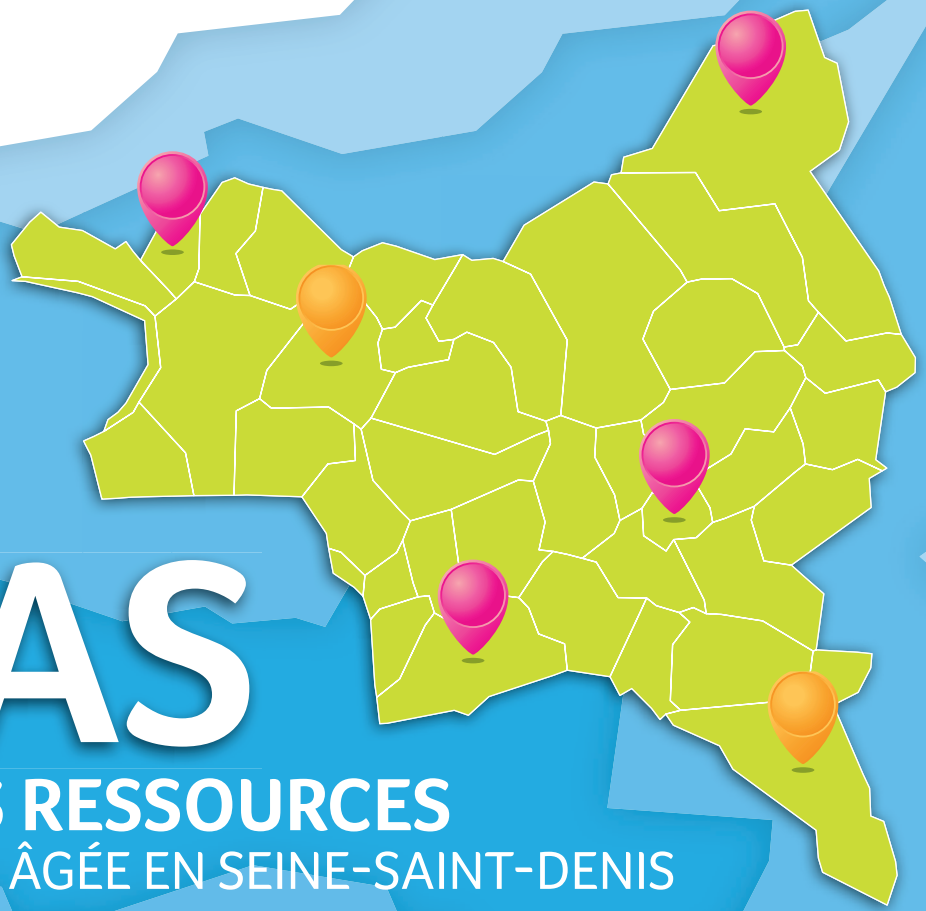
MAIA
Seine-Saint-Denis

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



ATLAS

SUBJECTIF DES RESSOURCES

POUR LA PERSONNE ÂGÉE EN SEINE-SAINT-DENIS

2017-2018

Les professionnels intervenant auprès du public âgé et son entourage sont souvent invités à penser leur accompagnement en termes de parcours individualisés. Pour personnaliser la prise en charge, ils sont amenés à orienter, mobiliser ou travailler aussi bien avec les acteurs du sanitaire, du social que du médico-social. Cela implique de partager une connaissance effective de l'offre du territoire, permettant ainsi d'orienter au mieux la personne âgée et d'élargir les chemins et les recours possibles.

En complément d'autres outils MAIA que sont le référentiel des missions qui décrit les différents types de structures et l'annuaire en ligne qui en fournit les coordonnées, le présent Atlas vient localiser cette offre et préciser son fonctionnement. Au-delà de la seule cartographie, l'Atlas vise aussi à mettre en lumière les éventuels points de rupture de ce fameux parcours.

Pour répondre à ces deux objectifs, l'Atlas est construit, en première partie, autour d'un parcours idéal, où chaque professionnel intervient au moment opportun dans une évolution sereine et graduelle ; et en deuxième partie, il s'intéresse au parcours plus chaotique, lorsque la situation se complexifie et qu'elle requière d'autres types d'interventions.

Les questions soulevées sont nombreuses : Pourquoi à ce moment-là du parcours, la personne âgée aurait-elle besoin de ce type de professionnel ou de ce type d'aides ? Quel est l'enjeu ? Comment cela fonctionne-t-il ? Comment est-ce organisé ? Quelles sont les difficultés rencontrées par les personnes âgées, leurs aidants et les professionnels ? Quels sont les freins à l'accès à une telle offre ? Quelles sont alors les limites de cette offre ? Qu'est ce qui pourrait fonctionner autrement ? Quels sont les manques ? Qu'aurait-on besoin de changer ? de créer ? de financer ? Quelles sont alors les perspectives ?

C'est ainsi que vous trouverez dans cet Atlas, organisé en une série de doubles pages de textes, illustrés par une ou plusieurs cartes, les différents jalons du parcours, posant à chaque fois les quatre mêmes questions : quels sont les ***enjeux****, l'****organisation*** *actuelle, les* ***points de vigilance*** *et les* ***perspectives*** *?*

Toutes les problématiques et les limites reprises dans le présent Atlas ont été colligées ces dernières années auprès des partenaires des trois MAIA, à l'occasion des tables de concertation, des groupes de travail ou lors d'entretiens. Les gestionnaires de cas jouent également un rôle d'observateur des difficultés de ce parcours dans l'accompagnement qu'ils mènent auprès des personnes en situation complexe. Ce sont les interrogations des professionnels de Seine-Saint-Denis qui ont été régulièrement rassemblées dans un « entrepôt de données », et mises en perspectives ici.

Introduction

Face à ces constats ou interrogations « de terrain », nous avons parfois choisi de compléter ou d'objectiver certains éléments sur la base d'études que l'on retrouvera dans la bibliographie.

S'il reprend scrupuleusement les dires des professionnels, cet Atlas n'est pourtant pas totalement objectif dans sa représentation de la Seine-Saint-Denis. Dans la façon de poser les jalons du parcours, d'associer les différentes structures entre elles, d'entrevoir les perspectives, il est le reflet d'une approche portée régulièrement dans les travaux MAIA autour de la nécessité de tendre à éclaircir les rôles des uns et des autres, d'éviter les redondances, de tenter d'anticiper et de prévenir la dégradation des situations et surtout de ne pas rester seul. C'est en cela que cet Atlas reste subjectif.

Sans doute imparfait, incomplet, imprécis, trop synthétique, il se veut néanmoins être un support de compréhension commune de notre territoire mais aussi un prétexte à la réflexion partagée, à partir desquelles nous pourrons construire collectivement le partenariat local autour de la personne âgée.

Sur la base d'éléments généraux, cet Atlas initie une première mise en perspective de l'offre d'aides et de soins autour de la personne âgée. Il gagnerait à être complété d'une réflexion sur les points de vigilance soulevés et les perspectives en cours, en approfondissant les besoins et les usages, en détaillant les données et en élaborant peut-être des enquêtes qualitatives.

Sur la base de diagnostics territoriaux affinés, nous pourrions alors approfondir la réflexion sur l'adéquation entre les ressources disponibles et les besoins de la population. Cette analyse devra nécessairement intégrer de nouvelles caractéristiques (structure de la population par commune, ressources, isolement, transports, recours au système de santé…).

Ce chemin reste à parcourir après la parution de cet Atlas subjectif. Sur la partie cartographique, n'hésitez pas à nous signaler toute erreur, omission, précision ou évolution de l'offre.

Nous veillerons à mettre en ligne régulièrement les corrections et mises à jour sur l'annuaire www.maia93.org.

La réalisation de cet ouvrage s'étant nourrie de tous les échanges avec les partenaires du territoire, qu'ils en soient tous ici sincèrement remerciés.

MAIA
Seine-Saint-Denis

Toutes les cartes ont été conçues par Adélaïde Hamiti, chargée de mission chargeedemission@maia93.org

On retrouvera ainsi les contours des territoires MAIA dans la plupart des cartes suivantes :

- Territoire d'intervention du reseau gérontologique Équip'age et de la gestion de cas MAIA nord
- Territoire d'intervention du reseau gérontologique Océane et de la gestion de cas MAIA Sud-ouest
- Territoire d'intervention de l'UMEP et de la gestion de cas MAIA Sud-est

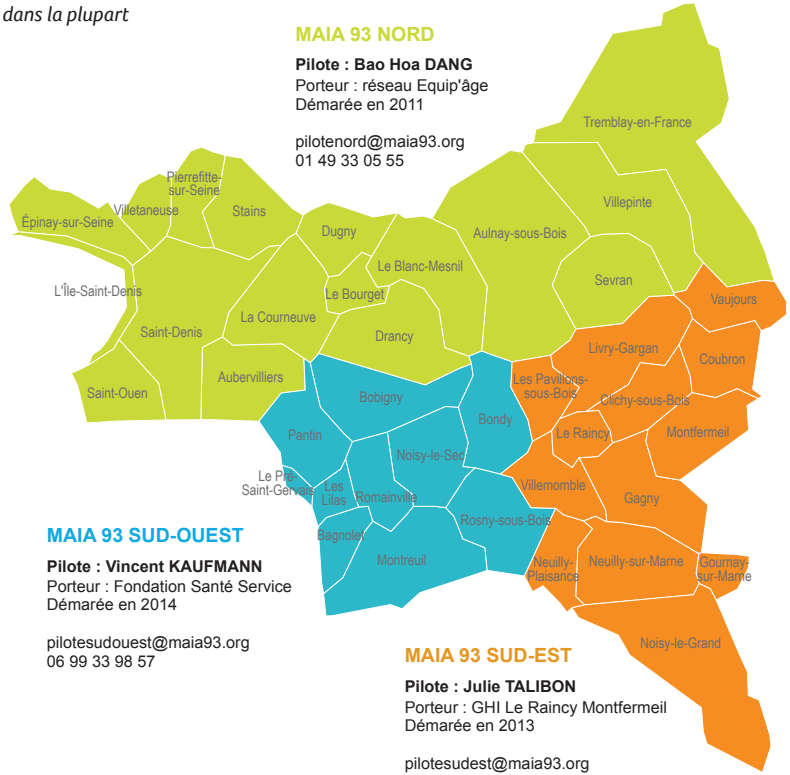
MAIA est une méthode d'action qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants, pour tendre à la lisibilité du système d'aide et de soins et à la simplification du parcours des personnes âgées.

Cela passe notamment par la création d'un **guichet intégré** : il s'agit de fédérer tous les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux chargés de l'information, de l'orientation et de la coordination des interventions sur le territoire, autour de **pratiques, d'outils partagés et de processus articulés** pour une **harmonisation des réponses et des orientations, à tout endroit du territoire.**

L'action MAIA s'appuie également sur des **instances de concertation**, les tables tactiques par territoire MAIA et les tables stratégiques départementales, espaces de dialogue formalisés où s'élaborent outils et organisation.

Ce travail en direction des professionnels est complété par la **gestion de cas** qui permet de répondre aux besoins de personnes âgées en situations particulièrement complexes, de soutenir les aidants et d'accompagner les professionnels en place.

Pour plus de précisions sur la méthode MAIA :
http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia



MAIA 93 NORD

Pilote : Bao Hoa DANG
Porteur : réseau Equip'âge
Démarée en 2011

pilotenord@maia93.org
01 49 33 05 55

MAIA 93 SUD-OUEST

Pilote : Vincent KAUFMANN
Porteur : Fondation Santé Service
Démarée en 2014

pilotesudouest@maia93.org
06 99 33 98 57

MAIA 93 SUD-EST

Pilote : Julie TALIBON
Porteur : GHI Le Raincy Montfermeil
Démarée en 2013

pilotesudest@maia93.org
06 15 83 15 44

Qu'est-ce que MAIA ?

SOMMAIRE

Court portrait de la Seine-Saint-Denis

PARTIE 1 – La personne âgée ou son entourage…

1. …recherche de l'information et a besoin d'être orientée
2. …a besoin d'un suivi médical
3. …gagne à être évaluée sur le plan gérontologique
4. …doit pouvoir accéder à l'ensemble de ses droits
5. …peut bénéficier d'aides à son domicile
6. …nécessite des soins infirmiers à domicile
7. …requière des soins de réadaptation dans le processus de réadaptation
8. …souhaite un hébergement alternatif à son domicile initial
9. …peut bénéficier d'aides aux aidants
10. …gagne à rompre son isolement

PARTIE 2 – Parfois les choses se compliquent…

11. …face à une urgence médicale, l'articulation des acteurs est indispensable
12. …face à la maladie d'alzheimer ou à des troubles apparentés, il peut être utile de bénéficier d'une stimulation cognitive
13. …face à des troubles du comportement, il existe des lieux adaptés
14. …face à des troubles d'allure psychiatrique, pour un diagnostic ou un suivi, plusieurs types de réponses sont possibles
15. …face à un cancer, la personne gagne à bénéficier d'une approche spécifique à son âge : l'oncogériatrie
16. …face à une situation préoccupante, il existe des leviers d'action
17. …face aux situations complexes en ville, il est possible de mobiliser des partenaires
18. …face à la maladie grave, sans espoir de guérison, la personne peut bénéficier de soins palliatifs

Bibliographie

MAIA
Seine-Saint-Denis

En Seine-Saint-Denis, de nombreuses structures et dispositifs ont décrit et analysé, à différentes échelles, le territoire et sa population, notamment la population âgée.

C'est le cas du Conseil Départemental pour l'élaboration du Schéma Gérontologique 2012-2017, le portrait sociodémographique en 2012 puis le nouveau focus « Personnes âgées » en 2016.

La délégation départementale de l'ARS a produit pour ce même public un premier diagnostic sanitaire et médico-social « personne âgée » lors de la mise en place du Conseil Territorial de Santé (CTS) en 2017.

À des échelles locales, certaines municipalités élaborent, avec un réseau de partenaires, des Contrats locaux de Santé (CLS), ou des Analyses des Besoins Sociaux (ABS), afin de mieux cibler leurs actions prioritaires.

Court portrait de la Seine-Saint-Denis

Un département urbain et jeune…

- Le département de la Seine-Saint-Denis compte **40 communes**. Territoire très urbain, il se place au 5e rang des départements de la Métropole par sa population (1 571 028 habitants en 2014). D'une superficie de 236 km², qui représente 2 % du territoire régional, il se situe au **3e rang pour sa densité de population** avec une moyenne de 6 520 habitants au km².
- Il est couvert par un réseau de transport en commun aujourd'hui inégalement réparti sur le territoire. L'offre évolue à court, moyen et long terme, avec des développements importants à la fois en terme de nouvelles infrastructures, notamment dans le cadre du Grand Paris Express (prolongements de métros, nouvelles lignes de tramways et de bus) et en termes de logements et services avec l'accueil des jeux olympiques et para-olympiques en 2024.
- Le département de Seine-Saint-Denis est **le plus jeune de France** de par son rapport entre la population âgée de moins de 20 ans et celle des 60 ans et plus. Les parts sur l'ensemble de la population des 60 ans et plus (16,2 %) et des 75 ans et plus (5,4 %), par rapport aux autres départements franciliens, sont également les plus faibles. Cependant, en effectifs, cette population (respectivement 254 097 personnes et 84 544 personnes) reste importante (5e rang de la région). Une proportion plus élevée des 75 ans et plus, supérieure à 7 %, est présente principalement dans les communes de l'Est du département.

