

Rapport
d'étape
II

Janvier à décembre 2012

Alzheimer
et perte
d'autonomie

MAIA

20 communes
au nord de la
Seine Saint Denis

MAIA de Seine Saint Denis nord

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

Le pilote local a pris ses fonctions le : 1^{er} juin 2011

Ce rapport a fait l'objet d'une présentation aux partenaires du territoire le : 16 avril 2013

Signatures	Pour l'Equipe Locale Le Pilote Local Bao Hoa DANG	Pour l'ARS
-------------------	---	------------

1. Introduction : Présentation du projet	4
2. Présentation du territoire	5
1. Caractéristiques générales	5
2. La population du territoire	7
3. Les ressources du territoire	9
3. L'intégration des services au sein du territoire	11
1. Les structures participant au dispositif	11
2. La concertation au sein du territoire	15
3. Les services participant au guichet intégré	19
4. La gestion de cas	21
5. Le pilote	22
4. Conclusion	23
1. Principaux constats et enseignements	23
2. La dynamique locale autour du projet	23
5. Annexes	

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 en mars 2011.

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.

2. PRESENTATION DU TERRITOIRE

2.1. Caractéristiques générales



Le territoire de la MAIA est celui de son porteur le réseau gérontologique équipé'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 km²** 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'Ile-Saint-Denis

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

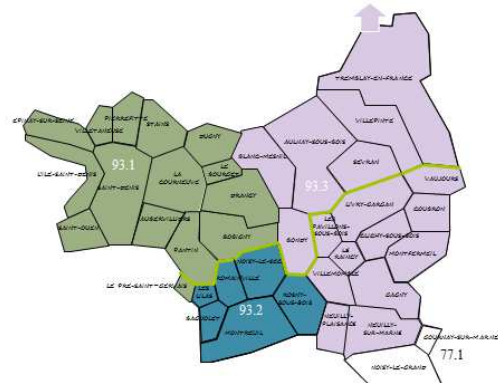
Le taux d'urbanisation est de 100%.
La densité de population sur le territoire MAIA est de 7176 habitants par km², supérieure à celle du Département (6360 habitants par km²) ou de la région (966 hab/km²).

Autres territorialités locales

La ligne verte figure la limite du territoire MAIA nord

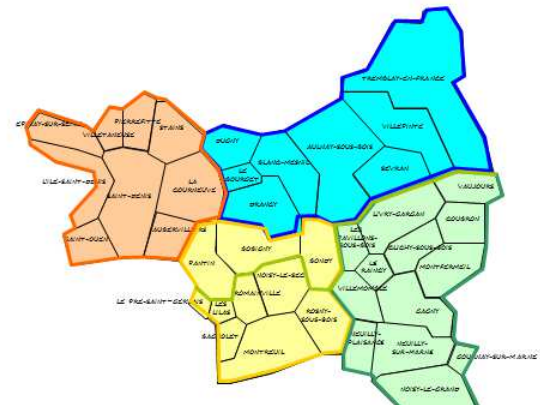
Territoire de Santé ARS

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



Bassins Gérontologiques du Conseil Général

Les bassins gérontologiques ont été arrêtés dans le courant de l'année 2012



La MAIA couvre entièrement 2 bassins et 3 communes d'un 3^e bassin

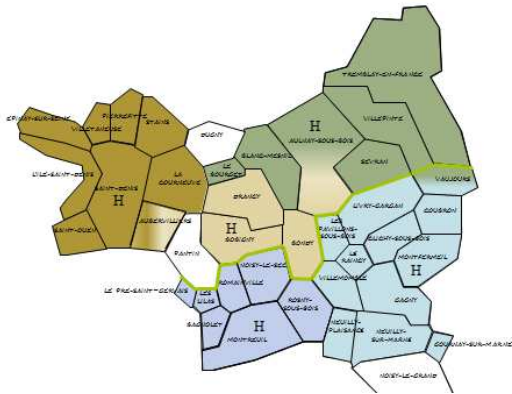
Territorialité Handicap MDPH



La MAIA couvre les 4 secteurs : 2 entièrement au nord et 1 à 2 communes dans le sud.

Filières gériatriques

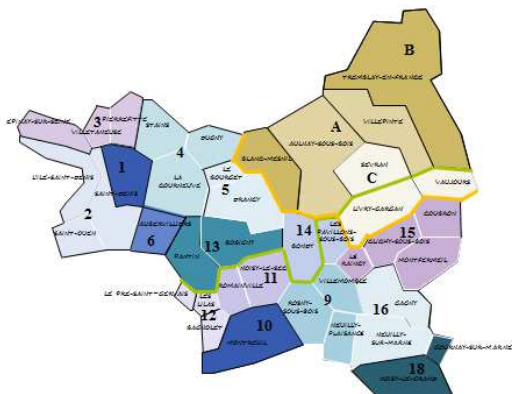
La territorialité des filières est définie sur la base des conventions signées. 2 des trois hôpitaux figurés « H » sur la carte portent des filières gériatriques labellisées (marron et beige). Certaines communes sont couvertes par deux filières.



Une seule commune de la filière à l'est (verte) n'est pas couverte par le territoire MAIA

Secteurs psychiatriques

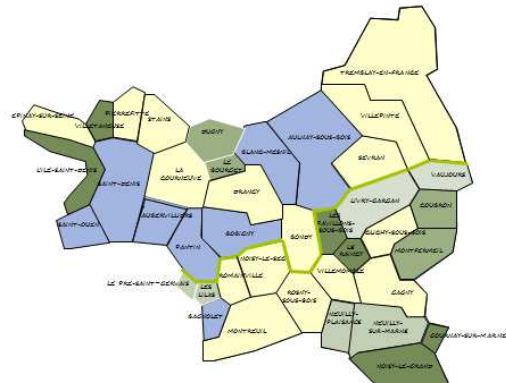
Le département est couvert par deux hôpitaux psychiatriques, l'un avec une répartition en 3 secteurs classés alphabétiquement (marron), l'autre avec une répartition en 18 secteurs classés numériquement (vert)



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.

Circonscription de service social

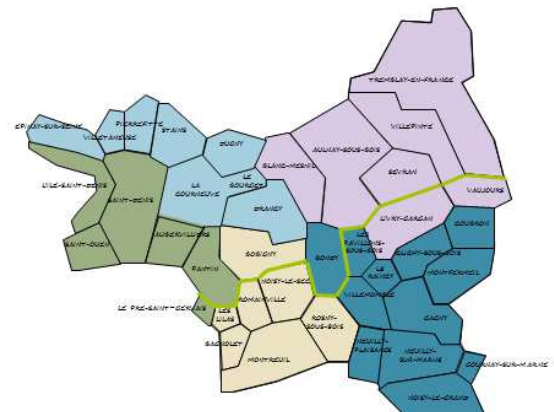
En bleu, les circonscriptions conventionnées avec la commune. Les autres sont départementales, avec en vert les circonscriptions comprenant chacune 2 communes.



