

# Rapport d'étape

Juin à décembre 2011

Alzheimer  
et perte  
d'autonomie

**MAIA**

20 communes  
au nord de la  
Seine Saint Denis

---

*MAIA de Seine Saint Denis nord*

	<b>Date de validation par le Pilote Local</b>	<b>Date de validation par l'ARS</b>
<b>Reporting Financier</b>		
<b>Validation du rapport diagnostic</b>		

Le pilote local a pris ses fonctions le : 1<sup>er</sup> juin 2011

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

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

<b>1. Introduction : Présentation du projet</b>	<b>4</b>
<b>2. Présentation du territoire</b>	<b>5</b>
1. Caractéristiques générales	5
2. La population du territoire	7
3. Les ressources du territoire	9
4. Les prestations disponibles sur le territoire	9
<b>3. L'intégration des services au sein du territoire</b>	<b>10</b>
1. Les structures participant au dispositif	10
2. La concertation au sein du territoire	11
3. Les services participant au guichet intégré	16
4. La gestion de cas	16
5. Le pilote	16
<b>4. Conclusion</b>	<b>17</b>
1. Principaux constats et enseignements	17
2. La dynamique locale autour du projet	17
<b>5. Annexes</b>	
1. Synthèse des actions de communication	
2. Tableau de reporting à l'ARS	
• Fiche indicateurs MAIA	
• Fiche d'identification des MAIA	
• Cantons du site MAIA et codes INSEE	
3. Compte rendu des réunions tactiques et stratégique	
4. Rapport d'étape juin à octobre 2011 validé par la table stratégique	

## 1. INTRODUCTION : PRESENTATION DU PROJET

Par une décision du 6 mai 2011 et suite à l'avis très favorable émis par la commission régionale consultative, l'ARS Ile-de-France a autorisé la mise en œuvre d'une MAIA sur le nord du département de Seine-Saint-Denis.

Le porteur en est le réseau de gérontologie équip'âge, qui a lui-même démarré son activité en février 2011 après plusieurs années d'élaboration par divers partenaires du territoire.

Le réseau est porté juridiquement par l'association de loi 1901 Arc en Ciel, portant déjà le réseau de soins palliatifs Arc en Ciel.

Cette MAIA s'appuie ainsi sur un réseau de partenaires locaux variés qui ont soutenu la candidature du réseau, notamment des établissements hospitaliers, tant en gériatrie qu'en psychiatrie, des cliniques privées, des HAD, des CLIC, des réseaux de santé, des associations de professionnels de santé de ville, un service de SSIAD et de maintien à domicile, un EHPAD, l'association France Alzheimer...

Au total, 25 partenaires ont signé la lettre d'engagement :

*Centre Hospitalier de Saint-Denis, Hôpital René Muret à Sevran, Service de médecine gériatrique, Hôpital René Muret, Service de médecine gériatrique, Hôpital Avicenne à Bobigny, Service de neurologie, Hôpital Avicenne, Centre hospitalier Robert Ballanger à Aulnay sous Bois, Fondation Hospitalière Sainte Marie, EHPAD Saint Vincent de Paul à Stains, France Alzheimer 93, CLIC et ville d'Aulnay sous Bois, CLIC et ville d'Aubervilliers, CLIC de Saint Ouen/Clichy, CLIC de Saint Denis, Association des professionnels de santé de Stains, Association des professionnels de santé réseau ville hôpital 93 centre, Réseau de soins palliatifs Arc en Ciel, Réseau mémoire Alois, HAD Santé Service, HAD Fondation Croix Saint Simon, Clinique Sainte Marie à Villepinte, Clinique de l'Estrée à Stains, EPS Ville Evrard, CMS Sevran, Comité Départemental d'Education pour la Santé 93, L'Université Paris XIII – département de Santé Publique*

L'ensemble des partenaires rencontrés dans le cadre de la mise en place de la concertation partage le constat d'un manque de lisibilité de l'offre existante et la nécessité d'une meilleure organisation globale.

La MAIA est pilotée depuis le 1<sup>er</sup> juin 2011 par une pilote issue d'une structure locale, et dont le CV a été validé par l'ARS Ile de France et le Conseil Général de Seine Saint Denis.

### 3. PRESENTATION DU TERRITOIRE

#### 2.1. Caractéristiques générales



Le territoire de la MAIA est celui de son porteur le réseau gérontologique équip'âge qui lui-même, a adopté le même territoire que le réseau de soins palliatifs Arc en Ciel, installé depuis 2002.

Ce territoire de **142,8 km<sup>2</sup>** se compose administrativement de **23 cantons**, soit 20 communes au nord de la Seine Saint Denis :

- 3 communes de plus de 70 000 ans : Aubervilliers, Aulnay-sous-Bois, Saint-Denis
- 8 communes de 40 à 70 000 habitants : Saint-Ouen, Bobigny, Sevrans, Le Blanc-Mesnil, Epinay-sur-Seine, Bondy, Pantin, Drancy
- 4 communes de 30 à 40 000 habitants : Stains, Tremblay, Villepinte, La Courneuve
- 4 communes de 10 à 30 000 habitants : Dugny, Villetaneuse, Le Bourget, Pierrefitte-sur-Seine
- 1 commune de moins de 10 000 habitants : L'Île-Saint-Denis

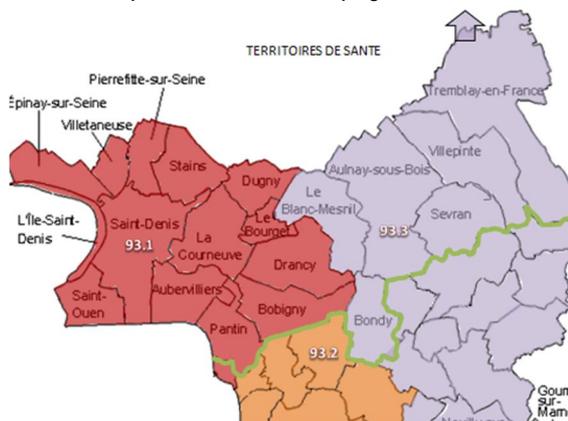
Eu égard aux 40 communes du département de Seine-Saint-Denis, le territoire MAIA couvre davantage des communes de taille importante.