…dont la population augmente et vieillit…

- Selon l'étude prospective du Conseil Départemental, à l'horizon 2026, la Seine-Saint-Denis devrait compter plus de 1,65 million d'habitants, voire 1,80 million compte tenu de la dynamique de logements et d'infrastructures. Le processus de vieillissement de la population, qui s'observe à l'échelle nationale, devrait être important en Seine-Saint-Denis, avec une forte progression des personnes de 60 ans ou plus (20 % en 2026 contre 16 % actuellement).

...avec des problématiques spécifiques

- Si **la moitié des personnes de plus de 80 ans vivent seules** à leur domicile, on observe une part plus importante de foyers, que dans les autres départements franciliens, où cohabitent des personnes de 60 ans avec plus de 3 personnes. Cette composition peut s'expliquer par le profil de population du département (précarité, immigration).
- **36 % des plus de 55 ans et plus sont immigrées**, soit une des parts les plus importantes sur l'Île-de-France. La répartition par commune sur le département est différente : sur 7 communes du nord-ouest, cette part est supérieure à 43 %, soit deux fois plus que dans 12 communes sur le sud-est, qui présentent des taux inférieurs à 22%. Une proportion importante de résidents d'origine étrangère soulève notamment, pour une partie d'entre eux, la question de l'accès aux droits sociaux et de santé.
- Le département se situe au **1er rang des départements métropolitains pour son taux de pauvreté, avec 26,9 %** de la population totale. Sur les 800 000 foyers fiscaux du département, près de la moitié n'est pas imposable. La proportion des 60-74 ans et 75 et plus vivant sous le seuil de pauvreté est forte avec respectivement 22 % et 12,7 %, soit un taux supérieur à la moyenne régionale. Pour les 75 ans et plus, les communes les plus concernées se situent sur les bassins nord-ouest et sud-ouest et sur la ville de Clichy-sous-Bois (entre 16 et 22 %). Le Conseil départemental fait état d'une précarisation croissante des 65 ans et plus, dont certains sont obligés de conserver une activité professionnelle.
- Un nombre non négligeable de locataires âgés de 65 ans et plus vivent dans le **parc social**, en majorité sur le nord et sud-ouest. La progression devrait se poursuivre dans les années à venir, ce qui induit notamment un enjeu d'adaptation des logements pour les bailleurs sociaux.
- **L'indice de développement humain IDH-2** (combinant santé, éducation et revenu médian) est le plus bas de tous les départements de l'Île-de-France (0,4 en 2008), de même que pour chacune des trois composantes prises séparément.

Dans un contexte où la précarité, l'isolement et les difficultés d'accès à l'offre d'aides et de soins se cumulent souvent, ces premiers éléments de portrait questionnent, en Seine-Saint-Denis, leurs possibles répercussions sur la santé des personnes âgées.

PARTIE 1

La personne âgée ou son entourage ...

MAIA
Seine-Saint-Denis

ENJEUX

L'information proposée à la personne âgée conditionne la qualité de son parcours et peut avoir un impact sur sa santé. Les services et professionnels recevant du public âgé sont autant de « portes d'entrée » et au-delà de leur fonction propre, jouent un rôle essentiel d'orientation.

ORGANISATION

Le département présente différents point d'accès à l'information :

- chaque commune dispose d'un **Centre Communal d'Action Sociale** (CCAS) ouvert à tous les administrés
- en complément, certaines communes proposent des lieux d'accueil spécifiquement dédiés aux personnes de plus de 60 ans, comme les **Centres Locaux d'Information et de Coordination** (CLIC) ou selon les villes des coordinations gérontologiques, maisons des retraités ou pôles seniors, sous la responsabilité des CCAS
- les **circonscriptions de service social**, dans le cadre de leur mission de polyvalence, sont également amenées à recevoir des personnes âgées de leur territoire d'implantation ou de communes voisines. Les circonscriptions sont départementales ou municipales, par délégation du Conseil Départemental.

Au-delà de ces structures, médecins traitants, pharmaciens, professionnels libéraux, services à domicile... sont autant d'interlocuteurs qui ne peuvent être cartographiés ici.

POINTS DE VIGILANCE

Cette organisation riche et hétérogène ne permet pas toujours, pour chaque demande, une orientation optimale et équitable. De leur côté, les professionnels amenés à répondre aux demandes de personnes âgées peuvent parfois n'avoir qu'une connaissance partielle de l'offre.

L'accessibilité à l'information peut être rendue complexe pour des personnes isolées (57 % des plus de 85 ans) ou pour des personnes confrontées à des difficultés linguistiques à l'oral ou à l'écrit, une faible mobilité, une méconnaissance de l'organisation des administrations, etc.

Par ailleurs, différencier la demande d'une personne âgée de ses besoins réels permet une orientation plus pertinente, mais nécessite des compétences ou un relais vers un professionnel ou un service à même de traiter de façon plus spécialisée cette demande, ce qui n'est pas systématique. Enfin, lorsqu'il existe plusieurs « portes d'entrée » au sein d'une même ville, leur articulation devient primordiale.

PERSPECTIVES

Afin d'assurer à chaque personne âgée une réponse de qualité au regard de ses besoins, un travail de sensibilisation, de formation, d'outillage voire, pour les communes qui en feraient le choix, de restructuration des lieux d'accueil est un enjeu majeur. Pour assurer cette fonction d'information et d'orientation, l'existence d'un lieu d'accueil de proximité est essentielle et la question se pose alors du devenir des CLIC dans les années à venir.

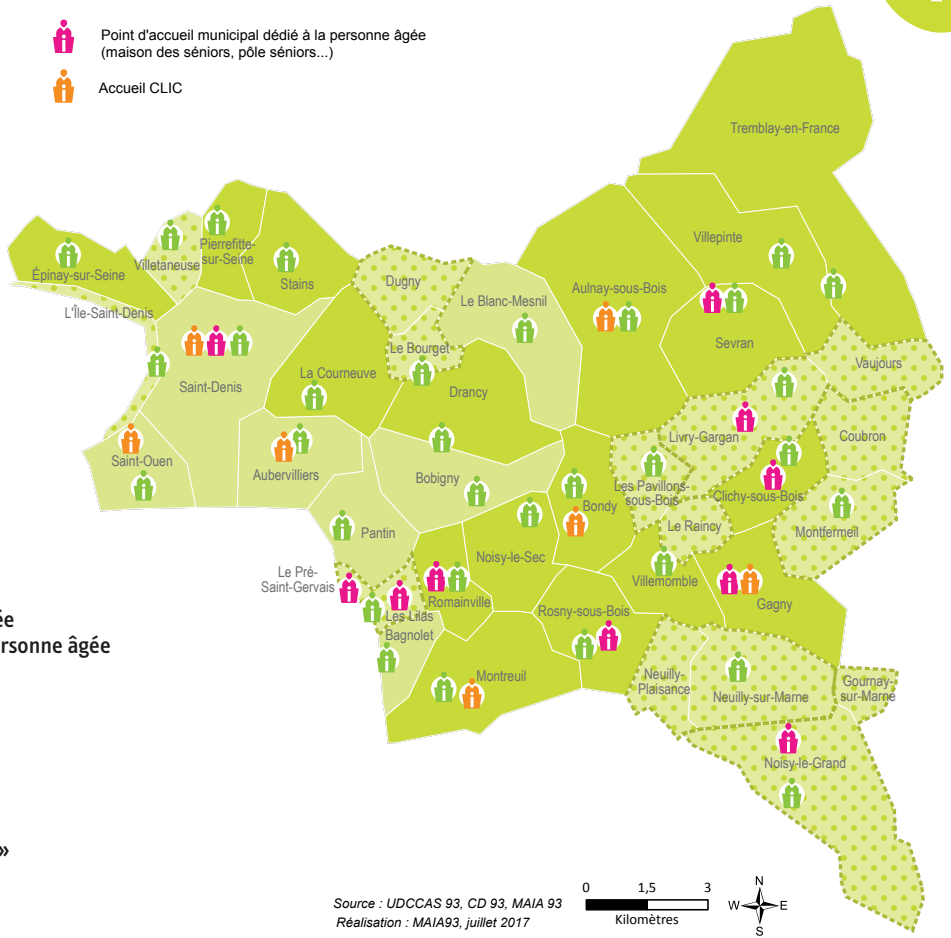
...recherche de l'information et a besoin d'être orientée

1

Circonscription de service social départemental polyvalent :

- Point accueil
- Circonscriptions communales
- Circonscriptions intercommunales
- Municipalités conventionnées
- Contour service social intercommunal

- Point d'accueil municipal dédié à la personne âgée (maison des séniors, pôle séniors...)
- Accueil CLIC



Source : UDCCAS 93, CD 93, MAIA 93
Réalisation : MAIA93, juillet 2017

16 communes
sur 40, ont au moins une équipe spécialisée pour l'information et l'orientation de la personne âgée

7 CLIC
couvrent 8 communes

11 villes/CCAS ont un point d'accueil ciblé « personnes âgées »

MAIA
Seine-Saint-Denis

ENJEUX

Le législateur a confié au médecin traitant, le plus fréquemment le médecin généraliste, un rôle central dans le suivi au long cours. Pour des personnes âgées fragiles, en perte d'autonomie, mais également pour leurs aidants dont on sait que l'état de santé est fréquemment affecté par la charge qu'ils assument, la disponibilité du médecin traitant est un enjeu fondamental pour un maintien au domicile de qualité et bien coordonné.

ORGANISATION

Comme partout en France, la médecine générale peut s'exercer avec le statut libéral ou salarié :

- **l'exercice libéral en cabinet**, seul ou en groupe, regroupé par spécialités ou pas, a été le plus courant jusqu'à il y a peu.
- les projets d'exercice collectif étant aujourd'hui recherchés par les nouveaux praticiens souhaitant s'installer en libéral, il leur est possible de s'organiser en **Maisons de Santé Pluri-professionnelles** (MSP) avec d'autres professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, autour d'un projet et des actions de santé coordonnées.
- par ailleurs, la Seine-Saint-Denis est caractérisée par une offre importante en **Centres de Santé**, notamment municipaux (CMS), dont les professionnels sont salariés. Cette offre de soins en médecine générale est fréquemment complétée par des vacations de spécialités et des soins infirmiers. Les centres de santé reçoivent parmi leur patientèle des personnes âgées de plus de 60 ans mais a priori des personnes plutôt mobiles, intégrées et actrices de leur parcours de soins.

Pour une meilleure répartition des médecins sur un territoire donné, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé (Drees) et l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) ont créé en 2012 l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL), afin de mesurer l'adéquation entre l'offre et la demande en soins de premier recours, en tenant compte du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins. Cet indicateur doit permettre de définir ainsi les communes devant bénéficier d'incitations financières à l'installation de professionnels.

Cependant, l'APL prenant en compte le temps de déplacement en voiture, il est moins sensible pour un département comme la Seine-Saint-Denis au réseau routier dense, mais dont une partie importante de la population n'est pas véhiculée, sans compter les personnes âgées en perte d'autonomie qui, de fait, ne circule plus en voiture.

Au vu des résultats de 2017 qui n'identifient aucune commune du département comme prioritaire, la finesse de l'APL est remise en cause par certains acteurs.

1011 médecins généralistes libéraux (SNIIRAM, janvier 2016)

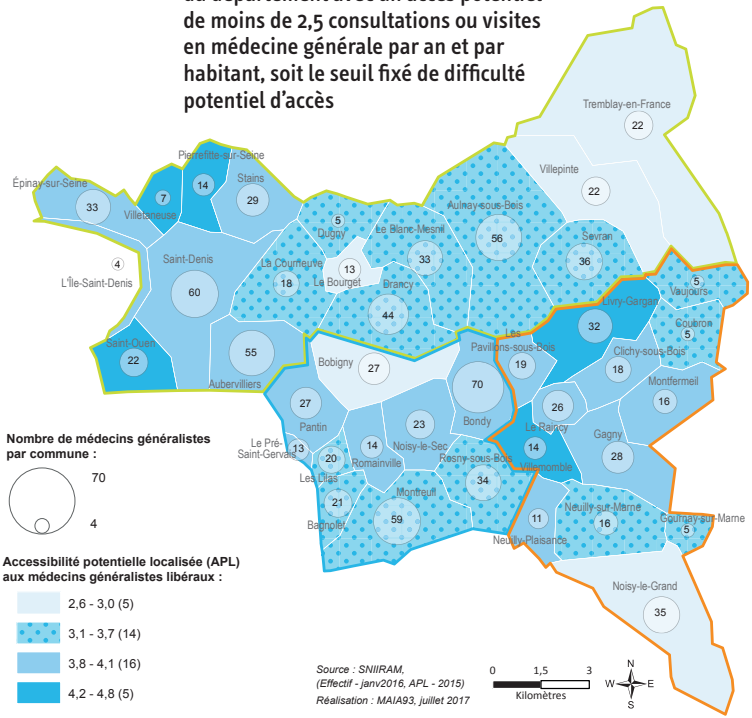
Le nombre de médecins à Bondy tient compte des urgentistes libéraux enregistrés au siège de l'association Sur93.