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

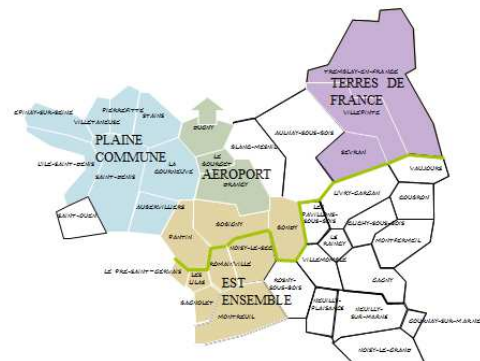
Service social CRAMIF

Le territoire CRAMIF est divisé en 5 secteurs.



Le territoire MAIA comporte au moins 1 commune de chacun des 5 secteurs. Un seul secteur est couvert complètement (bleu). Pour 2 d'entre eux, ils sont majoritairement sur le territoire MAIA (vert 5/6 et violet 5/7). Pour 2 autres, seule 1 commune est couverte par la MAIA.

Communautés d'agglomération



Le territoire MAIA traverse une communauté d'agglomération.

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

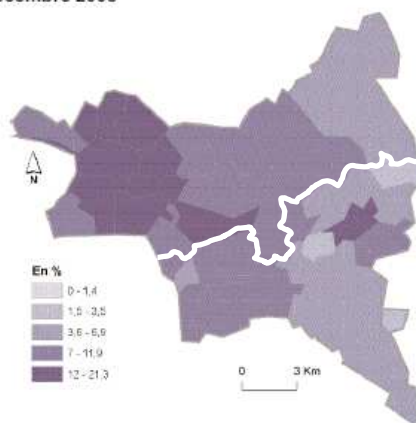
Dans son diagnostic sur les inégalités sociales et territoriales de santé en 2011, l'ARS Ile-de-France pointe les spécificités de la Seine-Saint-Denis à divers niveaux.

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/dmdocuments/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 maladie¹, 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.

¹ 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

Les professionnels de santé libéraux

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

Sur le territoire MAIA

Accueils de Jour (non adossé à un EHPAD)	2
CCAS	20
CLIC	5
CMS	16
EHPAD (dont 7* 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 FIQCS**	6
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

* ce chiffre correspond aux autorisations, et a été divisé par 2 par rapport aux données 2011

** OncoEstParisien s'est recentré sur le 94 et le 77 et Alois n'a pas vu son financement renouvelé. Son activité a pourtant repris fin 2012 pour une période de 6 mois et sous le nom de PLAACE93.

EHPAD, Accueils de Jour et Foyer Logement

2 Accueils de jours autonomes + 31 EHPAD :

2839 places d'hébergement permanent

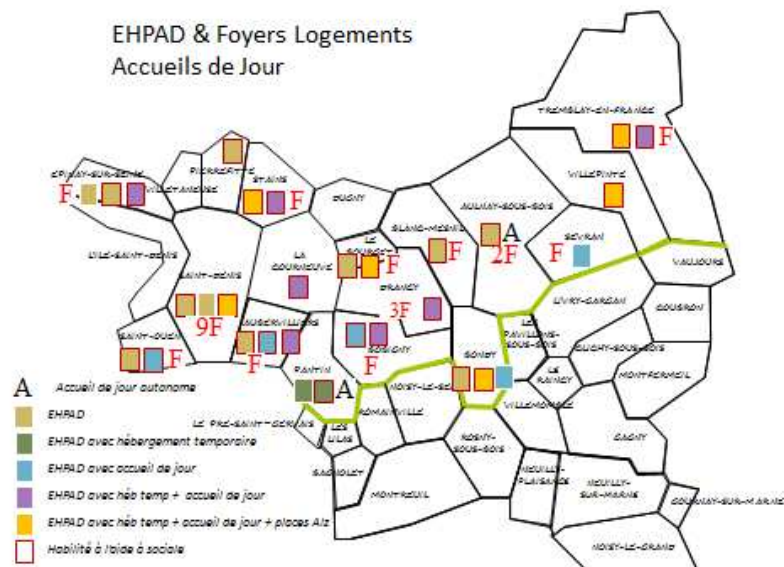
69 places d'hébergement temporaire

45 places d'accueil de jour

- sont habilités à l'aide sociale

1 projet de PASA et 1 projet d'UHR

22 foyers logement offrant 1185 places

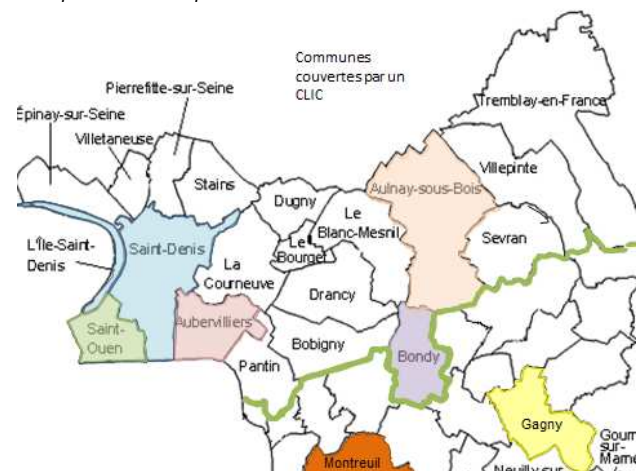


CCAS

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

Communes couvertes par un CLIC

Le département compte 7 CLIC couvrant 8 communes

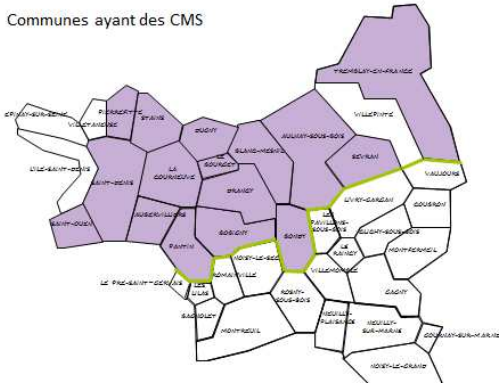


La partie nord du département couverte par la MAIA concentre la majorité de ces CLIC.

CMS

Chaque commune peut avoir 1 ou plusieurs CMS.

