



**L'action des MAIA
au service des territoires
et de l'évolution
du système de santé**
Retours d'expériences



Ce document est le fruit d'un travail mené en 2018 par le collectif des pilotes MAIA en lien avec l'ensemble des professionnels des MAIA en France.

Il s'est construit sur la base de retours d'expériences collectés auprès de nombreux territoires MAIA.

Dans cette logique, il a pour objectif de donner à voir la dynamique d'évolution des organisations et des pratiques professionnelles mais ne prétend pas représenter l'exhaustivité des actions et projets initiés grâce à la méthode d'action MAIA.

Les pilotes tiennent à remercier sincèrement Mesdames Périsset, Moreau-Favier et Lahlal, de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) pour leur aide précieuse dans la conception de cet ouvrage.

Ils remercient également la CNSA pour son soutien financier pour la mise en forme et la réalisation de ce document.

Toutefois, celui-ci ne saurait d'aucune façon engager la CNSA sur son contenu.

Le collectif des pilotes remercie également l'ensemble des pilotes MAIA et leurs partenaires qui ont contribué par leur mobilisation à la réalisation de cet ouvrage.

Pour toute question, précision ou demande de mise en relation avec les pilotes MAIA, notamment pour des échanges complémentaires au sujet des projets réalisés et expériences décrites dans ce document, merci d'adresser un mail à l'adresse :

collectifpilotesmaia@gmail.com

Avec le soutien de la
Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie



Préambule	4
1. Mieux utiliser les ressources	6
OBJECTIF 1 Se connaître et travailler ensemble	8
OBJECTIF 2 Améliorer la pertinence des recours au système de santé	10
OBJECTIF 3 Fluidifier le recours aux droits, aux prestations sociales et aux services	14
2. Éviter les ruptures de parcours	16
OBJECTIF 4 Mettre en place une organisation collective des fonctions d'accueil sur le territoire	18
OBJECTIF 5 Structurer l'observation des réponses et des mécanismes de rupture.	22
3. Gérer la complexité	26
OBJECTIF 6 Structurer un accompagnement pluri-professionnel	28
4. Transformer le système de santé	32
OBJECTIF 7 Réduire effectivement les inégalités sociales et territoriales de santé	36
OBJECTIF 8 Faire du système de santé un système citoyen et coresponsable	38
OBJECTIF 9 Sensibiliser, informer, se former	42
OBJECTIF 10 Faire de la convergence des dispositifs d'appui un levier fort pour l'évolution des pratiques professionnelles.	44
Conclusion	48
Synthèse des retours d'expérience	49

Préambule

Un système de santé fragmenté

Le Haut Conseil de la Santé Publique¹ l'affirme, « en France, la question de la dépendance est devenue un enjeu majeur compte tenu du vieillissement de la population et de l'augmentation rapide et inexorable [...] du nombre de personnes âgées et surtout des personnes très âgées ».

Le vieillissement de la population a pour corollaire une augmentation du nombre de malades chroniques avec, fréquemment, plusieurs pathologies lourdes chez une même personne âgée. Pour autant, la majorité des personnes âgées, quelle que soit leur situation, souhaite rester vivre à leur domicile, projet qui peut être mis en difficulté du fait qu'« en France, le système de soins et d'aides auprès des personnes en perte d'autonomie se caractérise par des fragmentations multiples au niveau de l'organisation et du financement² ».

Plus les problématiques de santé se cumulent, plus le sentiment d'errer dans un labyrinthe d'aides, de services et de droits est fort.

Les personnes âgées et leur entourage peuvent ainsi être confrontées à³ :

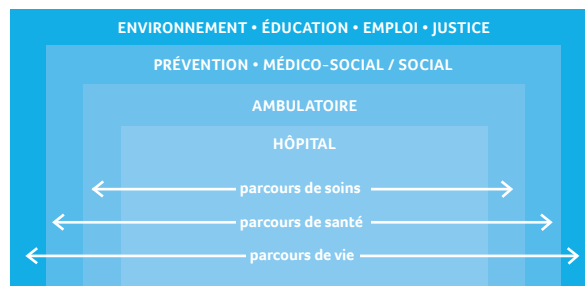
- une insuffisance de proximité des actions de prévention ;
- une insuffisance d'éducation thérapeutique spécifique ;
- une absence d'information consolidée et partagée sur l'état de santé de la personne à domicile, alors que les intervenants sont multiples ;
- un manque d'anticipation des crises ;
- une prise en charge dans un service de soins inadapté à l'état de la personne, et des passages inutiles dans les services d'urgence ;
- une inadaptation des réponses aux troubles du comportement chez la personne âgée.

On peut ajouter à cette liste l'épuisement des proches aidants dont la fragmentation de l'offre est une des causes évidentes.

Des attentes fortes pour les parcours de soins

Les Agences Régionales de Santé (ARS) donnent la définition suivante des « parcours » : « un parcours se définit comme la prise en charge globale du patient et de l'usager dans un territoire donné avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. »⁴

Schéma issu du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales» (SGMCAS)



Le besoin de construire des parcours de santé et de vie coordonnés, rentre ainsi en confrontation avec la fragmentation du système.

L'intégration : la construction de solutions aux ruptures de parcours

En réponse à cette fragmentation, la méthode d'action MAIA⁵ est un instrument des politiques publiques structuré autour de la notion d'intégration, concept encore novateur en France quand la notion d'« Integrated care » ou de « Soins intégrés » fait partie du langage courant dans nombre de pays européens (Suisse, Belgique, Pays-Bas...).

« L'intégration cherche à répondre à la fragmentation du système qui se traduit par une discontinuité du service rendu, par l'existence de carences ou de réponses redondantes. C'est un mode d'organisation de tous les partenaires assurant chacun une part des interventions auprès des personnes en perte d'autonomie, favorisant la coordination, la coopération puis la co-responsabilisation. »⁶

Le décret et son cahier des charges⁷ annexé, ont défini trois niveaux de mise en œuvre et de pilotage de cette intégration :

- national porté par la CNSA,
- régional assuré par les ARS,
- local en s'appuyant sur un porteur, soutien du déploiement, sur un responsable de projet, le pilote et sur une équipe de gestionnaires de cas, coordinatrice des situations complexes et en charge d'en observer les mécanismes.

1. « Stratégie Nationale de Santé. Contribution du Haut Conseil de la Santé Publique », septembre 2017

2. Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des MAIA.

3. Points de rupture issus du schéma « Parcours de santé Personnes Âgées » Maurelet/Pigny/Alibert ARS Champagne Ardennes, avril 2014.

4. Parcours de Soins. Parcours de Santé. Parcours de Vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers. Lexique des parcours de A à Z. Agence Régionale de Santé, janvier 2016

5. Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie.

6. Pr. Somme « intégration et gestion de cas, évolution des dispositifs de réponse à la perte d'autonomie dans le cadre du plan national Alzheimer », 2010. Direction générale de la cohésion sociale, 2012.

7. Cahier des charges national du dispositif MAIA. Op cit.

8. www.cnsa.fr/rapport-devaluation-des-dispositifs-maia

9. 350 territoires MAIA en France métropolitaine et Outre-mer.

Déployés de façon progressive en France depuis 2008, 350 pilotes MAIA et environ un millier de gestionnaires de cas sont des acteurs au service des parcours, venant en appui aux professionnels de leur territoire. Ils contribuent ainsi à la transformation du système de santé et au « découplage » entre les secteurs sanitaire, social et médico-social.

La dynamique collective autour de l'amélioration des parcours se construit en lien étroit avec les Conseils Départementaux engagés au titre de leur compétence dans les champs social et médico-social. Elle permet, aux travers de nombreux espaces de dialogue et d'échange, de travailler à l'évolution des pratiques en pluridisciplinarité.

Généralisée en 2011, la méthode et les dispositifs MAIA ont fait l'objet d'une évaluation nationale en 2016⁸.

La méthode MAIA, également concernée par le changement

L'année 2018 aura marqué un tournant dans l'organisation du système de santé.

Annoncée dans la Stratégie Nationale de Santé de 2017, les travaux sur la convergence des dispositifs d'appui à la coordination concernent également les MAIA.

Ces travaux doivent permettre une organisation des réponses aux situations complexes pour tous les âges et toutes les pathologies.

Des « plateformes d'appui » à la coordination réunissant toutes les équipes sont attendues pour simplifier la réponse aux professionnels de santé et clarifier les missions des dispositifs d'appui existants, regroupés en deux types :

1. Les services d'appui et de coordination autour des situations individuelles :

- CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination gériatrique),
- réseaux de santé,
- projet PAERPA (Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie),
- PRADO (Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile),
- RAPT (dans le champ du handicap : Réponse Accompagnée Pour Tous),
- PTA (Plateforme Territoriale d'Appui),
- service de gestion de cas MAIA.

2. La méthode MAIA en tant que pilotage stratégique de la démarche d'intégration, vecteur de transformation du système de santé.

En amont du déploiement de la convergence des dispositifs d'appui, le collectif national des pilotes a souhaité illustrer le développement du processus d'intégration par des actions co-construites pour l'amélioration et la simplification des parcours.

Grâce aux retours d'expérience de nombreux pilotes de France⁹, cet ouvrage retrace plusieurs réalisations accomplies dans les territoires MAIA, menées avec la contribution d'environ 28 000 professionnels, issus des secteurs social, médico-social et sanitaire.

Ce document est construit autour des quatre grandes thématiques illustratives de la démarche intégrative et de son apport :

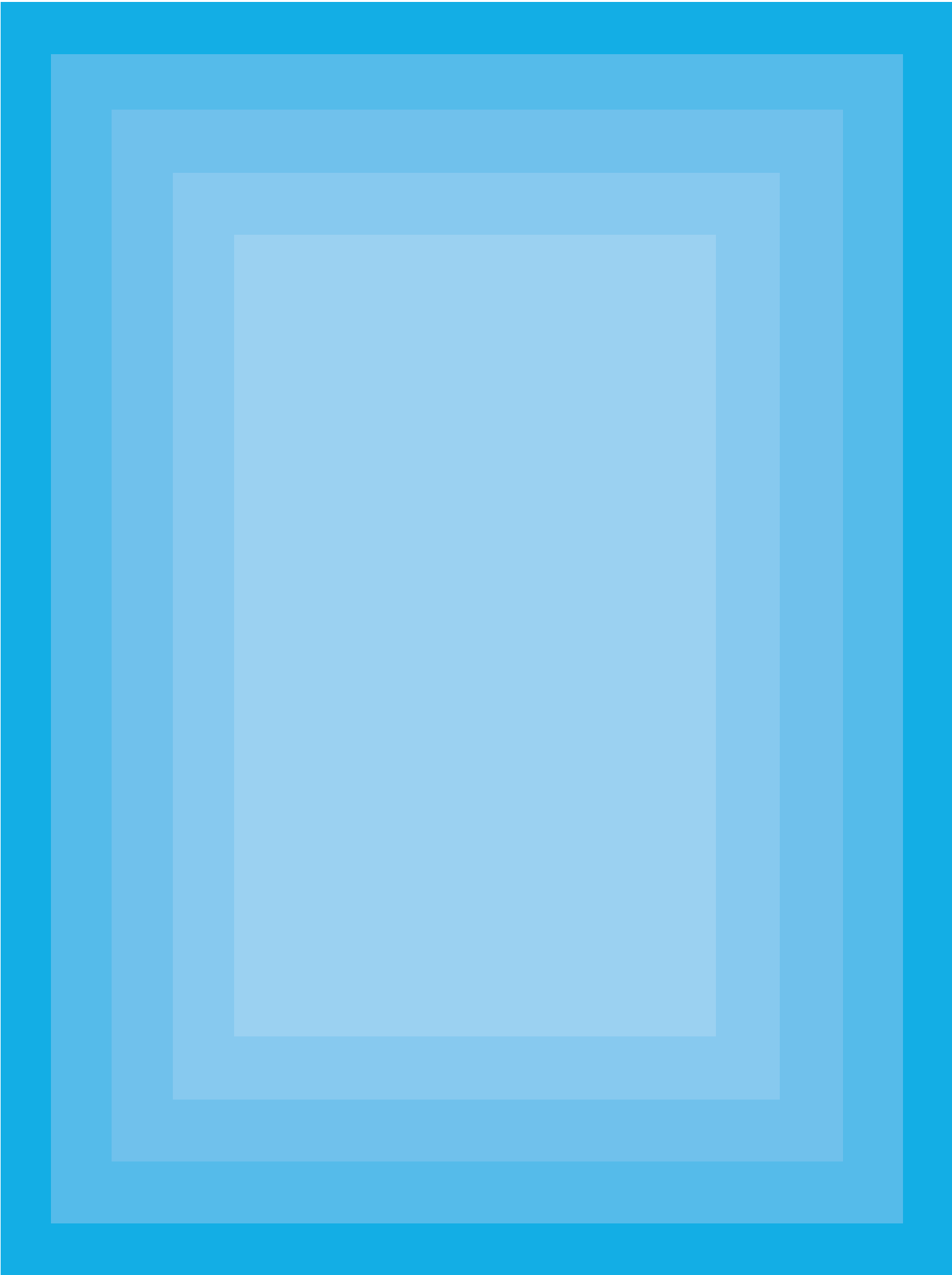
- Mieux utiliser les ressources
- Éviter les ruptures de parcours
- Gérer la complexité
- Transformer le système de santé

Plus détaillés au sein de ces quatre thèmes, dix objectifs permettent de décrire la réalité de la mise en œuvre de la méthode MAIA.

Dans un souci de clarté, ils sont présentés sur une même trame « enjeux → processus → bénéfices pour les personnes accompagnées, les professionnels et le système de santé ».

Chacun de ses dix objectifs est illustré par la description d'une réalisation sur un territoire MAIA.

De nombreux autres exemples remontés au collectif national témoignent de la dynamique des territoires mobilisés dans le cadre de la méthode MAIA : ils sont présentés de façon plus succincte en annexe.



« Une organisation des professionnels de santé de ville renouvelée et plus collective constitue la condition première pour mettre en place des organisations de soins de proximité, faire travailler ensemble la ville, l'hôpital et le médico-social et ainsi faciliter l'accès aux soins et améliorer leur qualité. »

« Ma Santé 2022, un engagement collectif »,
Ministère des Solidarités et de la Santé, septembre 2018.

1. Mieux utiliser les ressources

INTÉGRATION

2011 | 2018

Objectif n° 1

Se connaître et travailler ensemble



La fragmentation du système de soins et d'accompagnement complexifie l'orientation des personnes âgées. En réponse, les professionnels des territoires MAIA travaillent ensemble pour rendre lisible l'offre de soins et de services.

Des actions différentes pour un objectif constant : l'interconnaissance des acteurs

MAIA s'appuie sur la concertation, le dialogue entre les acteurs et les institutions au service des différents projets. La mobilisation des opérateurs est motivée par leur adhésion à l'idée de co-construire les moyens d'améliorer leurs interventions individuelles pour une réponse complète et harmonisée aux besoins de la population.

Les diagnostics fonctionnels partagés fondent les actions sur l'amélioration des parcours de santé et de vie des personnes âgées, validée par les membres des tables de concertation¹⁰ des territoires.

Dans ces parcours, nombre de personnes âgées peuvent avoir non seulement besoin d'une compétence médicale mais aussi de soins d'hygiène, d'aides à domicile, de prestations sociales, d'une coordination de soutien de prestations sociales, d'une coordination de soutien voire d'un accompagnement plus durable.

L'enjeu pour le professionnel sera, dans chaque situation, d'identifier les besoins et de trouver les acteurs qui y répondent.

Initiés sur les territoires MAIA, les travaux de référencement de l'offre visent à faciliter la recherche et mettre en lumière la plus-value de chaque service, en affichant son cadre d'intervention général et ses spécificités.

La qualification de l'offre a rapidement nécessité une organisation en inter-régions pour rédiger une nomenclature générale des compétences et son affectation dans les répertoires régionaux de santé. Validé au niveau national, ce travail se poursuit sous la direction de l'ASIP¹¹ santé.

Dans cette dynamique, plusieurs ARS ont confié aux pilotes MAIA le référencement de l'offre sociale et médico-sociale à destination des personnes âgées dans le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), base de données officielle de l'offre de santé en France.

Processus

Les pilotes MAIA proposent, sur chacun des territoires de proximité, de travailler à la connaissance partagée des compétences disponibles et à la clarification des modalités de fonctionnement des structures.

La maîtrise des critères d'admission, du type d'activité, des modalités de financement, etc., permet dans de nombreux territoires de faire tomber quelques cloisons.

Cette dynamique permet la construction véritable d'un parcours de soins et d'un continuum de prise en charge où le rôle de chacun est identifié.

10. Instances de dialogue et de décision réunissant les opérateurs (niveau tactique) ou les décideurs (niveau stratégique). Pour une description plus précise, se référer au cahier des charges MAIA, op cit.

11. Agence nationale des Systèmes d'Information Partagés de santé

12. La construction du « Guichet Intégré », maillage des acteurs d'un territoire au service d'une réponse rapide, individualisée et harmonisée aux besoins de la personne âgée est un des trois mécanismes de la méthode d'action MAIA. Pour plus de précisions, se référer au Cahier des Charges MAIA, op cit.

Quels bénéfices ?

Les bénéfices de ces différentes concertations et des travaux qui en émergent sont multiples.

Pour la personne accompagnée, la structuration d'un maillage d'acteurs qui se connaissent mieux et savent se mobiliser

facilement permet d'assurer en temps et en heure l'ensemble des interventions attendues en regard de ses besoins.

À un moment où les établissements de santé se recentrent sur des missions techniques, la volonté de mieux travailler ensemble fluidifie les transitions Ville/Hôpital/Ville, évite les risques de rupture et facilite l'organisation, dès que possible, d'un retour à domicile solidement étayé.

Pour le système de santé, c'est un apport essentiel à la mise en œuvre effective du virage ambulatoire, enjeu majeur de qualité des soins, de bien-être et d'efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles.

ZOOM sur...

la création d'outils comme tremplin d'une dynamique collective

Émergence du sujet

Sur les territoires MAIA de Bretagne, les pilotes ont de suite entendu le besoin exprimé par les professionnels d'une meilleure interconnaissance des acteurs et des ressources existants. Dans le Finistère, un consensus s'est fait autour de la création d'un site internet, outil qui rassemblerait les acteurs en amont et en aval de sa conception. Beaucoup de professionnels étaient cependant sceptiques, rappelant que le sujet était récurrent, sans jamais avoir dépassé le stade de l'intention.

Méthode de travail

Le pilote a fortement mobilisé les partenaires sur la conception de l'outil et leur propre vision du projet : une façon de rappeler que collaboration et co-construction sont au cœur de la méthode MAIA.

Un espace de travail collectif a été proposé et le choix du nom du site a été « Bien vieillir », plus accessible à tous qu'une appellation construite autour de l'acronyme MAIA.

Le second parti pris du pilote a été de maintenir une cadence de travail soutenue pour un aboutissement dans un délai raisonnable.

Le projet a été lancé en novembre 2015, via un groupe d'animation collective qui a défini le besoin, l'architecture du site et la méthode de recensement de l'offre.

À la suite s'est organisée la collecte des informations puis l'élaboration du site a été mise en œuvre par un groupe de travail dont la logistique était assurée par le pilote.

En mai 2016, le site a été inauguré par les acteurs eux-mêmes, lors d'une rencontre qui a réuni plus de 300 professionnels. Différentes personnes y ont pris la parole pour décrire avec leurs mots l'intégration : « une philosophie de partage et de mutualisation au service d'un territoire ».

Dynamique

Le site a été vecteur d'engagement pour de nouveaux partenaires qui ont ainsi adhéré à la méthode intégrative.

Par la suite, il a été utilisé pour la construction du guichet intégré¹² pour expliquer les offres du territoire. Ce travail a mis en évidence le besoin d'autres outils pour aller plus loin dans le travail d'accueil et d'orientation.

Les acteurs ont pu expérimenter que l'interconnaissance ne suffisait plus mais avaient repris confiance en leur capacité collective à produire un résultat.