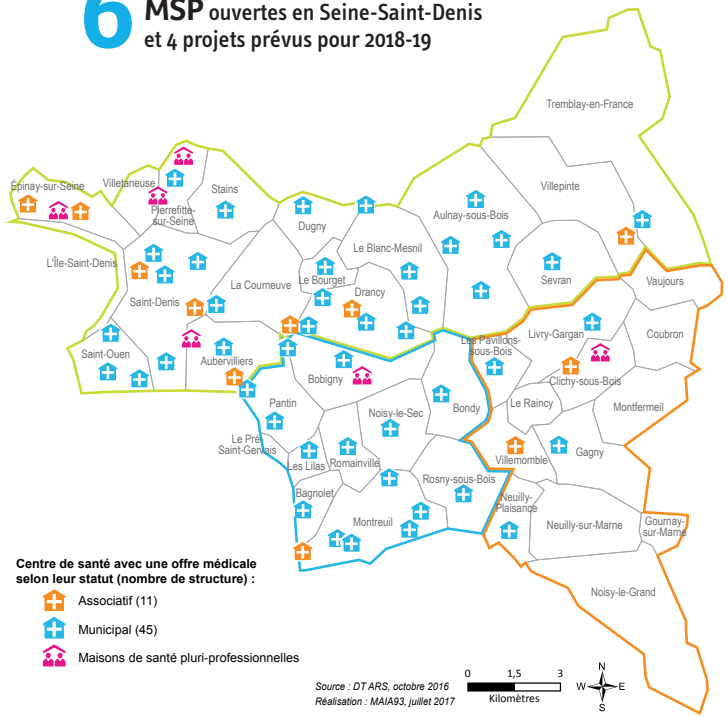
56 centres de santé avec au moins une offre de médecine générale (11 en statut associatif et 45 municipal), sur les 89 du territoire

Aucune commune

du département avec un accès potentiel de moins de 2,5 consultations ou visites en médecine générale par an et par habitant, soit le seuil fixé de difficulté potentiel d'accès

6 MSP ouvertes en Seine-Saint-Denis et 4 projets prévus pour 2018-19





MAIA
Seine-Saint-Denis

POINTS DE VIGILANCE

En 2017, la Seine-Saint-Denis présente **le plus faible taux de médecins généralistes d'Île-de-France et le deuxième taux le plus bas de la France métropolitaine**, sur un territoire marqué par des indicateurs de précarité, d'inégalités sociales et territoriales, de prévalence des maladies chroniques et de problématiques d'accès aux soins parfois alarmants.

Le nombre de médecins généralistes exerçant en Seine-Saint-Denis a diminué de 10% sur la période 2010/2017 quand, dans le même temps, la population a augmenté de 3,4%. Ceci est lié d'une part à un faible taux d'installation, dû notamment à une faible attractivité du territoire et d'autre part à un nombre croissant de départs non remplacés. Ceci fait peser sur les médecins généralistes encore en exercice une pression importante, les rendant parfois difficilement disponibles à la coordination avec les autres intervenants.

Par ailleurs, en fonction de leurs disponibilités et de leur choix d'organisation, les médecins ne peuvent pas toujours effectuer des visites à domicile ou recevoir de nouveaux patients. De leur côté, et notamment parce que leur modèle économique est peu incitatif, il est peu courant que les praticiens de CMS effectuent des visites à domicile.

PERSPECTIVES

Devant cette situation, de nombreuses mesures incitatives ont été déployées ces dernières années par l'Agence Régionale de Santé, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, le Conseil Départemental ou la Région, mais dont l'impact sur les installations reste à démontrer.

La récente loi de modernisation du système de santé table sur les exercices collectifs, comme :

- les Équipes de Soins Primaires (ESP) : des professionnels regroupés ou non sur un même site, et qui souhaitent se mobiliser autour d'une thématique commune bénéficiant à leurs patients. La MSP et le CMS sont des ESP, qui peuvent être également présenter des formes plus souples et plus ponctuelles
- les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) : forme de coordination plus large que l'ESP, elle réunit l'ensemble des acteurs de santé quel que soit le mode d'exercice, en ville ou en établissement, incluant les secteurs médico-social et social et la prévention, autour d'un projet de santé pour répondre à un ou plusieurs besoins en santé de la population.

La télémédecine ou encore l'apport d'infirmières de pratique avancée sont des évolutions des pratiques mise en avant par les autorités pour les années à venir.

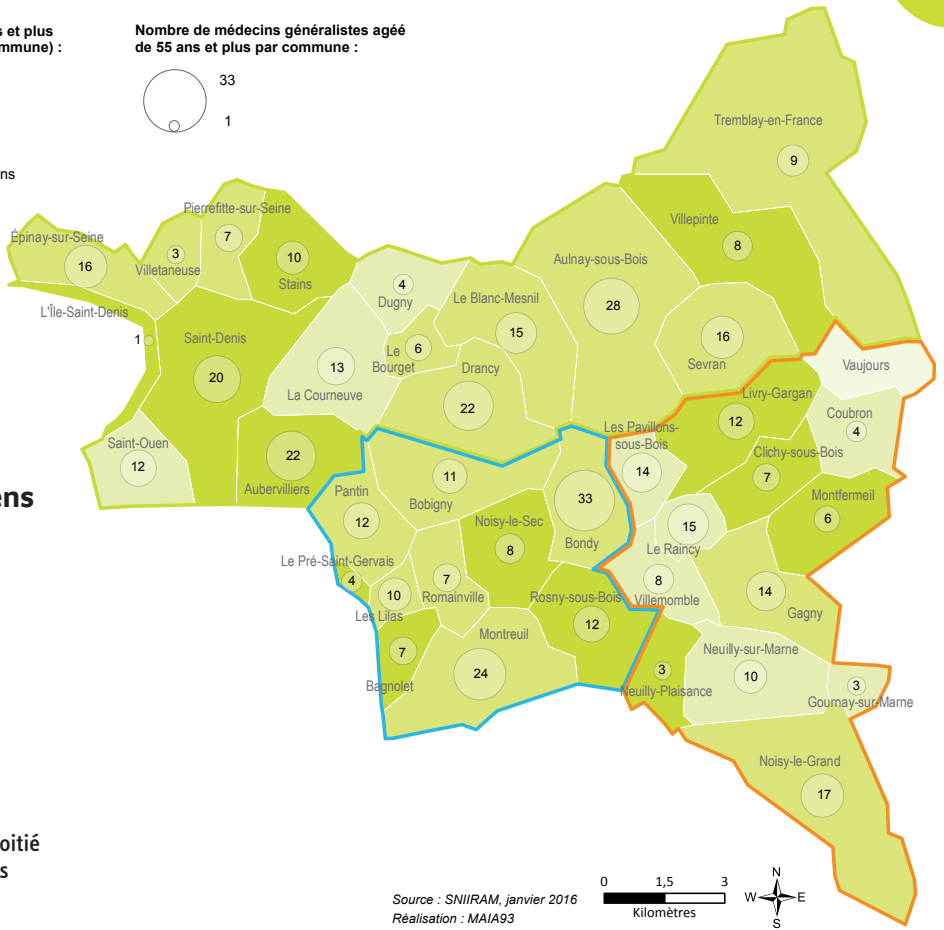
Part des médecins généralistes âgée de 55 ans et plus sur le nombre de médecin total (nombre de commune) :

- 25 - 40 (13)
- 41 - 50 (17)
- 51 - 80 (9)
- absence de médecins de plus de 55 ans

Nombre de médecins généralistes agéé de 55 ans et plus par commune :

33

1



Source : SNIIRAM, janvier 2016
Réalisation : MAIA93

0 1,5 3
Kilomètres

N
W E
S

45% **de l'ensemble des praticiens** sont âgés de plus de 55 ans, soit :

453 **médecins libéraux**
c'est-à-dire autant de départs à la retraite dans les prochaines années

22% **ont plus de 65 ans**

9 **communes** comptent plus de la moitié de leurs médecins âgés de 55 ans et plus

MAIA
Seine-Saint-Denis

ENJEUX

L'avancée en âge s'accompagne souvent de complications médicales spécifiques mais aussi de problématiques d'ordre relationnel, social, environnemental, économique … qu'il convient de pouvoir repérer et évaluer car chacune peut fragiliser l'état de santé et l'autonomie de la personne. Celle-ci gagnerait donc à être orientée plus systématiquement vers une structure pouvant lui proposer un bilan gérontologique ou une évaluation gériatrique pour la population de plus de 75 ans.

ORGANISATION

Les évaluations sont de plusieurs types :

- une **évaluation générale du degré d'autonomie** dès 60 ans pour l'ouverture d'un droit à des aides à la personne. Elle est réalisée au domicile, pour les personnes présentant une faible perte d'autonomie, par les équipes mandatées par la CNAV (UMEG et 4 CLIC non représentées sur la carte). Pour une perte d'autonomie plus importante, dans le cadre de l'évaluation médico-sociale pour l'ADPA (Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie), les équipes peuvent être portées par le Conseil départemental, la commune ou par les CLIC, et s'ancrent alors de façon différente dans le territoire.
    - **une évaluation gériatrique de premier recours est assurée à domicile**, en lien avec le médecin traitant, par les réseaux de santé en gérontologie
- un **bilan gériatrique** associé à des examens divers pour faire un diagnostic médical complet : il peut être réalisé en journée à l'hôpital de jour à visée diagnostique, comprenant pour certains une consultation mémoire
- une **évaluation globale de la situation réalisée au domicile** par des équipes diverses : CLIC, réseau gérontologique, ou encore une équipe mobile extrahospitalière (bassin sud-est du département).

POINTS DE VIGILANCE

La méconnaissance de cette offre ou d'éventuels délais d'attente peuvent être à l'origine d'un recours insuffisant à cette évaluation. La diversité des dispositifs mobilisables peut aussi rendre confuse l'orientation par un professionnel et entraîner un risque de redondance.

Cette multiplicité d'intervenants s'accompagne de la multiplicité des outils d'évaluation : si certains sont insuffisamment adaptés aux personnes souffrant de troubles cognitifs, tous sont utilisés indépendamment les uns des autres et font subir à la personne une interminable répétition des évaluations.

Persiste la difficulté majeure du repérage des personnes isolées, en rupture de suivi médical et/ou en situation de refus de soins. Enfin, le non-recours concerne environ 25% des bénéficiaires éligibles.

PERSPECTIVES

Des travaux sont actuellement en cours pour la création d'un outil d'évaluation multidimensionnel à l'usage des évaluateurs ADPA. De façon générale, une articulation formalisée entre les divers acteurs des bilans et évaluations contribuerait à une orientation adaptée à ses besoins au moment opportun.

...gagne à être évaluée sur le plan gérontologique

3

Territoire d'intervention :

- UMEP et gestion de cas MAIA sud est
- Réseau gérontologique Océane et gestion de cas MAIA Sud Ouest
- Réseau gérontologique équipage et gestion de cas MAIA nord

- Point d'accueil du CLIC
- Présence d'un CLIC
- Hôpital de jour diagnostic

- Évaluation médico-sociale ADPA départementale
- Évaluation médico-sociale ADPA municipale

6 hôpitaux de jour
à visée diagnostique

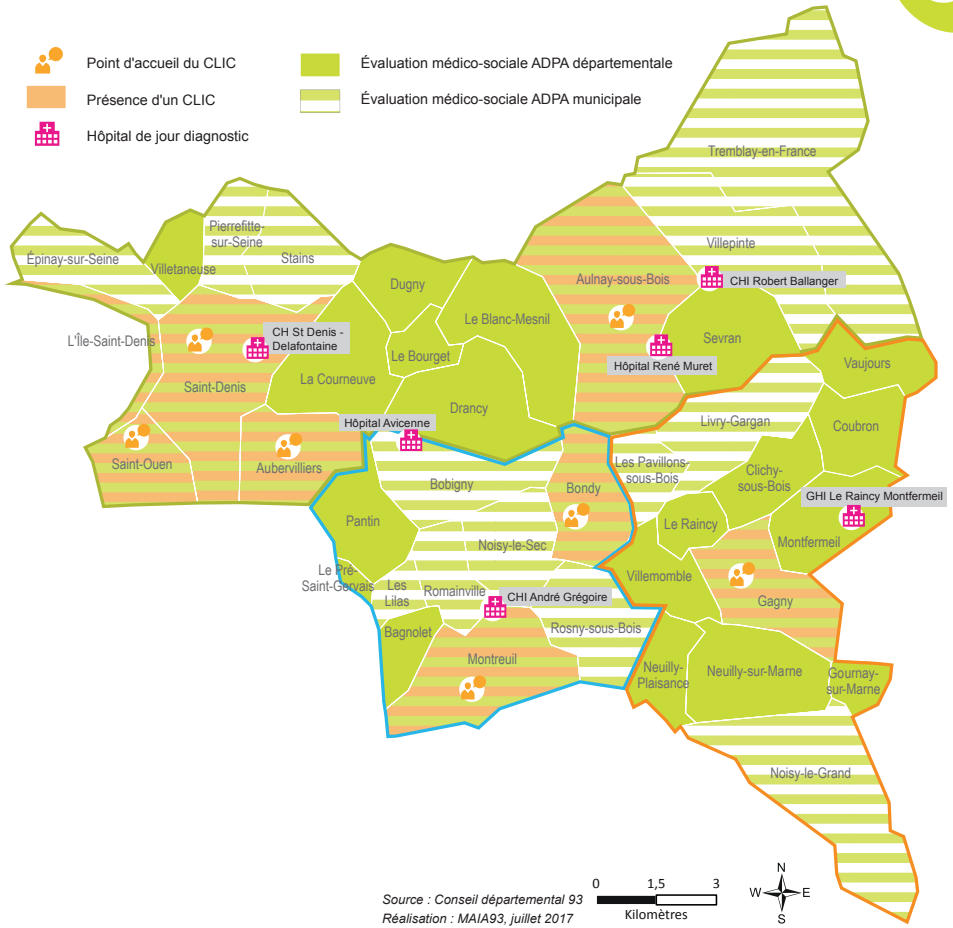
2 réseaux gérontologiques

1 équipe mobile gériatrique extrahospitalière (UMEP)

3 services de gestion de cas

Des évaluateurs ADPA
répartis sur le département

7 CLIC
qui ne couvrent pas tout le département



Source : Conseil départemental 93
Réalisation : MAIA93, juillet 2017

MAIA
Seine-Saint-Denis

ENJEUX

Ouvrir au bon moment les droits sociaux en santé favorise la mise en œuvre d'un parcours de soins et de vie cohérent, gradué ainsi que le meilleur niveau de remboursement. Ceci permet un vieillissement de qualité en limitant les risques de dégradation de l'état de santé et en permettant la mise en œuvre d'actions de prévention.

ORGANISATION

En Seine-Saint-Denis, l'accès à des prestations sociales peut-être accompagné par différents services :

- Les **circonscriptions de service social départemental** ont pour missions d'informer, orienter et aider toute personne à accéder à ses droits en fonction de son projet de vie et des problématiques exposées. Dans certaines circonscriptions, des écrivains administratifs peuvent accompagner la rédaction de dossiers et courriers.
- Le **service social de la Caisse régionale de l'Assurance Maladie d'Île-de-France** (Cramif) informe, conseille, et accompagne les assurés du régime général dans leurs démarches pour l'accès aux soins, en cas de maladie, de perte d'autonomie, de passage en invalidité ou encore, pour les personnes en difficulté, lors du passage à la retraite. En appelant le 3646, le public peut être reçu en entretien individuel en points d'accueil, en visite à domicile ou encore lors de réunions collectives.
- Les **permanences d'accès aux soins de santé** (PASS) sont implantées au sein d'hôpitaux et accompagnent les personnes démunies (sans couverture médicale ou incomplète) dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.
- Les **CCAS** accompagnent les administrés dans l'accès à des aides légales (ex : aide sociale à l'hébergement - ASH) et extra-légales, ces dernières étant variables selon les villes.