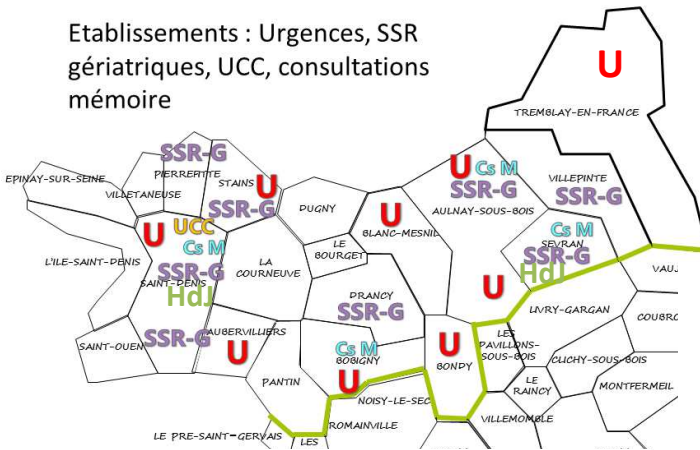
Communes ayant des CMS



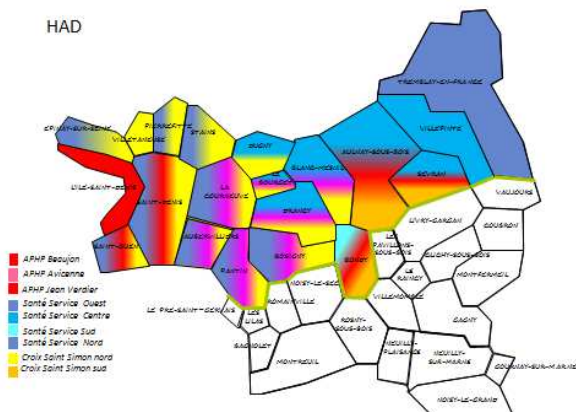
Hôpital aigu, SSR, USLD et Psy

filières gériatriques	3
consultations mémoire (dont 1 sur 2 sites)	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
Unité Cognitive Comportementale	1
Unité Mobiles Psychiatrie Précarité	1
Unités de Soins Palliatifs	2
Equipes Mobiles de Soins Palliatifs	4

Etablissements : Urgences, SSR gériatriques, UCC, consultations mémoire



HAD



Réseaux financés FIR

Réseaux départementaux :

Oncologie 93, Dianefra (diabète)

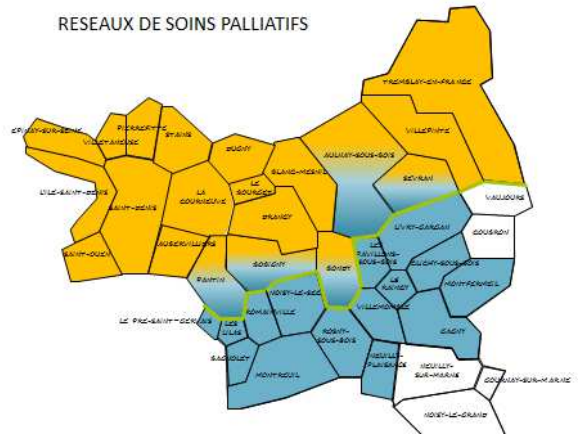
Même territoire que la MAIA

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

Couvrant une partie du territoire MAIA

Océane (soins palliatifs), Onconord,

RESEAUX DE SOINS PALLIATIFS



Des communes sont couvertes conjointement par les 2 réseaux de soins palliatifs sur le nord du département.

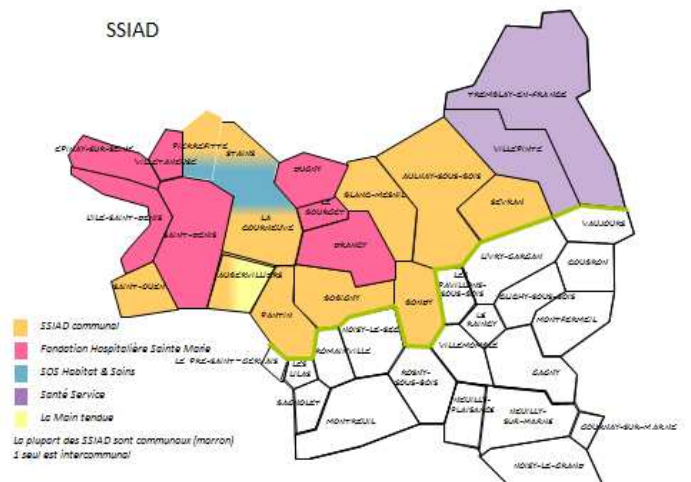
SSIAD

4 SSIAD privés, les autres sont communaux, totalisant 666 places pour les personnes âgées de plus de 60 ans et 37 places pour les personnes handicapées.

Un SSIAD assure également des services de nuit et offre les services d'une Equipe Spécialisée Alzheimer. (un appel à candidature pour d'autres ESA a été ouvert fin 2012)

Certaines communes sont couvertes par 2 SSIAD.

SSIAD



■ SSIAD communaux
 ■ Fondation Hospitalière Sainte Marie
 ■ SOS Habitat & Soins
 ■ SOS Habitat & Soins
 ■ Santé Service
 ■ La Main tendue
 La plupart des SSIAD sont communaux (marron)
 1 seul est intercommunal

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. Les CR des tables stratégiques de l'année 2012 traitent de la composition de la table tactique.

→ **EHPAD** : nous avons choisi de n'inviter que les EHPAD spécifiquement dédiées aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer soit 2 sur les 31 du territoire. En 2011, en table stratégique, avait déjà été soulignée l'importance cet acteur disposant parfois d'unités dites « protégées » ou d'accueils de jour (dont le nombre est réduit cette année), il nous faut encore réfléchir aux modalités de leur inclusion dans le dispositif et ce, malgré leur nombre.

Idem pour les 22 foyers logements

→ Les **établissements sanitaires privés** : nous avons choisi de n'inviter que ceux qui disposent d'un SSR gériatrique dans un premier temps.

→ Les **services de maintien à domicile** devront être également impliqués ou informés mais selon des modalités qui restent à définir, compte tenu de leur multiplicité et de leur variété.

→ Les **professionnels de santé de ville** : nous avons identifié 6 associations ou regroupements formalisés. Une seule avait pris part à la table de lancement. Finalement, nous avons choisi de renoncer à les mobiliser pour privilégier leur information quand des outils pratiques pourront leur être présentés

→ Les **réseaux de soins palliatifs** initialement invités se sentent pour l'instant peu impliqués, compte tenu de leur intervention tardive dans le parcours. Ils doivent rester informés et peuvent être invités ponctuellement en fonction de l'ordre du jour

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

→ **30 structures diverses + 20 communes**

■ **La mobilisation des acteurs**

Toutes les structures ont été contactées, la grande majorité a été rencontrée.

Nous avons fait le choix (principe de la tâche d'huile) de lancer le processus, en comptant sur la mobilisation progressive des partenaires.

L'absence de suite donnée à ces contacts peut être due à des vacances de poste, à des indisponibilités récurrentes, mais peut être aussi à une mauvaise identification de l'interlocuteur initial, ce qui peut alors bloquer ou freiner la mobilisation. Pas d'opposition affichée au principe, même si elles sont perceptibles. L'incompréhension du dispositif et de son intérêt est également un facteur, ainsi que la réticence à un dispositif perçu comme potentiellement redondant.