« Depuis 2 ans, nous travaillons en étroite collaboration avec plusieurs pilotes MAIA. Leur travail de référencement de l'offre nous est essentiel dans notre mission de sensibilisation, de communication et de valorisation des ressources des territoires en direction des aidants, car nous savons tous que les aidants rencontrent des difficultés à accéder aux informations utiles et pratiques. »

Nous participons également aux différentes rencontres et groupes de travail organisés par les pilotes MAIA, qui sont autant de moments privilégiés pour sensibiliser les professionnels sur le sujet des aidants et du rôle essentiel qu'ils jouent auprès du proche fragilisé.

Cette collaboration entre nos structures permet aux aidants et plus particulièrement au public fragilisé de bénéficier de cette synergie pleine de sens. »

Claudie Kulak
Présidente de la Compagnie des aidants et du collectif associatif « je t'Aide »

Objectif n° 2

Améliorer la pertinence des recours au système de santé



La Stratégie Nationale de Santé¹³ établit que, « la question de la pertinence offre un lien direct entre qualité, sécurité et efficience. Un acte, une prescription ou une intervention non pertinents sont potentiellement délétères, d'un point de vue individuel mais aussi collectif. (...) ».

La question de la pertinence des soins prend une acuité particulière dans le champ de la gériatrie et de la gérontologie. Le point d'équilibre est en effet instable et la décision clinique rencontre fréquemment une dimension éthique. Le cumul de fragilités peut entraîner une surmédicalisation, des bilans et hospitalisations en nombre, parfois plus du fait de l'incertitude sur le maintien à domicile que pour une décision d'ordre médical.

Le déploiement attendu de « collectifs de soins », selon l'expression mise en avant dans le projet « Ma santé 2022 » présenté par le Président de la République, doit permettre d'éviter des doublons d'examen ou des situations de crise induites par une trop faible communication entre des acteurs intervenant auprès d'un même bénéficiaire.

Des réponses inadéquates

La notion d'hospitalisation inadéquate¹⁴ prend une place importante dans l'analyse du fonctionnement de notre organisation des soins.

Un exemple fréquemment rencontré illustre ce sujet : l'adressage aux urgences pour organiser l'admission en EHPAD d'une personne âgée dont le maintien au domicile devenait de plus en plus compliqué depuis des années... Urgences, lits-portes, service de médecine puis de soins de suite et de réadaptation pour plusieurs semaines... avec tous les risques associés¹⁵. De même, l'absence de partage d'informations utiles sur les conditions de maintien à domicile et l'organisation des soins génère inmanquablement des incohérences, des dysfonctionnements et des ruptures dans les parcours.

Processus

Accompagner l'évolution des pratiques d'une part, contribuer à faire évoluer et adapter l'offre d'autre part, sont des enjeux essentiels.

Ici, l'apport de la méthode MAIA est d'associer autour d'une problématique commune les différentes filières de soins et professionnels concernés pour travailler à partir des observations faites sur le territoire de proximité.

Un exemple : l'articulation entre psychiatrie et gériatrie

Un sujet présent dans les échanges avec les acteurs est celui de la délicate articulation entre la gériatrie et la psychiatrie, articulation qui implique également le médecin généraliste, les villes, les services à domicile et les établissements accueillant des personnes âgées.

L'apport de la concertation permet d'objectiver cette question dans une période marquée par le début de la géronto-croissance et les difficultés actuelles de la psychiatrie publique en France.

Les questions posées aux acteurs sont souvent complexes et multiples :

- Où faut-il adresser une personne âgée présentant des troubles d'allure psychiatrique ?
- L'origine des troubles est-elle en fait un problème somatique ? La conséquence d'une maladie neuro-dégénérative ? Les effets secondaires d'un traitement ? L'apparition sur le tard d'un trouble « réellement » psychiatrique ?
- Y a-t-il un risque à hospitaliser en psychiatrie adulte, une personne très âgée ? Si oui, quelle réponse apporter en situation de crise ?

Là où l'offre en soins psycho-gériatriques est peu structurée, les parcours de soins se compliquent, enchevêtrés entre consultations multiples, tentatives de traitements, passages aux urgences, abandons de soins...

Ces difficultés d'orientation sont majorées par l'hétérogénéité des organisations et des pratiques entre secteurs psychiatriques. Ainsi, à quelques rues d'écart, les modalités de réponses peuvent être différentes, comme la possibilité de visite à domicile. Ce point est pourtant un enjeu véritable pour des personnes en perte d'autonomie physique. Il en va de même dans des situations fréquentes de refus d'aide et de soins au domicile où l'évaluation clinique peut nécessiter le recours à l'expertise psychiatrique (ex : quelle origine a l'altération des capacités décisionnelles ?).

Trop souvent, les crises laissent les proches et les familles dans des situations de souffrance avec un risque majeur d'épuisement ou d'accident.

De leur côté, les EHPAD peuvent aussi être réticents à accueillir des résidents présentant ce type de troubles.

La création de lieux collaboratifs contribue, une fois encore, à faire émerger des projets.

Dans un département francilien, les professionnels ont qualifié ces dysfonctionnements puis ont construit un lien avec les établissements de psychiatrie publique.

Cette dynamique accompagne la désignation en cours, dans chaque Centre Médico-Psychologique du département, d'un binôme référent « personnes âgées ».

Une des missions de ces professionnels de la psychiatrie sera de faire le lien avec les acteurs de ville, en premier lieu les médecins généralistes, et faciliter l'accès à l'expertise psychiatrique.

Quels bénéfices ?

Pour les personnes malades et leurs familles, la rapidité de la réponse et l'analyse médicale pluridisciplinaire (gériatrie, neurologie, psychiatrie...) permettent un diagnostic précis et des réponses thérapeutiques adaptées.

Moins de stress, de tensions, plus de sécurité : autant d'impacts positifs d'une réponse mieux structurée.

Pour les professionnels de ville, l'optique d'avoir un avis psychiatrique est également une sécurité et le gage d'un accompagnement qualitatif.

Le cadre d'exercice des professionnels gagne en confort quand on sort de l'urgence et que les interventions précoces renforcent le sentiment d'agir utilement au bon moment.

Pour le système de santé, ces modalités évoluées d'organisation de territoire présentent de nombreux atouts tels que :

- la diminution du recours potentiellement évitable aux urgences, depuis le domicile ou les EHPAD,
- l'incidence sur des prescriptions inappropriées de psychotropes (qualité du diagnostic, indications, dosage...),
- la diminution des risques associés (chutes et leurs conséquences traumatologiques, psychologiques...),
- la diminution des hospitalisations (psychiatrie, géronto-psychiatrie...),
- l'évolution de l'offre de soins organisée par les autorités concernées, sur la base des constats remontés par les professionnels.

13. Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, Ministère des Solidarités et de la Santé, p. 53.

14. Sur le sujet : « Assurance maladie et perte d'autonomie », contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées, rapport adopté le 23 juin 2011

15. Haute Autorité de Santé, « Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées », octobre 2017. Se reporter à « Prévenir (...) », Haute Autorité de Santé, octobre 2017.

ZOOM sur...

l'instauration d'une concertation pluri professionnelle par la création d'un document unique d'information au domicile des personnes en perte d'autonomie

Émergence du sujet

À partir de points de blocage identifiés lors des passages des personnes âgées fragiles aux urgences, une dynamique a pris corps dans le Loiret entre professionnels du domicile, des services d'urgence et du transport sanitaire, autour d'une procédure partagée et d'un outil d'échange d'information.

La démarche a consisté à faire travailler ensemble ces professionnels de champs divers, travaux qui ont abouti à la mise en place d'un document unique d'informations aux domiciles des personnes accompagnées.

Cinq étapes clés ont été consolidées avec les professionnels :

- Associer les acteurs du transport (Centre 15...)
- Réaliser un état des lieux
- Monter des ateliers participatifs
- Déployer la communication
- Assurer la formation des acteurs

L'outil créé a permis aux différents professionnels intervenant autour d'une situation de se connaître, d'adopter des stratégies communes, d'échanger pour favoriser le maintien à domicile.

Il permet aussi de fluidifier le parcours des personnes hospitalisées aux urgences en mutualisant les informations.

Méthode de travail

Une fois l'état des lieux réalisé et le besoin objectivé, les pilotes ont obtenu une lettre de mission de l'ARS pour poursuivre l'action.

Grâce à la forte adhésion des partenaires, les ateliers participatifs ont permis :

- de créer les conditions du dialogue entre des univers qui communiquent habituellement peu en dehors des situations individuelles : les urgences et le domicile,
- aux pilotes d'identifier et de prendre en considération les risques de résistance ou de blocage,
- de prioriser les axes de travail et les modalités de mise en place et de déploiement des outils,
- d'initier des outils soumis à une réflexion pluri-professionnelle puis à validation,
- de définir la population cible : tous les usagers auprès desquels ces acteurs interviennent,
- d'acter le remplacement des différents outils de liaison par cet unique outil devenu départemental,
- de définir une procédure pour garantir le remplissage par les acteurs du domicile et la circulation du document à destination des cinq services d'urgence du département,
- enfin, pour les partenaires, de valider collégialement les apports de la méthodologie de travail déployée.

FEUILLE D'INFORMATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES A DOMICILE

Accord de la personne : ☐ La personne n'est pas en mesure de donner son accord : ☐



NOM : _____ NOM de naissance : _____ PRENOM : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____ Ville : _____

N° de Sécurité Sociale : _____ Mutuelle : _____

Référent 1 : _____ Téléphone : _____ Lien avec la personne : _____

Référent 2 : _____ Téléphone : _____ Lien avec la personne : _____

Personne de confiance : _____ Téléphone : _____ Lien avec la personne : _____

La personne vit seule : ☐ oui ☐ non ☐ avec personne aidée

Mesure de protection : ☐ non ☐ oui (préciser le nom et n° tel : _____)

Directives anticipées : ☐ oui (préciser où, auprès de qui elles sont consultables : _____) ☐ non

Interventions à domicile	Prénom et NOM	Téléphone / Mail	Précisions complémentaires, degré d'autonomie (GIR) :
Médecin traitant			
Médecin spécialiste			
Infirmiers libéraux			
SSIAD			
SAAD			
Pharmaciens			
CCAS / CUC			
HAD			
Référent CD 45			
Portage de repas			
Téléassistance			
Gestionnaire de cas			
Autre			

Autres informations utiles :

 Si possible, ajouter les copies des dernières ordonnances, courriers médicaux, pièce d'identité et autres documents utiles (carte vitale, carte mutuelle, etc.).

Nom de la structure mettant en place le document :

Identité de la personne renseignant le document et date de mise en place :

Avril 2018

Clefs du domicile

- Personne ayant les clefs (nom et coordonnées téléphoniques) :
- Localisation des clefs :

Le projet final a été validé par les instances de concertation locales (acteurs et institutions) et, suite à sa mise en œuvre, un premier bilan a été présenté à 165 professionnels lors de deux colloques en 2017. Les acteurs intra-hospitaliers (urgences, équipe mobile et services) y ont notamment témoigné de l'importance du document dans le parcours de la personne hospitalisée.

Pour accompagner le déploiement de cet outil, les pilotes MAIA sont intervenus, à la demande, auprès des professionnels des structures pour expliquer la démarche, l'importance du remplissage du document et de son positionnement au domicile. Ils ont également assuré la formation de formateurs relais du SDIS¹⁶ du département, durant les cycles de formation des pompiers professionnels et volontaires en 2018.

Le pilotage général du projet, associant l'ensemble des acteurs, l'ARS et les pilotes MAIA inclut un suivi quantitatif sur la base d'indicateurs précis (nombre de structures engagées, nombre de documents mis en place, actifs, etc.) :

Aujourd'hui, 197 structures d'aide et de soin sont mobilisées sur les 220 du département et 7 000 feuilles déployées, avec un périmètre qui s'ouvre largement au-delà de MAIA sur le champ du handicap. Enfin, la dynamique enclenchée a permis d'initier un autre projet sur le repérage des fragilités chez les personnes accompagnées à domicile.

Lors des ateliers, les sapeurs-pompiers ont témoigné de nombreuses prises en charge à domicile auprès des personnes âgées pour des relevages suite à une chute.

Elles ne nécessitent pas forcément de recourir à l'hôpital mais, ne sachant pas à qui signaler le problème, ces interventions révélatrices d'une fragilité restaient souvent sans relais des acteurs de proximité.

Une réflexion a été initiée par les pilotes MAIA avec les professionnels concernés et une dynamique de travail sur ce point a débuté en septembre 2017.

16. Service Départemental d'Incendie et de Secours

Objectif n° 3

Fluidifier le recours aux droits, aux prestations sociales et aux services



Les situations de vie des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitent des interventions dans différents champs : la santé, les soins d'hygiène, le confort, l'aide dans les actes de la vie quotidienne, l'action sociale...

Allocations pour le logement, remboursement des soins, financement d'aides au domicile, compléments de revenus, etc. : le système de prestations sociales français permet une couverture large des risques sociaux.

À l'instar de l'offre de soins, ce système est aussi complexe et engendre des inégalités dues à une méconnaissance des droits et des critères d'accès, à une complexité administrative, aux délais de traitement, aux difficultés d'estimation du reste à charge ou d'une possible récupération sur succession...
Ce sont autant de freins à l'ouverture des prestations.

Mieux accompagner les situations spécifiques

À ces constats, s'ajoutent dans certains cas :

- l'isolement social,
- l'illettrisme ou une moindre maîtrise de la langue française,
- la dématérialisation des échanges dans un contexte de fracture numérique (notion nouvelle d'illectronisme...),
- la fermeture de points d'accès de proximité qui réduit encore l'accès à l'information et les accompagnements administratifs,
- le refus des aides proposées, lié à un choix personnel, une histoire de vie, aux conséquences d'une maladie neurodégénérative, à un trouble de la personnalité, au déni de la situation, etc.

Processus

Le processus de constructions de réponses en regard de ces différents sujets s'inscrit à nouveau dans la démarche de concertation.

Les travaux menés visent sur les différents territoires à des objectifs récurrents : connaître les aides mobilisables et limiter les mécanismes de non-recours « subi ».

« Le non-recours aux prestations sociales est un facteur de fragilisation des populations les plus modestes. Alors que la part des transferts sociaux (dont les retraites) représente près du tiers du revenu moyen des ménages, ne pas bénéficier en partie ou en totalité des aides sociales légales ou des aides sociales facultatives, vulnérabilise sinon appauvrit de nombreux ménages. Ce « manque à percevoir » les prive plus ou moins durablement de ressources financières. »¹⁷

Ces travaux visent également des objectifs spécifiques :

- travailler l'outillage et la sensibilisation des professionnels face aux diverses situations (refus d'intervention, incompréhension de la langue ou du vocabulaire de l'administration...),
- poursuivre le recensement de l'ensemble des services du secteur social sur des répertoires numériques régionaux (ROR),
- créer des outils de type « guide ou référentiel des droits mobilisables » (une cinquantaine répertoriés),
- aborder avec les autorités compétentes la question de la réduction de certains délais d'instruction, causes fréquentes d'hospitalisations prolongées hors motif médical (ex : temps de traitement d'une demande d'Aide Sociale à l'Hébergement pour un accueil en EHPAD).

17. Rapport « La lutte contre le non-recours au local », Odenore, Pacte, Floralis

Quels bénéfices ?

Pour la personne âgée, grâce à un accompagnement qualitatif par les acteurs du territoire, avoir pu mobiliser les différentes aides au bon moment permet de déployer l'ensemble des services attendus.

D'un point de vue financier, la mise en œuvre des droits permet d'améliorer les ressources et la qualité de vie. L'incidence de ces aides sur la qualité de vie de l'aidant et le risque d'épuisement est une évidence.

Pour les professionnels, le meilleur étayage du maintien au domicile optimise les conditions d'exercice et diminue les expositions aux risques d'accidents et de troubles musculo-

squelettiques (matériel adapté, disponible, renouvelé, etc.).

Le recours effectif permet aussi d'éviter de nombreuses situations d'urgences dites « sociales ».

Améliorer la connaissance de « qui fait quoi ? » en matière de droits sociaux permet aussi de limiter deux risques, celui du « doublon » de dossiers par plusieurs professionnels ou, à l'inverse, la perte de chance induite par une absence d'information et le non-recours à un droit.

Pour le système de santé, l'utilisation optimale des prestations offertes contribue à un meilleur état de santé de la population.

ZOOM sur...

le renforcement du recours à l'accueil de jour comme vecteur de maintien à domicile

Émergence du sujet

Sur le territoire MAIA du pays Salonnais, à la suite d'une expérimentation de la Haute Autorité de Santé (HAS) appelée « Patient traceur en ville », un axe d'amélioration a été identifié concernant la promotion du recours aux accueils de jour.

Un diagnostic local partagé a fait émerger les principales causes de sous-occupation :

1. le manque de lisibilité et de visibilité de l'offre
2. la visée de répit et de maintien à domicile peu connue par les acteurs
3. le manque de partenariat entre les professionnels du domicile et les accueils de jour
4. l'appréhension que peut susciter l'accueil de jour lorsqu'il est implanté dans un EHPAD
5. le sentiment de culpabilité des aidants à l'idée de substituer une aide formelle, extérieure, à l'aide informelle qu'ils assument
6. le reste à charge de l'utilisateur
7. les problématiques de transport

Méthode de travail

Les neuf accueils de jour du territoire ont été réunis pour travailler sur la lisibilité et la visibilité de leur offre.

Le résultat s'est traduit par :

- l'appui sur l'outil régional (ROR) de description et de valorisation de l'offre,
- l'élaboration d'une trame commune de demande de place,
- le lien avec le Pôle Infos seniors (CLIC) pour créer un visuel commun aux accueils de jour et l'organisation d'une campagne de communication vers les professionnels,
- l'intervention des accueils de jour lors de la journée des aidants,
- l'expérimentation d'un carnet de parcours des aidants sur deux communes pour soutenir les familles.

En parallèle, les référents « établissements » de l'ARS ont créé un questionnaire en ligne pour évaluer l'impact du projet sur la qualité de vie des personnes malades.

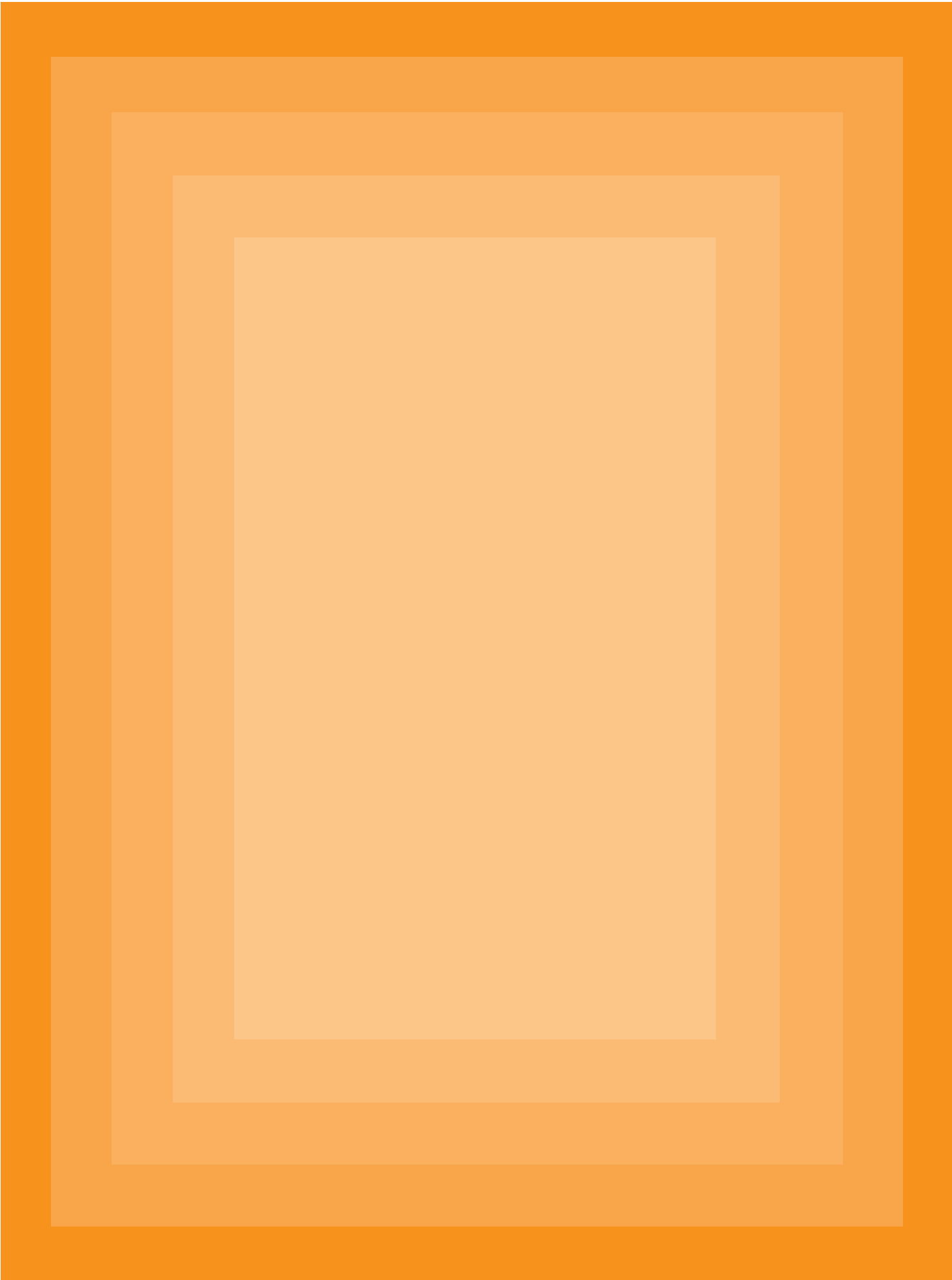
La répartition du nombre de places en fonction des besoins de la population par zone géographique a été discutée et un outil numérique est à l'étude pour faciliter l'accès des professionnels au nombre de places disponibles et aboutir à une fiche d'admission commune.

