE	Précarité financière	67%
	Absence, perte ou difficulté d'accès aux droits sociaux ou de santé	53%