Le taux d'urbanisation est de 100%.  
La densité de population sur le territoire MAIA est de 7176 habitants par km<sup>2</sup>, supérieure à celle du Département (6360 habitants par km<sup>2</sup>) ou de la région (966 hba/km<sup>2</sup>).

#### Autres territorialités locales

##### ■ Territoire de Santé ARS

Le territoire retenu est le département.  
Le SROS III présentait le découpage suivant :

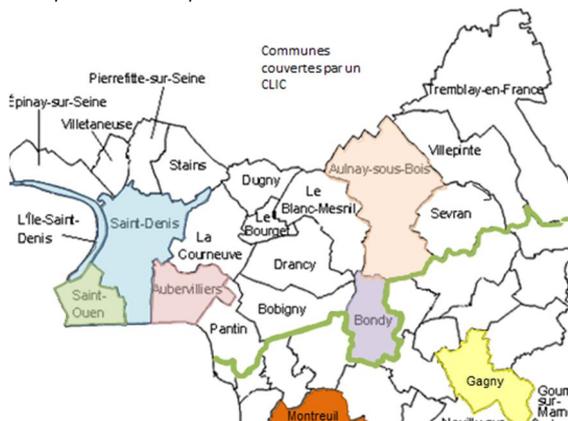


##### ■ Bassins Gérontologiques du Conseil Général

La réflexion a été menée dans le courant de l'année 2011, et sera finalisée en 2012.

##### ■ Communes couvertes par un CLIC

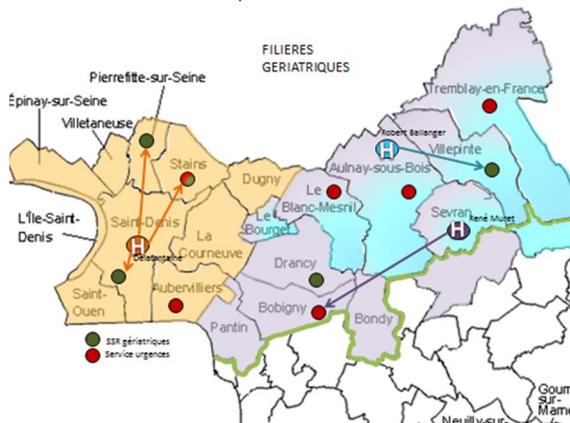
Le département compte 7 CLIC couvrant 8 communes



La partie nord du département couverte par la MAIA concentre la majorité de ces CLIC.

### Filières gériatriques

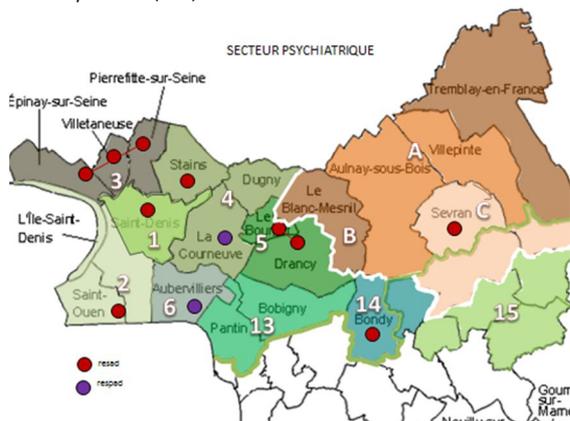
Deux des trois hôpitaux figurés « H » sur la carte portent des filières gériatriques labellisées (orange et violet). Certaines communes sont couvertes par deux filières.



Une seule commune de chaque filière à l'est (bleu et violet) n'est pas couverte par le territoire MAIA

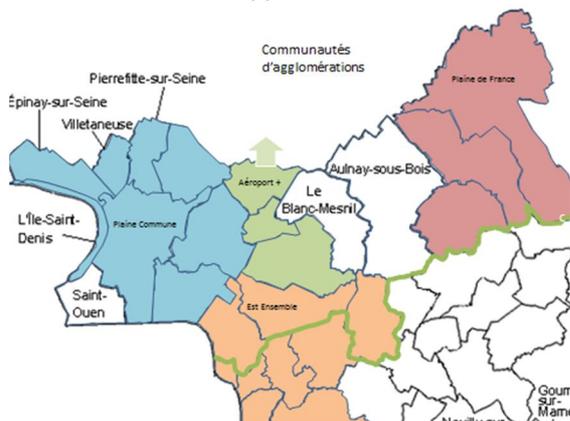
### Secteurs psychiatriques

Le département est couvert par deux hôpitaux psychiatriques, l'un avec une répartition en 3 secteurs classés alphabétiquement (marron), l'autre avec une répartition en 18 secteurs classés numériquement (vert)



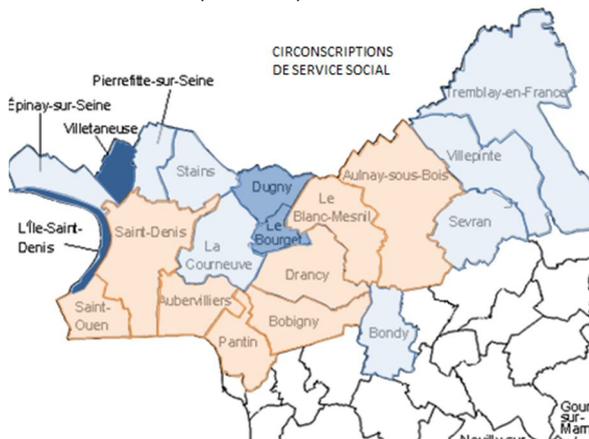
Le secteur 14 est coupé en deux par le territoire MAIA et le secteur C ne compte qu'une seule commune sur le territoire MAIA

### Communautés d'agglomération



### Circonscription de service social

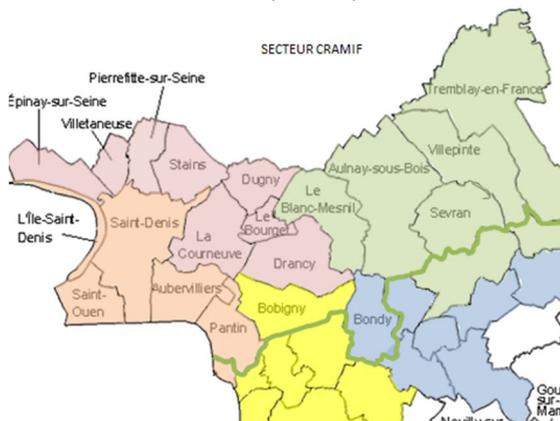
En rose, les circonscriptions conventionnées avec la commune  
En bleu, les circonscriptions départementales, avec en couleur foncée les circonscriptions comprenant chacune 2 communes.