Dynamique

Sur ce territoire où la construction du guichet intégré était déjà avancée, avec des outils partagés comme le référentiel des missions, ce travail a permis de mesurer le niveau réel d'intégration, en étudiant la manière dont les professionnels se sont emparés de l'outil et s'en servent pour renforcer leur pratique et améliorer le service rendu aux personnes. L'ensemble de ce travail a duré plus de deux ans et a renforcé des liens interindividuels, sans lesquels les procédures de travail seules ne trouvent pas de support.

« Avant la création des MAIA, nous n'avions pas d'espaces où pouvoir nous rencontrer entre partenaires multiples et variés du domicile ou des établissements. Depuis, cette méthode nous a permis (...) d'avoir une meilleure lisibilité sur les dispositifs qui sont proposés aujourd'hui, une meilleure connaissance de l'offre de soins et d'aides que l'on peut apporter au patient. Il y a également eu l'installation du guichet intégré qui a été très bénéfique dans nos pratiques »

Sophie SABIRON
Chef de Service Maintien A Domicile CCAS de Niort



« De nombreuses ruptures de parcours avec un impact socio-sanitaire certain sont dues à des fragilités qui auraient pu être détectées et prises en charge plus précocement.(...) De nombreux signaux peuvent alerter sur un état de santé fragile ou dégradé et permettre d'éviter une dégradation de la santé des personnes.

Or, bon nombre d'entre eux ne sont pas pris en compte ou transmis à la bonne personne au bon moment et ce pour de nombreuses raisons :

- personnes sans contact avec le système de santé voire en rupture de droits sociaux ; ayant des difficultés à s'orienter ou à accéder au bon professionnel,
- mais aussi méconnaissance par les professionnels concernés des signaux à détecter, de l'absence d'identification du bon interlocuteur ou absence de coordination entre les professionnels, en raison d'une prise en charge trop segmentée.

Il en résulte une dégradation évitable de l'état de santé et des inégalités d'autant plus marquées selon que la personne est en capacité ou non de s'orienter dans le système de santé. »

Projet Régional de Santé 2018-2022,
Agence Régionale de Santé Île de France

2. Éviter les ruptures de parcours

Objectif n° 4

Mettre en place une organisation collective des fonctions d'accueil sur le territoire



Le parcours des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs aidants est encore trop souvent déterminé par la « porte d'entrée » dans le système, c'est-à-dire le premier service, établissement, équipe ou professionnel auprès duquel la demande d'aide initiale est formulée.

Par la suite, la multiplication des contacts entre une personne et les professionnels sollicités amène trop souvent des réponses partielles et le sentiment d'être renvoyé d'un service à un autre sans avoir obtenu une réelle prise en compte de l'ensemble des besoins.

Le diagnostic territorial réalisé au démarrage des expérimentations MAIA a mis en lumière une grande hétérogénéité des pratiques d'orientation et de mobilisation de l'offre sur un territoire.

L'enjeu est d'organiser au plus tôt dans l'accompagnement, l'articulation des aides et des soins participant au maintien à domicile.

Cette prise en compte individualisées des besoins participe de la pertinence des orientations et permet d'étayer les situations « fragiles » de personnes résident à leur domicile.

Processus

Déployer la primo-analyse de la demande

Un fonctionnement dit en « guichet intégré¹⁸ » vise à renforcer les compétences et l'outillage de l'ensemble des professionnels et services recensés comme points d'accès à l'information et à l'orientation pour les personnes âgées.

En pratique, quel que soit le professionnel accueillant la demande, cette fonction l'amène à écouter la personne âgée ou son aidant et à approfondir certaines questions afin de mieux mesurer ses besoins.



Développer la culture de l'évaluation multidimensionnelle sur un territoire

Une seule demande peut renvoyer à plusieurs problématiques et apporter une réponse correspondant « strictement » à la première demande émise représente un risque d'orientation partielle au regard des besoins réels.

La demande d'une personne âgée ou de son entourage proche peut correspondre à différents types de déséquilibres ou d'alerte : domaine de la santé, perte d'autonomie, sécurité, environnement familial, social, économique et administratif...).

Ce déséquilibre peut interférer plus largement dans les conditions de vie à domicile s'il n'est pas pris en compte.

Il est donc essentiel d'analyser les différentes dimensions d'une situation et les éventuelles alertes ou zones de risque appelant à une orientation efficace (intervention d'un service, sollicitation d'un professionnel libéral...).

En lien avec les professionnels des territoires MAIA, ont été co-construits des outils simples facilitant une primo-analyse rapide. L'harmonisation de ces outils, en cours dans chaque région, va de plus en plus agir comme un levier : par exemple, en Île-de-France, le FAMO¹⁹ devient un outil majeur d'orientation des personnes âgées pour tous les professionnels de la région.

Dans certains cas, une expertise complémentaire peut être demandée à une équipe de coordination chargée de mettre en place les aides tout en assurant un suivi des préconisations formulées.

Faciliter l'orientation de la personne aidée et la prise en considération des besoins de l'aidant

Les demandes d'information sur les aides et les soins sont fréquemment exprimées par les aidants plutôt que par la personne aidée.

Les professionnels des points d'accueils du territoire, formés à l'analyse multidimensionnelle de la demande, permettent de faciliter l'orientation de l'aidé tout en prenant en compte les besoins de l'aidant.

Au quotidien, la charge²⁰ reposant sur les proches aidants reste imposante et les mécanismes d'épuisement perdurent.

Un repérage précoce des risques d'épuisement des aidants permet une réponse anticipée, essentielle quand on sait qu'une personne épuisée aura beaucoup plus de difficultés à se saisir de propositions d'actions (ex : organisation de solutions de répit).

Depuis une quinzaine d'années, la situation spécifique des proches aidants est mieux prise en considération et fait maintenant partie des plans d'actions mis en place suite aux évaluations réalisées.

Plateforme d'accompagnement et de répit, hébergement temporaire, accueil de jour, accueil de nuit, associations d'aidants, ont été déployés mais peinent encore parfois à atteindre leurs objectifs en termes d'activité (cf. zoom page 15 sur les accueils de jour en pays salonnais).

Structurer le suivi des orientations

La mise en place du service adapté et l'éventuel recours à une expertise sont à construire localement en fonction des ressources. En pratique, cela implique que les services destinataires de la demande « accusent réception » au partenaire orienteur, tels que le prévoient les outils.

L'ensemble du processus d'accompagnement, depuis l'accueil jusqu'aux interventions est ici résumé. Cette logique constructive et opérationnelle de « guichet intégré » est applicable pour d'autres publics et d'autres parcours : situation de handicap, santé mentale, troubles du spectre autistique²¹...

18. La vidéo explicative réalisée par la MAIA du territoire havrais : <https://www.youtube.com/watch?v=8gxvXGjRzP4>

19. Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation

20. Les anglo-saxons utilisent la notion de « burden » : le « fardeau »

21. Des Dispositifs Intégrés Troubles du Spectre Autistique (DI TSA) construits sur le modèle MAIA sont d'ailleurs en cours d'expérimentation dans plusieurs départements.

Quels bénéfices ?

Le fait de déployer des capacités d'analyse et d'évaluation globale des besoins dès le premier contact constitue un vrai levier pour développer des logiques vertueuses, la première d'entre elle étant de pouvoir orienter au mieux la personne et ses proches au plus tôt de son parcours.

Les rapports PRISMA France²² ont fait le bilan des premières expérimentations MAIA et, malgré quelques réserves liées au contexte de l'évaluation, attestent que « l'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation permet de simplifier les parcours des personnes et de réduire sensiblement le nombre de contacts : 1,3 interlocuteur pour trouver des solutions adaptées sur un territoire intégré, contre 3,2 interlocuteurs différents avant le déploiement de l'intégration. »²³

Pour les professionnels, ce travail partenarial renforcé augmente la capacité de réponse au public. L'enjeu pour un territoire est d'être outillé en matière de connaissance de ses ressources, doté d'une politique active de sensibilisation et de formation des professionnels²⁴, plus les réponses apportées aux personnes âgées sont adaptées à leurs besoins.

De plus, les interventions concomitantes des différents champs de compétences potentialisent l'action de chacun : l'action du kinésithérapeute sera d'autant plus efficace que les pieds de la personne âgée ont reçu, si besoin, les soins d'un pédicure-podologue et que son alimentation, impliquant professionnels de l'aide et du soin, aura contribué au maintien de sa force musculaire.

Pour le système de santé, le déploiement de ces logiques de « guichet intégré » c'est-à-dire d'organisation collective et partagée de l'accueil, de l'écoute et de l'orientation est particulièrement vertueux.

Le repérage précoce des risques (chute, dénutrition, isolement, inadaptation croissante du logement, iatrogénie, etc.), la transmission formalisée d'alertes, la réactivité dans la mise en place des interventions, l'étayage des situations les plus fragiles au domicile sont des facteurs d'une mobilisation efficiente des ressources du territoire et de réponses.

De façon évidente, cette capacité d'analyse et d'orientation précoce minore des dépenses conséquentes générées dans des situations de crise (ex : dans un contexte d'épuisement, accident ou maladie de l'aidant obligeant à l'hospitalisation ou à l'entrée en établissement de la personne aidée)... Enfin, les données issues du guichet intégré peuvent participer à l'analyse des besoins non couverts sur un territoire donné, rejoignant ainsi l'objectif de structurer l'observation des réponses et des mécanismes de rupture.

22. Les rapports présentent et analysent l'étude PRISMA (Projet et recherches sur l'intégration des services pour l'autonomie) initiée conjointement par la DGS et la CNSA. Voir : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

23. MAIA, Cahiers pédagogiques de la CNSA, octobre 2014

24. Sur ce point, se reporter à l'objectif n° 9 page 42

25. Centre Communal d'Action Sociale

ZOOM sur...

la mise en œuvre d'une démarche d'accueil et d'orientation harmonisée sur le département de l'Essonne

Émergence du sujet

Les acteurs locaux ont partagé sur ce département (quatre territoires MAIA) un même constat : les lieux d'accueil des personnes âgées sont nombreux mais les réponses apportées dépendent d'une part de la connaissance qu'à l'agent d'accueil des ressources du territoire et d'autre part de sa capacité à analyser la demande.

Quatre types de services se sont particulièrement engagés dans les groupes de travail proposés par les pilotes MAIA : les CLIC, les CCAS²⁵, les réseaux de santé et les services de gestion de cas. Les missions et spécificités de chaque structure ont été rappelées, de manière à optimiser chaque orientation selon les critères d'alerte recueillis. Présenté en réunion de concertation devant un panel représentatif des acteurs du territoire, ce travail a rencontré un intérêt fort qui a justifié d'aller plus loin dans la concrétisation d'une démarche partagée d'accueil et d'orientation.

Méthode de travail

Deux axes interdépendants ont été choisis et développés :

1. Formation des acteurs de terrain à la notion d'accueil et d'orientation

Pendant une journée au sein de différents EHPAD du territoire, pour un groupe pluri-professionnel d'une quinzaine de personnes, le programme animé par les pilotes et les représentants de la concertation était le suivant :

- Présentation de la méthode intégrée MAIA
- Présentation de chaque acteur/service impliqué dans la méthode : missions, modes d'intervention, critères d'éligibilité, etc.
- Étude de cas : en groupe de travail, les participants étaient invités à s'interroger sur la meilleure orientation possible pour des situations : identification des critères d'alerte, priorisation, choix de la ou des réponse(s)...

2. Création d'un outil numérique d'échange d'information

Pour fluidifier les échanges d'information et diminuer le temps de réponse, une plateforme numérique a été développée avec un prestataire privé.

Cette plateforme sécurisée permet, avec son accord, de rentrer les coordonnées d'une personne âgée, d'indiquer des critères d'alerte et de sélectionner une structure parmi le CLIC, le CCAS, le réseau de santé et le service de gestion de cas de la zone de résidence de la personne âgée.

Le service destinataire reçoit une alerte, il étudie la demande et indique sous 48h s'il prend en charge la demande ou s'il réoriente ; l'émetteur de la demande connaît donc rapidement la réponse apportée à la personne suite à son orientation.

L'accès à cette plate-forme se fait par un code, attribué exclusivement aux personnes ayant participé à la formation. Cette décision accompagne la dynamique territoriale d'analyse partagée des demandes des personnes âgées.

« Je pense qu'aujourd'hui on peut parler d'une culture professionnelle commune, avec une visée de territoire. On ne parle plus en termes de structures juxtaposées ayant des spécificités mais plutôt d'une entité à part entière qui va travailler auprès d'un même public. »

**Catherine Donveau,
Chef de Service ATI, territoire Haute Gironde**

Dynamique

L'évaluation de ces formations a montré que la rencontre de professionnels de secteurs différents crée une dynamique partenariale et améliore leurs interactions.

Une montée en compétence sur l'analyse des situations et la capacité à orienter a aussi été observée.

Chaque année, les flux enregistrés sur la plateforme augmentent. Au total, après deux ans et demi de fonctionnement, 20 formations ont été animées, 218 utilisateurs sont enregistrés et 313 formulaires ont été saisis.

La connaissance des missions de chacun et l'usage de l'outil numérique permettent également de sortir du phénomène de relations « personne dépendante », c'est-à-dire que le départ d'un professionnel d'une structure ne modifie pas les relations de l'ensemble de la structure avec le territoire.

LE GUICHET INTÉGRÉ

MAIA Essonne

PRÉSENTATION

Pour utiliser ce portail, vous devez avoir bénéficié d'une formation Guichet Intégré mise en place par les MAIA. Dès lors, vous disposez d'un identifiant et d'un mot de passe vous permettant d'accéder aux formulaires en ligne.

MAIA : Méthode d'Action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

Le MAIA est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins.

L'intégration ne plus rien que la coopération qui repose sur un principe de coordination. L'intégration conduit tous les acteurs à co-construire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et in fine à partager leurs actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite.

C'est la mise en place d'un nouveau modèle d'organisation et la mise en synergie des ressources et acteurs des champs sanitaire, social, et médico-social.

La méthode repose sur trois mécanismes interdépendants :

- La concertation,
- Le guichet intégré,
- La gestion de cas.

Les bénéfices de cette méthode visent :

- La labilité du système d'aide et de soins,
- La simplification et l'optimisation du parcours des personnes âgées,
- Le maintien à domicile des publics concernés aussi longtemps que possible et dans les meilleures conditions.

Quatre MAIA couvrent aujourd'hui l'ensemble du territoire essonnais. Avec la participation concertée des partenaires, les MAIA essonnaises vous proposent ce portail Guichet Intégré.

Ce portail va vous permettre d'orienter des situations, qui ne relèvent pas de votre compétence d'accompagnement aujourd'hui, vers une structure de coordination essonnaise.

CONTACTS LES BUREAUX MAIA DE L'ESSONNE

MAIA Essonne Centre Est Henriette HENRIETTE Tél : 01 81 85 02 50 Email : henriette.henriette@maia-essonne.fr	MAIA Essonne Nord Florence SCHALLER Tél : 01 63 60 44 99 Email : florence.schaller@maia-essonne.fr	MAIA Essonne Nord Est Sarah DUBOIS Tél : 06 49 09 72 48 Email : sarah.dubois@maia-essonne.fr	MAIA Essonne Sud Hélène BENOÎT Tél : 06 99 14 56 79 Email : helene.benoit@maia-essonne.fr
---	---	--	--

Objectif n° 5

Structurer l'observation des réponses et des mécanismes de rupture



La méthode d'action MAIA, novatrice dans sa conception, est construite sur l'articulation entre :

- l'accompagnement de personnes âgées en situation complexe (gestion de cas),
- l'analyse des mécanismes de rupture et des difficultés rencontrées sur leur territoire
- l'animation d'un dialogue avec les effecteurs de soins et les instances décisionnelles ou représentatives en matière de politiques publiques (ARS, Départements, Caisses de retraites, Assurance Maladie, Ordres professionnels, Unions Régionales de Professionnels de Santé, Représentants d'Usagers...).

Dans cette structuration, les pilotes MAIA alimentent un diagnostic territorial destiné à être partagé avec les partenaires et les institutions. Ce travail est un support à la décision politique. Ainsi, dans les Yvelines, les remontées d'information des gestionnaires de cas ont amené l'ARS à financer en 2018 la création d'une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé pour répondre à des besoins objectivés et non couverts.

L'intérêt de la neutralité du pilote

Cette démarche diagnostique se nourrit d'un dialogue constructif associant l'ensemble des acteurs d'un territoire, l'analyse de données démographiques et épidémiologiques ainsi qu'une connaissance fine de l'offre (capacité, fonctionnement, accessibilité financière et géographique, adressage, saturation,...).

La position de neutralité du pilote, indépendant des institutions et des opérateurs, est un facteur facilitant de cette analyse.

Il s'agit donc d'un apport majeur de la démarche de concertation qui associe autour d'un diagnostic partagé les effecteurs de soins et les décideurs en matière de politique publique (autorisation, financement, expérimentation...)

Promouvoir une démarche qualité de territoire

Cette capacité d'analyse positionne le pilote MAIA comme un acteur au service d'une démarche qualité du territoire. Cette culture de la démarche qualité est aujourd'hui intégrée au fonctionnement de nombreux établissements et services (certification, évaluations interne et externe, etc.). Cependant, les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des parcours se trouvent fréquemment dans les intervalles et interactions entre ces structures.

Ainsi, la non-transmission d'une information entre la ville et l'hôpital, une sortie d'établissement insuffisamment préparée, une absence de demande d'aide motivée par l'idée que la tâche à accomplir revient à un autre service, sont autant de révélateurs des progrès à accomplir dans une vision systémique du parcours de l'utilisateur.

Processus

La méthodologie structurant cette observation et le diagnostic territorial qui en découle se nourrissent de la pratique des acteurs et en particulier des gestionnaires de cas.

Il s'agit donc :

- À partir des situations complexes ou marquées par des ruptures, d'impulser une démarche collective d'analyse des dysfonctionnements constatés. Celle-ci peut prendre la forme de groupes de travail locaux ou départementaux, porteurs d'une réflexion collective, lieux de validations de nouveaux outils et vecteurs de diffusion et de promotion de recommandations de bonnes pratiques.
- De développer des outils formalisés de remontées des dysfonctionnements.

Le fait d'associer l'ensemble des acteurs concernés par une problématique, une fragilité voire un risque de rupture appuie de fait une démarche de co-construction des réponses et de coresponsabilité dans leurs mises en œuvre.