→ **31 structures différentes ont pris part aux tables tactiques en 2012, soit 62%**

→ **15 à la dernière table tactique – 18 fin 2011**

En donnée cumulée, ce chiffre s'élève à 34, soit 69%, de tous les champs, depuis le lancement de la concertation MAIA.

Du lancement de la première table (octobre 2011) à la dernière table (octobre 2012), 6 tables se sont tenues à un rythme bimestriel, dont 4 sur l'année 2012.

■ **Points de vigilance :**

- Diminution progressive au fil de l'année du **nombre de participants** : en participation table après table, on passe de 46% à 30%.

NB : à la date de rédaction, on peut penser que c'est un effet transitoire : 18 structures à la suivante, puis 14, avec de nombreux « excusés »

- Il reste de nombreuses structures **jamais venues en table**, et une nouvelle approche est à prévoir
- Certains partenaires sont venus une première fois et ne sont **pas reparus** : il conviendra de tenter de préciser ce qui a pu les démobiliser
- Le **secteur sanitaire** est globalement sous-représenté, et tend même à se raréfier, signe peut être d'un intérêt moins directement évident pour le dispositif
- La représentation des établissements sanitaires par un binôme **Directeur/Médecin** n'a été effective que pour la toute première table en 2011.
- Le **service social départemental** a clairement décliné les invitations après une rencontre, arguant de la difficulté de mettre en œuvre un dispositif spécialisé par des assistantes sociales polyvalente. Cette question a été abordée en table stratégique.
- La plupart des structures est représentées à un **niveau décisionnel**, mais un petit nombre ne l'est pas du tout, certaines ne le sont pas au plus haut niveau possible, notamment dans les collectivités territoriales
- Pour certaines structures, le **niveau de représentation décline** au fur et à mesure des tables (du DGA au responsable de service, du Directeur au directeur des soins)
- La **lettre de mission** mandatant les représentants a été discutée dès la première table tactique, la table stratégique ayant été saisie pour proposer une formulation acceptable. Plusieurs versions ont déjà été proposées, par

encore validées et à ce jour 3 structures seulement l'ont signée

NB : une dernière version a finalement été validée à la table de janvier 2013

- Chacune des communes ayant leur CCAS, des SSIAD municipaux, des CMS, parfois leurs propres services sociaux ou encore un CLIC, portant à 87 le nombre de services ou structures potentiel, ces communes choisissent en leur sein son ou ses représentants.
Ceci a pour conséquence d'une part qu'une ville peut être **représentée par plusieurs personnes**, ce qui pourra être amené à être revu si le nombre de participants venait à augmenter, et d'autre part, dans le cas d'un seul représentant, on peut se poser la question de la **diffusion de l'information**.
Idem pour les associations ayant des services diversifiés.
- A partir de la fin 2012, le **rythme** des tables sera plus espacé, mais plutôt pour des questions de calendrier et de temps nécessaire à la mise en place des outils
NB : les suivantes en janvier, puis avril 2013, soit 3 mois d'intervalle

Dans le tableau ci-après, 3 niveaux de travail pour la pilote, spécifiquement avec la structure :

- Recontacter, convaincre (jamais venu, résiste ou refuse...)
- Remobiliser, réexpliquer (pas le bon niveau de représentation, semble lâcher...)
- Accompagner, rester vigilant (vacation, indisponibilité, glissement des niveaux de représentation, enjeu territorial moindre, travail déjà entamé...)

A signé la lettre de mission

A participé en 2011

A participé à la 1^e, 2^e, 3^e, 4^e table

Niveau de travail pour la pilote

Liste des structures identifiées sur le territoire et invitées en table tactique

ETABLISSEMENTS SANITAIRES	1	2	3	4	Représentation & Commentaires	
Centre Hospitalier de Saint Denis					Présents à la 1 ^e TT en 2011, sans suite	
G. Hospi R.Muret – Avicenne – J.Verdier					Directeur	
Hôpital Robert Ballanger					Directeur rencontré, Resp pôle Psychiatrie présent en 2011, sans suite	
Clinique du Bois d'Amour					Directeur, puis directrice adjointe, puis directeur des soins	
Clinalliance					Directeur rencontré, sans suite, changement de directeur	
Clinique de L'Estrée					Directeur rencontré, indisponibilité	
Clinique du Grand Stade					Directeur et équipe rencontrée, représentation par le gériatre	
Etab. Hospi. Sainte Marie					Directeur rencontré, sans suite	
EPS Ville Evrard					Equipe Mobile Géronto Psychiatrie rencontrée, sans suite	
HAD Santé Service					Cadre Social	
HAD Fondation Croix Saint Simon					Directeur Pôle Gérontologique	
SSIAD privés						
Fondation Hospitalière Ste Marie + ESA					Responsable opérationnel	
SOS Habitat & soins					IDEC et AS en 2012, Directrice en 2011	
Santé Service					Responsable locale, puis changement de responsable	
La Main tendue					Responsable rencontrée, sans suite	
SERVICE SOCIAL, MEDICO SOCIAL						
Polyvalence de secteur					Conseillère technique, décline la participation du fait de la polyvalence	
MDPH					Assistant Chargé d'Action	
Equipe Médico Social APA					Responsable de secteur	
CRAMIF					Manager	
UMEG					Contacté, sans suite	
UDAF					Contacté, sans suite	
ACCUEILS DE JOURS, EHPAD						
Accueil de jour Les Rives					Directrice	
AFTAM Accueil de Jour & EHPAD					Directrice + Infirmière coord responsable présentes en 2011	
EHPAD Solemnes	X				Directeur	
EHPAD Maison des Lumières					Directrice	
COMMUNES, CCAS, CLIC						
Ville d'Aubervilliers (+CLIC + SSIAD+ Soc+ CMS)	X				Responsable Pôle PA/PH	
Ville d'Aulnay ss Bois (+CLIC + SSIAD+ Soc+ CMS)					Responsable Pôle gérontologie	
Ville de Bobigny (+ SSIAD+ Soc + CMS)					Responsable MAD	
Ville de Bondy (+CLIC + SSIAD+ Soc +CMS)					Responsable du CLIC + Coordinatrice SSIAD	
Ville du Blanc Mesnil (+ SSIAD+ Soc+ CMS)					DGA Solidarité et de la Santé, puis Directeur Santé	
Ville du Bourget (+CMS)					DGA rencontré, responsable MAD et Directrice EHPA présentes	
Ville de Drancy (+CMS)					Directrice CCAS	
Ville de Dugny					Contacté, sans suite	
Ville d'Epinay sur Seine					DGA rencontré, représentation par Evaluatrice APA	
Ville de l'Île Saint Denis					Directrice CCAS rencontrée, sans suite	
Ville de la Courneuve (+ SSIAD)					Responsable Senior et SSIAD rencontrée – vacance de poste	
Ville de Pantin (+ SSIAD+Soc+CMS)					DGA Santé + DGA Action Sociale + Médecin CMS présents en 2011	
Ville de Pierrefitte sur Seine (+ SSIAD)					DGA et Médecin Santé rencontrées, indisponibilité	
Ville de Saint Denis (Soc+CMS)					Responsable MAD	
CLIC Saint Denis (associatif)	X				Directrice du CLIC - vacance de poste en milieu d'année	
Ville de Saint Ouen (+CLIC + SSIAD+ Soc+CMS)					Responsable du CLIC - vacance de poste en début d'année	
Ville de Sevran (+ SSIAD+CMS)					Responsable Santé présent en 2011, DGA rencontrée en 2012, indispo	
Ville de Stains (+ SSIAD+CMS)					Elue et resp SSIAD rencontrées en 2011, sans suite	
Ville de Villetaneuse					Directrice CCAS et ASV - vacance de poste	
Ville de Villepinte					Directeur CCAS et Resp Santé rencontrés, responsable pôle senior	
Ville de Tremblay (+CMS)					Directeur Santé et Chef du service à la personne rencontrés, sans suite	
RESEAUX DE SANTE						
Réseau Aloïs					Infirmière régulatrice + IDE + psy + AS – suspension d'activité	
Réseau Arc en Ciel					Directeur – accord pour suspendre momentanément la participation	
Réseau équip'âge					Responsable Formation	
Réseau Océane					Directrice rencontrée, sans suite	