Pas de circonscriptions divisées ; les communes portant leur propre service social sont majoritairement sur le territoire MAIA (7/8)

### Service social CRAMIF

Chacun des 5 secteurs est représenté par une couleur différente.



Le territoire MAIA comporte au moins une commune de chacun des 5 secteurs CRAMIF.

Un seul secteur est couvert complètement par le territoire MAIA (rose). Pour 2 d'entre eux, ils sont majoritairement sur le territoire MAIA (orange 5/6 et vert 5/7).

Pour deux autres, seule 1 commune fait partie du territoire MAIA.

## 2.2. La population du territoire

### ■ Une population relativement jeune...

Le territoire de la MAIA concentre 60% de l'ensemble de la population totale du Département et 58% des 60 ans et plus.

	Territoire MAIA	Département de Seine Saint-Denis	France métro
Population totale au 1/1/2007	895 574	1 502 342	
Population 60 ans et plus	125 725	217 965	
Part des > 60 ans dans la population	14,0%	14,5%	
Population 75 ans et plus	41 763		
Part des > 75ans dans la population	4,7 %	5,2%	8,8%
Indice de vieillissement		37,0	67,9

Source : Données INSEE, recensement 2008  
<http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=statistiques-locales.htm>

La population de la Seine Saint-Denis est en moyenne plus jeune que la moyenne nationale, celle du territoire MAIA est légèrement plus jeune encore.

### ■ ... qui vieillit de façon rapide

Selon le schéma gérontologique pour la Seine Saint Denis 2008-2012, l'augmentation de la population âgée de plus de 60 ans serait de 20% entre 2004 et 2015, et de 30% entre 2004 et 2030.

La croissance de la population des 75 ans et plus est estimée à +15 % entre 2004 - 2015, à +54% entre 2004 - 2030.

Celle des 85 ans est de +47% entre 2004 - 2015, +84% entre 2004 - 2030.

### ■ ...dans un contexte socioéconomique dégradé

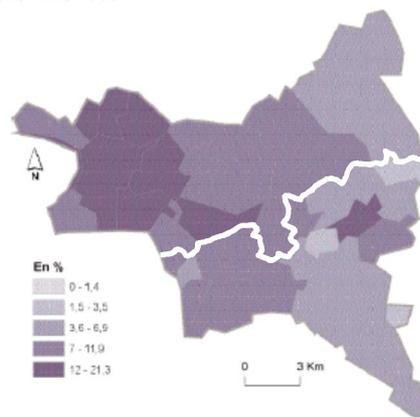
Dans son diagnostic sur les inégalités sociales et territoriales de santé en 2011, l'ARS Ile-de-France pointe les spécificités de la Seine-Saint-Denis à divers niveaux.

Ces caractéristiques se concentrent principalement sur le nord-est du département, territoire couvert par la MAIA.

La Seine Saint-Denis est le Département avec le plus fort taux de pauvreté de France. En Ile-de-France, c'est le Département où la part des prestations sociales dans les revenus est la plus importante (36,3%). Un tiers des familles allocataires vit sous le seuil des bas revenus. 21,6% de foyers fiscaux disposent d'un revenu inférieur à 60% du revenu médian (12,3% en Ile-de-France ; 13,2% en France).

10,5% des personnes sont bénéficiaires de la CMU-c (plus fort taux d'Ile-de-France où la moyenne est de 5.9%) et plus de 35 000 personnes bénéficiaient de l'Aide Médicale d'Etat en 2008 (source : ORS).

Part des bénéficiaires de la CMUC par commune au 31 décembre 2008



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee

Certaines problématiques spécifiques viennent se surajouter : sur-occupation et insalubrité du logement, notamment dans certaines communes (Aubervilliers, Saint-Denis, Clichy-sous-Bois). La population du Département se compose à 21% de personnes étrangères, (12,4% en Ile-de-France). Le Département concentre de nombreux immigrés primo-arrivants.

En 2006, 20,5% des personnes habitaient en ZUS (moyenne régionale : 11%).

**Ces particularités socio-économiques génèrent des difficultés spécifiques dans la prise en charge des personnes et ne peuvent être ignorées dans les réponses à apporter.**

Source : ORS Ile-de-France, octobre 2010  
<http://www.ors-idf.org/dmddocuments/sociosanitaires/profilssociosanitaires.pdf>

### ■ **Une population plus dépendante, résidant plutôt au domicile**

Parmi les plus de 75 ans, la proportion d'allocataires de l'APA est plus importante en Seine-Saint-Denis qu'au niveau national (23,6 vs. 20,2%), parmi eux, la proportion de bénéficiaires de l'APA **à domicile** y est également supérieure (17,1% vs 12,3%) alors que celle des bénéficiaires en établissements est inférieure (6,6% en Seine-Saint-Denis vs. 8% au niveau national).

S'agissant des bénéficiaires de l'APA **à domicile**, la population de Seine Saint-Denis est plus dépendante que la moyenne nationale (23,7% en GIR 1 ou 2 en 2010, vs 20,5% au niveau national en 2008).

Cette proportion (GIR 1 ou 2 à domicile) est encore supérieure sur le territoire de la MAIA : 24,2% (source : CG 93, données 2010).

### ■ **Des estimations de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer**

Une étude de l'assurance maladie<sup>1</sup>, présentée à l'occasion des assises d'Alzheimer 2009, analysait la consommation de soins des personnes malades d'Alzheimer en Ile-de-France – les patients étant considérés comme malades s'ils étaient inscrits en ALD n°15 et/ou s'ils bénéficiaient d'un traitement par au moins un médicament spécifique de la maladie (inhibiteur de l'acétylcholinestérase ou antagoniste non compétitif des récepteurs N-méthyl-D-aspartate).

Par ailleurs, la cohorte PAQUID a fourni des estimations de prévalence de la maladie d'Alzheimer.