Partir de situations concrètes permet d'objectiver les besoins et fait œuvre de pédagogie. Cette méthode de travail permet de lever en partie la résistance naturelle à la critique et au changement : il est en effet rare qu'une rupture de parcours soit mono-factorielle...

Chaque situation ou thématique étudiée permet d'accompagner la montée en compétences d'un territoire où chaque acteur perçoit plus facilement sa place dans un système global d'accompagnement et dans un maillage de réponses interdépendantes.

Quels bénéfices ?

Cette dynamique nouvelle permet, au plus près de la réalité de chacun des territoires d'action, l'évolution d'un système complexe dans une logique « auto-apprenante ». Riche de sa capacité à analyser les dysfonctionnements, les points de rupture et marges d'amélioration, chaque territoire peut s'inscrire dans une démarche d'amélioration des parcours de soins et de vie, donc d'une réponse optimisée pour la population âgée.

De fait, pour la personne âgée, le bénéfice est a priori invisible mais bien réel dans un système capable de corriger ses propres dysfonctionnements ou difficultés (exemples : amélioration du partage d'information entre les différentes structures, meilleure anticipation des sorties d'hospitalisation, ...)

Pour les professionnels, cette perspective de co-construction est comprise et appréciée comme en témoignent la réalité de la mobilisation des acteurs dans les groupes de travail et restitutions diverses.

La méthode MAIA permet ainsi, sous l'impulsion du pilote, de travailler collectivement à une meilleure organisation des réponses aux problématiques quotidiennes.

Pour le système de santé et en particulier pour les principaux décideurs et financeurs (ARS, Départements, Caisses de Retraites, Assurance Maladie,...), cette méthode de travail enrichit progressivement une vision globale, identifie des freins mais aussi des leviers.

L'observation des mécanismes de rupture participe ainsi de la compréhension du chemin à parcourir pour l'organisation effective des parcours de soins attendus dans le contexte de géronto-croissance et de l'augmentation massive du nombre de personnes atteintes par une maladie chronique.

En permettant d'identifier les ajustements nécessaires (offre, financements, traitement des points de blocage...) et de pallier progressivement aux mécanismes de rupture, il s'agit aussi d'éviter la survenue de situations de crise et, plus largement, une utilisation plus efficiente des ressources humaines et financières allouées.

— ZOOM sur...

l'analyse des retards de sortie de Soins de Suite et Réadaptation (SSR)

Émergence du sujet

Dans le cadre de l'actualisation du diagnostic territorial du pays Lauragais en 2015, des entretiens individuels sont menés auprès de l'ensemble des partenaires locaux.

De ces échanges, il apparaît une réponse insuffisante par rapport aux besoins en toilette médicalisée à domicile, ce qui pose des problèmes de gestion de liste d'attente pour les SSIAD²⁶ et retarde les sorties de SSR.

Le diagnostic mené parallèlement sur le territoire voisin identifie la même problématique. Les tables de concertation tactiques des deux territoires choisissent alors d'approfondir ce sujet et d'objectiver le besoin par une analyse des listes d'attente des SSIAD.

Méthode de travail

Durant l'année 2016, les deux pilotes accompagnent les infirmières de SSIAD volontaires à co-construire et mener une étude quantitative, avec l'appui d'une étudiante. Parmi les principaux résultats de cette étude, il apparaît que 62 % des personnes en liste d'attente de SSIAD depuis début 2016 ne semblent pas avoir une prise en charge sanitaire adaptée à leurs besoins.

Cela représente 90 personnes sans prise en charge par un professionnel de santé, ou dont les soins sont assurés par la famille, une auxiliaire de vie voire une aide à domicile (impliquant un glissement des financements depuis l'Assurance Maladie vers le Conseil Départemental au titre de l'APA²⁷ avec un reste à charge fréquent pour les bénéficiaires).

Ces constats ont fait l'objet d'échange et de propositions de réajustement de l'offre de soins dans les instances de concertation MAIA et ont abouti à :

- La mise en œuvre en 2017 par la Délégation Départementale de l'ARS de deux études approfondies sur les coûts infirmiers des SSIAD et les profils de prise en charge, dont les résultats ont été remontés à la CNSA.
- La création de sept places de SSIAD pour augmenter l'offre disponible

À la suite de ce travail, la Table Tactique a décidé de réaliser un focus sur l'analyse des retards de sortie en SSR.

Pour ce faire, 3 établissements SSR du territoire se sont mobilisés sur la co-construction d'une enquête quantitative permettant d'estimer les coûts associés à ces retards.

Au début de l'année 2017, la pilote MAIA a accompagné les services sociaux hospitaliers et les équipes SSR dans cette démarche.

La méthode de recherche a fait l'objet de réajustements et d'une validation à la Table Tactique de mai. Cette étude prospective, menée de juin à la mi-décembre 2017 a identifié 46 patients dont la sortie de SSR a été retardée et dont le coût évitable associé est estimé à 131 807 €.

Parmi les difficultés observées, on repère le manque de fluidité sur les possibilités d'entrée en EHPAD / USLD (44 %), et une offre déficitaire en toilette médicalisée à domicile (33 %).

On observe également que 11 % des patients retournant chez eux et dont la toilette devait être réalisée par un professionnel de santé bénéficient uniquement de l'intervention d'un SAAD²⁸, dans l'attente d'une infirmière libérale (IDEL) ou d'une place de SSIAD disponible.

Face à ces constats, la Table Tactique propose en novembre 2017 une nouvelle augmentation des capacités des SSIAD, une meilleure répartition des places d'aide sociale en EHPAD ainsi que des mesures pour promouvoir davantage l'anticipation des projets de vie des seniors.

En avril 2018, la Délégation Départementale de l'ARS a enrichi la démarche en apportant ses propres données complémentaires aux résultats de l'étude.

Ainsi, une présentation des résultats de l'étude sera proposée lors de la Table Stratégique de novembre 2018, avec les perspectives suivantes :

- L'ARS questionne les possibilités de démarrage d'une expérimentation de dérogation à l'article 51 (comme dans les PAERPA), permettant le financement de journées d'Hébergement Temporaire à des patients en retard de sortie SSR, permettant de désengorger les SSR.
- Une réflexion sera proposée sur les possibilités de réduction des délais d'accès aux droits sociaux et à la protection juridique associant l'Assurance maladie, le Conseil Départemental, ainsi que les services de justice (mesures de protection).
- L'approfondissement de l'étude sur le volet qualitatif, appliquant la démarche « patient traceur » en partenariat avec l'Université de Toulouse. L'idée est de réfléchir avec les acteurs locaux sur des moyens concrets pour fluidifier le parcours en 2019.

26. Service de Soins Infirmiers À Domicile

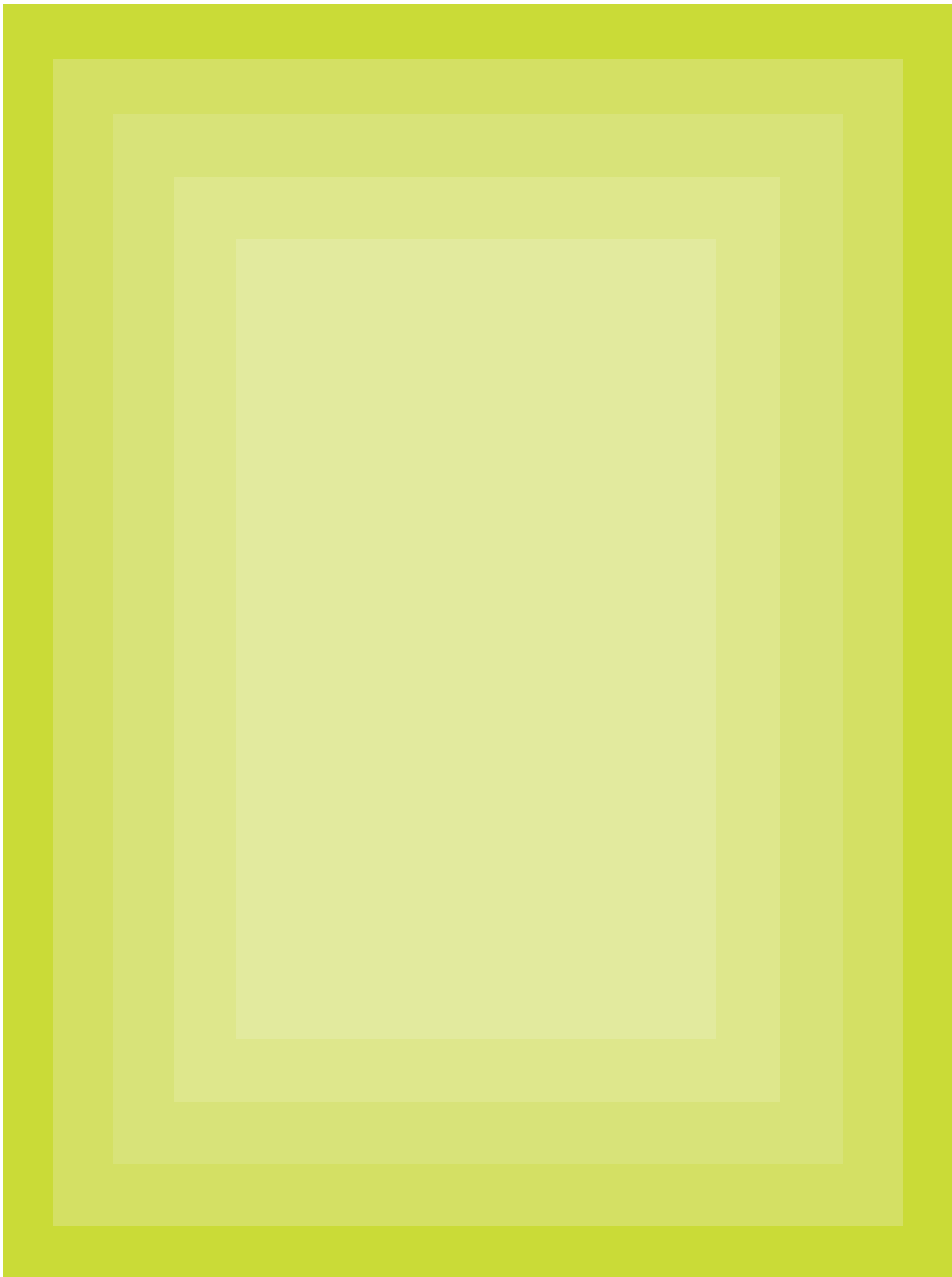
27. Allocation Personnalisée d'Autonomie

28. Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile



« L'augmentation de la demande de soins, l'évolution de sa nature et le développement des possibilités thérapeutiques s'accompagnent d'une fragmentation importante de l'offre de soins. Il en résulte des difficultés d'orientation des patients et de cheminement dans un système de santé avec des trajectoires de patient non-optimales, facteurs de non-qualité et d'inefficience. »

« Rapport d'analyse prospective 2018 : de nouveaux choix pour soigner mieux », Haute Autorité de Santé



« Le terme de complexité est utilisé pour qualifier la situation d'un patient pour lequel la prise de décision clinique et les processus liés aux soins ne peuvent être, ni de routine, ni standards.

Une situation complexe peut être définie comme une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé.

Le patient se trouve exposé à un risque accru d'hospitalisation non-programmée et de ruptures dans son parcours. »

Haute Autorité de Santé, Note méthodologique et de synthèse documentaire
« Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? »
septembre 2014

3. Gérer la complexité

Objectif n° 6

Structurer un accompagnement pluri-professionnel



Un nombre important de situations individuelles met en échec les établissements, les services ou les professionnels de premier recours en raison de leur complexité.

Ce “mot-valise” de complexité peut relever de différentes interprétations mais, de façon générale, celle-ci vient heurter la pratique quotidienne de chaque acteur, de l’effecteur de soins au travailleur social en passant par les concepteurs et promoteurs des politiques publiques dans les administrations centrales.

Les causes fréquemment associées à la complexité peuvent être liées :

- au refus d’une intervention extérieure, notamment chez des personnes présentant une maladie neuro-dégénérative
- à des troubles psychiatriques non pris en compte chez la personne ou son aidant (ex : conjoint dépressif qui fait obstacle aux soins)
- à l’existence d’un conflit familial, entre la personne et sa famille, ou entre les membres de l’entourage de la personne.
- à l’absence de réponse identifiée à des besoins spécifiques...

Nombre de dispositifs de réponse à des situations complexes ont à ce titre été mis en œuvre depuis 20 ans, en particulier dans le champ de la gérontologie.

Le système de santé facteur de complexité

Parmi ceux-ci, les gestionnaires de cas témoignent du fait que la complexité d’une situation n’est souvent pas tant celle induite par une maladie ou un trouble, ni même par un cumul de troubles que celle induite par la complexité propre de l’organisation du système de santé.

Cette complexité vécue par les acteurs du système de santé est aussi générée par la difficulté de notre système de prise en charge à produire une réponse collective et partagée entre l’ensemble des professionnels attendus.

En regard de ce type de situations complexes, et bien qu’il ne soit pas simple à organiser avec des intervenants multiples (salariés, libéraux, aidants familiaux...), seul le travail en équipe peut produire de réelles améliorations.

C’est aussi le sens de l’émergence de la notion d’un « collectif de soins »²⁹ intervenant auprès d’une même personne.

De façon générale, il est essentiel de formaliser des organisations de territoire identifiées et accessibles, l'enjeu étant à chaque fois de réunir les différentes composantes professionnelles pour enrichir l'analyse de chaque situation (par exemple : suspicion de maltraitance, syndrome dit "de Diogène", isolement social, addiction, précarité, poly-pathologies, etc.).

Selon les lieux et les usages, il s'agira de réunions périodiques ou convoquées au cas par cas. Pour être pertinentes, ces réunions impliquent les acteurs de l'accompagnement sanitaire et social mais doivent aussi associer d'autres intervenants du quotidien : mandataires judiciaires, bailleurs sociaux, services à la personne...

Ces réunions pluri-professionnelles permettent d'aborder les situations collégialement, d'élaborer et de valider un plan d'actions.

S'appuyant sur une évaluation multidimensionnelle des besoins étayant une vision globale de la situation, le suivi d'une personne repose ainsi sur la responsabilité collective de l'ensemble des intervenants.

Cette ligne de conduite commune n'est certes pas une garantie de succès mais contribue à la notion éthique et pratique « d'obligation de moyens » à mobiliser en regard des besoins d'une personne.

Cette dynamique collective permet d'aboutir à un plan d'actions où chaque acteur connaît le périmètre de ce qu'il a à faire. La transmission sécurisée de ce plan d'actions permet le suivi de la mise en œuvre effective des décisions prises, accompagné d'un partage structuré des informations sur les événements intercurrents, les avancées, les blocages ou les reculs constatés.

Ce travail collectif de réponse à une situation devenue complexe s'appuie autant que possible sur la volonté de la personne et ses choix de vie. Il permet parfois la remobilisation de la personne et/ou de son environnement, installés dans une forme de résignation, de passivité voire d'abandon au regard des difficultés rencontrées.

Enfin, un apport majeur de la méthode d'action MAIA et de l'intégration, naturellement inscrite dans un temps long, est de permettre, par le repérage précoce des situations à risque et la mise en œuvre de réponses précoces et adaptées, la diminution progressive du nombre de situations dites complexes.

Ce processus est décrit en termes analogues dans le rapport « Zéro sans solution³⁰ » et le secteur du handicap.

Sa conclusion commence ainsi :

Recueillir le consentement de la personne

Dans les faits, sauf cas particuliers (certaines situations ou suspicions de maltraitance, certains troubles psychiatriques...), la personne concernée (ou son représentant) est informée et associée, ce qui permet avec son consentement de partager entre professionnels des informations nominatives. À l'inverse, en l'absence d'accord, l'anonymat total permet aux professionnels d'échanger et de réfléchir collectivement aux pistes d'action.

Processus

En premier lieu, pour toute situation perçue comme complexe, il est nécessaire que les professionnels investis s'attellent à identifier les composantes de la complexité.

Sauf cas particulier, il est essentiel de mettre en œuvre un processus d'écoute de la personne et de ses proches quant à ses besoins, ses demandes, sa compréhension des événements vécus, son projet de vie...

Là encore, la notion de concertation prend tout son sens.

En tenant compte des déclinaisons locales et des instances de coordination déjà existantes (CLIC, réunion de situations complexes portées par un CCAS, etc.), la méthode d'action MAIA contribue à l'utilisation de ces espaces locaux de concertations pluri-professionnelles.

« La seule réponse sérieuse aux situations de vie critiques qui ont justifié ce rapport, c'est de se mettre en mesure de les éviter.

Et on ne pourra sérieusement les éviter qu'à la condition de mettre en place des procédures de travail (fondées sur la formation, la coordination des acteurs, etc.) et des offres de services (modulaires, appuyées sur de l'expertise disponible et mobile, etc.) qui, du même coup, rendront possible une réaction très efficace le jour où, inévitablement, surviendront les quelques événements critiques résiduels.

C'est pour cela que l'objectif du « zéro sans solution » est atteignable.

Et c'est aussi pour cela, parce que la solution est prioritairement organisationnelle, que le fait de s'en saisir ne concernerait pas seulement certaines situations exceptionnelles, mais la grande majorité des situations de handicap et des familles qui y sont confrontées. »

29. « Ma santé 2022 » présentée par le président de la République en septembre 2018

30. « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. Denis Piveteau, Conseil D'État, juin 2014.

Quels bénéfices ?

En regard de situations complexes ou, plus en amont, à risque de le devenir, la mise en place de modalités de concertation pluri professionnelle intégrant les dimensions cliniques, psychologiques, sociales, financières, environnementales présente des bénéfices en premier lieu pour la personne et ses proches.

Cette action concertée permet de mettre en œuvre et d'étayer aussi longtemps que possible un projet de vie s'appuyant le plus souvent sur le maintien à domicile. Ce fonctionnement collégial a un impact évident sur l'épuisement des familles mais également des professionnels, dès lors qu'ils ne sont plus isolés face à des difficultés impossibles à résoudre seul mais qu'ils sont de facto membres d'une équipe de professionnels riche des apports de toutes les compétences et de tous les regards.

Dans une vision plus systémique, cette démarche permet d'éviter les recours inadéquats aux ressources du territoire (multiplication des passages aux urgences, des sollicitations auprès de différents services, orientations inadéquates, errance thérapeutique...) et participe de la pertinence dans l'utilisation des ressources.

« Effectivement, dans les situations complexes, là où la personne a une capacité d'expression fragilisée, l'intervention d'autres professionnels est très précieuse parce qu'elle permet de prendre du recul, de se poser les bonnes questions. Ce dialogue est extrêmement fructueux pour l'intérêt de la personne accompagnée. »

**Olivier Godin,
Mandataire Judiciaire**

ZOOM sur...

l'action du gestionnaire de cas auprès de personnes âgées en situation complexe

Le gestionnaire de cas est un professionnel dont l'intervention est sollicitée par tout acteur du parcours d'une personne âgée. Après analyse de la situation, le service valide le suivi par un gestionnaire de cas ou réoriente la situation vers d'autres partenaires.

Le gestionnaire de cas (ou coordonnateur de parcours) est spécifiquement formé à l'accompagnement des personnes en situation complexe.

Il rencontre la personne accompagnée à son domicile et s'y rend de manière régulière afin de repérer et d'identifier l'ensemble des besoins en matière de santé, d'adaptation du logement, de gestion administrative...

Les gestionnaires de cas assurent un suivi intensif, construisent une relation de confiance et mobilisent les ressources disponibles afin de pallier les déficiences des organisations, « réparer le travail » souvent abîmé par le manque de temps, la course à l'acte rémunéré, les activités non ou mal financées, en particulier le travail invisible du care, inévalué parce qu'inévaluable ».

Son rôle sera alors de planifier, de suivre et de réajuster avec les services adéquats les interventions si cela est nécessaire.

L'intervention d'un gestionnaire de cas s'apprécie au long cours et se poursuit même si la personne est hospitalisée, se rend en accueil de jour...

À travers l'accompagnement de situations individuelles, le gestionnaire de cas repère les ruptures dans le parcours de vie et de santé des personnes âgées. Ces données collectées sont traitées et analysées par le pilote MAIA avec l'ensemble des services du territoire afin de s'organiser pour mieux répondre aux situations des personnes.