POINTS DE VIGILANCE

La population âgée, moins mobile, encore peu connectée, parfois en incapacité de compléter seule un dossier ou de tenir une conversation téléphonique rencontre de plus en plus fréquemment des difficultés à déclencher l'ouverture de ses droits, d'autant plus quand cette démarche est menée suite à un évènement de crise (maladie grave, accident, chute, ...)

Par ailleurs, les incidences financières associées à l'aide elle-même (reste à charge de l'Allocation Départementale Personnalisée à l'Autonomie, reprise sur succession impliquée par l'ASH, ...) ainsi que les délais de traitement peuvent constituer un frein.

Les différents services sociaux sont eux-mêmes confrontés à une multiplicité de dispositifs et de procédures spécifiques qui peuvent mettre à mal l'efficacité de l'action entreprise

PERSPECTIVES

Afin d'améliorer la lisibilité de l'ensemble des droits et prestations mobilisables, un groupe de travail départemental mobilisant les acteurs du territoire a été lancé sur ce sujet à l'automne 2017.

...doit pouvoir accéder à l'ensemble de ses droits

4

Présence d'une permanence CRAMIF d'accueil du public sur rendez-vous

Territoire CRAMIF :

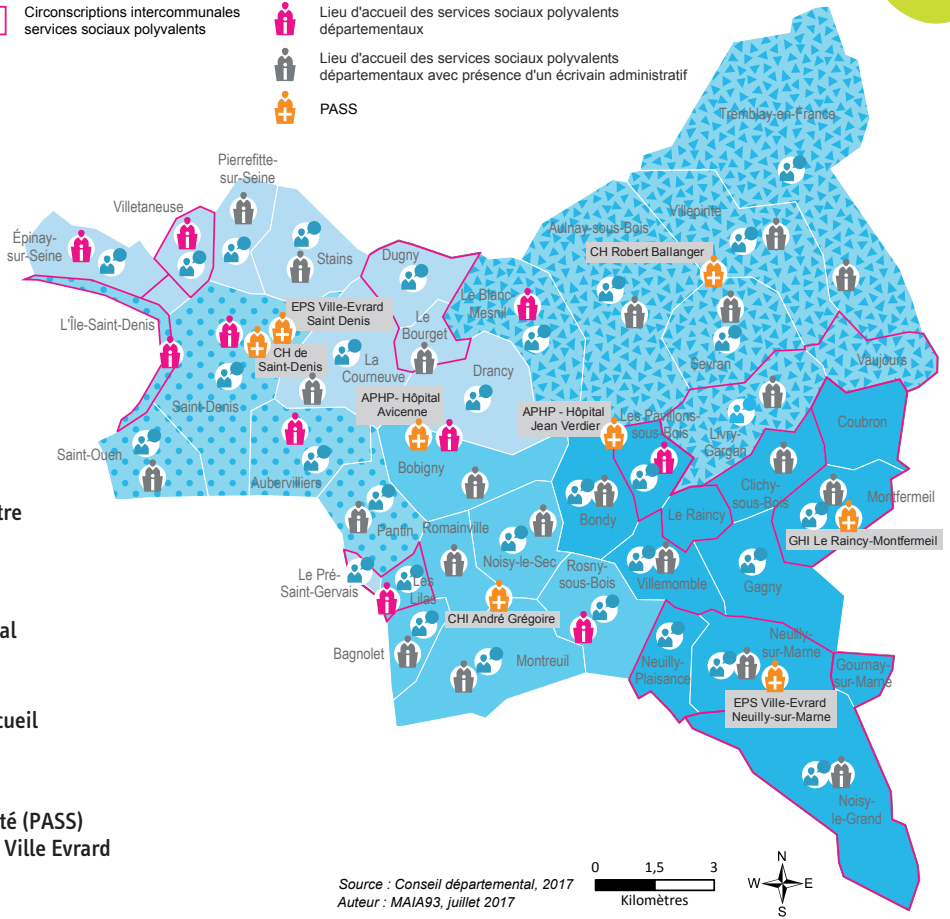
- Territoire 1 - La Courneuve
- Territoire 2 - Saint-Denis
- Territoire 3 - Les Lilas
- Territoire 4 - Sevran nord
- Territoire 5 - Sevran sud

Circonscriptions intercommunales services sociaux polyvalents

Lieu d'accueil des services sociaux polyvalents départementaux

Lieu d'accueil des services sociaux polyvalents départementaux avec présence d'un écrivain administratif

PASS



Source : Conseil départemental, 2017
Auteur : MAIA93, juillet 2017

32 **circonscriptions de Service social de polyvalence**

8 **circonscriptions** couvrent 2 communes : les locaux sont situés sur une des deux villes et des permanences peuvent-être planifiées sur l'autre

22 **communes** avec la présence d'un écrivain administratif au sein du service social

31 **communes** avec au moins un point d'accueil du Service social CRAMIF (sur rendez-vous)

8 **permanences d'accès** aux soins de santé (PASS) hospitalières, dont 2 spécialisées psychiatrie (EPS Ville Evrard Saint-Denis et Neuilly-sur-Marne)

MAIA
Seine-Saint-Denis

ENJEUX

Acteur essentiel pour la réalisation d'actes de la vie quotidienne auprès de la personne âgée, le service d'aide à domicile doit pouvoir être largement accessible aux bénéficiaires et intégré dans le tissu partenarial pour se faire le relais des principales évolutions.

ORGANISATION

Les **Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile** (SAAD) peuvent être communaux, associatifs ou privés. Ils interviennent sur deux modes d'interventions distincts : prestataire ou mandataire. Toutefois 60% de l'aide à domicile est réalisée de « gré à gré », la personne âgée est alors en situation d'employeur direct et doit assurer les démarches administratives afférentes.

Selon le niveau de perte d'autonomie, un financement est possible par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse ou par le Conseil Départemental au titre de l' Allocation départementale Personnalisée d'Autonomie (ADPA) pour les personnes les plus dépendantes (GIR 1 à 4).

POINTS DE VIGILANCE

Il existe une grande variété de structures (statut, taille, activité...) et une grande hétérogénéité des pratiques, parfois au sein d'un même service, les divers SAAD n'offrant par exemple pas la même amplitude horaire, ni le même niveau de formation des intervenants.

Le reste à charge éventuel peut amener les bénéficiaires à renoncer à une partie des aides nécessaires, certains plans d'aide ne sont ainsi pas réalisés intégralement. À l'inverse, l'enveloppe allouée ne permet parfois pas de réaliser l'ensemble des tâches sur les heures prévues.

Les SAAD rencontrent des difficultés comme le décalage entre le coût de fonctionnement et le financement des interventions, des difficultés de recrutement de cadres ou de fidélisation des aides à domicile avec un fort turn-over et/ou un taux d'absence élevé, menant à de nombreuses diminution, voire cessations d'activité. Ceci pénalise aussi les personnes accompagnées, souvent réticentes à des changements d'intervenants.

De plus, le développement du gré à gré fragilise les SAAD et interroge la qualification et la formations de certains intervenants, ainsi que dans le cas d'emploi non déclaré, par nature difficilement identifiable.

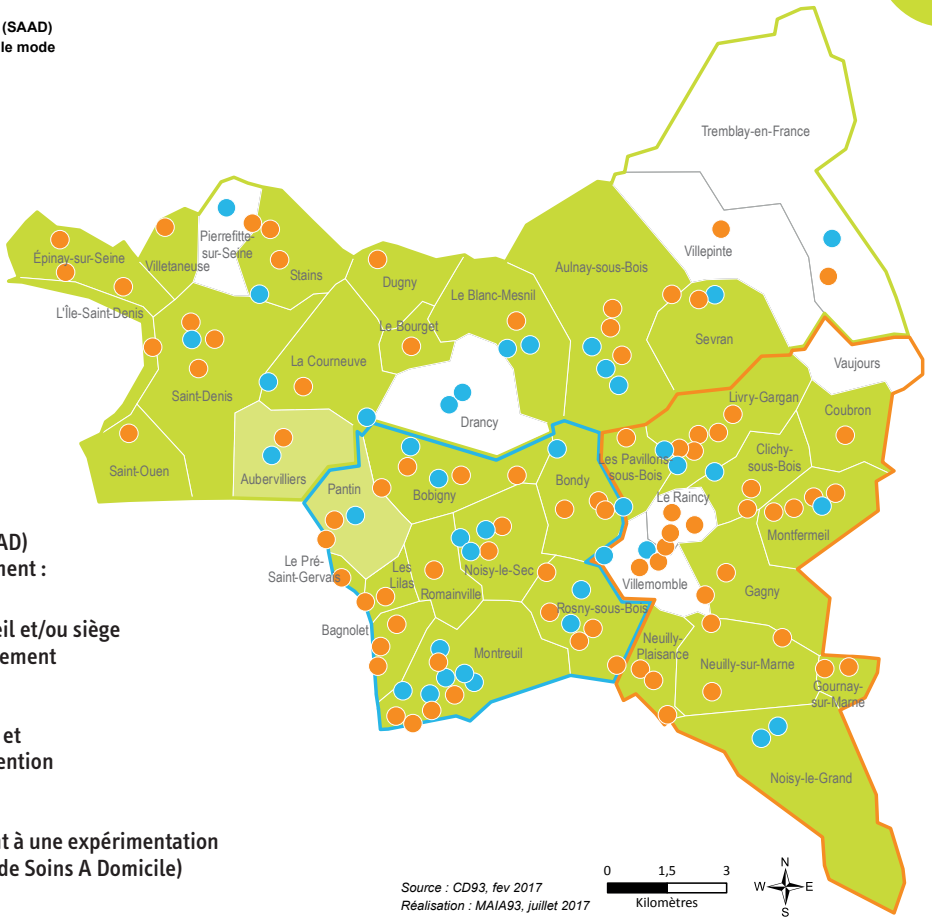
Enfin, une attention particulière doit être portée à la transparence des coûts facturés pouvant parfois comprendre des frais non inclus dans le tarif horaire présenté.

PERSPECTIVES

Depuis la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV), l'évaluation de la qualité est confiée aux conseils départementaux, ce qui devrait contribuer à l'homogénéisation « par le haut » des pratiques. L'objectif de créer un maillage territorial solide doit intégrer les SAAD comme acteur de proximité avec des professionnels formés au repérage des signes précoces de fragilisation et donc en capacité d'alerter au plus tôt les relais nécessaires.

Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) intervenant auprès des personnes âgées, selon le mode d'intervention (nombre de service) :

- Prestataire (84)
- Prestataire et mandataire (41)
- Présence d'un SAAD municipal
- Présence d'un SPASAD



Source : CD93, fev 2017
Réalisation : MAIA93, juillet 2017

186 services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) autorisés à intervenir sur le département :

125 disposent d'un bureau d'accueil et/ou siège social implantés sur le département

84 ont une offre en mode prestataire et **41** proposent les 2 modes d'intervention

2 SAAD municipaux participent à une expérimentation SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile)

MAIA
Seine-Saint-Denis

ENJEUX

Les personnes âgées en perte d'autonomie au domicile requièrent souvent une surveillance clinique, la réalisation quotidienne d'actes techniques et de soins d'hygiène, qui peuvent être réalisés par divers acteurs selon leurs professions, qu'il s'agira de coordonner : les infirmiers libéraux, les SAAD (pour une aide à la toilette simple), les SSIAD ou encore, pour une prise en charge comprenant une forte technicité en HAD.

ORGANISATION

Les soins infirmiers, réalisés sur prescription médicale donc pris en charge par la Sécurité Sociale, sont différenciés en deux grandes catégories :

- les soins d'hygiène appelés AIS (Actes Infirmiers de Soins) regroupant les soins dits d'hygiène et de nursing et qui peuvent être réalisés en collaboration avec un aide-soignant
- les actes techniques appelés AMI (Actes Médico-Infirmiers) regroupant l'ensemble des soins obligatoirement réalisés par un professionnel infirmier.

Pour les infirmiers libéraux : ils peuvent réaliser ces deux types d'acte et il leur est possible d'intervenir en complémentarité avec un SAAD confiant à celui-ci les soins d'hygiène.

POINTS DE VIGILANCE

Quand l'organisation des soins d'hygiène est confiée à un professionnel de l'aide à domicile, le financement en incombe à l'usager. Même si le coût peut être partiellement compensé par l'ADPA (Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie), certains acteurs questionnent une organisation qui amène à consommer un plan d'aide ADPA pour la réalisation de soins prescrits, relevant donc de l 'Assurance Maladie.

Souvent chronophages et représentant une charge physique réelle, certains professionnels libéraux considèrent que la cotation des soins d'hygiène donc leur rémunération par l'Assurance Maladie est faiblement valorisée.

Certains actes quotidiens importants pour les personnes âgées (instillation de collyre, pose de bas de contention, prise des médicaments...) ne sont pas cotés de façon isolée dans la nomenclature des actes remboursés, ils doivent faire partie d'un plan de soins plus global qui nécessite une démarche administrative des professionnels libéraux auprès de la CPAM. Il arrive alors que ces soins soient facturés directement à l'usager, ne soient pas réalisés ou alors à titre gracieux.

Les données d'installation des infirmiers libéraux peuvent être faussées par l'effet d'aubaine des zones franches urbaines où les professionnels sont domiciliées sans toujours y exercer.

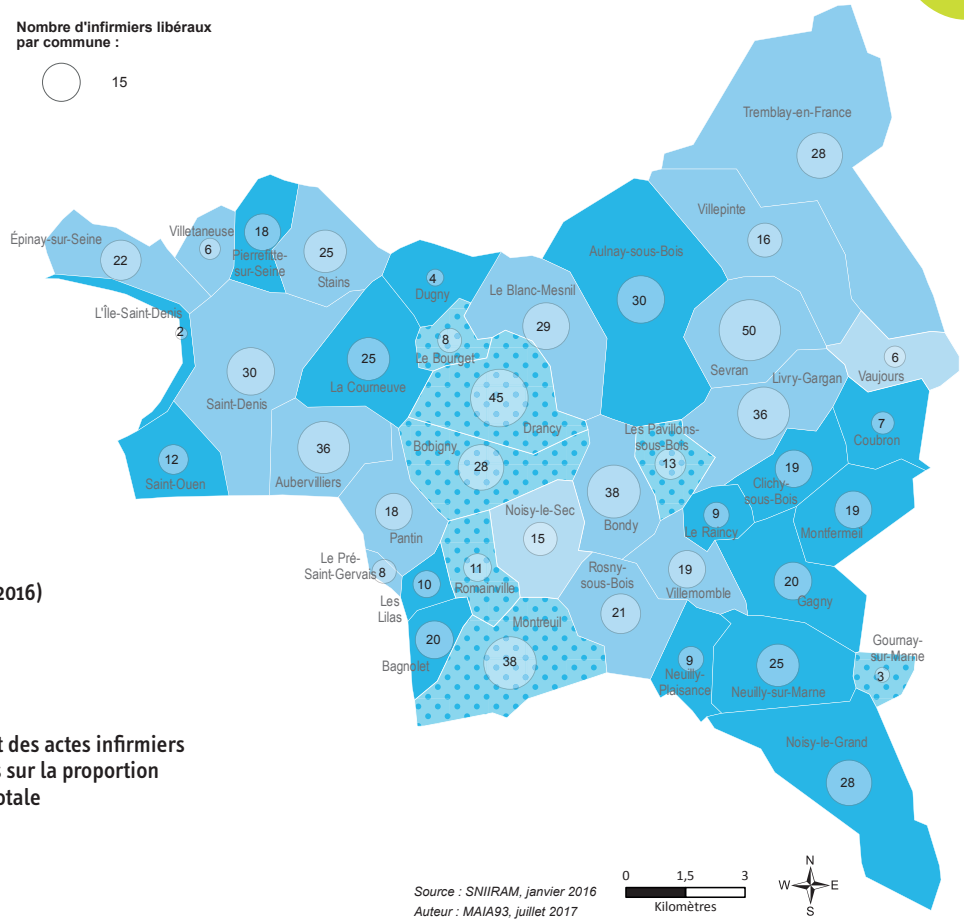
Et enfin à l'instar d'autres professionnels de santé, les infirmiers libéraux sont également exposés au risque d'épuisement professionnel et parfois à l'insécurité dans certains secteurs, et ce d'autant plus quand ils exercent seuls.