Selon l'étude de l'assurance maladie le taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer est estimé à **2,9% de l'ensemble de la population de plus de 60 ans** relevant du régime général d'Ile-de-France. Ce taux progresse rapidement à partir de 75 ans pour atteindre 14% dès 85

ans et plus. L'âge moyen des patients est de 83 ans. 88,3% d'entre eux ont 75 ans ou plus. A âge égal, les femmes sont davantage malades, l'écart hommes/femmes augmentant avec l'âge à partir de 75 ans. Au total, 72% des malades sont des femmes.

**Selon ces données, le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sur le territoire MAIA est estimé à 3646.**

Selon les données de l'enquête PAQUID (prévalence estimée, chez les plus de 75 ans, à 20,5 % chez les femmes et 13,2% chez les hommes), le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer **sur le territoire MAIA peut être estimé à 7457.**

**La grande variabilité des données selon la source choisie illustre les difficultés à estimer la population cible de la MAIA, d'autant que celle-ci ne se limite aux seuls personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ni exclusivement aux personnes de plus de 60 ans.**

<sup>1</sup> [http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2\\_Offre-Soins\\_MS/2\\_assises\\_alzheimer/1\\_Etat\\_des\\_lieux\\_de\\_la\\_prise\\_en\\_charge/ETUDE\\_A\\_LZHEIMER\\_ASSURANCE\\_MALADIE.pdf](http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/2_assises_alzheimer/1_Etat_des_lieux_de_la_prise_en_charge/ETUDE_A_LZHEIMER_ASSURANCE_MALADIE.pdf)

### 2.3. Les ressources du territoire

#### Au niveau départemental

taux équipement	SSD	IDF	FR
lits (med) >/1000	1,39		
lits (chir) >/1000	1,15		
(SSR) >/1000	1,48		
(ssiad) >/1000 75ans	18,6		
(lits médicalisés*) >/1000 75ans	65,4	82	98
héberge complet pers âgées	90,9	112	118

\*lits de cure médicale en FL&EHPAD +lits d'EHPAD+USLD - Sources STATISS

#### Sur le territoire MAIA

Accueils de Jour (non adossé à un EHPAD)	2
CCAS	20
CLIC	5
CMS	16
EHPAD (dont 14 avec un Accueil de Jour)	31
Etablissements de santé	21
Foyers Logements	22
HAD autonomes (non adossé à un établ santé)	2
Réseaux de santé financés FIOCS	9
Services de maintien à domicile	119
SSIAD (privés ou communaux)	16
médecins libéraux	616
infirmiers libéraux	306

+ MDPH, service évaluation APA, UMEG pour évaluation CNAV, service social CRAMIF, polyvalence de secteur administrée par le Conseil Général ou par certaines communes

#### Les professionnels de santé libéraux

	MAIA	93	IDF	FR
médecins généralistes libéraux	616	1212	11896	68343
densité*	6,98	8	10,2	11
médecins libéraux		2196	25958	122501
MG/médecins spécialistes		1,2	0,8	1,3
infirmiers libéraux	306	629	7058	73510
densité	3,47	4,1	6	11,8
masseurs kinésithérapeutes		703	9784	52804
densité		4,6	8,5	8,5
dentistes		544		
densité		3,6	6,9	6

\* Pour 10 000hab au 1/01/2009 - Source STATISS

Il est un fait reconnu que la démographie médicale est préoccupante en Seine Saint Denis.

### 2.4. Les prestations disponibles sur le territoire MAIA

#### Hôpital aigu, SSR, USLD et Psy

filiales gériatriques	3
consultations mémoire	3
SSR Gériatriques	8
services d'urgence	9
services d'hôpital de jour	2
équipes d'évaluation gériatrique à domicile	3
Unités de Soins Longue Durée	2
Centre Mémoire Ressources et Recherche	1
services de psychiatrie	2
Unités de Soins Palliatifs	2
Unité Cognitivo Comportementale	1
Equipes Mobiles de Soins Palliatifs	5

#### Réseaux financés FIOCS

Réseaux départementaux :

Oncologie 93, Dianefra (diabète)

Même territoire que la MAIA

Arc en Ciel (soins palliatifs), équip'âge (gérontologie)

Couvrant une partie du territoire MAIA

Aloïs (mémoire- départ prévu en 2012), Océane (soins palliatifs), OncoEstParisien (départ prévu en 2012), Onconord, Opera (soins palliatifs et cancérologie)

#### EHPAD, Accueils de Jour et Foyer Logement

2 Accueils de jours autonomes + 31 EHPAD :

2955 places tous types confondus

56 places d'hébergement temporaire

132 places d'accueil de jour

26 sont habilités à l'aide sociale

1 projet de PASA et 1 projet d'UHR

22 foyers logement offrant 1185 places

#### SSIAD

4 SSIAD privés, les autres sont communaux, totalisant 919 places pour les personnes âgées de plus de 60 ans et 67 places pour les personnes handicapées.

Un SSIAD assure également des services de nuit et offre les services d'une Equipe Spécialisée Alzheimer.

Certaines communes sont couvertes par 2 SSIAD.

#### CCAS

Toutes les communes ont des CCAS offrant des services de maintien à domicile.

### 3. L'INTEGRATION DES SERVICES AU SEIN DU TERRITOIRE

#### 3.1 Les structures participant au dispositif

##### POUR LA TABLE TACTIQUE

###### ■ Le recentrage

Compte tenu du nombre d'acteurs, il nous a fallu appliquer des critères de choix pour certains d'entre eux.

Ainsi pour les EHPAD : nous avons choisi de n'inviter que les EHPAD spécifiquement dédiés aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Compte tenu de l'importance, soulignée par les membres de la table stratégique, de cet acteur disposant parfois d'unités dites « protégées » ou d'accueils de jour, il nous faudra réfléchir à des modalités d'inclusion des EHPAD dans le dispositif et ce, malgré leur nombre.

Pour les établissements sanitaires privés : nous avons choisi de n'inviter que ceux qui disposent d'un SSR gériatrique.

Les Foyers Logements seront informés du dispositif. Et les services de maintien à domicile devront l'être également mais selon des modalités qui restent à définir, compte tenu de leur multiplicité et de leur variété.