Pour chaque table, nb de structures distinctes

23 17 16 15
46% 30%

Sur l'année, 31 structures distinctes 69%

POUR LA TABLE STRATEGIQUE

		1	2	3	
Agence Régionale de Santé					Conseillère médicale Dép.Etablissements et services médico sociaux, et Inspecteur Dép.Etablissements de santé et Personnes âgées puis Responsable de Département médico social et Inspectrice celle Personnes âgées et en difficulté spécifique
Conseil Général					Chef de Service et Chef de Service adjointe Population Agée
CPAM					Responsable adjointe du service des partenariats en santé publique
CNAV					Chargé de mission Prévention
CRAMIF					Eventualité, si personne différente en TT. Décliné au niveau régional
CODERPA					Vice-président
France Alzheimer					Présidente
Ordre des Chirurgiens-Dentistes					Rencontré
Ordre des Infirmiers					Contacté
Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes					Président et Vice-présidente
Ordre des Médecins					Représentant
Ordre des Pharmaciens					Rencontré
URPS des Chirurgiens-Dentistes					Contacté
URPS des Infirmiers					Elue
URPS des Masseurs Kinésithérapeutes					Elu
URPS des Médecins					Rencontré, décline la participation
URPS des Pharmaciens					Contacté
UDCCAS					Chargé de mission

■ La composition de la table stratégique

Les CR des tables stratégiques de l'année 2012 traitent de la composition de la table.

A notamment été abordée la représentation

- des professionnels de santé
- des communes
- de la CRAMIF
- psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes
- présence des élus

→ **10 structures différentes ont pris part aux tables stratégiques en 2012**

→ **7 à la dernière table tactique – 7 fin 2011**

Du lancement de la première table (novembre 2011) à la dernière table (novembre 2012), 4 tables se sont tenues à un rythme trimestriel, dont 3 sur l'année 2012.

Il a été demandé lors de la dernière table d'espacer ces rencontres afin de permettre la tenue de 2 tables tactiques afin d'alimenter les débats.

NB : la table suivante se tient donc en avril 2013, soit 5 mois après

La lettre de mission, encore en cours de rédaction fin 2012, n'a encore été signée par aucune structure.

Il reviendra aux membres de la table stratégique de déterminer s'il convient de ressolliciter les divers membres invités.

3.2 La concertation au sein du territoire

■ **Formalisation de ces temps de concertation : ordre du jour, compte rendu, décisions**

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

Dans les CR, les décisions sont signalées par une marque verte dans la marge.

Un document intitulé « Suivi de décision des tables de concertation tactique » est désormais produit à l'issue de chaque rencontre. (cf annexe 5)

Il reprend l'ensemble de toutes les tables depuis le lancement de la MAIA. Il permet de prendre la mesure des débats et de l'avancée des travaux.

Il est diffusé aux absents non excusés, et sert également de support de communication pour les personnes qui ne participent pas – encore - aux tables.

■ **Autres espaces de concertation**

Il existe des instances de concertation, plus ou moins régulières, sur des objectifs plus ou moins approchant de ceux de la MAIA, et la pilote y prend parfois part.

La Conférence de Territoire se tient régulièrement et réunit l'ensemble des acteurs du département sur un volet plus proche des politiques de santé. Il a déjà été évoqué une possible présentation de la MAIA.

Les **2 filières gériatriques 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. Il a volontairement été introduit dans cette instance un outil de la MAIA : la fiche de liaison. (cf page 19)

La Commission Départementale de Coordination Gérontologique a été lancée début 2011 par le Conseil Général, et s'est réunie à nouveau en septembre 2012.

Elle a été l'occasion de présenter un référentiel des missions différenciées, produit conjointement avec le Service Population Agée, pour tenter de clarifier les missions des différentes offres de coordination autour de la personne à domicile (CLIC, réseau, gestionnaire de cas), mais également des instances de concertation (Commissions Départementale de Coordination Gérontologique, Filière gériatrique, MAIA).

Ces travaux – pas encore finalisés fin 2012 - ont surtout été l'occasion d'affirmer la volonté d'une étroite collaboration pour éviter toute redondance et perte de lisibilité.

Par ailleurs, le lancement de la réflexion pour le 3^e Schéma Gérontologique Départemental à l'automne 2012 a donné lieu à de multiples rencontres, et groupes de travail où des constats ont été dressés par les professionnels, des besoins ont été identifiés. La MAIA y a été évoquée (invoquée ?) par les partenaires, sa méthode, ses outils et surtout la nécessaire articulation avec l'existant et les projets de coordination.

Le choix a été fait de rechercher de la cohérence dans l'existant, plutôt que de traquer les redondances.

Par la participation, au même titre que d'autres partenaires, à des instances existantes, il est possible de contribuer à faire connaître le mode de fonctionnement MAIA et le guichet intégré en dehors des tables et auprès d'autres professionnels que ceux siégeant en table.