Part des infirmiers libéraux réalisant des AIS (acte infirmier de soins) :

- 50 - 60 (2)
- 61 - 78 (7)
- 79 - 90 (15)
- 91 - 100 (16)

Nombre d'infirmiers libéraux par commune :

- 15



806 **infirmiers libéraux**
sur le département (janvier 2016)

86% **des infirmiers** réalisent des actes infirmiers de soins (AIS), sans précisions sur la proportion de ces AIS dans leur activité totale

Source : SNIIRAM, janvier 2016
Auteur : MAIA93, juillet 2017

MAIA
Seine-Saint-Denis

ENJEUX

Les personnes âgées en perte d'autonomie au domicile requièrent souvent une surveillance clinique, la réalisation quotidienne d'actes techniques et de soins d'hygiène, qui peuvent être réalisés, par divers acteurs selon leurs professions, qu'il s'agira de coordonner : les infirmiers libéraux, les SAAD (pour une aide à la toilette simple), les SSIAD ou encore, pour une prise en charge comprenant une forte technicité en HAD.

ORGANISATION

Le **Service de Soins Infirmiers À Domicile** (SSIAD) intervient auprès des personnes âgées de plus de 60 ans et auprès des personnes de moins de 60 en situation de handicap. Sa capacité est autorisée par l'Agence Régionale de Santé (ARS), sur la base d'un périmètre géographique (communal, intercommunal...) et selon les besoins estimés de la population du territoire.

La structure gestionnaire du SSIAD peut être municipale, associative ou privée.

Les SSIAD sont tenus d'intégrer les soins d'hygiène dans leurs tournées de soins, mais peuvent dans le cadre d'une convention, faire appel à un infirmier libéral du territoire, par exemple pour assurer une continuité des actes techniques 7 jours sur 7. La rémunération de ce professionnel est à la charge du SSIAD.

Ils peuvent également intervenir en complémentarité avec un SAAD qui assure alors les actes de la vie quotidienne.

POINTS DE VIGILANCE

L'enveloppe financière annuelle permettant de rémunérer les infirmiers libéraux est limitée et amène fréquemment des SSIAD à devoir arrêter des prises en charge devenue trop coûteuses en regard du budget de la structure ou éviter de les prendre en charge. Par ailleurs, les SSIAD peuvent avoir des difficultés à trouver un relais auprès de l'HAD.

Quand, sur une commune, un seul SSIAD est autorisé, celui-ci est fréquemment dépourvu de relais mobilisables en cas de difficultés (ex : volonté d'arrêter une prise en charge pour manque de respect répété à l'encontre de l'équipe soignante).

Structurellement, les SSIAD sont des structures de petite taille facilement mises en danger en cas d'additions de plusieurs congés (maternité, maladie...) alors que les risques psycho-sociaux et d'accidents de travail sont augmentés au domicile (isolement, charge physique, limitation des matériels de mobilisation du fait de l'espace disponible, etc...).

SSIAD des communes du territoire MAIA nord :

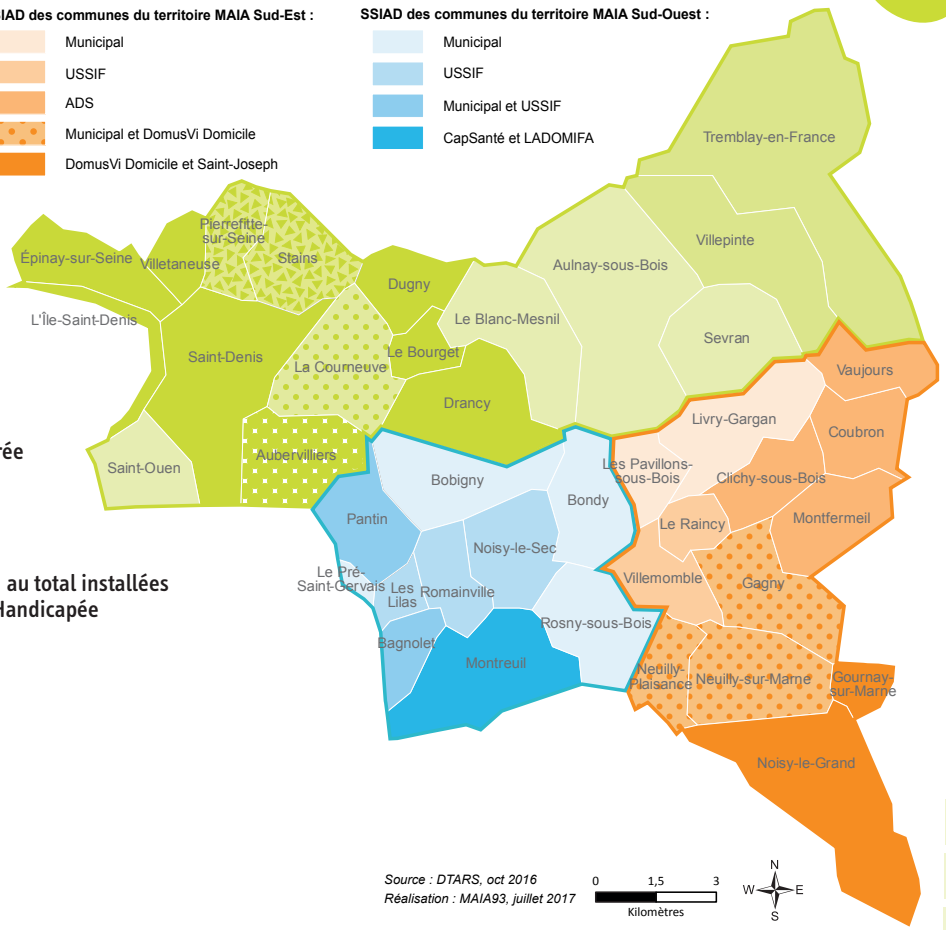
- USSIF
- Fondation Santé Services
- Municipal
- Municipal et La main tendue
- Municipal et SOS Habitat Soins
- Intercommunal et SOS Habitat Soins

SSIAD des communes du territoire MAIA Sud-Est :

- Municipal
- USSIF
- ADS
- Municipal et DomusVi Domicile
- DomusVi Domicile et Saint-Joseph

SSIAD des communes du territoire MAIA Sud-Ouest :

- Municipal
- USSIF
- Municipal et USSIF
- CapSanté et LADOMIFA



Source : DTARS, oct 2016
Réalisation : MAIA93, juillet 2017

0 1,5 3
Kilomètres

N
W E
S

27 **SSIAD** sur le département, de taille modérée (seulement 2 SSIAD de plus de 80 places)

1 793 **places Personne Agée** au total installées par l'ARS et 171 places Personne Handicapée

19 **SSIAD** sont municipaux ou intercommunaux

12 **communes** disposent de 2 SSIAD

MAIA
Seine-Saint-Denis

ENJEUX

Les personnes âgées en perte d'autonomie au domicile requièrent souvent une surveillance clinique, la réalisation quotidienne d'actes techniques et de soins d'hygiène, qui peuvent être réalisés, par divers acteurs selon leurs professions, qu'il s'agira de coordonner : les infirmiers libéraux, les SAAD (pour une aide à la toilette simple), les SSIAD ou encore, pour une prise en charge comprenant une forte technicité en HAD.

ORGANISATION

L'Hospitalisation À Domicile se développe avec une incitation forte des pouvoirs publics. En effet, celle-ci permet de répondre à des soins à haute technicité (soins palliatifs, soins de nursing lourds, nutrition entérale ou parentérale, pansements complexes, rééducation neurologique, chimiothérapie, etc...) au domicile de la personne, soit une prise en charge moins coûteuse dans un environnement moins à risque que l'hôpital (infections nosocomiales) et bien plus apprécié par le bénéficiaire.

Le plus fréquemment prescrite depuis l'hôpital (environ 4% de prescriptions d'HAD par la médecine de ville), celle-ci est déclenchée après un processus d'évaluation et s'inscrit généralement dans un temps court, de l'ordre de quelques semaines.

Elle s'appuie sur le médecin traitant de la personne et peut également mobiliser, pour la réalisation de soins techniques, des infirmiers libéraux du territoire, qui sont alors rémunérées directement par l'HAD. L'organisation de l'HAD est garante d'une continuité des soins 24/24 et 7/7.

POINTS DE VIGILANCE

Le faible taux d'HAD prescrites depuis la ville est synonyme pour les patients de passage par l'hôpital pour déclencher une HAD alors que celle-ci peut être demandée par le médecin traitant.

Du fait de critères d'admission spécifiques, tous les patients ne sont toutefois pas éligibles à l'HAD.

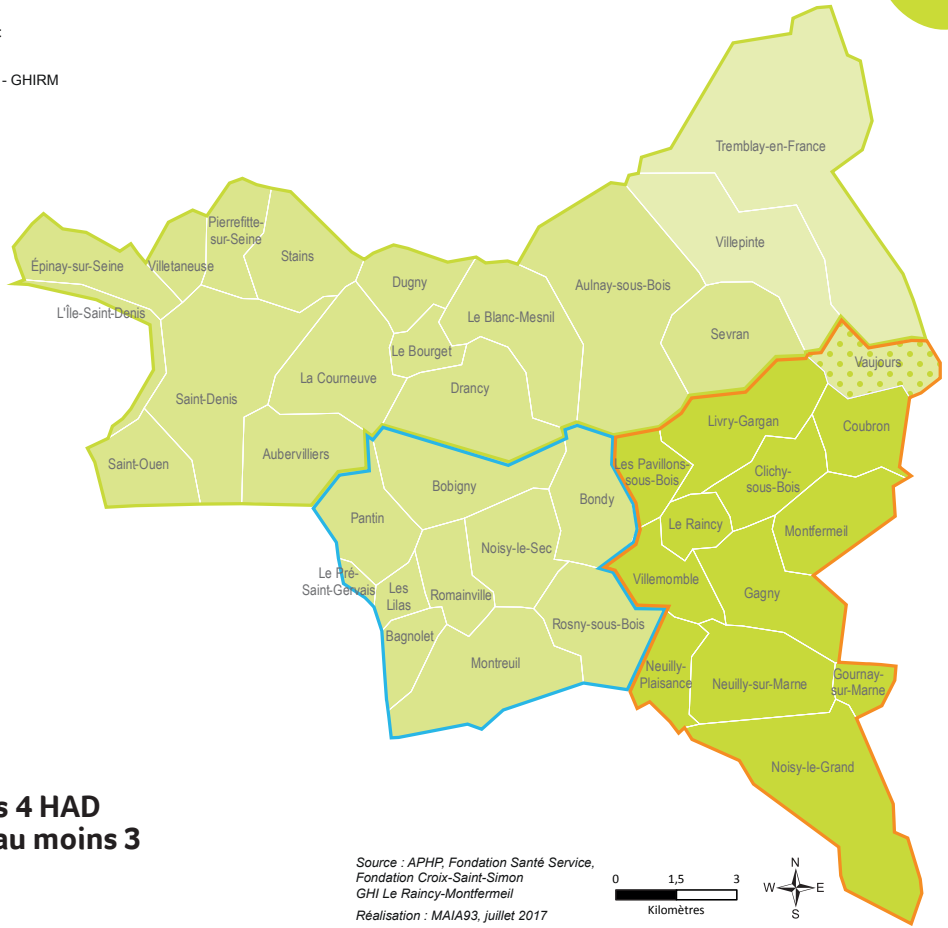
Dans certains cas, et notamment lorsque la charge de soins reste importante au sortir de l'HAD, il est parfois complexe pour ces structures d'organiser le relais avec les autres acteurs, notamment quand les SSIAD ont des listes d'attente.

Il existe aussi des situations où des personnes âgées ont besoin au long cours de soins d'hygiène importants associés à des soins techniques mais qui ne relèvent pas de l'HAD. Si un SSIAD n'est pas en capacité de l'admettre du fait du volume de soins, le patient (et sa famille) se retrouvent alors dans une situation où la prise en charge est trop lourde pour un service et trop légère pour un autre... Dans ces cas de figures, le recours à un professionnel libéral amènerait fréquemment à utiliser le plan d'aide ADPA, s'il est en place, pour réaliser des soins ou, à défaut, à engendrer un financement intégralement par la personne.

Enfin, lorsque l'HAD sous-traite les soins aux libéraux, se pose la question de la continuité des soins, notamment le soir.

Service d'hospitalisation à domicile intervenant par commune :

- APHP - SantéService - CroixSaintSimon - GHIRM
- APHP - SantéService - CroixSaintSimon
- APHP - SantéService - GHIRM
- APHP - SantéService



4 services d'hospitalisation à domicile sur le département

2 HAD ont une couverture départementale

12 communes ont le choix des 4 HAD et 26 autres communes d'au moins 3

Source : APHP, Fondation Santé Service, Fondation Croix-Saint-Simon GHI Le Raincy-Montfermeil

Réalisation : MAIA93, juillet 2017

MAIA
Seine-Saint-Denis

POINTS DE VIGILANCE

HAD, SSIAD, infirmiers libéraux, SAAD : pas moins de 4 offres peuvent répondre à des besoins de ce type, chacune avec ces spécificités de territoire, de capacité, de critères d'inclusion, de volume et de types de soins, d'organisation de leur continuité, de financement et d'éventuel reste à charge...

Au final, il n'est pas rare qu'aucune offre ne réponde positivement (ou que celle qui aurait pu ne soit pas sollicitée...) auquel cas les soins d'hygiène, et parfois les soins techniques, soient assurés par les aidants non-professionnels et le plus souvent la famille (conjoint, enfant...).

Enfin, quand plusieurs de ces services interviennent auprès de la même personne, la question de la qualité de leur articulation et de leur coordination est fréquemment posée, par exemple en ce qui concerne SAAD et SSIAD.