Au final, on peut considérer que peuvent potentiellement siéger en table tactique :

##### **33 structures diverses + 20 communes**

Chacune des communes ayant leur CCAS, des SSIAD municipaux, des CMS, une minorité proposant leurs propres services sociaux ou encore un CLIC, potentiellement on dénombre jusqu'à 91 services ou structures.

Cependant, l'organisation des services communaux est fonction des communes et des regroupements sont possibles.

NB : En table stratégique, la question est posée de la taille pertinente du territoire et des modalités d'organisation de la table tactique si le nombre de participants s'avérait trop important.

###### ■ L'approche

- **La rencontre préalable** : afin de faire connaître la MAIA, mais surtout expliciter ses objectifs et éviter toute ambiguïté ou confusion, chacune des structures invitées à s'asseoir en table a été rencontrée, ou au minimum un échange téléphonique a pu être organisé pour une poignée d'entre elles (donc pas de structure présente en table qui n'a pas une connaissance préalable de l'objectif de cette rencontre)

- **La personne relai** : les structures ont été contactées au travers des personnes déjà connues, même si elles n'étaient pas d'emblée la personne identifiée comme étant dirigeant ou responsable, afin de privilégier le partenariat existant et permettre un appui à notre sollicitation (donc pas de courrier type et systématique dans un premier temps)

- **La tâche d'huile** : la concertation dans le cadre de la MAIA est un travail de longue haleine qu'il convenait de lancer, même si toutes les organisations concernées n'ont pas encore été rencontrées. La composition de la table tactique n'est donc pas finalisée et est amenée à évoluer encore.

###### ■ Les contacts pris (juin à décembre 2011)

TOTAL	53	% total
Contactées*	52	98%
Rencontrées	38	71%
Venues en TT**	26***	49%

\*par email ou courrier

\*\* à au moins une des 2 TT de 2011

\*\*\* les communes ne sont comptées qu'une fois, même si plusieurs structures communales sont présentes.

Certaines structures ont été rencontrées à plusieurs reprises, en fonction des demandes.

A la fin de l'année, près de  $\frac{3}{4}$  des structures potentiellement concernées par la mise en place de la MAIA avaient été individuellement rencontrées et près de la moitié d'entre elles avaient pris part à au moins une table tactique.

Les structures sociales et médico-sociales n'ont pas été représentées aux premières tables 2011, notamment celles dépendant du Conseil Général, les modalités et contours de cette participation devant être revus avec le Service Population Agée, mandatée pour représenter le Conseil Général au sein de la MAIA. Une rencontre pilote, porteur et Service Population Agée s'est tenue mi-décembre qui devrait permettre de mieux articuler les services dans le courant de l'année 2012.

A la dernière table tactique de l'année 2011, **18** structures ont été représentées.

### **POUR LA TABLE STRATEGIQUE**

#### **■ L'approche**

Les 2 mêmes principes de « la rencontre préalable » et de « la tâche d'huile » ont été appliqués pour la constitution de la table stratégique.

#### **■ Les contacts pris (juin à décembre 2011)**

18 organisations potentiellement concernées

100% ont été contactées

11 ont été rencontrées

7 étaient présents à la première et unique table stratégique de 2011

Pour la représentation des professionnels de ville, joindre certains ordres et URPS s'avère complexe compte tenu de leurs dimensions régionale ou à l'inverse réduite. L'intérêt direct pour ces temps de concertation est également à déterminer soigneusement pour chacun.

## **3.2 La concertation au sein du territoire**

### **POUR LA TABLE TACTIQUE**

#### **■ Constitution de la table tactique**

Les 2 premiers rendez-vous ont permis un brassage large des acteurs, plus marqué par le champ sanitaire et médico-social. (voir détail dans tableau ci-après)

On trouvait ainsi :

- 2 hôpitaux, 2 HAD, 1 clinique. Les 2 hôpitaux étaient chacun représentés par un Directeur ou un Directeur adjoint, accompagné de son responsable de pôle gériatrique.
- tous 5 les CLIC étaient représentés par leur responsable
- pour les communes, 8 étaient représentées, soit par leur CLIC, parfois accompagné par d'autres services communaux (SSIAD), soit par leur Directeur Général Adjoint à la Santé ou leur médecin responsable à la Santé
- les réseaux de santé concernés étaient représentés par leurs responsables locaux
- des SSIAD, dont l'unique ESA du département, les 2 accueils de jour indépendants et les 2 EHPAD spécifiques Alzheimer étaient représentés par leurs directeurs respectifs.
- une association de professionnels de ville a pu être présente

La première table tactique a réuni 33 personnes représentant 25 organismes différents (9 autres avaient manifesté un intérêt mais avaient prévenu de leur indisponibilité)

La seconde table a réuni 23 personnes représentant 17 organismes différents.

Si la première table avait suscité une bonne participation, avec une grande majorité de représentants décisionnaires, il s'agira de rester vigilant à ce que ce mouvement ne s'essouffle pas en maintenant l'intérêt des professionnels et le contact régulier même avec les absents.

### ■ **Constitution de la table stratégique**

La table stratégique s'est réunie une fois en 2011 et a rassemblé des représentants de diverses structures dont la liste figure dans le tableau ci-après.

Seules deux catégories de professionnels de ville ont été représentées.

L'ARS était représentée par son référent Alzheimer, pour la Délégation Territoriale 3 membres étaient présents.

Le Conseil Général a désigné son Service Population Agée pour siéger et 2 membres étaient présents.

La CPAM était représentée par sa responsable du service des partenariats en santé publique.

La CNAV a délégué son chargé de mission prévention.

Le président et la vice-présidente de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes étaient présents.

Les infirmiers étaient représentés par leur élue URPS.

Conformément à la circulaire interministérielle du 13 janvier 2011 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan Alzheimer, cette table stratégique a été l'occasion de valider le rapport d'étape conditionnant le recrutement des gestionnaires de cas et le lancement du suivi des situations complexes.

### ■ **Formalisation de ces temps de concertation**

*Les ordres du jour sont-ils construits en fonction des décisions à prendre ?*

Les ordres du jour sont construits en fonction des travaux en cours, afin d'en assurer le suivi et la validation, donc la décision du groupe.

*Les Comptes rendus font-ils état des décisions prises et le suivi de ces décisions ?*

Les comptes rendus font apparaître les décisions signalées par une marge verte.