En 2018, les gestionnaires de cas suivent environ 25 000 situations individuelles dans toute la France.



ZOOM sur...

une amélioration de l'articulation Ville-Hôpital autour de la préparation de l'entrée en EHPAD

Émergence du sujet

La concertation de territoire MAIA mise en place antérieurement sur le Pays de Lérins a instauré une dynamique de travail où les acteurs se connaissent et s'interpellent mutuellement. Cependant, les professionnels de l'hôpital rapportaient des difficultés à organiser les sorties d'hospitalisation des personnes âgées dépendantes et interrogeaient les démarches entreprises par les travailleurs sociaux de secteur, sous l'angle d'un manque d'anticipation.

Le sujet a été inscrit dans les priorités du territoire, dont la taille permettait de rassembler un nombre pertinent de professionnels.

Méthode de travail

Trois réunions interprofessionnelles ont été nécessaires afin de :

- mettre en lumière les attentes des professionnels sur le sujet d'une part, et les conditions de travail de chaque type de professionnels auprès des personnes âgées d'autre part,
- débattre et échanger sur le sujet général du recueil du projet de vie des personnes, de son respect et de la recherche du consentement,
- approfondir des aspects techniques, comme le circuit d'instruction du dossier d'aide sociale à l'hébergement présenté aux acteurs sanitaires par la responsable du Service Action Sociale du département.

Ce groupe de travail réuni par le pilote a mobilisé dix-neuf professionnels représentant l'ensemble des services impliqués dans l'accompagnement (SAAD, CCAS, CLIC, Médecins et travailleurs sociaux du Centre Hospitalier Local, Médecins coordonnateurs d'EHPAD, Médecin Responsable du Groupe Territorial de Santé, Service de l'Aide Sociale du Conseil Départemental, Assistantes Sociales de SSR et équipe Spécialisée Alzheimer).

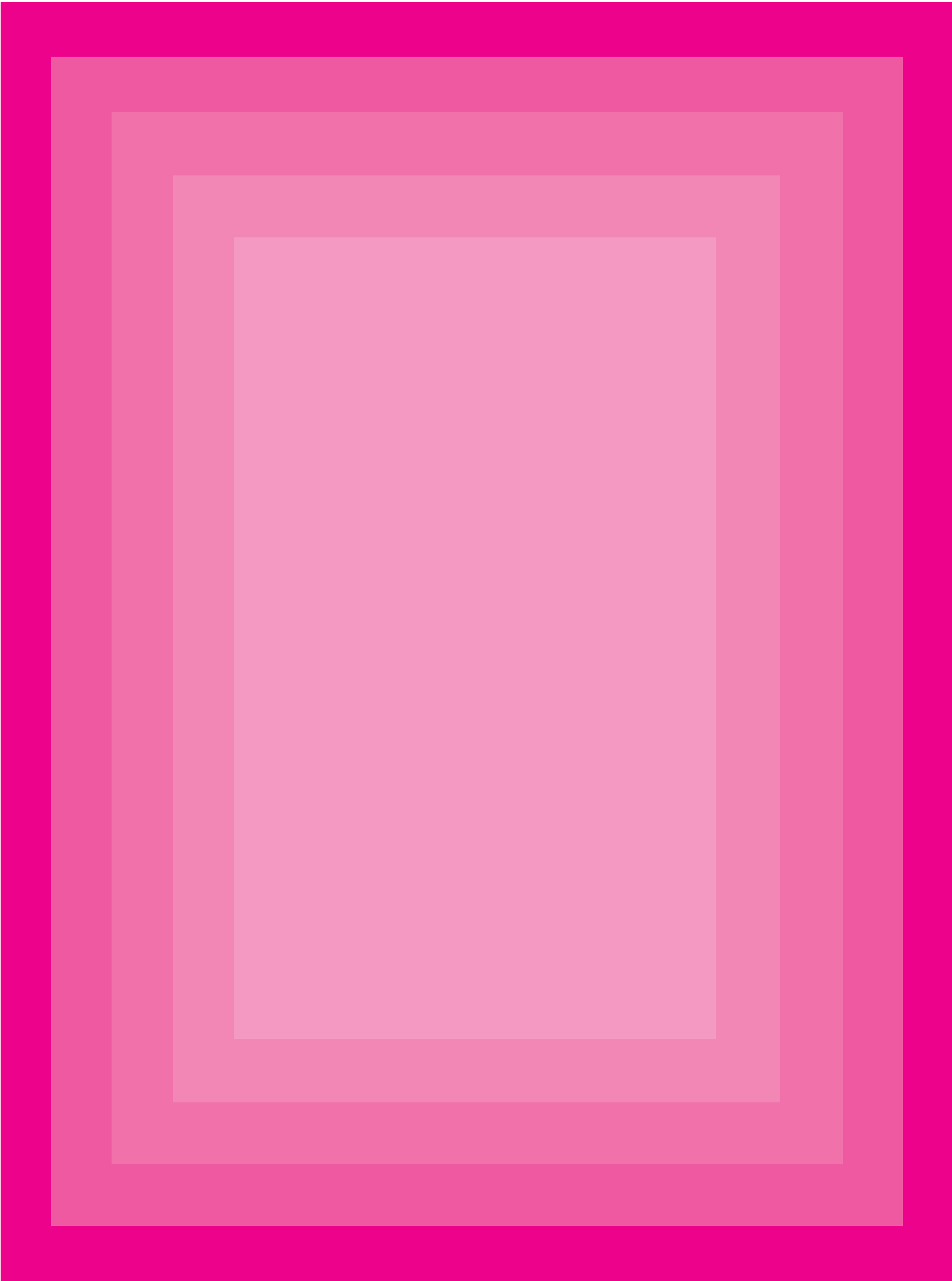
Dynamique

À l'issue de ce premier temps de travail, l'articulation entre acteurs du domicile et secteur hospitalier s'est trouvée améliorée par une meilleure identification des interlocuteurs entre eux et des lieux ressources en matière d'information.

Dans un second temps, un nouvel axe de travail a été retenu pour faciliter l'accès à l'information par les personnes âgées et leur entourage et leur accompagnement par les professionnels.

La stratégie de communication a été repensée et des brochures, inspirées d'outils existants ont été adaptées, testées et diffusées : « Entrée en maison de retraite, ça se décide, ça s'anticipe » et « Entrée en maison de retraite, se renseigner, se préparer ».





« Aujourd’hui un système devenu inadapté [...] qui ne répond pas aux attentes des patients [...] qui nourrit le mécontentement des professionnels de santé [...] qui est marqué par de profondes rigidités organisationnelles [...] qui est confronté à des tensions financières croissantes. »

« Ma Santé 2022, un engagement collectif »,
Ministère des Solidarités et de la Santé, septembre 2018.

4. Transformer le système de santé

Une des priorités affirmée dans la Stratégie Nationale de Santé est de « transformer l'offre de santé des territoires pour répondre aux nouveaux besoins de la population ».

La nécessaire transformation d'un système aussi complexe peut être mise en perspective avec cette réflexion d'Edgar Morin :

« On peut noter la capacité qu'a la complexité de remettre tout en question. Elle est l'entremêlement de plusieurs paramètres qui s'influencent les uns les autres. Or on a souvent isolé des définitions sans les mettre en relation les unes les autres, ce qui a ralenti le processus de compréhension de la complexité des systèmes étudiés. »³¹

Un premier mécanisme de transformation mis en œuvre par la méthode MAIA a déjà été de permettre la rencontre d'acteurs qui travaillaient chacun auprès d'une même personne sans forcément se connaître.

Cette dynamique corrige en partie les effets de formations initiales « en silo » et tous les mécanismes de cloisonnement (concurrence, reconnaissance entre pairs...) qui contribuent à entretenir méconnaissance, incompréhension voire lignes de fracture entre ville et hôpital, salariés et libéraux, aigu et chronique, professionnels et aidants...

Les usagers du système de santé ne doivent plus subir les conséquences de ce cloisonnement.

Le niveau pertinent pour mener à bien ce travail est celui de proximité, l'échelon local, en synergie avec les dynamiques départementale, régionale et nationale.

Une nécessaire appropriation des objectifs et des recommandations

La transformation d'un système s'inscrit dans un temps long de mobilisation des énergies, de définition et d'appropriation d'objectifs communs et de conduite du changement.

Toutefois, les écarts constatés au quotidien soulignent l'enjeu majeur d'une réelle appropriation par les structures et services :

« L'élaboration de recommandations de bonnes pratiques en réponse à un problème de qualité des soins et leur diffusion ne sont cependant pas suffisantes pour obtenir leur application. Ainsi, des études menées sur le sujet, nous informent-elles que le taux de respect des bonnes pratiques professionnelles est de l'ordre de 50 % »³²

Renforcer l'impact des nouvelles technologies

Ce constat montre l'importance du chemin à parcourir collectivement, même si un levier essentiel en faveur de la transformation du système de santé est en cours de déploiement sur les territoires.

Les systèmes d'information partagés, les messageries sécurisées de santé ou certaines applications dédiées vont simplifier l'accès, y compris en mobilité, aux informations nécessaires (concernant le patient mais aussi les recommandations, outils d'évaluation, etc.) et vont progressivement accompagner l'évolution des pratiques.

Toutefois, ce vecteur de transformation n'atteindra son efficacité maximale qu'en complément des dynamiques déjà décrites de co-construction des outils et des réponses, d'anticipation des situations à risque et de la capacité de chaque acteur concerné (professionnel, service, institution...) à analyser de possibles dysfonctionnements et tendre à leur correction.

31. Edgar Morin, Introduction à la pensée complexe, 2004, Ed. Points/ Essais

32. Haute Autorité de Santé, Rapport d'analyse prospective 2018, p. 24

Des incidences financières majeures

Partant du système actuel où, quand les articulations se font mal, des évaluations identiques sont répétées à différents endroits par différents professionnels, des informations se perdent régulièrement entre la ville et l'hôpital. Quand une certaine désorganisation des uns crée l'urgence des autres, les gains organisationnels mais aussi financiers peuvent être majeurs.

« Au niveau financier, le HCAAM³³ constate que si la dépense individuelle moyenne augmente avec l'âge, les causes ne sont pas épidémiologiques mais en lien avec des inadaptations structurelles fortes nécessitant de repenser l'organisation du système. Ces inadéquations dépendent en grande partie des insuffisances de coordination, de travail interdisciplinaire et de transversalité aggravées par des modalités de tarification et/ou d'incitatifs financiers inadaptés. »³⁴

Ainsi, au-delà de la nécessité impérieuse d'améliorer la réponse aux besoins de la population, réussir cette évolution collective des pratiques peut redonner des marges de manœuvre à un système de santé aujourd'hui en crise. Cette capacité à faire évoluer les pratiques et l'organisation de l'offre est un enjeu majeur de la dynamique d'intégration portée par les MAIA. Construit autour du dialogue entre opérateurs et institutions, l'objectif est déjà, au niveau local, de faire évoluer le système pour améliorer la qualité des réponses apportées.

L'importance des indicateurs d'impact de la transformation de l'offre

En lien avec ce travail d'envergure qui doit permettre une évolution réelle des organisations et des pratiques, un travail conséquent est aussi à mettre en œuvre concernant l'évaluation des politiques menées et des dépenses engagées.

Le cloisonnement constaté est aussi fréquemment celui des gouvernances multiples et des nombreuses modalités de financement qui font que chaque acteur peut perdre le sentiment de faire partie d'un tout.

« [...] La place de l'évaluation médico-économique dans les processus de décision est plutôt faible en France. [...] Très peu de travaux d'évaluations portent sur les parcours et sur les organisations de soins. »³⁵

Mieux évaluer l'action menée pourra permettre d'avancer dans la construction de nouveaux modèles de financement des parcours de soins, autre levier de l'intégration et de la responsabilité collective de l'ensemble des acteurs dans l'accompagnement des personnes les plus fragiles.

33. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

34. Agence nationale d'Appui à la Performance, Construire un parcours de santé pour les personnes âgées, 2013

35. M. Jeantet, A. Lopez, « L'évaluation médico-économique en santé » Rapport IGAS, 2014

Objectif n° 7

Réduire effectivement les inégalités sociales et territoriales de santé



Des inégalités flagrantes

Certaines données épidémiologiques, comme l'espérance de vie, restent fortement corrélées à des indicateurs sociaux, économiques et géographiques. Selon le territoire où l'on vit, son niveau de diplôme, les métiers exercés ou encore ses revenus, plusieurs indicateurs connaissent de sérieux écarts.

Prévalence de l'obésité ou du diabète selon les régions, taux d'affections longue durée, différentiel d'espérance de vie (homme/femme, Nord/Sud, Métropole/Outre-mer...) sont autant de données révélatrices des inégalités sociales et territoriales de santé.

Les mécanismes de fabrication de ces inégalités sont multiples, croisant hérédité, expositions professionnelles ou environnementales, habitudes de vie, accessibilité financière et géographique des soins, mais aussi aptitude à prendre soin de soi et à trouver des réponses.

De façon croissante dans le temps, les différents projets régionaux de santé, plans nationaux ou stratégies nationales de santé s'attachent à réduire ces inégalités. À sa mesure, la méthode MAIA participe à cette réponse au plus près du territoire.

Sa contribution à l'amélioration de la capacité de tout professionnel à mieux accueillir, écouter, analyser et orienter en mobilisant, au sein d'un vaste maillage d'acteurs, l'ensemble de l'offre de soins et des droits, permet en effet une réponse réelle à ces inégalités.

Processus

Le modèle émergent d'une réponse collective se construit aujourd'hui dans le champ de la gérontologie en s'appuyant sur une approche multidimensionnelle des situations.

Cette photographie de toutes les facettes de la vie d'un individu peut ainsi être mise en relation avec l'ensemble des réponses pertinentes à lui proposer.

Cette vision d'une prise en charge plus pointue est un levier majeur de réponse au non-accès aux soins ou aux services. Elle affirme aussi que l'un des grands enjeux est bien la compréhension et l'appropriation par les personnes concernées des solutions proposées par les professionnels « experts ». Ainsi, l'éducation, tant pour la santé que thérapeutique, est un levier décisif pour renforcer le « pouvoir d'agir » des personnes.

Quand le réseau des acteurs du repérage des besoins dépasse celui des professionnels de la santé au sens strict et agrège les associations représentatives des usagers, les communes et leurs élus, les bailleurs, les centres sociaux ou encore des associations locales, sa capacité de venir rapidement au soutien de personnes fragilisées est largement augmentée.

Au-delà de cette réponse construite par les professionnels d'un territoire, la capacité pour les décideurs politiques (ARS, Conseils Départementaux, Assurance Maladie, Élus...) de renforcer l'offre sur un secteur géographique vient compléter le panel de réponses possibles.

Quels bénéfices ?

Pour la population concernée, un repérage précoce suivi d'une prise en charge individualisée et globale apporte des améliorations sur la qualité de vie, diminue l'impact de la perte d'autonomie sur les proches et, plus globalement, renforce l'état de santé.

Pour les professionnels, ces conditions d'intervention optimisées limitent la découverte, trop souvent tardive, de personnes dans des situations très dégradées.

En effet, l'impact de ces contextes dramatiques sur le ressenti des professionnels est réel, d'autant plus que l'organisation des réponses à y apporter est plus complexe, chronophage et énergivore, au détriment d'autres actions ou d'autres usagers.

La conjugaison d'éléments de précarité financière, d'un plus faible réseau de ressources mobilisables, de logement inadapté à la situation de vie sont des facteurs d'augmentation des durées de séjours à l'hôpital, immobilisant des lits dans les services de soins, et mobilisant fortement les compétences des travailleurs sociaux.

Quand les conséquences de ces inégalités sont trop lourdes et interdisent un maintien au domicile qualitatif, la réponse devient institutionnelle avec une entrée en EHPAD fréquemment synonyme, du fait des bénéfices de la solidarité nationale, de dépenses accrues pour les autorités de financement de ces établissements.

— ZOOM sur...

la réduction des inégalités par un meilleur accès à l'offre de soins psychiatriques

Émergence du sujet

Dès la mise en place du service de gestion de cas, il est apparu sur un territoire de l'Essonne une carence dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques anciens et se retrouvant en situation de perte d'autonomie.

Ces personnes se rendaient habituellement dans un Centre Médico-Psychologique (CMP). Le jour où elles ne sont plus en capacité de s'y rendre, la prise en charge s'arrête au niveau du suivi et du traitement. Des troubles du comportement peuvent alors resurgir.

Les professionnels de l'aide à domicile sont rarement en capacité de s'adapter à ces troubles. Leur intervention est mise à mal, avec une prise de risque accrue. Pour protéger leurs salariés, les responsables de secteur sont amenés soit à mettre fin aux contrats de prestation, soit à changer le personnel, ce qui accentue les troubles des personnes âgées en grand besoin de stabilité.

La table de concertation tactique a initié une enquête auprès des acteurs du domicile.

L'objectif était de mettre en lumière les stratégies développées face aux personnes présentant des troubles importants et les moyens recherchés par les professionnels.

La restitution de l'enquête a mobilisé l'ensemble du département.

Méthode de travail

Le questionnement porté par les pilotes MAIA a été travaillé au sein d'un groupe réunissant des structures variées et représentatives : SSIAD, SAAD, Accueil de jour, médecins hospitaliers et libéraux, infirmiers, gestionnaires de cas, réseau de santé, association tutélaire, Foyer de Travailleurs Migrants, EHPAD.

Au terme de 10 rencontres menées sur une année, ont été mis en œuvre les actions suivantes :

- Recensement des offres de prise en charge psychiatrique et gériatrique : établissements et missions. Mise à disposition de ce référentiel sur un support internet au même titre que l'offre de soins et de services pour le soutien à domicile.
- Élaboration d'une formation pour les professionnels de l'aide à domicile et leurs responsables de secteur et d'une formation pour les médecins traitants.
- Animation de ces formations par les professionnels de l'Équipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Âgé (EMPSA).
- Conventionnement entre les EHPAD et l'EMPSA avec un double objectif :
 - Renforcer la capacité des équipes des EHPAD à accueillir des personnes souffrant de troubles psychiatriques,
 - Soutenir les équipes par l'intervention de l'EMPSA en temps réel lors de crises.

Dynamique

Le territoire s'est emparé de la question de l'accès aux soins de ces personnes particulièrement fragilisées.

En parallèle, ce travail a permis une rencontre entre professionnels des CMP et membres du groupe de travail. Une réflexion a démarré sur la possibilité, pour le CMP, d'initier des suivis à domicile.

« Notre pays reste marqué par de fortes inégalités sociales et territoriales de santé. Malgré un bon niveau de santé, on constate des écarts selon les territoires et les catégories socioprofessionnelles en termes de risques pour certaines pathologies ou d'espérance de vie en bonne santé. Les inégalités concernent l'exposition aux risques, mais aussi l'accès à l'offre de soins, que celui-ci soit limité par des obstacles financiers ou par l'insuffisance d'offre. »

« Stratégie Nationale de Santé », Ministère des Solidarités et de la Santé, décembre 2017

Objectif n° 8

Faire du système de santé un système citoyen et coresponsable



Dans la transformation attendue du système de santé, la place de l'utilisateur, du patient, du citoyen, est en enjeu majeur. Depuis l'apparition de l'épidémie du SIDA, les habitudes et usages des professionnels de santé ont été largement modifiés par la montée en compétence des patients et associations d'utilisateurs.

Leur représentation est croissante et s'organise dans nombre d'instances (Commission des Utilisateurs, Conseil de la Vie Sociale, etc.), garante de l'écoute et de la prise en considération de la parole de l'utilisateur par les acteurs sanitaires et médico-sociaux.

Dans le champ de la gérontologie, plus de 50 ans après la parution du rapport Laroque³⁶, la place du citoyen âgé reste un sujet à part entière.

En pratique, l'écoute réelle de son projet de vie et sa mise en œuvre au mieux des moyens mobilisables sur le territoire est un fondement de la méthode MAIA et de la philosophie d'action co-portée avec les acteurs du territoire.