PERSPECTIVES

Dans ce contexte, de nombreuses initiatives ou expérimentations ont été introduites ces dernières années ou sont annoncées dans un futur proche.

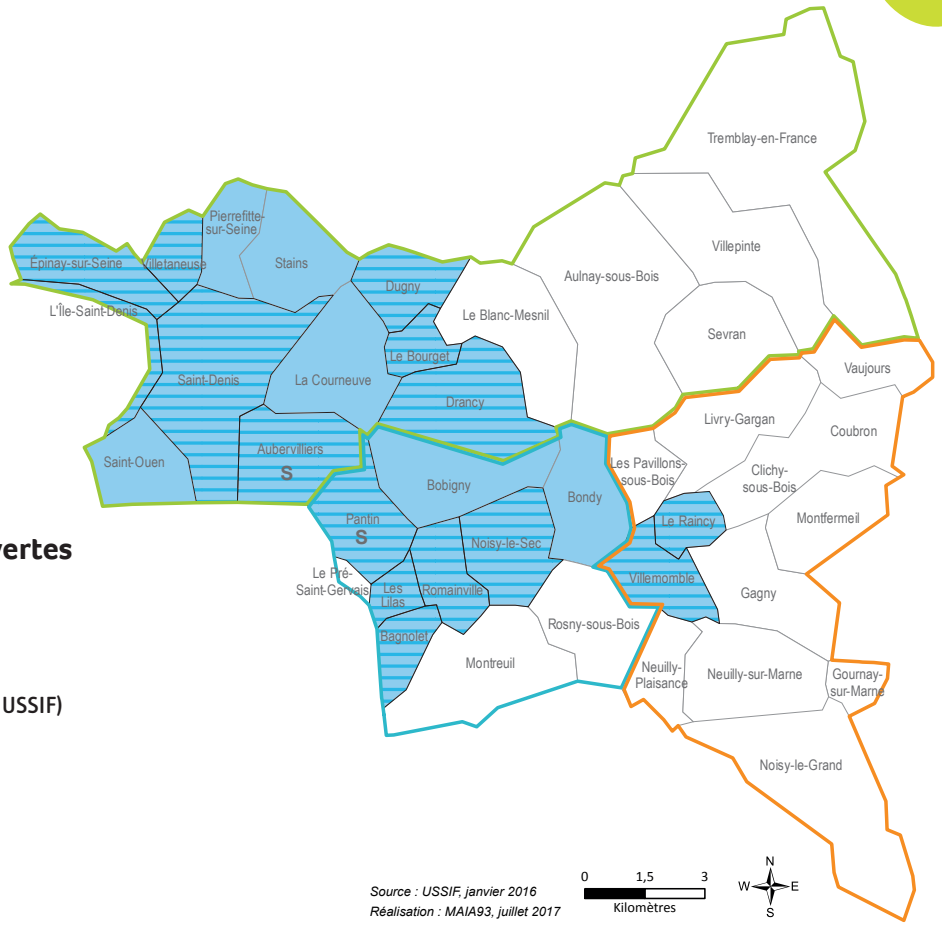
- **SSIAD de nuit :** déployé sur 22 communes du département (18 non couvertes), il permet d'assurer des prises en charge en relais d'un SSIAD de jour et ainsi de répondre à des besoins de soins plus tardifs (ou précoces) que les horaires des SSIAD (généralement 8h/19h).
- **SSIAD renforcé :** il s'agit d'un renforcement de la capacité d'intervention de 20 places d'un SSIAD de jour existant. L'objectif est d'intervenir dans ses situations considérées comme « trop lourdes » pour le SSIAD et « trop légères » pour l'HAD.
- **SPASAD :** expérimenté depuis début 2017, le Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile regroupe SAAD et SSIAD et permet des interventions mieux coordonnées entre aides et soins.
- **HAD et SSIAD :** alors que les interventions simultanées au même domicile de ces deux structures, l'une sanitaire et l'autre médico-sociale, sont à ce jour impossibles, il est annoncé une possible levée de cette contrainte en 2018, sous des modalités qui restent à définir mais qui permettraient de répondre en partie à ces questions de patients nécessitant un volume important en AMI et AIS...
- **Réforme du financement des SSIAD :** le financement par Dotation Annuelle ne permet pas de valoriser l'activité et le dynamisme d'un service. Dans le cadre du passage annoncé à une gestion dans le cadre de Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), l' évolution des modalités de financement prendra en considération l'activité réalisée.

Une évolution de la capacité de répondre à l'accompagnement de la perte d'autonomie sévère au domicile pourrait aboutir à une organisation de type « EHPAD hors les murs » expérimentée dans d'autres départements.

Intervention du SSIAD de nuit USSIF

Intervention du SSIAD renforcée USSIF

S Intervention de SPASAD



Source : USSIF, janvier 2016
Réalisation : MAIA93, juillet 2017

1 **SSIAD de nuit couvre**
22 communes, par conséquent
18 communes ne sont pas couvertes

2 **SSIAD renforcés**
intervenant sur 15 communes (Aubervilliers et USSIF)

2 **SPASAD**
municipaux

MAIA
Seine-Saint-Denis

ENJEUX

On estime qu'environ un tiers des personnes de plus de 65 ans vivant à domicile chute chaque année, engendrant un nombre conséquent d'hospitalisations. Ces chutes peuvent entrainer diminution de la mobilité, perte de confiance en soi, limitation des activités quotidiennes, déclin des capacités fonctionnelles et mise en péril du maintien à domicile. Une réadaptation bien menée est alors essentielle pour prévenir ces risques.

ORGANISATION

- **La masso-kinésithérapie en ville** sur prescription médicale, au domicile du patient ou en cabinet participe à la conservation des capacités motrices.
- **Le service hospitalier de soins de suite et de réadaptation (SSR)**, polyvalent ou gériatrique, en hospitalisation complète ou en hôpital de jour (HDJ SSR) propose une prise en charge thérapeutique destinée à des patients fragiles, souvent entrés dans la perte d'autonomie. L'HDJ SSR peut être prescrit à la suite d'une hospitalisation en SSR, ou directement depuis la ville.
- **L'HAD de réadaptation** a pour mission la poursuite d'une rééducation pluridisciplinaire soutenue et limitée dans le temps, dans un but de gain fonctionnel suite à une hospitalisation, voire directement depuis le domicile.
- **L'Équipe Mobile de Rééducation Réinsertion (EMRR)** intervient ponctuellement dans l'objectif d'améliorer la qualité, la rapidité et la pérennité du retour à domicile des patients sans limite d'âge.

POINTS DE VIGILANCE

Il est de plus en plus difficile, pour des raisons variées, de faire intervenir un masseur-kinésithérapeute à domicile, ce qui peut être préjudiciable aux personnes ne pouvant se déplacer au cabinet. Certains professionnels déplorent une cotation trop faible de la rééducation au domicile des personnes de plus de 75 ans.

Les SSR témoignent de difficultés à recruter des masseurs-kinésithérapeutes et des ergothérapeutes, notamment en raison des rémunérations peu attractives.

Encore en développement, les activités des équipes mobiles et HAD sont mal connues, donc peu prescrites. La répartition des interventions sur les communes en doublon se fait par concertation entre les deux HAD. Les interventions sur Noisy-le-Grand sont circonstanciées, selon les possibilités d'une tournée cohérente pour le service. Le nombre de places est limité et sans capacité spécifiquement dédiée aux personnes âgées.

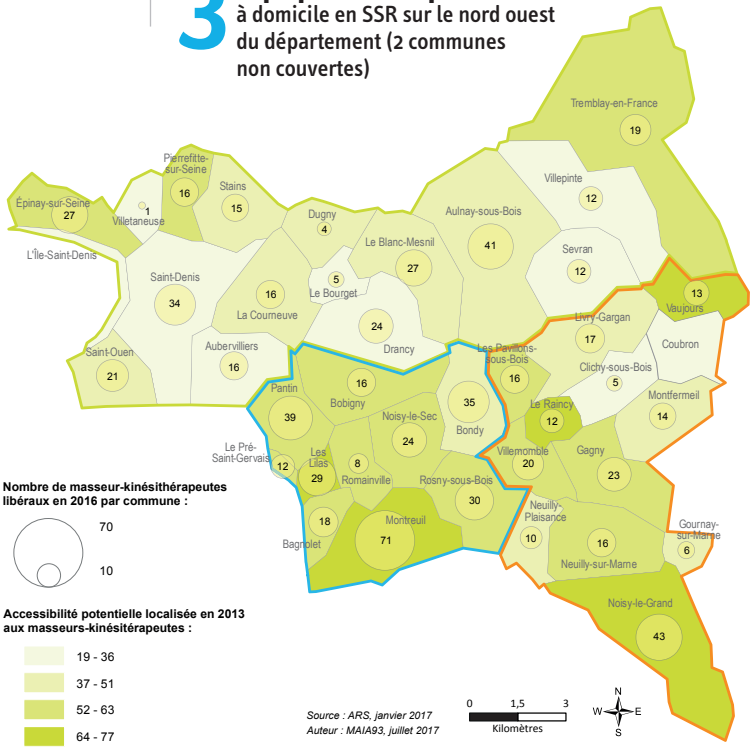
PERSPECTIVES

L'évolution réglementaire permet désormais au médecin traitant de prescrire des séances d'activité physique adaptée (APA) et incite les clubs du mouvement sportif à développer des sessions « sport-santé ». Les ateliers du PRIF (prévention retraite idf), les clubs labélisés « sport-santé » telle que la Rando-santé, sont des ressources pouvant s'articuler en amont ou en aval des prises en charge des acteurs de la réadaptation. Enfin des programmes régionaux comme Pare à Chute de l'ARS ont mis en lumière la plus-value d'ajouter aux équipes des SSIAD la compétence d'un ergothérapeute (expérimentation en cours).

...requière des soins de réadaptation dans le processus de réadaptation

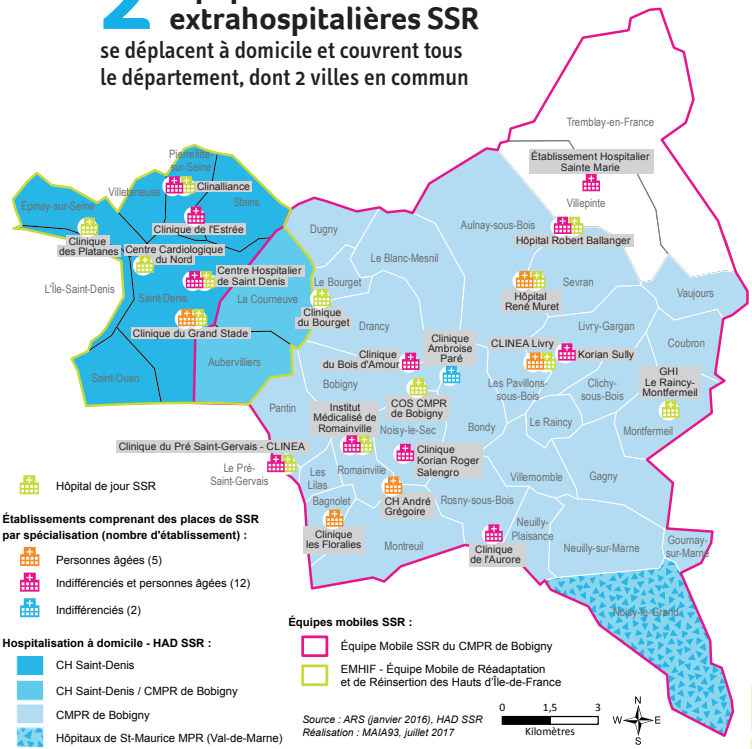
767 masseurs kinésithérapeutes libéraux,
soit une moyenne de 5,4 pour 1 000 habitants

3 équipes d'Hospitalisation à domicile en SSR sur le nord ouest du département (2 communes non couvertes)



13 établissements proposant de l'hôpital de jour SSR

2 équipes mobiles extrahospitalières SSR se déplacent à domicile et couvrent tous le département, dont 2 villes en commun



MAIA
Seine-Saint-Denis

ENJEUX

Quand rester chez soi n'est plus possible, des alternatives à l'EHPAD existent et pourront devenir un domicile plus adapté à son degré d'autonomie.

ORGANISATION

- **Résidence autonomie :** ces structures, initialement appelées « Foyer Logements », ont été rebaptisées dans le cadre de la loi ASV. Elles proposent des logements, souvent des studios, pour retraités autonomes avec des services complémentaires : restauration, buanderie, activités diverses prévenant la perte d'autonomie.
- **Accueil familial :** peu développée à ce jour en Seine-Saint-Denis, cette offre est en croissance puisqu'en 2010, aucune famille n'était encore agréée par le Conseil Départemental. Quand le maintien au domicile devient impossible ou dangereux, par exemple du fait de l'absence d'un aidant disponible en cas de besoin, et que le projet d'entrée en institution n'est pas souhaité par la personne âgée, l'accueil familial peut être une solution adaptée : il combine l'accès à un logement en propre, des aides pour les actes de la vie quotidienne, la possibilité de recevoir des soins par des professionnels de proximité mais aussi une présence permanente, souvent rassurante pour des personnes présentant des troubles anxieux.

Le **logement intergénérationnel** ou **l'adaptation du logement** sont également des possibilités, qui ne sont pas détaillées ni cartographiées ici.

POINTS DE VIGILANCE

Un bon niveau d'autonomie est un des critères à l'admission en Résidence. Par la suite, l'organisation de l'accompagnement de personnes âgées vieillissantes (la Résidence Autonomie est un lieu de vie où peuvent intervenir SSIAD, SAAD, professionnels libéraux, etc...) peut être insuffisant au regard des besoins et rendre le maintien dans le logement compliqué, alors que la transition vers une entrée en institution, s'il est accepté par la personne ou sa famille, demande un accompagnement parfois important.