La première table tactique a été surtout l'occasion de présenter le dispositif dans son ensemble et d'en poser le cadre, les décisions ont donc porté principalement sur les modalités de fonctionnement.

Le seconde table faisait le point des travaux des groupes de travail et devaient en valider les résultats.

Elle a également validé une lettre de mission permettant de formaliser la participation et la légitimité des uns et des autres à siéger en table.

Une première rencontre entre l'ARS (référent Alzheimer et Délégation Territoriale), le Conseil Général, le porteur MAIA et son pilote s'est tenue le 20 juin 2011. Elle a été l'occasion d'une première présentation des membres pressentis pour la table de concertation tactique.

Une liste a ensuite été remise lors des premières tables tactique et stratégique.

*Les temps de concertation sont-ils redondants sur le territoire ?*

Il existe des instances de concertation à l'échelle du département portées d'une part par le Conseil Général et par l'ARS. Plusieurs membres des tables de concertation siègent également à ces instances, même si la fréquence et les objectifs diffèrent plus ou moins.

La Commission Départementale de Coordination Gérontologique a été lancée début 2011 par le Conseil Général, avant l'implantation de la MAIA et doit se réunir à nouveau en 2012. Le rapprochement avec le Service Population Agée devrait permettre de tendre vers une cohérence de ces instances.

La Conférence de Territoire se tient plus régulièrement et il a déjà été évoqué une possible présentation de la MAIA.

Par ailleurs, les 2 filières labellisées tiennent des réunions de pilotage. La pilote prend régulièrement part à l'une d'elle, qui rassemble principalement des acteurs médico-sociaux.

Une troisième filière non labellisée réunit des membres de champs plus variés, dont un certain nombre de membres de la table tactique ; l'articulation reste encore à déterminer.

### *Le rôle du pilote dans cette concertation ?*

Le travail de rencontre préalable des partenaires est primordial, pour constituer son diagnostic territorial mais surtout pour expliquer le dispositif, cerner les attentes, les contraintes ou les éventuels enjeux.

Il est apparu important que la pilote tente aussi de garantir un projet collectif et non la défense des intérêts d'un seul acteur.

La pilote a aussi un rôle de circulation de l'information au niveau des membres siégeant aux tables comme au sein de leurs structures.

Les premiers mois de recul ont permis de cerner que si les tables étaient un lieu essentiel pour porter une réflexion commune et poser un discours partagé, les échanges avec les structures participantes en amont de ces temps font partie intégrante de la réussite de la concertation.

### ■ **Les groupes de travail**

#### **1. critères d'inclusion en gestion de cas**

Devant les nombreuses questions soulevées par l'introduction de ce nouveau professionnel il paraissait important de permettre au groupe de se pencher sur le détail de ses fonctions, et notamment la limite de ses droits et devoirs.

Il s'est donc penché en particulier sur les critères d'entrée en gestion de cas, qui devraient bientôt être déterminés par l'équipe projet nationale. *6 participants*

#### **2. qui fait quoi « différencié »**

Afin de poser les bases du guichet intégré, la première étape est d'établir un état des lieux précis (y compris avec les critères d'inclusion) des diverses offres. Le choix a été délibérément fait de ne pas s'en tenir au terme de « référentiel des missions différenciées » pour l'instant.

Il sera fait à partir des éléments déjà recueillis via le DIAG MAIA, les plaquettes de présentation des diverses organisations et une grille de recueil de données que les participants s'engagent à renseigner avant la réunion. *14 inscrits*

Les remarques émises dans ces groupes de travail permettent d'alimenter les discussions en table. La taille restreinte des groupes permet une prise de parole toute autre.

### ■ **Les prochaines étapes**

Compte tenu du choix de « rencontre préalable » et de « tâche d'huile », il reste un travail de contact des 15 autres structures ou organismes.

Pour les membres déjà venus en table, il conviendra de maintenir leur intérêt en animant la dynamique de travail commun autour de la construction des outils : guide d'entretien, script d'analyse et référentiel des missions différenciées.

Pour les membres qui ne sont venus qu'une seule fois, il s'agira de trouver le bon motif d'implication ou déterminer de ce qui a pu être réhibitoire.

De la même manière, pour les organismes contactés, rencontrés mais pas venus, là encore, déterminer les freins.

Pour ces deux dernières catégories la nature du lien à conserver et de l'information à faire passer sera à creuser dans le courant de l'année suivante.

Et enfin, pour toutes les structures, l'enjeu de la circulation de l'information au sein même de leur propre structure est primordiale. Ainsi la lettre de mission n'invoque pour seul engagement que celui de « faire connaître au sein de sa structure l'avancement des travaux et les décisions prises ». La pilote aura également pour mission d'offrir ses services pour transmettre ces informations en direction des équipes qui la solliciteront, de multiplier les occasions de présenter le dispositif à tous les niveaux d'une structure et enfin de trouver les supports adéquats à mettre à disposition des représentants des tables pour diffusion.

## LISTE DES STRUCTURES DU TERRITOIRE : présences et niveau représentation

### TABLE DE CONCERTATION TACTIQUE

ETABLISSEMENTS SANITAIRES		TT1	TT2
Centre Hospitalier de Saint Denis	Directeur Adjoint + Responsable Pôle Gériatrie	X	
Hôpital René Muret – Avicenne	Directeur + Responsable Pôle Vieillessement	X	X
Hôpital Robert Ballanger	Responsable de Pole Psychiatrie		X
Clinique du Bois d'Amour	Directeur	X	X
HAD Santé Service	Cadre Social	X	X
HAD Fondation Croix Saint Simon	Directrice	X	
ACCUEILS DE JOURS, EHPAD			
Accueil de jour Les Rives	Directrice	X	X
AFTAM Accueil de Jour & EHPAD	Directrice + Infirmière coord responsable	X	
Solemnes	Directeur	X	X
Maison des Lumières	Directrice	X	X
COMMUNES, CCAS, CLIC			
Ville d'Aubervilliers	Responsable Pôle PA/PH	X	
Ville d'Aulnay sous Bois	Responsable Pôle gérontologie	X	
Ville de Bondy	Responsable du CLIC + Coordinatrice SSIAD	X	X
Ville de Blanc Mesnil	DGA Solidarité et de la Santé + Resp	X	X
Ville de Pantin	DGA Santé + DGA Action Sociale + Médecin CMS	X	X
Ville de Saint Denis	Responsable MAD	X	
CLIC Saint Denis (associatif)	Responsable du CLIC	X	X
Ville de Saint Ouen	Responsable du CLIC	X	X
Ville de Sevran	Responsable de la Santé	X	
PROFESSIONNELS DE VILLE			
Réseau ville hôpital 93 centre		X	
SSIAD			
Fondation Hospitalière Sainte Marie	Responsable opérationnel	X	X
SSIAD SOS Habitat & soins	Directrice + IDEC	X	X
SSIAD Santé Service	Responsable locale	X	X
RESEAUX DE SANTE			
Réseau Aloïs	Infirmière régulatrice + IDE + psy + AS	X	X
Réseau Arc en Ciel	Directeur	X	
Réseau équip'âge	Responsable Formation	X	X