Dans ce contexte global, la notion déjà largement promue à l'international de responsabilité populationnelle émerge. Elle est ainsi définie³⁷ :

« La responsabilité populationnelle implique l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné en :

- **rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population ;**
- **assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis ;**
- **agissant en amont, sur les déterminants de la santé. »**

Cette idée de « rendre accessible » rejoint la dynamique portée par les acteurs engagés dans la méthode d'action MAIA, à savoir faciliter l'accès pour l'utilisateur et ses proches, y compris dans des situations complexes, à une réponse individualisée et co-construite aux besoins identifiés.

36. Commission d'études des problèmes de la Vieillesse par le Haut Comité consultatif de la population et de la famille, 1962.

37. « Responsabilité populationnelle au Québec : l'impulsion nationale, le soutien régional, la mise en œuvre locale ». Martine Couture, Présidente-directrice générale de l'Agence de la Santé et des services sociaux du Saguenay-Saint Jean.

Dans le champ de la santé publique, cette dynamique entre en résonance avec la notion anglo-saxonne d'« *empowerment* », initialement retranscrite par les termes « autonomisation » ou « capacitation » et qui aujourd'hui se voit plus justement traduite en « pouvoir d'agir ».

Cette idée de « rendre accessible » rejoint la dynamique portée par les acteurs engagés dans la méthode d'action MAIA, à savoir faciliter l'accès pour l'usager et ses proches, y compris dans des situations complexes, à une réponse individualisée et co-construite aux besoins identifiés. Il s'agit aussi, au delà de la réponse apportée, de défendre la liberté de choix et l'acceptation de la prise de risque.

Processus

Le système ici promu, dont MAIA est parmi d'autres un des leviers, vise à augmenter la capacité d'une personne âgée en perte d'autonomie et de ses proches à mieux appréhender leur situation de santé et de vie, à anticiper les évolutions possibles et à faire leurs propres choix.

Une autre logique, toujours très présente dans la méthode MAIA, est de « retourner » des grilles de lecture qui consistent à « faire rentrer » un bénéficiaire dans l'offre existante et plus rarement à concevoir un plan d'actions à partir de ses besoins. C'est ainsi que le modèle français de l'EHPAD comme réponse préférentielle à la perte d'autonomie avancée est aujourd'hui soumis à un regard critique de la part du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE)³⁸.

Écoute attentive de la demande³⁹, évaluation multidimensionnelle des besoins, incitation des professionnels concernés à « aller vers » l'usager (fonctionnement en Guichet Intégré), démarche proactive de mobilisation des droits nécessaires, prise en considération des ressources, de l'environnement et en particulier de l'aidant, démarche d'amélioration continue construite sur des retours d'expérience et l'analyse des mécanismes de rupture : la méthode MAIA structure avec les acteurs des modalités de mise en œuvre d'un système responsable et citoyen.

Quels bénéfices ?

Quand la réponse globale aux besoins de la personne âgée et de ses proches est optimisée et respectueuse du projet de vie, elle améliore ainsi grandement les possibilités d'un maintien à domicile qualitatif.

Pour les professionnels, cette évolution permet de redonner du sens à l'action et au travail quotidien quand nombre d'acteurs disent souffrir d'une pratique structurée dans une logique d'actes et de production, parfois à l'encontre du sens profond des métiers de la santé et de l'action sociale.

Pour le système de santé, compte-tenu du lien historiquement fort entre la population française et ce système longtemps décrit comme le meilleur du monde, améliorer la réponse apportée au citoyen renforce de fait l'acceptation de la contribution solidaire de chacun à son financement.

38. « Enjeux éthiques du vieillissement, quel sens à la concentration de personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? » CCNE, mai 2018

39. Il est rappelé par la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, que les citoyens doivent s'approprier la décision de leur ultime choix d'un circuit de santé ou d'un autre.

— ZOOM sur...

les conditions de l'articulation entre projet de vie et parcours de santé

Émergence du sujet

Les partenaires de l'accompagnement des personnes âgées sur l'agglomération de Lille se sont emparés de la question de la résolution des dysfonctionnements dans les parcours. En effet, cette question était ressentie de manière particulièrement aiguë dans certaines situations non anticipées, comme l'hospitalisation de l'aidant principal, l'entrée en EHPAD ou la désinsertion sociale.

Les premières rencontres du groupe de travail ont permis d'étayer ainsi la notion de projet de vie : « formulé par la personne dans un climat de confiance » ; « les souhaits de la personne, en termes de loisir, d'entourage, de lieu de vie notamment » ; « dans une continuité avec le passé de la personne, son histoire de vie » ; « Il peut ne pas être partagé avec les professionnels ».

La mise en débat du sujet a abouti à la formulation de trois questions qui interrogent autant la maîtrise par la personne âgée des événements qui la concerne que la posture professionnelle :

- Comment le projet de vie de la personne âgée peut-il permettre une meilleure anticipation et/ou projection des événements, des projets ?
- Comment mieux accompagner les personnes pour que leur projet de vie facilite un parcours de santé continu ?
- Comment les professionnels prennent en considération le projet de vie pour adapter leur approche, leur accompagnement ?

« Ce qui est important, et c'est tout l'intérêt du modèle MAIA, c'est que finalement chaque acteur est une porte d'entrée d'un dispositif coordonné, qu'on dit aujourd'hui intégré. C'est la reconnaissance à chacun de sa place dans le parcours du patient »

**Michel Bey,
Directeur-Adjoint à la Coopération
Territoriale CH de Niort**

Méthode de travail

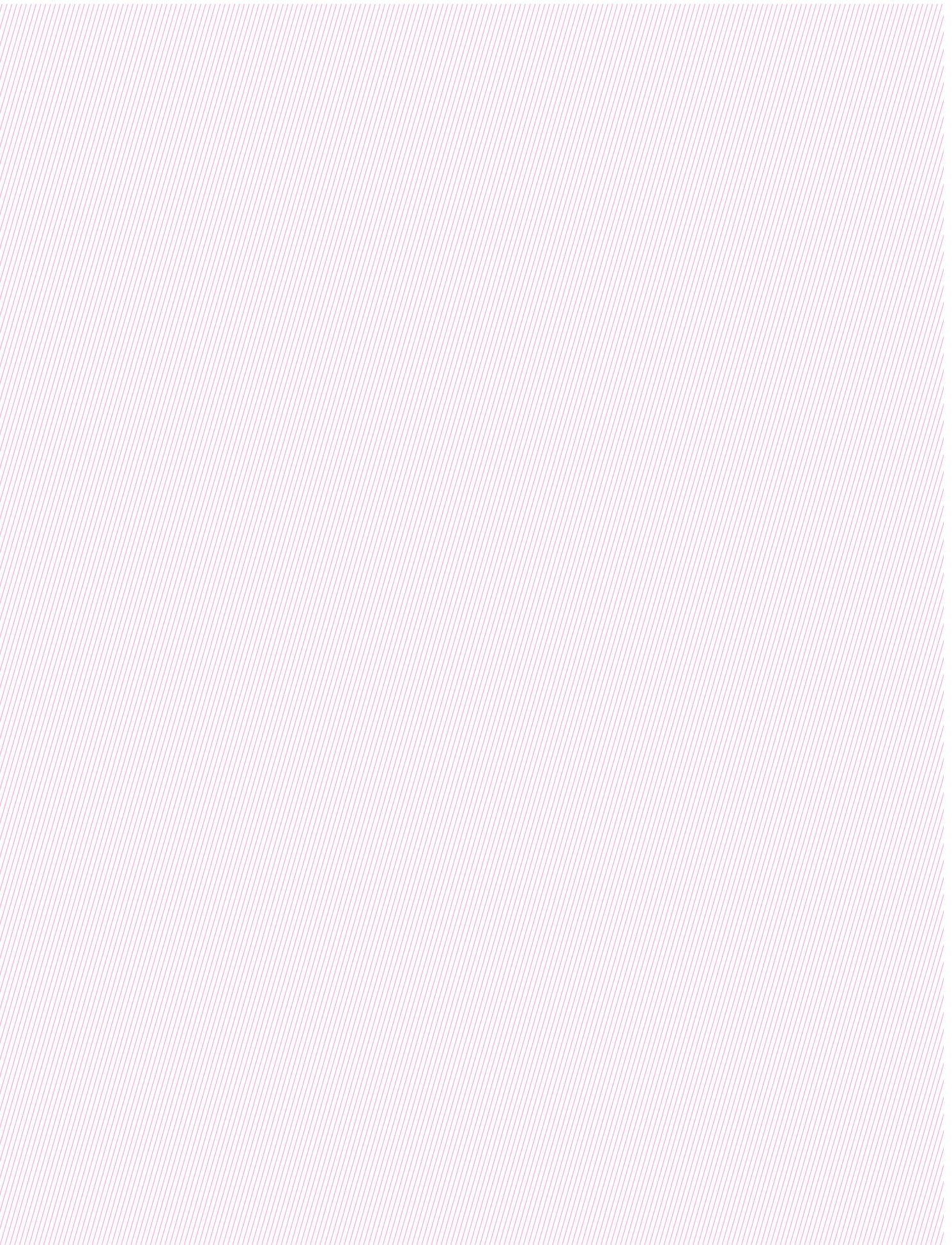
Tout d'abord, l'animation du groupe de travail a été bâtie pour permettre le partage des pratiques professionnelles de chacun concernant le recueil du projet de vie : Qui le recueille ? Comment ? Quelles informations sont importantes ? Quel partage entre professionnels ? Quelle influence sur leur approche ?

Ce premier travail a mis en exergue des disparités de pratiques et un manque de référence pour progresser. Pour agir sur ce constat, le groupe s'est orienté vers la création d'un outil ludique et innovant permettant une approche du projet de vie, laissant la parole libre à la personne pour évoquer si elle le souhaite : son histoire de vie en évoquant ses liens familiaux, amicaux, sociaux ; son passé ; ses habitudes de vie et aussi, ses souhaits, ses envies et besoins pour demain.

Il a fallu définir un cahier des charges pour avancer sur la conception de cet outil : défini comme une aide au cheminement, il a été voulu sans barrière d'âge et adaptable à toute personne, quelle que soit la période de sa vie. Une version test a été mise à l'étude pendant 6 mois, auprès de 83 personnes accompagnées par 19 acteurs. Les résultats du test ont été jugés satisfaisants par le groupe : l'outil a suscité un questionnaire ou un cheminement pour 76 % des accompagnements et 50 % des professionnels ont été amenés à poser de nouvelles questions ou à aborder des sujets non évoqués habituellement.

Dynamique

La table tactique à qui les résultats des travaux ont été présentés a pris la décision de généraliser l'outil et de le diffuser auprès d'autres professionnels par le biais de rencontres de sensibilisation à la démarche ou lors de formation spécifique. Les arguments retenus par l'instance sont l'évolution des pratiques générée par cette dynamique, puisqu'il a été observé une prise de conscience des professionnels sur le fait d'appartenir à un réseau cohérent. Par ailleurs, la personne âgée, au-delà de son statut d'usager, de bénéficiaire, de patient ou de client, est repositionnée comme un adulte ayant des souhaits et des aspirations et pouvant porter des questionnements non exprimés.



Objectif n° 9

Sensibiliser, informer, se former



La transformation du système de santé s'inscrit nécessairement dans un temps long, celui de l'aboutissement d'une conduite au changement à tous ses échelons, de la décision nationale à l'action locale.

Sans surévaluer le chemin parcouru mais sans non plus le minimiser, la méthode MAIA a commencé à travailler à cette évolution.

Celle-ci constitue d'ailleurs une attente forte des acteurs qui partagent fréquemment, en regard de la complexité croissante des accompagnements, la vision d'une nécessaire montée en compétence des territoires, associant pratiques professionnelles et décisions politiques.

Ainsi, la démarche intégrative s'inscrit comme vecteur d'informations et de diffusion de la culture gérontologique et gériatrique.

Processus

Dans le dialogue qui associe acteurs et pilotage du territoire, nombre de demandes de formation ou de sensibilisation ont abouti à des réalisations concrètes telles que des journées d'études, colloques, sessions de sensibilisation, formations, parution de rapports à destination des professionnels.

Sous des formes diverses organisées à l'initiative des pilotes MAIA, ces événements ont souvent été construits en lien avec des facultés de médecine, des instituts de formation (IFSI⁴⁰, IFMK⁴¹...) ou encore le CNFPT⁴².

L'ancrage des pilotes MAIA auprès des professionnels et la capacité de mobilisation rapide sur les sujets structurants a ainsi fait de la méthode MAIA un vecteur de diffusion et d'appropriation de l'évolution, en 2016, du cadre légal du partage d'information entre professionnels et non-professionnels de santé.

Quels bénéfices ?

Pour les professionnels mais aussi pour le système de santé dans son ensemble, ces temps de rencontres, de colloques, de formation participent à une meilleure connaissance des ressources du territoire.

Ces actions offrent également l'opportunité aux professionnels d'approfondir leurs connaissances du public âgé : repérage des signes de fragilité, compréhension de l'organisation des mesures de protection juridique...

L'ensemble de ces actions contribue, *in fine*, à mieux se connaître entre professionnels et faciliter ainsi le parcours de l'usager.

Afin d'illustrer la richesse du contenu proposé, est présentée ici la variété des actions co-construites avec les territoires.

- Connaissance de l'offre « Qui fait quoi pour les personnes âgées ? »
- Outils du guichet intégré
- Système d'information du parcours (Via Trajectoire, etc.)
- Cadre juridique du partage d'informations
- Refus de soins
- Maladies neuro-dégénératives

40. Institut de Formation en Soins Infirmiers

41. Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

42. Centre National de la Fonction Publique Territoriale

43. Agence Nationale d'Évaluation et de qualité des Services et établissements Médico-sociaux

44. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé

- Addictions chez la personne âgée
- Troubles dépressifs
- Éthique de l'intervention à domicile
- Comprendre et adapter son accompagnement face aux comportements psychiatriques
- Sensibilisation des référents Personnes Agées des CMP aux parcours des patients psychiatriques vieillissants et des personnes âgées présentant des troubles psycho-comportementaux

- Accompagner le syndrome de Diogène
- Accompagnement des suspicions ou situations de maltraitance
- Protection juridique des majeurs
- Prise en charge des cancers chez la personne âgée
- Anticipation et organisation de l'entrée en EHPAD

— ZOOM sur...

la formation au repérage de la fragilité

Émergence du sujet

Dès le premier diagnostic engagé au démarrage du projet MAIA sur un territoire de Seine Saint-Denis en septembre 2014, le besoin de développer sur le territoire une culture « gérontologique » commune a été identifié.

Dès lors l'axe « sensibilisation-formation » a été un point récurrent à l'ordre du jour de la concertation tactique au niveau local, et stratégique au niveau départemental.

Le premier thème de formation proposé a été la connaissance de l'offre « Qui fait quoi pour les personnes âgées ? ». En ce sens, quatre sessions de formation des professionnels ont été programmées à l'université Paris 13 puis en collaboration avec le CNFPT et en parallèle sur les communes via des rencontres locales.

Par ailleurs dans le cadre du projet MAIA, le développement d'outils d'aide à l'analyse multidimensionnelle des situations de personnes âgées a nécessité une stratégie de diffusion en vue de leur appropriation par les acteurs auxquels ils sont destinés. L'analyse multidimensionnelle reposant sur l'identification d'alertes, il convenait de faciliter leur repérage et la compréhension de leurs mécanismes d'apparition.

C'est ainsi que la formation « Repér'âge », construite à partir des recommandations de l'Anesm⁴³ portant sur le repérage chez les personnes âgées des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation, a été élaborée.

Méthode de travail

Sa réalisation a été concertée et appuyée par les directeurs des établissements et services du territoire et la démarche encouragée par les membres de la table stratégique.

Elle a permis le renforcement de la collaboration avec les référents de la Filière Gériatrique 93 Sud-Est qui ont pris part à la conception et l'animation de chacun des sept modules suivants :

1. Mauvaise nutrition, dénutrition et déshydratation
2. Chutes
3. Risques liés à la prise des médicaments
4. Souffrance physique
5. Souffrance psychique
6. Troubles du comportement et troubles cognitifs
7. Risque sur la santé des aidants

Le programme de chaque atelier suivait une trame commune et visait à répondre aux enjeux du repérage des risques de fragilité et d'une prise en charge de qualité : Comprendre □ Repérer □ Agir et transmettre

Enfin, une conclusion « pour aller plus loin » indiquait des ressources complémentaires telles que des outils et documents de références issus des travaux de la HAS, de l'ANAP⁴⁴, Mobiquat, etc.

Un lien avec les applications numériques disponibles a également été fait, pour garantir un accès aux outils en mobilité.

Destinée à l'ensemble des professionnels exerçant dans des établissements et services accompagnant des personnes âgées à domicile, la formation a réuni 38 acteurs constituant un groupe de stagiaires hétérogène, venus de 9 des 13 communes du territoire et issus des 3 secteurs sanitaire, social et médico-social.

Dynamique

Encouragée par l'Agence Régionale de Santé et les responsables des établissements du territoire, la conduite de la formation sera engagée dès la fin de l'année 2018.

Pour favoriser une plus grande participation des professionnels de santé libéraux, le programme a été déposé sur le site de l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (DPC), vient d'être validé et y est publié.

Enfin, le territoire voisin, également dans le cadre d'une collaboration étroite entre la MAIA et la filière gériatrique locale vient de voir valider par les acteurs du territoire le déploiement de la formation « Repér'âge » sur les 10 communes du 93 Sud-Ouest.

« Cette démarche de Guichet Intégré s'est inscrite dans un travail de formation auprès des professionnels identifiés du secteur public, privé ou de l'associatif »

Sandrine RUAULT Coordinatrice Maintien à Domicile ESAD-CIASE de l'Estuaire (Haute-Gironde)

Objectif n° 10

Faire de la convergence des dispositifs d'appui un levier fort pour l'évolution des pratiques professionnelles



Initialement inscrite dans la Stratégie Nationale de Santé fin 2017, la convergence des dispositifs vient d'être réaffirmée dans le plan national de santé « Ma santé 2022 » :

« Fusion de l'ensemble des dispositifs de coordination des cas complexes au sein des plateformes territoriales d'appui (PTA) placées au service du réseau territorial de proximité (CPTS⁴⁵ et Hôpitaux de proximité) ».

Cette volonté politique répond aux attentes des professionnels de santé et des représentants des usagers.

Les dispositifs de coordination se sont multipliés au fil des années : réseaux Soubies (1980), CLIC (2001), réseaux de santé (2002), MAIA, Pôles et Maisons de Santé (2008), PAERPA (2013), et aujourd'hui les CPTS et les PTA⁴⁶.

Cette multiplication complexifie la lisibilité de l'offre. De plus, ces dispositifs dépendent de décideurs et de financeurs différents, générant ainsi des attentes divergentes voire des injonctions contraires. Les professionnels et usagers se trouvent en lien avec plusieurs dispositifs, plusieurs interlocuteurs et parfois des réponses différentes face à un même besoin.

Processus

La convergence correspond à l'action d'aboutir au même résultat, de tendre vers un but commun.

La convergence des dispositifs de coordination vise à les rassembler sous une seule entité : la Plateforme Territoriale d'Appui.

Au travers de son numéro unique, la PTA favorise la création d'une porte d'entrée unique et la constitution d'une seule et même équipe de coordinateurs de parcours.

Afin d'assurer ces missions, le développement de la PTA s'accompagne du déploiement d'un Système d'Information Partagé qui permet de favoriser la communication sécurisée entre les professionnels d'un territoire et de renforcer la coordination autour des situations complexes.

Les intervenants ne raisonnent plus à partir des spécificités de chacun des dispositifs mais bien à partir du degré de complexité des situations.

La logique de parcours vient se substituer à la logique de dispositifs

La construction d'un langage commun est un vecteur essentiel de la réussite de cette évolution culturelle.

Le regroupement des dispositifs (CLIC, réseaux de santé, gestion de cas, etc.) permet de faciliter l'organisation des parcours de santé complexes.

Au vu des besoins identifiés, les pratiques professionnelles doivent évoluer. Il apparaît donc nécessaire de co-construire avec les acteurs de la coordination, les outils nécessaires à la conduite des missions de la PTA, au service d'une coordination de territoire et non plus seulement d'une coordination de situations individuelles.