Extrait du « SUIVI DE DECISION DES TABLES DE CONCERTATION TACTIQUE » pour 2012

Ordre du jour	Décisions prises
VI. 25 octobre 2012 – 16 personnes et 15 structures représentées	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Retour sur la phase test de la fiche de liaison & guide d'entretien <input type="checkbox"/> Présentation du référentiel des missions différenciées <input type="checkbox"/> Proposition de coordination et d'organisation sur le territoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Revoir la fiche de liaison, la phase test ayant démontré des lacunes, une nouvelle proposition doit être renvoyée par mail. • La fiche, une fois finalisée, sera utilisée par les partenaires pour faire appel aux structures de coordination CLIC, réseau, gestion de cas, contribuant ainsi à la fois à diffuser la fiche et à généraliser son usage • Pour lancer le site « qui fait quoi ? », saisir toutes les structures et les solliciter pour demander si elles souhaitent y figurer.
V. 13 juin 2012 – 20 personnes et 19 structures représentées	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Etat d'avancement & perspectives <ul style="list-style-type: none"> - Le guide d'entretien - Le référentiel des missions différenciées - Les membres de la table - La gestion de cas 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire un état des lieux sur les circuits de la personne, commune par commune, afin de déterminer la/les structures les mieux à même de recevoir les demandes d'orientation • Détermination d'un indicateur de simplification du parcours, à partir d'un questionnaire qui peut être fait en EHPAD • La lettre de mission doit être à nouveau revue principalement sur sa partie « prise de décision »
IV. 4 avril 2012 – 21 personnes et 19 structures représentées	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Retour sur la rencontre de la Table Stratégique <input type="checkbox"/> Outils du guichet intégré : analyse et commentaires <ul style="list-style-type: none"> - Le guide d'entretien - Le référentiel des missions différenciées <input type="checkbox"/> Point d'info sur le développement de la gestion de cas <input type="checkbox"/> Formalisation de la participation à la table de concertation 	<ul style="list-style-type: none"> • Le suivi en gestion de cas rend éligible le déclenchement de l'APA en urgence suite à la demande de la table tactique faite à la table stratégique • L'outil « guide d'entretien et fiche de liaison » sera testé sur une période de 6 mois sur 5 sites différents

III.

8 février 2012 – 28 personnes et 23 structures représentées

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gestionnaires de cas : <ul style="list-style-type: none"> - Point sur les demandes parvenues - Point sur les outils et la procédure
 <input type="checkbox"/> Outils du guichet intégré <ul style="list-style-type: none"> - Le référentiel des missions différenciées - Le guide d'entretien : avancées du groupe de travail - Articulation de l'offre existante
 <input type="checkbox"/> Formalisation de la participation à la table de concertation <ul style="list-style-type: none"> - Lettre de mission - Modes de prise de décision | <ul style="list-style-type: none"> • La table tactique interpelle la table stratégique sur les limites de l'outil GEVA-A sur la possibilité pour les gestionnaires de cas de réaliser des évaluations APA pour leurs patients en situation complexe
 • La table tactique attend l'évolution des travaux entre le Conseil Général et la CNAV sur la convergence des dossiers d'évaluation pour s'atteler à cette question
 • La table tactique avalise la direction prise sur les travaux du guide d'entretien et du référentiel des missions différenciées <p>(non traité)</p> |
|---|--|

NB : le nombre de structures représentées tient compte de la distinction des services au sein d'une même ville

SYNTHESE DES DECISIONS DES TABLES STRATEGIQUES

IV.

16 novembre 2012 – 8 personnes et 7 structures représentées

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formalisation de la participation aux tables de concertation : modification de la lettre de mission
 <input type="checkbox"/> Composition des tables de concertation : nouveaux membres
 <input type="checkbox"/> Point sur l'état d'avancement des outils de Guichet Intégré
 <input type="checkbox"/> Modalité d'évaluation et de suivi du dispositif | <ul style="list-style-type: none"> • Validation de la nouvelle version de la lettre de mission. Une demande officielle de signature est à envoyer aux structures représentées en table stratégique
 • Si un élu siège en table stratégique : insister sur une représentation de l'intérêt général, et cela engage à solliciter toutes les communes
 • Des amendements sont proposés sur la maquette du site internet, sa mise à jour est centralisée pour l'instant par la pilote
 • Reformulation et validation sur le principe de l'organisation CLIC/ réseau/gestion de cas : le CLIC assure orientation, information et coordination et s'autorise à avoir recours au réseau ou à la gestion de cas
 • Le questionnaire sur l'indice de simplification du parcours doit être accompagné par un professionnel, de façon intensive sur une période courte, et non simplement remis à l'utilisateur. |
|--|--|

III.

22 juin 2012 – 8 personnes et 7 structures représentées

Formalisation de la participation aux tables de concertation : modification de la lettre de mission

Composition des tables de concertation : nouveaux membres

Point sur l'état d'avancement des outils de Guichet Intégré

• **Recentrage de la composition de la table tactique**

Uniquement informer les associations de professionnels de santé et les réseaux de soins palliatifs. Validation des tables tactiques et stratégiques à prévoir.

• **La lettre de mission** doit être revue avec l'aide des membres de la table stratégique

• **Analyse des difficultés de mobilisation des acteurs** : notamment le service social départemental, dont le Service Population Agée pourrait se rapprocher

• **Les CR de la table tactique validés seront diffusés** aux membres de la table stratégique

• Prévoir une présentation en Conférence de Territoire, du fait de la méconnaissance du dispositif

III.

9 mars 2012 – 8 personnes et 7 structures représentées

Validation du rapport d'étape

Retour sur le diagnostic territorial

Point sur le développement de la concertation

Lancement de la gestion de cas

Constitution et formalisation de la table stratégique

• **Le rapport d'étape, revu lors de la précédente table, est validé**

• Suite à la demande formulée par la table tactique, possibilité à confirmer que **le gestionnaire de cas puisse déclencher l'APA en urgence**

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 ou le CMS
- 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 circonscriptions de service social
- Les équipes médico-sociales APA

■ **Un volontaire au Guichet Intégré**

Dans le courant de l'année 2012, une commune s'est expressément portée volontaire pour être « porte d'entrée » de Guichet Intégré. Il s'agit de la Ville du Blanc Mesnil et compte tenu de son fonctionnement, elle a désigné son CMS comme lieu d'implantation.

Sans attendre la finalisation des outils, le travail d'accompagnement des équipes a donc débuté en novembre 2012.

Quatre personnes sont parties prenantes : 2 infirmières, 1 personne chargée de l'ouverture des droits (PASS) et 1 secrétaire médicale, en présence de la directrice administrative du CMS.

Leviers :

- Engagement et motivation de la direction
- Appétence pour les projets innovants
- Pas de pression en délai ou en objectifs

Freins :

- le temps, pour les équipes
- crainte de créer des attentes avec le travail d'orientation qui pourrait être sans réponse
- les personnes viennent pour un acte technique et non pas pour être particulièrement orientées ou à la recherche d'une information

Le groupe a d'emblée décidé de se revoir sur une base régulière bimestrielle. Entre chaque rencontre, pratique du repérage.

A l'ordre du jour de la prochaine rencontre : le guide d'entretien.

Des nouvelles du développement du dispositif sur ce site sont données en table tactique, dans l'espoir de susciter des vocations.

■ **Une entrée par l'outil**

La participation au Comité de Pilotage de la filière gériatrique (pas encore labellisée) de l'hôpital Robert Ballanger a été l'occasion d'introduire la fiche de liaison comme un projet Ville Hôpital. Ceci est facilité par le nombre relativement important de participants, dont une bonne part siège en table tactique.