### TABLE DE CONCERTATION STRATEGIQUE

Agence Régionale de Santé	Référent Alzheimer + DT : Responsable de Pôle Offre de soins et médico-social, Responsable de Département Ambulatoires et professionnels de santé, Conseillère médicale Département Etablissements et services médico sociaux	X
Conseil Général	Chef de Service adjointe Population Agée, Chef de bureau Evaluation et Développement	X
CPAM	Responsable du service des partenariats en santé publique	X
CNAV	Chargé de mission Prévention	X
Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes	Président + Vice-Présidente	X
URPS Infirmiers	Elue	X
CODERPA	Vice-Président	X

TABLE TACTIQUE	Ordre du jour	Suivi de décision CR précédent	Décisions prises
12 octobre 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation synthétique des objectifs de la MAIA</li> <li>• Composition et formalisation des tables de concertation</li> <li>• Présentation synthétique de l'état des lieux</li> <li>• Organisation des travaux (guichet intégré, gestion de cas)</li> </ul>	-	<p>Formalisation en <b>2 temps</b> :</p> <p>1. Mandat de représentation ou lettre de mission désignant une personne siégeant à la table tactique</p> <p>2. ultérieurement et à l'issue des premiers travaux communs : définition en table tactique des niveaux et des éléments d'engagement dans le dispositif MAIA</p> <p>L'intervalle entre deux tables tactiques est fixé à 2 mois. Entre les réunions, des groupes de travail seront chargés de travailler sur des missions spécifiques à intervalle de 2 mois également.</p>
14 décembre 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionnaires de cas : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Retour sur le groupe de travail</li> <li>○ Analyse et présentation des critères d'inclusion en gestion de cas</li> <li>○ Retour sur la fiche de poste du gestionnaire de cas</li> <li>○ Intitulé du poste</li> </ul> </li> <li>• L'offre de soins et d'aides <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Retour sur le groupe de travail</li> <li>○ Résultat attendu et étapes de construction du guichet intégré</li> </ul> </li> <li>• Formalisation de la participation à la table de concertation</li> </ul>	<p>Retour sur les groupes de travail mis en place</p> <p>Proposition de lettre de mission demandée la fois précédente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validation des critères d'entrée en gestion de cas</li> <li>• Validation de la procédure de sollicitation de la gestion de cas</li> <li>• Validation de l'intitulé de la fonction de gestionnaire de cas</li> <li>• <b>Validation du lancement de la gestion de cas sur le nord de la Seine Saint Denis</b></li> <li>• Décision de coupler annuaire avec référentiel des missions différenciées</li> <li>• Validation de la forme « all-web »</li> <li>• Validation de la lettre de mission diffusée à tous les participants</li> </ul>
TABLE STRATEGIQUE	Ordre du jour	Suivi de décision CR précédent	Décisions prises
4 novembre 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation synthétique des objectifs et modalités d'organisation de la MAIA</li> <li>• Composition, objectifs et formalisation des tables de concertation</li> <li>• Retour sur la première rencontre de la table de concertation tactique</li> <li>• Analyse des premiers éléments du rapport d'étape</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La table stratégique souhaite recevoir la version définitive du diagnostic territorial pour valider, et diffusion large</li> <li>• La taille pertinente devra être revue si le nb de participants s'avérait trop important</li> <li>• Prévoir une information des EHPAD</li> <li>• L'intervalle entre deux tables tactiques est fixé à 3 ou 4 mois.</li> <li>• La participation à la table sera formalisée par la même lettre de mission qu'en table tactique</li> <li>• <b>Validation du rapport d'étape</b></li> </ul>

### 3.3 Les services participant au guichet intégré

---

Les partenaires du territoire chargés de l'information du public et/ou de la coordination et qui sont chargés d'orienter la population vers les ressources adaptées sont les suivants :

- Les 5 CLIC (de niveau III)
- Dans les 15 autres communes sans CLIC, les CCAS et en fonction des villes, plutôt le service de maintien à domicile ou le pôle senior/maison des seniors, voire le foyer logement.
- La MDPH
- Les accueils de jour
- L'équipe spécialisée Alzheimer
- Le réseau de gérontologie
- Les hôpitaux, services sociaux, urgences
- Les cliniques privées avec SSR gériatrique
- Les HAD
- Les SSIAD communaux ou privés
- Les services sociaux
- Les équipes médico-sociales APA

A ce stade les travaux sont trop peu avancés pour envisager le guichet intégré, même si l'objectif en a déjà été présenté en table avec la liste des structures pressenties.

### 3.4 La gestion de cas

---

Une première gestionnaire de cas a été recrutée à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2011 à temps plein. Conformément au cahier des charges, elle est psychologue de formation avec près de 10 ans d'expérience dans le domaine du maintien à domicile de la personne âgée.

Elle participe en tant que candidat libre au DIU de gestionnaire de cas à Paris, son stage validable pour la prochaine session se déroulera dans la MAIA de Paris 20<sup>e</sup> pendant l'été 2012.

Elle a pris part à la formation GEVA-A à Paris en janvier 2012

Son poste est financé sur le FIQCS.

Une deuxième poste non pourvu encore serait financé par le porteur lui-même sur ses reliquats de financements ARS.

Les critères d'entrée en gestion de cas ont été étudiés en groupe de travail en novembre, le principe même de la gestion de cas sur notre territoire a été posé en table et accepté lors de la table tactique du 14 décembre 2011.