Il peut s'agir à titre d'exemple de partager un langage commun autour de :

- Grilles d'évaluation, d'analyse, de repérage des fragilités ou des risques de rupture ;
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ;
- Systèmes d'information partagés et sécurisés, évitant la perte d'informations, limitant les doublons d'examens et permettant à l'équipe de soins, constituée autour de la personne, une vision globale de la situation et une meilleure compréhension de l'action de chacun.

Au travers des trois missions de la PTA⁴⁷, nous retrouvons les spécificités de chaque dispositif.

Le professionnel n'a plus à se questionner sur les critères de complexité ou la pathologie de la personne pour orienter la situation vers l'interlocuteur adapté.

Il n'est plus nécessaire de déployer une énergie considérable pour communiquer sur les spécificités et les critères d'inclusion de chacun.

Quels bénéfices ?

La place de la méthode dans la convergence

Les pilotes disposent d'une connaissance fine de leur territoire. Les forces, faiblesses et les opportunités, menaces du territoire sont identifiées grâce à un diagnostic partagé. Celui-ci permet de mettre en adéquation les besoins et les dispositifs.

La PTA doit donc être co-construite à partir des spécificités territoriales.

Ainsi, la méthode intégrative doit permettre d'écrire, pour chaque territoire, une feuille de route du changement et un plan d'actions concrètes pour faire évoluer, chaque fois que nécessaire, les pratiques individuelles et/ou les organisations collectives.

Une réflexion émerge ainsi autour de l'évolution de la fonction de pilote MAIA vers celle de « Chef de Projet Territorial de l'Intégration ».

L'intégration menée à l'échelle de chaque territoire permet de fluidifier le parcours des personnes âgées et de limiter les points de rupture.

La polyvalence des PTA, un atout pour étendre la démarche d'intégration à tout public en perte d'autonomie

La méthode doit permettre l'appropriation et l'utilisation des outils par les professionnels du territoire. L'intégration et la culture commune simplifie l'accès à l'information, l'orientation et/ou l'expertise et optimise les parcours de soins et de vie.

La dynamique d'intégration favorise l'intelligence collective nécessaire au déploiement de la PTA, afin de permettre :

- une utilisation optimale des ressources disponibles (moyens humains, expertise clinique, plateau technique, médicaments,...) ;
- une diminution des passages inadéquats dans les services d'urgence et de certaines hospitalisations qui en découlent ;
- une organisation optimale des séjours hospitaliers, y compris pour des séances en ambulatoire, en s'appuyant sur un circuit d'informations ville/hôpital/ville optimisé ;
- une diminution qualitative des durées moyennes de séjours (DMS) avec des retours à domicile mieux anticipés et solidement étayés par l'ensemble des compétences nécessaires ;
- un meilleur recours aux droits sociaux et prestations associées, limitant le reste à charge et/ou le non-recours aux soins ;
- une diminution du nombre de situations complexes induites par la seule difficulté des professionnels et services à mieux travailler ensemble ;
- une limitation des risques d'épuisement des aidants et des professionnels ;
- une anticipation globale des parcours de soins incluant les dimensions de prévention et d'éducation thérapeutique insuffisamment déployées en France.

45. Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

46. Plateforme Territoriale d'Appui

47. Voir illustration ci-dessous. Pour plus de précisions, se référer au décret 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

— ZOOM sur...

une nouvelle organisation territoriale concertée

L'organisation de l'offre de santé publique, au travers du développement de la coordination dans l'amélioration des parcours, implique une évolution des réseaux de santé thématiques développés initialement dans les années 1990/2000.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 accompagne un changement de paradigme dans la fonction des réseaux de santé, valorisant ainsi leurs expertises dans l'accompagnement, la coordination et la démarche parcours, s'agissant de la création de Plateformes Territoriales d'Appui à la coordination.

Sur ce territoire, quatre associations ont travaillé pendant deux ans pour aboutir à une nouvelle structuration de leurs activités et répondre à cet enjeu.

Il s'agit d'associations :

- porteuse d'un réseau de cancérologie
- de soins palliatifs
- de diabétologie
- de coordination gériatrique, porteuse de la MAIA

Dans le cadre de la mise en place de la PTA pour la coordination, les quatre associations ont fusionné, sur la base d'une fusion-création, afin de donner naissance à une nouvelle association qui constitue la structure juridique porteuse de la PTA.

La nouvelle association a pour objet d'améliorer les parcours de santé des usagers, pour une meilleure efficacité du parcours et une meilleure coordination des acteurs et des services.

L'association se donne 3 missions :

- Appui à l'information/l'orientation des professionnels
- Appui à l'organisation des parcours complexes
- Appui aux pratiques et initiatives des professionnels

Pour accomplir ses trois missions, ont donc été regroupées les compétences de l'équipe MAIA et des différentes équipes d'appui avec un enjeu collectif et partagé : l'intégration (interconnaissance, travail collaboratif, maillage, formation des professionnels au repérage, etc.)

On ne parlera donc plus de dispositif PTA, MAIA, 3C, mais bien de missions partagées entre acteurs de la coordination qui forment une plateforme d'appui au service des professionnels

« L'outil PAACO (application dédiée aux acteurs de l'aide et du soin) permet la transmission d'informations détaillées entre professionnels de différentes structures de manière rapide et sécurisée. Il concourt à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients grâce à une meilleure cohésion due à ce partage d'informations. Il permet un gain de temps et évite au patient de devoir répéter les informations données aux premiers professionnels. On peut alors se concentrer sur notre cœur de métier »

**Christine Luro,
Ergothérapeute Équipe Spécialisée Alzheimer
Le Lien (MAIA Gave et Bidouze)**



Conclusion

Confronté à des difficultés majeures altérant la qualité de la réponse fournie aux besoins de santé de la population, présenté comme « inadapté » par les plus hautes instances du pays, la nécessaire transformation du système de santé français fait aujourd'hui consensus.

Cette transformation ressort du niveau national sur les plans législatif, réglementaire, financier mais doit aussi se déployer au plus près des territoires de vie des citoyens et d'action des professionnels.

La Haute Autorité de Santé précise ainsi :

« Une impulsion globale et cohérente en faveur du développement de la coopération et du décloisonnement, allant au-delà d'une « boîte à outils », nécessite donc au niveau territorial un alignement des stratégies des pouvoirs publics qui est concrètement difficile à obtenir. »

La méthode d'action MAIA est une démarche aujourd'hui inscrite en proximité sur les 350 territoires d'action qui couvre la quasi-totalité du pays et des communes françaises.

Cet ouvrage a pour ambition de montrer le chemin parcouru depuis bientôt dix ans grâce à cette méthodologie de travail associant l'ensemble des acteurs contribuant aux réponses apportées aux besoins de la population âgée en perte d'autonomie à domicile, qu'ils s'agissent des effecteurs d'aides et de soins ou des institutions (ARS, Conseils Départementaux, etc.).

L'action menée au quotidien montre sans surprise que la conduite du changement est complexe et appelle à une position d'humilité. Il est en effet difficile d'imaginer qu'en quelques mois ou quelques années, d'autant plus dans une période économiquement contrainte, il serait possible de transformer en profondeur un système aussi complexe que le système de santé français.

La conviction forte portée par les professionnels des MAIA est que la démarche d'intégration constitue une partie de la solution pour modifier effectivement certaines pratiques, potentialiser les compétences et améliorer la qualité de réponses individualisées aux besoins de la population.

C'est en associant en proximité l'ensemble des acteurs que l'on peut comprendre les points d'amélioration à mettre en œuvre au quotidien, diffuser les bonnes pratiques, répondre aux besoins spécifiques de formation...

La position des pilotes MAIA, professionnels neutres et indépendants au service du territoire, contribue également à dépasser des jeux d'acteurs, des postures bloquantes et les effets de concurrence souvent artificiels.

Autorités de tarification et d'autorisation, hôpitaux et cliniques, médecins et professionnels libéraux, services à domicile, travailleurs sociaux, associations d'usagers, bénévoles... : tous ces acteurs sont impliqués et moteurs dans la dynamique portée par les MAIA.

Le déploiement à venir de Systèmes d'Information partagés va favoriser le travail collaboratif de l'ensemble des professionnels intervenant auprès d'une même personne, quels que soit leurs statuts, fonctions, lieux d'exercice...
Néanmoins, ces innovations doivent être comprises comme étant au service de projets collectifs et fédérateurs.

Le travail d'outillage des parcours des personnes âgées en perte d'autonomie est maintenant largement initié sur les territoires et pourra bénéficier au déploiement de ces évolutions technologiques.

La méthode d'action MAIA est aujourd'hui elle-même inscrite dans un cycle de changement avec la convergence annoncée de différents dispositifs d'appui à la coordination, convergence dont la mise en œuvre est à ce jour assez variable selon les territoires.

Elle peut évidemment être améliorée, notamment dans la capacité des territoires et institutions à produire des indicateurs de suivi de son efficacité, mais doit, au vu des progrès qu'elle permet dans ce long processus de transformation du système de santé et de mise en œuvre effective des parcours, être maintenue et soutenue.

La méthode d'action MAIA est transposable pour d'autres parcours et d'autres populations et les professionnels qui la mettent en œuvre, sont convaincus que l'intégration des acteurs est un levier majeur de la qualité de la réponse aux besoins de santé des citoyens.

Synthèse des retours d'expérience

Région Auvergne - Rhône-Alpes

MAIA 01 Est (Ain)

Création d'un calendrier pour le couple aidant / aidé

Conçu comme un compagnon de route, il comporte des informations sur :

- les services, structures locales ;
- les possibilités d'être aidé tant au niveau humain que financier ;
- les activités possibles.

Ce calendrier suggère à l'aidant de penser à lui, à prendre du recul et d'évaluer son niveau de fatigue à travers une échelle de l'humeur.

MAIA de l'Allier (Allier)

Via le Dossier Médical Partagé (DMP), organisation d'un test de partage d'informations sur les conditions de maintien à domicile de patients de SSIAD à destination du Centre Hospitalier.

En anticipation d'une éventuelle hospitalisation en urgence :

- création d'un Dossier Médical Partagé (DMP) pour chaque patient du SSIAD ;
- insertion dans ce DMP d'une synthèse sur les éléments relatifs à leur maintien à domicile ;
- lecture de ces informations par le Centre Hospitalier en cas d'hospitalisation par le service des Urgences afin de leur permettre de connaître la situation au domicile et les intervenants.

MAIA Lyon Sud (Rhône)

Développement d'une Cellule de Coordination gérontologique sur le territoire

Résultats évalués :

- recours aux dispositifs optimisé ;
- prise en charge sanitaire et médico-sociale des situations complexes.

MAIA Roanne (Loire)

Installation sur le territoire de l'expérimentation PAERPA (concerne le parcours des Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie) sur la période 2017-2018

Création d'organisations et de fonctions clés :

- coordination Territoriale d'Appui (CTA) ;
- équipe de sécurisation du domicile ;
- infirmière dédiée à l'accueil aux urgences hospitalières de personnes âgées de plus de 75 ans pour limiter les hospitalisations et assurer le lien avec les EHPAD ;
- assistante sociale en soutien aux EHPAD (aide aux familles pour démarches...) ;
- infirmière spécifique à l'élaboration des plans personnalisés de soins (PPS) PAERPA.

Région Bretagne

MAIA Bretagne

Accompagnement régional des MAIA par un cabinet extérieur, financé par l'ARS.

Accompagnement sur chaque thème (concertation, guichet intégré, gestion de cas)

Proposition d'outils et de protocoles harmonisés à l'échelle de la région.

Analyse de l'hébergement temporaire

Concertation locale visant à identifier et construire des alternatives à l'hébergement temporaire

Création de GWALENN, système d'information (S.I) unique et adapté aux acteurs de la coordination (PTA, MAIA, CLIC, ETC)



SI structurés en 3 briques :

- logiciel métier
- brique d'orientation
- brique parcours

Journées d'informations et de partage (à l'échelle des territoires MAIA)

Thèmes choisis par les acteurs de terrain :

- partage d'information ;
- vulnérabilité ;
- interconnaissance ;
- géronto-psychiatrie.

MAIA COB, Ouest Cornouaille, Pays de Morlaix (Finistère)

Création de sites ressources avec les partenaires du territoire



<http://www.bien-vieillir-ouest-cornouaille.com>

<http://www.bien-vieillir-pays-de-morlaix.fr>

Sites créés avec les partenaires du territoire.

Région Centre - Val-de-Loire

MAIA Est du Loiret

Mise en place d'une « feuille d'informations sur la prise en charge des personnes à domicile » destinée au service d'accueil des urgences

L'une de ces actions consiste à mettre en place le même support comportant des informations sur la situation sociale auprès des personnes en perte d'autonomie : personnes âgées, handicapées, relevant du champ de la psychiatrie. Ce support appelé « feuille jaune » a été élaborée par les acteurs de ville et hospitaliers et associant les acteurs du transport sanitaire : ambulanciers privés, sapeurs-pompiers, centre 15.

Les informations consignées sur ce document permettent aux médecins urgentistes, services sociaux des hôpitaux d'obtenir très rapidement des informations auprès des acteurs ressources de la prise en soins et ainsi de faciliter le retour rapide et concerté à domicile de la personne accueillie aux urgences.

Le « qui fait quoi ? »



Région Grand-Est

MAIA Sélestat-Obernai (Bas-Rhin)

Rédaction d'une charte éthique de l'échange et du partage de l'information

explicitant le cadre légal qui a récemment évolué et les valeurs éthiques qui s'y rattachent.

Ce référentiel de douze fiches, sous la forme d'un nuancier, explique au verso la nature du service, à qui il s'adresse et comment y accéder et indique au verso les numéros de téléphone des structures concernées sur le secteur.

Cet outil a été conçu en appui à la pratique quotidienne des médecins généralistes, dans le but de mieux identifier les services de gériatrie existant en local et d'accéder facilement aux numéros de lignes directes de gériatres hospitaliers.

Région Haut-de-France

MAIA Lille Agglo et Lille Métropole Sud Est (Nord)

Formation des Gestionnaires de cas du Nord

L'ensemble des MAIA du Nord en partenariat avec l'Établissement public de santé mentale des Flandres a construit un programme de formation destiné aux 30 gestionnaires de cas du département.

Mise en ligne du GÉrontoguide (annuaire des ressources, référentiels de missions et boîte à outils)



L'outil « Recueil du projet de vie »

En 2016, afin de favoriser les échanges entre les professionnels et la personne accompagnée, les partenaires ont souhaité travailler sur l'élaboration d'un outil facile à utiliser, ludique, le plus ouvert possible, n'ayant aucune redondance avec d'autres outils. L'outil « Recueil du projet de vie » répond à ces interrogations :

Comment le projet de vie de la personne âgée peut-il permettre une meilleure anticipation et/ou projection des événements, des projets ? Comment mieux accompagner les personnes pour que leur projet de vie facilite un parcours de santé continu ? Comment les professionnels prennent en considération le projet de vie pour adapter leur approche, leur accompagnement ?

Testé pendant 6 mois, auprès de 82 personnes par 19 acteurs, les conclusions sont très favorables.

Depuis septembre 2017, cet outil numérique territorial ergonomique, intuitif, consultable en mobilité (à domicile, au cabinet ou à l'hôpital) et disposant d'une interface dédiée aux professionnels permet l'accès :

- aux numéros de ligne directe, mails directs ;
- à la bonne ressource dès la première recherche.

www.maiametropolelille.fr

Région Île-de-France

MAIA Île-de-France

Dématérialisation du Formulaire d'analyse multidimensionnelle et d'orientation (FAMO), relié à l'annuaire régionale des ressources et accessible sur les Sites Maillage déclinés au niveau départemental



MAIA Essonne

Psycho-gériatrie

- Analyse des circuits d'alerte à partir des remontées d'informations réalisées par les aides à domicile des SAAD.
- État des lieux de l'offre psycho-gériatrique sur le département.
- Recueil des besoins des médecins en matière d'information/formation à partir d'un questionnaire.

MAIA Essonne Centre Est

Appui à l'accompagnement dans l'aménagement du logement

- Création d'une fiche de liaison destinée aux ergothérapeutes en vue de préconisations liées à l'adaptation du logement (2015-2016).
- Élaboration d'une fiche documentaire répertoriant l'ensemble des structures ressources et aides financières au niveau national, départemental, territorial et local.
- Structuration de parcours types permettant de visualiser rapidement les démarches à entreprendre avec la personne en fonction de sa situation, avec/sans expertise – avec/sans financement.

MAIA Essonne Sud

Repérage des fragilités

Expérimentation d'une grille de repérage des fragilités à destination des professionnels exerçant en mairie et des élus, appui aux remontées d'informations.

MAIA Seine-et-Marne Nord

Aide aux aidants non professionnels

- Recensement de l'offre dédiée aux proches aidants.
- Élaboration d'une carte aidant-aidé.
- Création d'un Guide d'information destiné aux aidants, précisant l'offre existante, leurs droits, etc.

Expérimentation d'une grille de repérage de la fragilité/vulnérabilité adossée au formulaire d'analyse multidimensionnelle et d'orientation

Parcours des personnes âgées

- Cartographie des demandes d'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) sur le territoire.
- Mise en place d'une procédure commune optimisant le recours à l'ASH.

MAIA Seine-et-Marne Sud

Transports

Recensement des communes disposant d'un service de transport personnes âgées et référencement de cette offre dans l'annuaire territorial.

MAIA Seine-Saint-Denis

Accès aux droits

- Mise en place d'un groupe de travail pluri professionnel.
- Référencement et description de 50 droits et prestations sociales accessibles pour les personnes âgées.

Cadre juridique de l'échange et du partage d'informations



Tenue d'un groupe de travail associant des professionnels de santé, avocat et juriste sur la période 2015/2017 et aboutissant à :

- la publication d'un guide de 12 pages (300 exemplaires) présentant la redéfinition du périmètre de l'équipe de soins,
- l'organisation d'une journée d'étude en juin 2017, en présence des représentants CD et ARS et rassemblant 300 participants ;
- la réalisation d'une enquête de satisfaction auprès des professionnels utilisateur du guide en vue de sa réédition.

« Connaissance de l'offre : qui fait quoi pour les personnes âgées en Seine-Saint-Denis ? »

Planification en 2018 de plusieurs sessions de formation sur chaque territoire MAIA

Déploiement en 2013 d'un site dédié aux acteurs accompagnant le public âgé

Travail de référencement de l'offre

Présentation cartographiée avec fonctionnalités de recherche

Actualités en ligne

48 000 connexions en 2017 (+120 % par rapport à 2016)

Édition à 1 000 exemplaires d'un atlas



Rédaction, à partir des remontées du terrain, d'un Atlas de 64 pages présentant les ressources sous la forme cartographiée et partageant l'analyse de l'offre, des enjeux actuels et des perspectives (points de vigilance et évolutions).

Information et sensibilisation des mandataires à la protection juridique des majeurs (MJPM)

Organisation, en collaboration avec la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) et la direction autonomie du Conseil départemental d'une journée d'étude en Janvier 2017, qui a réuni 70 participants, dont 35 mandataires judiciaires associatifs et libéraux.

« Offre de services aux personnes âgées : mieux la connaître pour mieux les orienter »

En partenariat avec le Centre national de formation de la fonction publique territoriale (CNFPT), enrichissement de l'offre de formation gérontologique via la tenue d'une journée d'actualité en novembre 2016, réunissant 70 participants.

Plateforme numérique parcours patient dite E-parcours :

Implication des pilotes dans les comités projet, permettant d'organiser la mobilisation des partenaires locaux. Participation à la réponse des territoires aux appels à projet ARS.

Psycho-gériatrie

Sensibilisation des référents « personnes âgées » des Centre Médico-Psychologique (CMP) par les pilotes MAIA en mars 2018 et appui à la construction de parcours pour les patients psychiatriques vieillissants et les personnes âgées présentant des troubles psycho-comportementaux.

Santé mentale

Participation des pilotes au groupe de travail départemental « Personnes Âgées santé mentale » et appui à l'élaboration de colloques dans la thématique répond aux questionnements des professionnels de terrain.