Le projet est de s'appuyer sur ce canal pour diffuser l'usage de la fiche de liaison, construite très en lien avec la fiche de liaison MAIA.

L'hôpital, qui ne siège pas en table en table, est pourtant partie prenante de ce développement, la mise en pratique devrait commencer en 2013.

NB : A la date de rédaction du rapport, il s'agit bien de la même et unique fiche. Lancement lors du COPIL d'Avril 2013.

La limite de cet exercice en est l'usage dans un lien Ville Hôpital, sans lien avec l'objectif d'orientation de l'usager, mais nous tablons sur l'effet d'entraînement et de « banalisation » de la fiche.

■ **Une entrée par le recours à une équipe de coordination**

Il a d'ores et déjà été acté en table tactique que la fiche de liaison pourrait être le support permettant de faire appel soit au CLIC, au réseau gérontologique ou à la gestion de cas. De façon symbolique, l'outil est d'emblée commun à 3 types d'équipes différentes. L'idée étant, là encore, de tabler sur une diffusion « naturelle » de l'outil, comme phase préalable à la mise en place, plus implicite, de pratique de Guichet Intégré.

■ **Le guide d'entretien et la fiche de liaison**

Guide d'entretien et fiche de liaison ont été délibérément construits conjointement lors de 2 groupes de travail (6 à 8 participants). Les 2 ont été validés par la table tactique d'avril et il a été décidé de les tester sur plusieurs mois : 7 sites se sont portés volontaires.

A l'issue de cette phase, la fiche a finalement été invalidée et doit être retravaillée (cf CR tables tactiques octobre)

Le guide d'entretien reste inchangé, mais la tendance apparue lors de la phase test est celle de remplir directement la fiche, sans forcément s'appuyer ce guide.

NB : à la date de rédaction du présent rapport, on sait que la fiche a finalement été validée dans sa nouvelle version en janvier 2013

La mobilisation pour tester l'outil est encourageante et démontre l'intérêt des participants, même si, au final, seuls 3 sites l'ont effectivement utilisée.

(parce qu'elle a été invalidée, la version 2012 de la fiche de liaison n'est pas jointe au présent rapport)

■ **L'annuaire**

Une première tentative de collecte d'informations à partir de la trame du diagnostic territorial n'a pas été concluante.

La table tactique a opté pour une version « all web » de l'annuaire, et une maquette a été présentée en tables tactique et stratégique.

L'exploitation a été lente sur l'année 2012

NB : une première version de travail en ligne a pu être annoncée à la table d'avril 2013

■ **Le référentiel des missions différenciées**

Comme évoqué en 3.2 , une ébauche de référentiel des missions différenciées a été travaillée d'abord conjointement avec le Service Population Agée, avant d'être présentée en lors de la Commission Départementale de Coordination Gérontologique en septembre.

Le volet « instances de concertation » (Commissions Départementale de Coordination Gérontologique, Filière gériatrique, MAIA), après avoir été présenté à la Délégation Territoriale, doit encore être soumis aux différentes filières.

Le volet « offres de coordination autour de la personne à domicile » (CLIC, réseau, gestionnaire de cas), a de plus, été présenté en réunion InterCLIC dans le cadre du Conseil Général, des amendements ont été apportés et il sera soumis aux différentes tables en 2013.

NB : fait ou à faire en avril 2013

S'il ne règle pas tout, ce document aura été l'occasion de négocier les modalités d'articulation entre ces 3 équipes de coordination et aura permis de démontrer la volonté partagée de part et d'autre de rendre l'offre la plus lisible possible.

3.4 La gestion de cas

■ **Equipe de gestionnaires de cas**

Une première gestionnaire de cas a été recrutée à partir du 1^{er} 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 valable pour la prochaine session s'est déroulé auprès des gestionnaires de cas de la MAIA de Paris 20^e pendant l'été 2012.

Elle est inscrite au DU sur l'année 2012-2013 et devrait être diplômée en juin 2013.

Elle a assisté également aux rencontres de l'Espace Ethique à Marseille en mai sur la gestion de cas.

Son poste est financé sur le FIQCS.

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

Finalement, une subvention CNSA versée fin 2012, assurera le financement de ce second poste.

NB : la première gestionnaire de cas est partie en congé maternité en décembre et la seconde a pris ses fonctions à partir du mois d'avril

■ **Les outils**

Notre gestionnaire de cas a pris part à la formation GEVA-A à Paris en janvier 2012.

Elle suit la consigne de son utilisation comme guide, nous avons résumé les différents items en un pense bête de 6 pages.

Nous avons également commencé à remplir les PSI de façon régulière, sans sur le fonds, juste une adaptation sur la forme, pour une meilleure lisibilité.

Les PSI sont pour l'instant revus en staff gestionnaire de cas/pilote

■ **Légitimité du gestionnaire de cas**

Compte tenu du principe selon lequel la gestion de cas ne peut valablement se mettre en place que sur un territoire où les travaux MAIA sont bien avancés, nous avons délibérément peu communiqué sur l'offre de gestion de cas, profitant plutôt de l'orientation par le réseau porteur.

Les premiers patients ont été suivis à partir de janvier 2012

Les critères d'entrée en gestion de cas ont été étudiés en groupe de travail en 2011, 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. Un premier point a pu être fait en avril 2012.

Il a été reconnu la possibilité pour le gestionnaire de cas de déclencher l'APA en urgence. Nous y avons eu recours 1 fois en 2012, avec un effet immédiat.

Les critères adoptés fin 2011 étaient inspirés des travaux au niveau national, qui finalement ont été revus dans le courant 2012.

En attendant ces nouveaux critères nationaux, nos critères d'inclusion ont surtout été articulés avec le réseau porteur, qui intervient également sur la complexité. Malgré le partage des mêmes locaux et une interaction quotidienne, l'articulation entre équipes de coordination réseau et gestionnaire de cas n'a pas toujours été simple.

Lors d'un séminaire d'équipe en septembre, nous avons calé 3 points permettant de discriminer les 2 modes de prise en charge :

- l'âge
- le besoin d'une évaluation médicale
- la nature persistante du besoin et de la problématique.

La gestionnaire de cas participe à une partie du staff de l'équipe réseau, notamment pour la répartition des nouvelles demandes, en de rares occasions la première visite est conjointe.

■ **Activité de la gestion de cas**

Nombre de personnes suivies :

En file active au 31/12/12 : 24

Taux d'inclusion/mois : 1,9

Total depuis le début : 24

Total dans l'année : 25

En ALD 15 dans l'année : 8

Durée moyenne d'intervention en gestion de

cas : 272 jours, soit environ 9 mois

3.5 La pilote

Pilote et gestionnaire de cas :

Le recrutement d'un second gestionnaire s'est poursuivi, avec 15 candidats rencontrés dans l'année, la personne finalement retenue se désistant à la dernière minute.

Des points réguliers ont été instaurés dans le courant de l'année avec la seule gestionnaire de cas, notamment pour travailler à la mise en œuvre du PSI pour les patients. La concertation informelle est faite au quotidien.

Un groupe d'analyse des pratiques a été mis en place à partir de décembre, conjointement avec l'équipe de coordination du réseau.

Pilote et concertation :

Le travail de communication auprès des partenaires est à mener en continue, (départ,

changement d'interlocuteur, incompréhension...) et demande beaucoup d'énergie indépendamment du travail de construction des outils en eux-mêmes.

L'autre part importante est de s'inscrire dans le partenariat local, indépendamment des tables, ce qui implique une multiplication de réunions, indispensables, tant que la MAIA reste méconnue.

Pilote et articulation hors territoire

La pilote s'insère dans un réseau de pilotes au niveau national et a co-organisé en 2012 trois rencontres des pilotes (février, mai et novembre), à chaque fois en présence même partielle, de l'EPN. La dernière, à Paris dans les locaux de la Fédération des Réseaux de Soins Palliatifs, a réuni 60 personnes. Ce soutien informel s'avère d'un grand renfort pour recueillir informations et bonnes pratiques.

Au niveau Ile de France, 4 des 5 pilotes se sont retrouvées afin d'échanger et de poser des problématiques locales.

La pilote a également animé un groupe de travail au sein de la FREGIF, Fédération des Réseaux de Gérontologie d'Ile de France afin d'aboutir à un document tendant à éclaircir l'articulation des réseaux dans un contexte de mise en place des MAIA.

NB : ce travail a donné lieu à une présentation au séminaire FREGIF en avril 2013

4. CONCLUSION

4.1. Les principaux constats et enseignements

Un et demi après son lancement et au bout de 12 mois de concertation, le dispositif MAIA commence à être connu des professionnels les plus directement impliqués, tout en étant inconnu du plus grand nombre ; plus problématique, s'il est connu, le dispositif peut être mal compris. Le travail de communication doit rester constant, en tentant d'éviter de lasser les personnes déjà impliquées et la capacité à remettre à plat discours et méthode d'approche est primordiale.

Le choix a été fait de développer les actions parallèles, qui s'éloigne de la volonté affichée par le cahier des charges de réduire la redondance des instances, mais il nous est apparu prioritaire de continuer de démontrer une dynamique, même modeste, plutôt que prendre le risque de provoquer confusion et blocage.

Si l'accent a été mis sur le levier organisationnel de la MAIA, la gestion de cas reste à développer, l'arrivée d'une seconde personne devrait permettre de relancer le mouvement.

4.2. La dynamique locale autour du projet

L'année 2012 est aussi celle du lancement de la préparation du 3^e Schéma Gérontologique Départemental. Les bassins gérontologiques ont été créés, des groupes de travail se sont tenus et se poursuivent en 2013, beaucoup d'acteurs sont mobilisés.

Cela aura été l'occasion de présenter encore d'avantage la MAIA, mais aussi de faire ressortir des convergences de missions et de potentielles redondances, qu'il faudra suivre dans l'année qui vient.

Un travail en forte concertation avec le Service Population Agée du Conseil Général a permis une meilleure compréhension mutuelle des fonctionnements et devrait assurer une cohérence dans le développement des 2 projets parallèles, s'il persiste en 2013.

La MAIA continue à profiter 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, avec des communications communes ou croisées avec une mutualisation des ressources d'information pour la gestion de cas.

L'année qui vient devrait voir l'aboutissement des outils du Guichet Intégré, mettant les partenaires devant le choix de s'impliquer plus avant – ou pas.

5. ANNEXES

- 1. Synthèse des actions de communication**
- 2. Outil de communication**

- 3. Les outils du Guichet Intégré**
 - **Le guide d'entretien**

- 4. Tableau de reporting à l'ARS**
 - **Fiche indicateurs MAIA**
 - **Fiche d'identification des MAIA**
 - **Cantons du site MAIA et codes INSEE**

- 5. Compte rendu des réunions tactiques et stratégique**

- 6. Suivi de décisions des tables de concertation tactique**

5.1. Synthèse des actions de communication

DATE	EVENEMENT	PUBLIC
01/03/2012	Bureau du CODERPA – réunion ad hoc Bobigny	Membres du bureau
06/03/2012	APSS (Association des Professionnels de Santé de Stains) - AG annuelle Stains	Professionnels de santé libéraux de Stains
10/03/2012	France Alzheimer – AG annuelle Aulnay sous Bois	Adhérents de l'association
27/03/2012	Groupe GIR 93 (Gérontologie Information Réflexion) – rencontres locales régulières sur divers thèmes touchant à la gérontologie Gagny	Professionnels intervenant auprès de la population âgée, plutôt profil travailleurs sociaux (circonscription, hôpitaux, EMS APA, CLIC)
01/06/2012	Association France Berbère – soirée thématique ponctuelle sur la maladie d'Alzheimer => présentation des ressources locales Pierrefitte sur Seine	Adhérents de l'association, élue à la Santé, directeur santé, usagers et habitants
17/09/2012	Commission Départementale de Coordination Gérontologique – rencontre annuelle => présentation des référentiels des missions différenciés Bobigny	Représentants des Directeurs d'établissements sanitaires, du secteur médico-social, des réseaux de santé, des usagers, UDCCAS, CNAV, Conseils de l'Ordre, ARS
01/10/2012	Journée de lancement du Schéma Gérontologique Départemental => tenue du stand Bobigny	Tous professionnels du département
15/10/2012	Journée « Bien Vieillir » dans le cadre de la Semaine bleue – manifestation annuelle => présentation des ressources locales sur la maladie d'Alzheimer Villetaneuse	Usagers, responsables pole senior locales
31/10/2012	Rencontre Régionale MAIA par l'ARSIF => présentation de l'état d'avancement de la MAIA 93 nord	Professionnels, porteurs, pilotes
22/11/2012	Staff des Neurologues l'Hôpital Robert Ballanger – staff hebdomadaire	Neurologues
05/12/2012	Journée Santé Mentale des ASV Epinay – manifestation annuelle Villetaneuse Pierrefitte sur Seine	Professionnels de santé des 3 communes
06/12/2012	Commission des Soins de l'Hôpital Robert Ballanger – réunion périodique => présentation du projet de fiche de liaison	Infirmières
10/12/2012	Réunion interCLIC sous l'égide du Conseil Général – rencontre périodique => présentation du référentiel des missions différenciées	Service Population Agée et directeurs des CLIC du département
13/12/2012	Réunion Cadres/Cadres Sup Hôpital Robert Ballanger – réunion périodique => présentation du projet de fiche de liaison	Infirmières Cadres et Cadres supérieures

A ces 14 évènements publics, s'ajoutent les 65 rendez-vous pris individuellement avec des structures partenaires locaux.

Une **plaquette** avait été créée, elle a finalement été remplacée par un document A4 recto verso évolutif, qui permet de présenter l'avancement des travaux et évite d'avoir à diffuser les comptes rendus.