La place de cette nouvelle fonction est donc rendue légitime par les professionnels du territoire.

Les premières demandes devraient nous parvenir à partir de janvier 2012.

### 3.5 Le pilote

---

*Le Pilote dans le management de l'équipe :*

La pilote a pu s'appuyer sur les compétences d'une interne en médecine du département interhospitalier de santé publique du GHU Paris Seine Saint Denis présente de mai à novembre, notamment pour le diagnostic territorial.

A partir de décembre, la première gestionnaire de cas a rejoint l'équipe et le mois de décembre a surtout été un temps de prise de contact et d'imprégnation.

Le rôle du pilote dans le pilotage dans le processus d'intégration est décrit plus haut.

La pilote s'insère dans un réseau de pilotes au niveau national et a co-organisé une rencontre en novembre à Paris dans les locaux de la Fédération des Réseaux de Soins Palliatifs. Ce soutien informel s'avère d'un grand soutien pour recueillir informations et bonnes pratiques.

## 4. CONCLUSION

### 4.1. Les principaux constats et enseignements

Le dispositif MAIA est méconnu et lors des présentations il convient d'osciller entre une présentation qui puisse être motivante et des intentions qui doivent cependant rester très modestes.

A l'inverse, si le terme MAIA est reconnu, sa compréhension en est fautive ou partielle et ouvre à des malentendus.

Par ailleurs, le vocabulaire entourant la MAIA, à la fois caractéristique et précis peut parfois être également repoussant pour des professionnels de terrain. Le choix des termes s'avère essentiel pour l'acceptation du dispositif dans son ensemble et nous avons pris la décision de distiller très prudemment et progressivement certains concepts.

La MAIA n'est pas la première tentative des pouvoirs publics, il faudra faire avec le mélange de curiosité, d'attentisme, d'enthousiasme et de scepticisme qui entoure son lancement.

Le travail à plusieurs niveaux est incontournable et ne nous semble pas devoir se cantonner aux seules tables et groupes de travail. Si la production d'outils pratiques est attendue, elle doit s'appuyer sur une réflexion plus large autour de la place du dispositif MAIA parmi les autres acteurs et être rendue lisible par une communication cohérente et continue.

### 4.2. La dynamique locale autour du projet

La MAIA, par l'appel à candidature large qui l'a précédée (3 candidats pour un même département – une vingtaine en Ile de France), par la curiosité provoquée dans sa phase expérimentale, et parce que la problématique autour de la prise en charge des personnes atteintes de maladies d'Alzheimer et apparentées est une réalité, est un dispositif attendu.

Il suscite intérêt, mais aussi questionnements qui devront être adressés tout au long de son développement pour obtenir l'adhésion des professionnels.

La MAIA profite quelque peu de la dynamique de lancement du réseau qui le porte, né peu de temps avant mais fruit de plusieurs années de travail de concertation sur le même territoire. C'est donc sur un partenariat fort, même s'il est amené à s'élargir, que la MAIA se construit.

7 mois après son lancement, le dispositif MAIA se met en place :

- le pilotage est effectif
- l'organisation logistique est opérationnelle
- les outils de communication sont adaptés
- un gestionnaire de cas a été recruté
- la gestion de cas, validé en table tactique, peut être lancée dès janvier 2012
- la concertation a débuté au niveau des professionnels de terrain ainsi que des décideurs et planificateurs
- des groupes de travail sont lancés
- l'information concernant ce dispositif commence à être diffusée auprès des professionnels

Globalement le dispositif est plutôt bien reçu par l'ensemble des personnes rencontrées, qui resteront attentives aux résultats à venir, mais surtout au respect de ce qui a été déjà construit sur ce territoire.

1. **Synthèse des actions de communication**
2. **Tableau de reporting à l'ARS**
  - **Fiche indicateurs MAIA**
  - **Fiche d'identification des MAIA**
  - **Cantons du site MAIA et codes INSEE**
3. **Compte rendu des réunions tactiques et stratégique**
4. **Rapport d'étape juin à octobre 2011 validé par la table stratégique**

## A1. Synthèse des actions de communication

### L'approche

Une importance particulière a été accordée à la communication autour de la MAIA, plus particulièrement à la nécessaire pédagogie sur les objectifs, principes et enjeux de ce nouveau dispositif.

Compte tenu du vocable utilisé dans le cadre de ce dispositif, il a été fait volontairement le choix de simplifier autant que possible le discours, sans se faire obligatoirement le relai des concepts et du glossaire transmis par le cahier des charges et la formation.

« MAIA » est d'ailleurs retenu comme un acronyme, le détail du sigle prêtant trop à confusion.

Aucun support n'est envoyé sans une rencontre préalable, toute présentation devant, selon nous, être accompagnée.

Compte tenu des craintes exprimées ou en tout cas des zones d'ombre qui peuvent subsister sur le dispositif, la table stratégique insiste sur la nécessaire communication qui doit être faite sur le dispositif MAIA.

Un équilibre devra être trouvé entre une information « grand public » pour qui le dispositif doit rester transparent mais qui doit aussi être au fait des efforts fournis par les professionnels et celle à l'usage des professionnels, qu'ils s'y impliquent directement ou non.

### Les outils

Une **plaquette** a été créée, évoluant au fur et à mesure des retours qui nous ont été faits et des précisions qu'il nous apparaissait important de donner.

La version actuellement utilisée est la 9<sup>ème</sup>.

Un **visuel**, façon logotype, a été conçu précisant le périmètre d'intervention de cette MAIA, tant au plan géographique que population ciblée.

Le dispositif a été présenté dans diverses instances indépendamment des rencontres pour la constitution des tables à la demande de partenaires souhaitant mieux connaître la MAIA.

DATE	EVENEMENT	PUBLIC
21/09/2011	Rencontre de « filière Alzheimer » Fondation Hospitalière Sainte Marie : les structures portées par la fondation accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer se réunissent régulièrement pour travailler en filière et faire le lien entre elles	Membres de la filière : Médecin d'établissement sanitaire, responsable d'accueil de jour, directrice de SSIAD et de service de maintien à domicile...
10/11/2011	Réunion de filière gériatrique (non labellisée)	Membre de la filière : direction et équipe mobile gériatrique de l'hôpital, CLIC, services de MAD, SSR, EHPAD