Prise en charge de suspicion ou de situation de maltraitance à domicile

Mise en place par le CD d'un Comité de Projet « Maltraitance » dont les pilotes MAIA du département sont membres permanents. Implication des pilotes dans la rédaction d'un guide à destination des professionnels puis la mise en place de formations dédiées organisées au niveau communal

MAIA Seine-Saint-Denis Nord

Problématique logement et punaises de lit

Recueil des plaquettes existantes, consultation d'experts parasitologue et juridique, tenue d'une demi-journée d'information et de restitution des outils.

MAIA Seine-Saint-Denis Sud-Est

Journée découverte des services d'aide et de soins du territoire

Organisation en 2015, d'une journée au cours de laquelle 40 professionnels du territoire ont présenté leur activité au travers d'ateliers thématiques et de tables rondes. Y ont participé 90 professionnels impliqués ou intéressés par l'accompagnement des personnes âgées.

Un programme de formation a fait suite à cette journée.

Maladie de Parkinson

Tenue d'un groupe de travail aboutissant :

- au recensement cartographié des services et équipes ressources ;
- à la formation des professionnels de la gérontologie à l'accompagnement de personnes atteintes de la maladie de Parkinson en partenariat avec France Parkinson Formation : 4 sessions organisée en 2017-2018 (80 professionnels formés).

Oncogériatrie

- Identification des problématiques.
- Diffusion des « plaquettes » de l'offre en oncogériatrie dans le « Kit du Guichet Intégré ».
- Formation des professionnels de la gérontologie à l'accompagnement de personnes atteintes de cancer : IDEC SSIAD, SAAD, EHPAD en avril 2017 (60 participants).
- Réalisation d'un test d'autoévaluation des connaissances via un quizz en ligne.
- Organisation d'une matinée d'information dédiée à la « Communication entre patient-soignant » avec les équipes d'oncologie et de gériatrie.

Prévention des chutes

- Tenue de 4 groupes de travail sur la thématique aboutissant à :
- l'organisation d'une journée de sensibilisation des « acteurs relais » intra-hospitaliers et extra-hospitaliers en contact avec des personnes âgées vivant à leur domicile ;
 - la communication ciblée sur les ateliers de prévention des caisses de retraite, le développement du sport-santé, les outils Prescri'Forme et clubs labélisés ;
 - la mutualisation des plateaux techniques de SSR en dehors des heures de prise en charge ;
 - la sensibilisation des médecins généralistes du territoire aux prescriptions de « chaussage adapté » remboursable par l'Assurance maladie.

MAIA Seine-Saint-Denis Sud-ouest

Encombrement pathologique (Syndrome de Diogène)

Organisation d'une journée d'actualité en novembre 2017, associant le Dr Monfort, psycho-gériatre référent sur le sujet (80 participants).

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles

Dans le cadre de la filière gériatrique, projet de diffusion des bonnes pratiques en gériatrie/gérontologie sur la base de documents recensés (HAS, ANESM, ARS, SMUF...). Participation du pilote au Comité de Pilotage de la formation portée par la Filière.

MAIA Val de Marne

Maladie d'Alzheimer avant 60 ans

Constitution d'une base de données des ressources accessibles pour ce public.

Élaboration du FAMO départemental et de son guide d'utilisation (décembre 2015)

Journée « Intégrez votre Guichet » organisée en avril 2017

MAIA Val de Marne Sud

Repérage des fragilités

- Définition de référents du repérage de la fragilité sur le territoire.
- Création d'un volet dédié dans le portail MAIA.
- Action sur le contenu des formations professionnelles pour intégrer une partie prévention.

MAIA Val d'Oise

Colloque MAIA réalisé en novembre 2017

Rassemblement départemental pour élargir la communication au-delà des Tables Tactiques et des acteurs en lien avec les Gestion de cas. Présentation de l'avancement départemental de l'intégration et des Systèmes d'Information. Sensibilisation aux évolutions légales du partage d'informations appliquée à la coordination : ouverture par l'ARS et le CD, intervention des pilotes, du GCS eSanté, d'un juriste : 270 personnes participantes.

Construction d'un Plan de formation à la démarche de Guichet Intégré

- Création d'un jeu de plateau pédagogique.
- Rencontres- sensibilisations des CCAS et communautés de communes rurales.
- Rédaction de deux cahiers des charges de formation : repérage des fragilités par les AVS, formation de formateurs relais, formation à l'accueil, l'évaluation et l'orientation à l'aide d'un jeu de plateau (création MAIA).

Diagnostic territorial partagé de l'accueil, l'évaluation, l'orientation et la coordination :

Analyse auprès des CCAS du public accueilli, des demandes, des pratiques professionnelles à partir d'une enquête préparée en groupe de travail pluri professionnel.

Projet déployé un an et demi après une 1^{re} enquête à T0 réalisée vers l'ensemble des acteurs. Choix de cibler pour la 2^e enquête les accueillants de 1^{er} recours.

Édition d'une plaquette MAIA et d'un guide d'utilisation des outils pour accueillir, évaluer et orienter



Plaquette présente et distribuée au Colloque MAIA Val d'Oise de novembre 2017 et un triptyque format A4 guide d'utilisation des outils pour accueillir, évaluer et orienter les personnes âgées et les aidants

Formation à la démarche de Guichet Intégré

Élargissement du travail partenarial au Centre national de formation de la fonction publique territoriale (CNFPT)
Rédaction du cahier des charges d'une formation validée par les différents organismes : objectif rendre pérennes les formations adressées aux professionnels de la fonction publique territoriale

Rédaction et diffusion du guide d'entretien, du FAMO (Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation) avec un schéma de mise en pratique

Plusieurs groupes de travail pour la création des outils. 1 groupe de travail Guichet Intégré expérimental, en 2015 : formation d'accueillants, explication et mise en test des outils. Courant 2016, 2 réseaux, 2 CLIC et tous les services de GC reçoivent le FAMO.

MAIA Val d'Oise Est

Diffusion d'une carte de coordination

600 cartes diffusées, plan de communication par affiches (trame commune départementale)

MAIA Val d'Oise Ouest

Diffusion d'un carnet de liaison Ville-Hôpital

Poursuite de la diffusion des carnets et sensibilisation des professionnels et de la population. Reprise d'une action de communication par affiches (trame commune départementale).

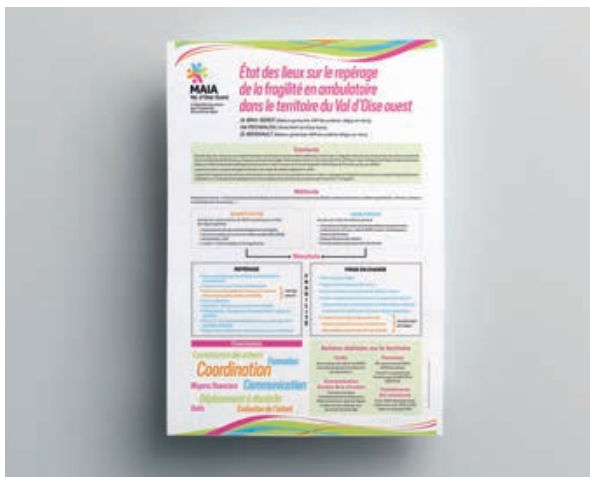
Formation au repérage des fragilités

Mobilisation et partenariat créé avec un organisme local formateur agréé.

Financement obtenu par la conférence des financeurs
Transmission du cahier des charges de la formation à un organisme de formation du Val d'Oise.

Formation de référents-formateurs des SAAD pour repérer la fragilité.

Outil d'appui au Repérage de la fragilité



Suite à l'expérimentation ANAP de 2014, utilisation d'outils créés pour le repérage des fragilités à domicile par les SAAD et l'orientation vers les médecins.

MAIA Val d'Oise Sud

Démarche de patient-traceur sur un segment de parcours de prise en charge en ville avec hospitalisation.

Reconstitution et analyse du parcours de 2 patients traceurs sur un segment de Prise en charge Ville-Hôpital.

Déploiement du système d'information partagé

En réponse à l'appel de l'ARS à déploiement numérique, des acteurs du territoire ont répondu pour participer au déploiement d'une plateforme numérique parcours patient :

Appui à la participation et l'implication des acteurs du territoire de la TCT au développement des dispositifs d'appui numérique à la coordination.

Diffusion d'une carte de coordination



Nouveau départ sur 1 ville, soit 6 000 personnes âgées de plus de 60 ans et 1 hôpital. Enquête de satisfaction identifiant un avis positif des libéraux, l'implication de la ville. En résulte une formation-sensibilisation des agents hospitaliers, un plan de communication avec affiches et articles dans le magazine municipal : objectif, mobiliser la population (trame commune départementale).

Organisation d'un forum MAIA territorial par les acteurs de la table de concertation tactique

Réalisé en novembre 2015.

Objectif : réunir les acteurs du territoire, favoriser l'interconnaissance et la communication. Réalisation de stands par type de structures co-réalisées par les acteurs avec présentation des missions des acteurs.

Une journée avec matinée en plénière avec sujets divers et après-midi échanges sur les stands. 50 professionnels investis dans l'organisation et 250 professionnels présents.

MAIA Yvelines

Réalisation d'un tableau Excel pour compiler les dysfonctionnements repérés au travers des situations accompagnées en gestion de cas ;

agrégation des données pour problématiques globalisées ; retour en table tactique et en table stratégique.

Réalisation des fiches du référentiel des missions

Référentiel des missions



Édition à 2000 exemplaires en septembre 2017 d'un référentiel co-construit avec l'ensemble des acteurs et décrivant les missions et fonctionnement de 37 partenaires classés en cinq catégories :

1. Accompagnement à la vie sociale
2. Aide et soins à domicile
3. Accompagnement de la complexité
4. Prise en charge en établissement de santé
5. Accueil et hébergement des personnes âgées

MAIA Yvelines Centre Est Grand Versailles

Aide aux aidants

- Identification des proches aidants du territoire.
- Recensement de l'offre de service aux proches aidants.
- Appui au redéploiement de la plateforme d'accompagnement et de répit des aidants.

Partage d'informations entre professionnels intervenant au domicile

- Réalisation d'un classeur INFODOM.
- Expérimentation de 30 classeurs au domicile.
- Mise à disposition de l'expérience du groupe au bénéfice du développement de SI gérontologique pour le domicile.

Refus d'aide à domicile



- Flyers
- Affiches
- Courriers d'appui aux opérateurs des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux

MAIA Yvelines Nord

Psycho-gériatrie

Proposition en table stratégique de la mise en place d'une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé sur le nord des Yvelines.



Création d'une fiche questionnaire pour repérer les problématiques de territoire ; Analyse des données par les pilotes ; Extraction des problématiques globalisées ; Retour en instances de concertation tactique et stratégique

Urgences médico-sociales

Création de places en EHPAD destinées à accueillir les urgences médico-sociales des patients qui ne relèveraient pas des urgences mais d'un placement en EHPAD le temps de préparer le retour à domicile.

Région Normandie

MAIA Bocage Ornaïs (Orne)

Projet coordonné de répit et de soutien aux aidants.

Un travail décloisonné des acteurs du territoire a permis une réponse à projet à l'échelle du territoire MAIA avec implication des différents partenaires des champs sanitaire, social et médico-social. La dynamique du projet a permis une coordination de l'offre de répit et une mutualisation des ressources de terrain.

MAIA Orne Est (Orne)

Mise en place d'un classeur de liaison unique à domicile

Fluidifier les transmissions, rendre le patient acteur de sa prise en charge (il s'agit de l'outil du patient et non du service).

Développer les compétences des SAAD en matière de traçabilité et d'hygiène.

Améliorer la prise en charge à domicile et renforcer les liens entre services.

Région Nouvelle-Aquitaine

MAIA Haute Gironde

Le réseau des EHPAD du territoire de la Haute Gironde se coordonne afin de répondre de manière réactive (1) à des situations d'urgence médico-sociale (2) à domicile qui nécessitent un hébergement adapté (3). Cette organisation repose sur les places existantes et disponibles dans les établissements au moment de la demande.

Cette nouvelle organisation territoriale répond aux objectifs suivants :

- inscrire ce mode de coopération dans un processus d'intégration,
- favoriser la continuité et la fluidité du parcours de vie, d'aide et de soins des personnes âgées dépendantes,
- prévenir les hospitalisations « à caractère médico-social ».

MAIA Nord Vienne

Prévention du risque de chute

En vue de prévenir le risque de chute chez la personne âgée et d'améliorer le parcours du patient chuteur, les acteurs du territoire ont construit différentes procédures visant à mieux coordonner l'ensemble des actions présentes sur le département et les professionnels entre eux.

Élaboration de réponses collaboratives et favorisant l'intégration sur le département :

- organisation d'une information automatique et systématique du médecin traitant suite aux appels au centre 15 pour relevage à domicile d'un de leur patient : envoi d'un mail, sur le même format que l'information faite quand il y a un passage aux urgences,
- élaboration d'un protocole sur la conduite à tenir en cas de chute à domicile diffusé aux SSIAD et services d'aide à domicile, accompagné d'un temps d'information/ formation sur les chutes,
- articulation des projets de prévention des chutes portés dans le cadre de la Conférence des Financeurs afin de mailler le territoire,

- recensement des actions existantes en termes de prévention et en aval d'une chute afin de communiquer auprès des professionnels : élaboration d'un référentiel chutes présentant les ressources de prévention et les ressources d'aval sur les chutes / organisation d'une journée de sensibilisation avec l'ensemble des porteurs d'action afin de sensibiliser le grand public,
- organisation d'une évaluation pluri-professionnelle ambulatoire des risques de chute : travail sur la connaissance de chacun des acteurs du domicile pouvant être mises à disposition de l'évaluation des risques de chute et dans l'élaboration d'une évaluation partagée.

MAIA Ouest Haute-Vienne

Proposer des espaces collaboratifs sous forme de mini-conférences, échanges-débats aux professionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires du territoire MAIA.



Le Café MAIA est un espace reconnu des partenaires MAIA Ouest Haute-Vienne dédié à la réflexion et la concertation partagée. Il est une brique au mécanisme de concertation favorisant la mise en place future du Guichet Intégré.

MAIA Bordeaux (Gironde)

Plateforme Autonomie Seniors (dispositif intégré CLIC-MAIA-PAERPA/CTA)



Modèle organisationnel qui répond aux objectifs de chacun des dispositifs

- 1 équipe pluridisciplinaire
- Un numéro unique vert gratuit pour le territoire de Bordeaux pour tous les professionnels du sanitaire, du médico-social et du social et les usagers de plus de 60 ans et leur entourage
- Un site internet : <http://www.autonomieseniors-bordeaux.fr>
- Un système d'information partagé : PAACO (Plateforme Autonomie Seniors)

MAIA Sud 17 (Charente-Maritime)

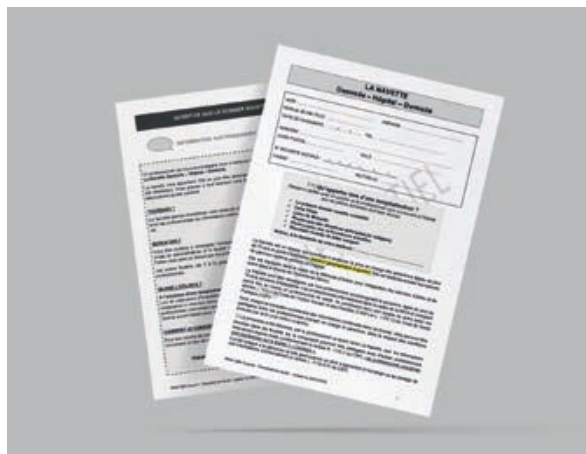
Repérage de la fragilité des personnes âgées lors de leur passage aux Urgences du CH de Jonzac

Anticiper le repérage de situations de fragilité des personnes âgées en Haute-Saintonge afin d'engager des actions préventives plus précoces, notamment la mise en place d'un étayage adapté au domicile.

Région Occitanie

MAIA Centre & Nord Aveyron

« La Navette. Domicile – hôpital – domicile »



Outil visant à faciliter les relations entre professionnels de la ville et de l'hôpital. Il s'agit d'un dossier contenant des informations sur la personne prise en charge, que cette dernière garde à son domicile et apporte avec elle en cas d'hospitalisation. Le résultat attendu est de limiter les ruptures de parcours des personnes âgées de plus de 75 ans en perte d'autonomie, notamment en cas d'hospitalisation.

Il s'agit de faciliter la transmission d'informations relatives à la personne entre les différents professionnels la prenant en charge.

MAIA 65 (Hautes-Pyrénées)

« Comprendre et adapter son accompagnement face aux comportements psychiatriques ».

Formation regroupant 50 professionnels intervenant dans la prise en charge au domicile (GC, professionnels libéraux, SAAD, SSIAD, CLIC, mission Personnes Agées du Département...).

Formation organisée sur 3 jours par un organisme de formation.

Région Paca

MAIA 13 Pays d'Arles (Bouches du Rhône)

Mise en place sur le territoire d'un projet expérimental « carte de liaison » co-construit par les acteurs et validé en Table de Concertation Tactique.

La carte de liaison vise à :

- permettre à la personne d'être actrice de son parcours de santé en lui permettant de conserver ses potentialités : la carte de liaison lui est proposée, remplie avec elle puis confiée afin qu'elle soit accessible avec sa carte Vitale et consultable à tout moment,
- simplifier le retour et favoriser le maintien à domicile dans de bonnes conditions.

MAIA Sud des Alpes de Haute Provence

La communication et l'échange d'informations entre professionnels pour faciliter la coordination des interventions

Dans ce groupe de travail, idée d'une boîte à informations de couleur vive à mettre dans le frigo au domicile de la personne âgée pour être repérée facilement et qui pourrait contenir une fiche d'alerte et de contact. La fiche d'alerte et de contact a déjà été élaborée dans ce groupe de travail.

Repérer les motifs majeurs qui peuvent conduire à des réhospitalisations

Afin de :

- mieux comprendre la problématique des hospitalisations répétées,
- agir sur les réhospitalisations évitables.

Les résultats de cette étude ont été présentés en Table Tactique le 7 décembre 2017. Dans la continuité de cette étude et afin de mener des actions concrètes sur la problématique des hospitalisations répétées, un groupe de travail a été mis en place à partir de janvier 2018.

Ce groupe de travail est en cours actuellement pour réfléchir aux actions possibles sur les réhospitalisations évitables

MAIA Bassin hyérois (Var)

Amélioration et harmonisation départementale des pratiques d'orientation et des outils

Formalisation de procédure et d'outils départementaux pour améliorer l'orientation : fiche départementale d'orientation, guide d'entretien, site internet

Formation des équipes réalisant accueil, information et orientation des personnes âgées

Soutien du développement du ROR et de la messagerie sécurisée

MAIA Hautes-Alpes

Construction d'un outil commun d'orientation (formulaire d'analyse multidimensionnelle)

Ces mêmes professionnels ont ensuite travaillé la mise en œuvre opérationnelle de cette démarche par la construction de journées de formation « Guichet Intégré » dans l'ensemble du département.

Ce sont 148 personnes qui ont été formées représentant 40 structures/services.

Fort de ces journées de formation, ce sont aujourd'hui 40 structures/services dans le département qui se sont échangés environ 900 fiches de liaison unique, permettant la constitution d'une base de données.

La base de données a quant à elle été mise en lumière des dysfonctionnements dans le parcours « PA » qui ont pu être travaillés ensuite avec les acteurs locaux

MAIA Cannes Pays de Lérins (Alpes-Maritimes)

Aide au déploiement de la messagerie sécurisée

Obligation réglementaire de communiquer entre professionnels des informations confidentielles via une messagerie sécurisée. Le pilote MAIA en promeut l'utilisation par tous les partenaires du territoire.

Améliorer la préparation des entrées en EHPAD

Les entrées en EHPAD se font parfois suite à une hospitalisation, en urgence, sans anticipation.

Le groupe de travail constitué a pour objectifs de :

- trouver les leviers permettant de préparer les entrées en EHPAD,
- les mettre en œuvre et les évaluer.

Concertation (table tactique / table stratégique)

Création d'un outil (territorial / départemental ?) de remonté des besoins et dysfonctionnements par les professionnels

Création d'un document informatif sur le partage d'informations entre professionnels

Création d'un site Internet ayant pour objectif de servir d'annuaire partagé du territoire



MAIA, l'intégration des acteurs pour l'autonomie des personnes âgées.



Avec le soutien de la
Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie