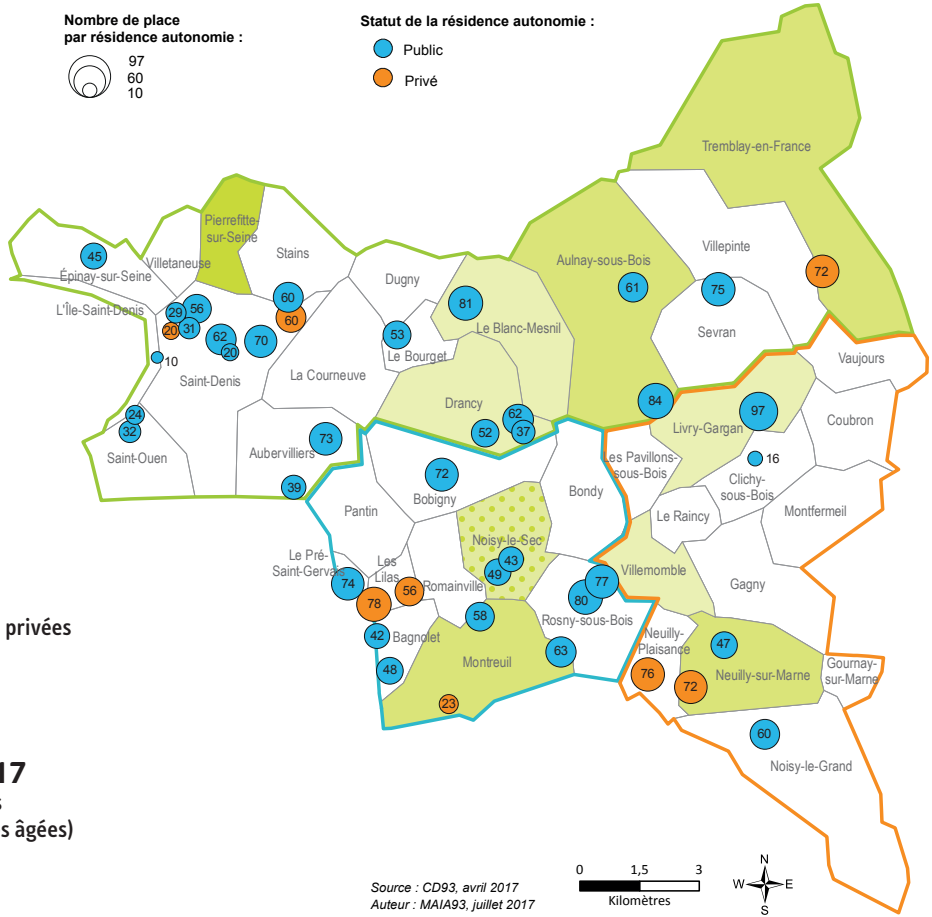
Ne disposant pas en interne de compétence soignante ou de travailleur social, il est alors essentiel que ces résidences soient inscrites dans un maillage territorial.

Pour l'accueil familial, la sensibilisation des familles aux spécificités de l'accompagnement des personnes âgées et la connaissance des ressources existant sur le territoire est un enjeu important.

PERSPECTIVES

Ces deux offres gagneraient à être mieux connues comme solutions intermédiaires entre le logement individuel et l'EHPAD et doivent également être inscrites dans le maillage territorial pour permettre à ses bénéficiaires de bénéficier à plein d'une logique de parcours de soins et de vie, notamment en ce qui concerne les Résidence Autonomie qui se sont vues confier une nouvelle mission de prévention de la perte d'autonomie. Les expérimentations « d'EHPAD hors les murs » menées dans d'autres départements constituent également une autre alternative possible.

...souhaite un hébergement alternatif à son domicile initial



43 **résidences autonomie**
soit 2 339 places : 35 municipales et 8 privées

15 **familles d'accueil en 2017**
pour une capacité totale de 23 places
(personnes handicapées et personnes âgées)

MAIA
Seine-Saint-Denis

ENJEUX

Quand le maintien à domicile devient trop difficile, l'institutionnalisation est la réponse la plus fréquente. Même en établissement, la personne âgée est résidente de son nouveau domicile, qui doit pouvoir lui permettre l'accès à toute aide ou soin nécessaire et rester donc largement maillé avec les partenaires du territoire.

ORGANISATION

Les EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) du département peuvent être municipaux, associatifs ou privés à but lucratif.

Deux d'entre eux sont exclusivement réservés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, mais on trouve dans la plupart des EHPAD des espaces spécifiquement dédiés, que ce soit des unités de vie ou de stimulation, allant de l'activité mémoire aux activités thérapeutiques et occupationnelles, ouvertes au public extérieur **(Accueil de Jour)** ou réservés aux seuls résidents **(Pôle d'Activités et de Soins Adaptés - PASA)**. Dans certains établissements, une petite partie de la capacité est dédiée à de **l'hébergement temporaire.**

Le coût de fonctionnement de ces établissements est divisé en trois parties : le forfait « soins » à la charge de l'assurance maladie, le forfait « dépendance » réparti entre le Conseil Départemental et l'usager et la partie « hébergement » à la charge du résident ou, dans le cas où ses revenus ne le permettent pas, financée par l'aide sociale à l'hébergement (ASH) versée sur dossier par le département.

Par ailleurs, pour les personnes très dépendantes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante, il existe des **Unités de Soins Longue Durée** (USLD), au sein de certains établissements hospitaliers.

Pour faciliter les démarches d'entrée en établissement, l'outil Via Trajectoire est accessible en ligne.

POINTS DE VIGILANCE

Accepter d'entrer en EHPAD est parfois difficile pour la personne âgée ou son entourage.

Le coût et surtout le reste à charge financier constituent d'autres freins, soit par méconnaissance des dispositifs existants, soit par volonté de ne pas utiliser une épargne constituée. Pour les personnes entre 60 et 65 ans, l'ASH n'est pas accessible.

Malgré des démarches soutenues de modernisation et d'amélioration de la qualité des soins et de l'accompagnement, les dotations en personnel restent plutôt faibles au regard de la charge de soins, qui tend à augmenter avec l'âge des résidents (moyenne d'âge à l'entrée = 84 ans) et leur niveau de dépendance.

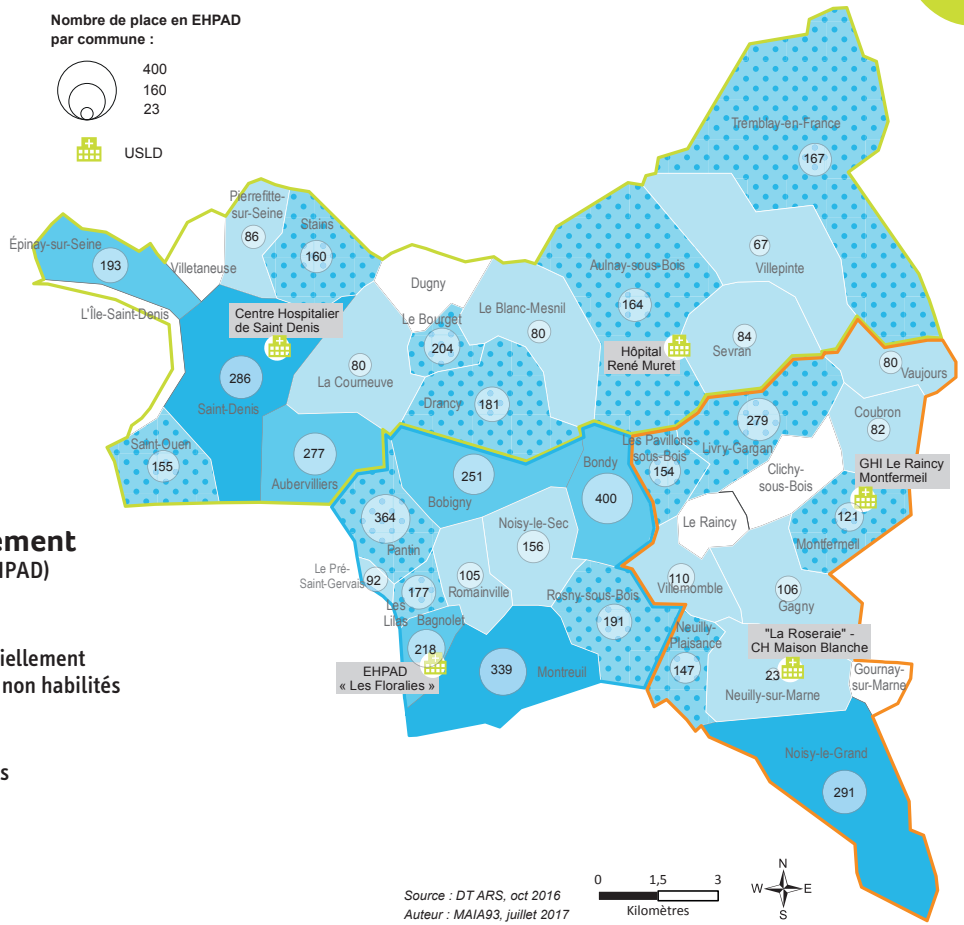
Enfin, certains troubles associés peuvent rendre plus difficiles l'admission et/ou l'accompagnement en EHPAD : personnes handicapées vieillissantes, obésité morbide, présence de troubles psychiatriques non stabilisés...

PERSPECTIVES

Aider à anticiper l'organisation de l'entrée en EHPAD contribuerait à en faciliter l'acceptation.

La loi prévoit une évolution du mode de tarification dont il s'agira d'observer les effets à moyens termes sur leur organisation.

...souhaite un hébergement alternatif à son domicile initial



66 **établissements d'hébergement**
pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
soit 5 870 places

42 **EHPAD** totalement ou partiellement habilités à l'aide sociale et 24 non habilités

6 **EHPAD**
ouverts depuis 2014, soit 457 places

5 **USLD**

MAIA
Seine-Saint-Denis

ENJEUX

En France, on estime à 11 millions les aidants non professionnels accompagnant un proche âgé, dont 3 millions auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Ces derniers consacrent en moyenne quotidiennement 6,5 heures à la prise en soin de leur proche malade. Cette responsabilité d'aidant peut avoir de graves conséquences physiques et psychologiques, et les professionnels ont un rôle à jouer pour tenter de les prévenir.

ORGANISATION

L'aide aux proches aidants se fait selon différentes modalités : via internet, par téléphone, en entretien individuel physique ou encore en rencontre collective. On distingue des initiatives :

Pour les aidants non professionnels :

- **information, conseils, documents** ou encore **formation** apportés par des associations de familles, de personnes malades ou des professionnels
- **soutien psychologique** proposé par des pairs et/ou des professionnels.
- **loisirs, culture, vacances.**
- Pour les personnes aidées, afin d'offrir du répit pour l'aidant : les **séjours temporaires** en EHPAD, **l'accueil à la journée** en Centres d'accueil de jour (représentés carte 12) ou en EHPAD.

Si les interventions des professionnels de l'aide et du soin représentent déjà un soutien effectif à l'aidant, d'autres dispositifs y sont spécifiquement dédiés :

- les **associations de malades** spécialisées dans une pathologie sont un premier relais d'actions bénévoles (France Alzheimer, France Parkinson...).
- L'association professionnelle **« le Relais des aidants »** offre une écoute active et un accompagnement dans la prise de contact pour l'orientation vers des partenaires adaptés.
- les **plateformes d'accompagnement et de répit** s'adressent à tous les aidants quelque soit la maladie de leurs proches et proposent une écoute et un soutien, des aides pour un répit à domicile et oriente l'aidant et son proche vers des activités favorisant la poursuite de leur vie sociale et relationnelle.
- le **service d'aide aux tuteurs familiaux** organisées par l'UDAF 93.

POINTS DE VIGILANCE

L'offre d'aide aux aidants évolue rapidement et est donc plus difficile à identifier.

Seules deux plateformes de répit et d'accompagnement répondent aujourd'hui aux besoins de l'ensemble du département et uniquement pour le moment les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et apparentées. Une 3e plateforme devrait être installée fin 2017 suite à un appel à projet de l'ARS.

Outre le repérage et l'adressage tardif des personnes, la réticence des aidants eux-mêmes, pour des raisons psychologiques ou organisationnelles est un frein majeur, tout comme les frais de séjour ou d'accueil.

PERSPECTIVES

La loi prévoit des actions spécifiques pour l'aidant non professionnel, comme un forfait finançant quelques jours d'hébergement temporaire lorsque le plan d'aide de l'aidé est déjà à son maximum.

Les actions de sensibilisation et d'information peuvent contribuer à améliorer le repérage précoce et la mise en œuvre d'interventions en amont du risque d'épuisement de l'aidant.

...peut bénéficier d'aides aux aidants

Plateformes de répit :

- Plateforme de répit
- La voix des aidants (Aulnay-sous-Bois)
- Les rives, le relais (Le Pré-Saint-Gervais)
- Hébergement temporaire

Soutiens par des professionnels :

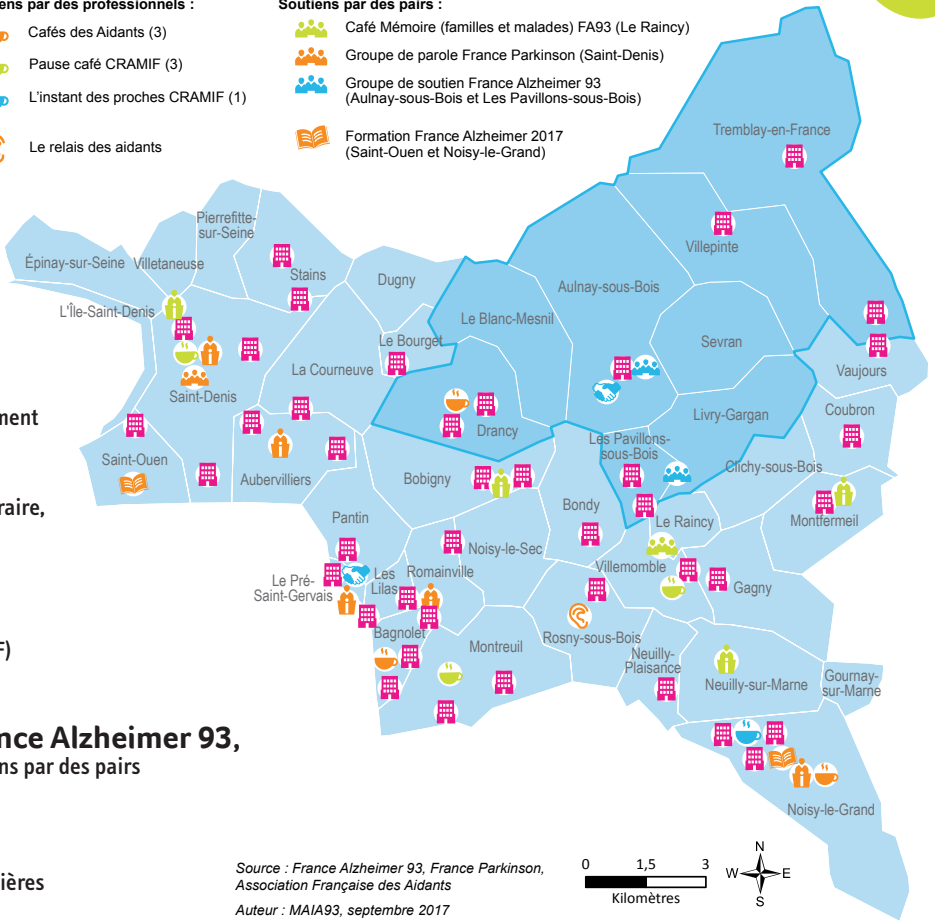
- Cafés des Aidants (3)
- Pause café CRAMIF (3)
- L'instant des proches CRAMIF (1)
- Le relais des aidants

Soutiens par des pairs :

- Café Mémoire (familles et malades) FA93 (Le Raincy)
- Groupe de parole France Parkinson (Saint-Denis)
- Groupe de soutien France Alzheimer 93 (Aulnay-sous-Bois et Les Pavillons-sous-Bois)
- Formation France Alzheimer 2017 (Saint-Ouen et Noisy-le-Grand)

Information - conseils :

- Aide aux tuteurs familiaux UDAF 93
- Informations - conseils France Alzheimer 93



2 plateformes d'accompagnement et de répit et un relais des aidants pour le département

41 EHPAD proposent de l'hébergement temporaire, réunissant 178 places au total

4 lieux d'aide aux tuteurs familiaux de l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF)

5 points informations-conseils France Alzheimer 93, ainsi que 2 formations en 2017, 2 groupes de soutiens par des pairs

7 lieux de soutiens par des professionnels, de type café des aidants, avec des rencontres régulières

Source : France Alzheimer 93, France Parkinson, Association Française des Aidants

Auteur : MAIA93, septembre 2017

MAIA
Seine-Saint-Denis

ENJEUX

L'isolement, qu'il soit résidentiel ou relationnel, est un facteur de risque pour la personne avec un non recours aux prestations et aux soins qui lui seraient nécessaires. En ce sens, l'isolement constitue un facteur de perte progressive d'autonomie et une exposition accrue aux troubles dépressifs.

ORGANISATION

En Seine-Saint-Denis, les initiatives sont de natures différentes, tels que des **visites de convivialité, du développement de liens intergénérationnels, de la création de lien social, des activités culturelles et sportives ou encore des ateliers de prévention.**

Concrètement, il s'agit de mise en relation de voisins, d'ouverture d'activités d'EHPAD aux habitants de la ville, d'orientation possible vers des projets divers (sorties, vacances, mobilisation du réseau social ou familial...).

Les associations comme les **Petits Frères des Pauvres, Saint Vincent de Paul, Unis Cité ou encore l'Association Nationale des retraités** (ces derniers intervenant sur tout le département, ils ne sont pas représentés sur la carte) organisent des visites à domicile, en EHPAD ou encore des visites à l'hôpital. Les villes et leur CCAS, les résidences autonomies, les clubs-seniors et les centres socio-culturels portent également de nombreuses initiatives locales. (https://www.seine-saint-denis.fr/Lutte-contre-l-isolement-des-personnes-agees.html)

POINTS DE VIGILANCE

Il convient de distinguer les notions d'isolement et de sentiment de solitude, chacun pouvant les vivre différemment.

Les aides à apporter aux personnes vivant isolées sont tributaires de la possibilité pour les professionnels de proximité de repérer ces personnes, qui de plus, peuvent parfois être réticentes à accepter ces aides.

PERSPECTIVES

Une mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées (Monalisa) a été mise en place en décembre 2012 par le gouvernement. En 2014, le Conseil départemental de Seine-Saint-Denis en a signé la charte nationale.

Animateur de la lutte contre l'isolement des personnes âgées, le Département a donc identifié quinze actions mobilisant plusieurs équipes sur cette thématique et structurant ainsi un partenariat local. Les retours de ces plus de 95 expériences, accessibles via des fiches-actions mises en ligne sur le Centre de Ressources Partenaires de Seine-Saint-Denis (http://ressources.seinesaint-denis.fr/) peuvent permettre la reproduction de ces initiatives sur d'autres territoires. Ce catalogue pourra être alimenté au fur et à mesure que les actions sont identifiées.

Enfin, un maillage solide des acteurs du département facilitera la mise en œuvre rapide d'actions individualisées suite à l'identification par repérage de personnes isolées.

Associations intervenant à domicile par commune :

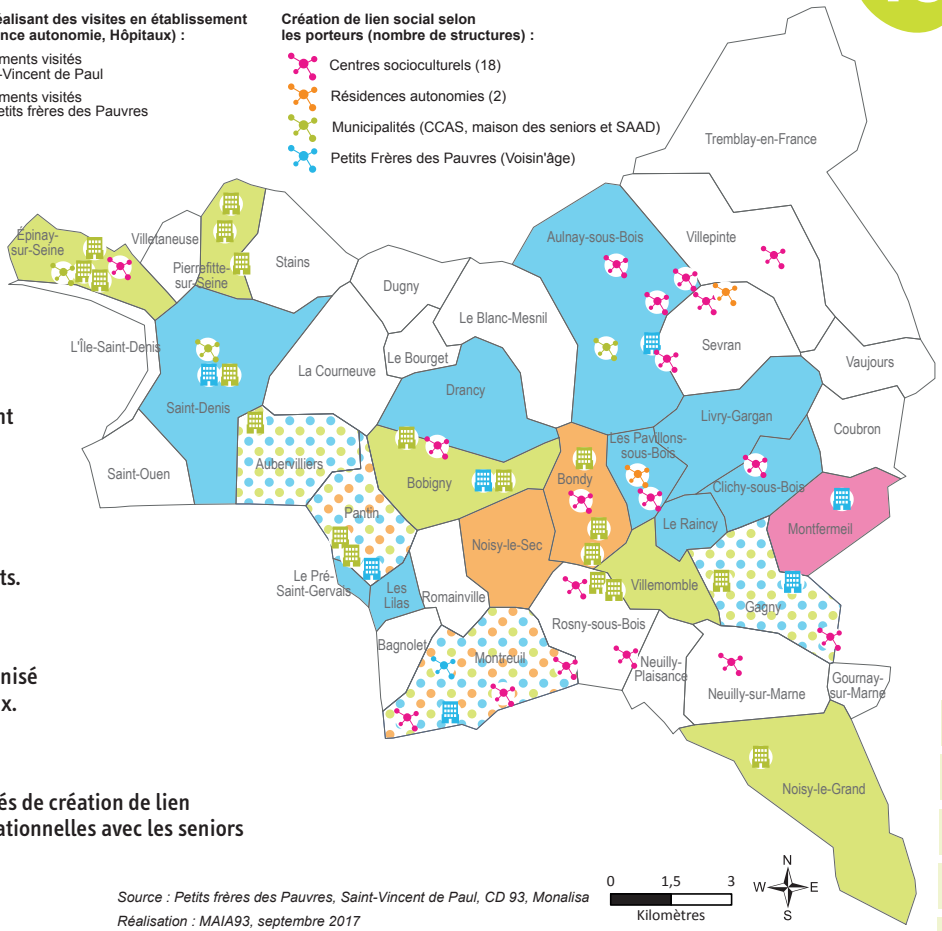
- Saint-Vincent de Paul
- Petits frères des Pauvres
- Association Unis Cité
- CCAS
- Saint-Vincent de Paul - Petits frères des Pauvres
- Saint-Vincent de Paul - Petits frères des Pauvres - Association Unis Cité

Associations réalisant des visites en établissement (EHPAD, résidence autonomie, Hôpitaux) :

- Établissements visités par Saint-Vincent de Paul
- Établissements visités par les Petits frères des Pauvres

Création de lien social selon les porteurs (nombre de structures) :

- Centres socioculturels (18)
- Résidences autonomies (2)
- Municipalités (CCAS, maison des seniors et SAAD)
- Petits Frères des Pauvres (Voisin'âge)



5 équipes locales de l'association Petits frères des Pauvres, interviennent sur 13 villes et dans 7 établissements.

9 équipes de la société de Saint-Vincent de Paul interviennent sur 7 villes pour des visites à domicile et dans 19 établissements.

4 villes bénéficient des visites de convivialité organisé par l'association Unis cités et des partenaires locaux.

18 centres sociaux proposent des activités de création de lien social, de prévention et d'activités intergénérationnelles avec les seniors

Source : Petits frères des Pauvres, Saint-Vincent de Paul, CD 93, Monalisa
Réalisation : MAIA93, septembre 2017

PARTIE 2

Parfois les choses se compliquent...

MAIA
Seine-Saint-Denis

ENJEUX

Pour des personnes âgées, les motifs de consultations en urgence sont nombreux : chutes et traumatismes divers, accidents cardio-vasculaires, décompensations, iatrogénie médicamenteuse, syndrome confusionnel…

ORGANISATION

La réponse en urgence, si elle ne peut être assurée par le médecin traitant, est structurée sous la responsabilité de l'ARS, régulée par le **centre 15** qui déclenche, selon la nature de l'appel, l'intervention d'un **Smur** (véhicule du SAMU), des **pompiers** ou encore une consultation au domicile par un médecin libéral de l'association **Sur93** qui couvre l'intégralité du département.

Il également possible de se rendre directement dans les **Services d'Accueil des Urgences** (SAU) publics ou privés ou dans des consultations dédiées ouvertes en soirée et les week-ends dans les **Maisons Médicales de Garde** (MMG).

Les professionnels s'organisent également par territoire pour assurer la permanence des soins qui n'est pas représentée ici.

POINTS DE VIGILANCE

Pour la population âgée, le passage aux urgences révèle plusieurs difficultés et en premier lieu le faible nombre d'adressages par les médecins de ville, synonyme de fréquentes pertes d'information (antécédents, traitements en cours, examens déjà réalisés...).

Pour la personne, un passage aux urgences peut s'avérer préjudiciable pour son état de santé ; la durée moyenne de séjour d'une personne âgée étant de plus de 6 heures alors qu'elle est de 4 heures pour un adulte, sans toujours pouvoir bénéficier d'une expertise gériatrique.

Pour les services, en 2015 en Seine-Saint-Denis, on dénombre 29 000 passages de personnes âgées de plus de 75 ans sur l'ensemble des SAU, en augmentation de 11% par rapport à 2009. Leur prise en charge implique un nombre d'actes plus élevé, suivi d'une hospitalisation plus fréquente en unité d'hospitalisation de courte durée. Il arrive également qu'une hospitalisation soit prononcée « à défaut » d'autre solution possible. Ces hospitalisations inadéquates sont couteuses, mobilisent des ressources et augmentent les risques de pertes d'autonomie du seul fait du séjour hospitalier.

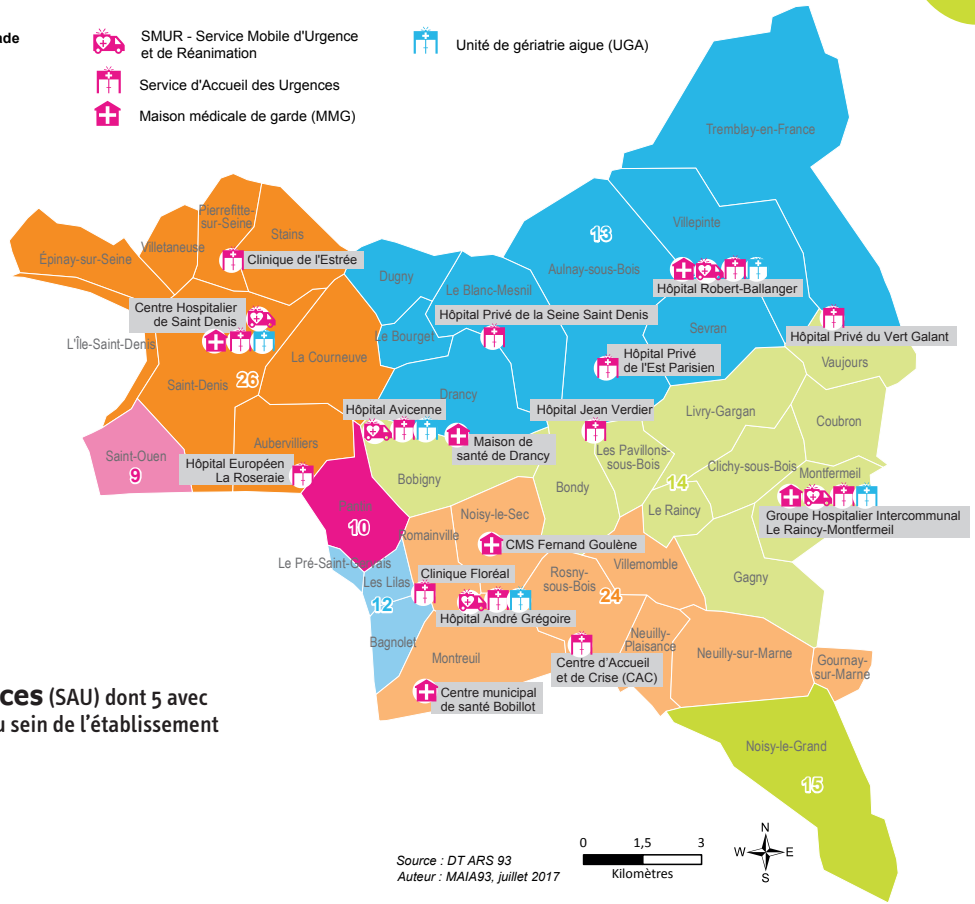
Ces patients âgés sont très majoritairement accueillis dans les services des établissements publics, et ce, de façon croissante avec l'âge.

PERSPECTIVES

Formation et coordination pourraient contribuer à l'organisation d'un certain nombre d'hospitalisations programmées, évitant ainsi un passage aux urgences.

Si le passage aux urgences est inévitable, il serait possible de faciliter un retour à domicile rapide et bien encadré en renforçant le maillage du territoire, la connaissance des acteurs et le partage des informations. Les urgences étant parfois un premier contact avec les services d'aide et de soins pour certaines personnes âgées sans suivi médical, il pourrait être utile d'outiller, à partir des services d'urgences, les acteurs de proximité pour le repérage de situation de fragilité ou de risque chez des personnes âgées insuffisamment suivies/accompagnées.

...face à une urgence médicale, l'articulation des acteurs est indispensable



6 **maisons médicales de garde** (MMG)

5 **services mobile d'urgence et de réanimation** (SMUR)

13 **services d'accueil des urgences** (SAU) dont 5 avec la résence d'une unité de gériatrie aigue au sein de l'établissement

8 **secteurs** des centres de secours pompiers

MAIA
Seine-Saint-Denis

ENJEUX

Face à des troubles cognitifs liés à des maladies neurodégénératives de type Alzheimer ou apparenté, il est possible, à un stade modéré de la pathologie, de stimuler les fonctions intellectuelles ou fonctionnelles avec des approches non médicamenteuses, permettant ainsi de préserver l'autonomie de la personne aussi longtemps que possible.

ORGANISATION

Les stimulations peuvent être de type :

- individuelle au domicile : **l'Équipe Spécialisée Alzheimer** (ESA) intervient, sur prescription médicale, en réalisant des soins de réhabilitation et d'accompagnement favorisant le maintien et la stimulation des capacités préservées et l'apprentissage de stratégies de compensation. L'ESA s'intéresse également à l'amélioration de la relation patient-aidant.
- collective en établissement : **l'accueil de jour** assure la prise en charge journalière de la personne atteinte d'une maladie neuro-dégénérative. La prise en charge concerne d'une part la stimulation intellectuelle, physique et sensorielle en proposant des activités thérapeutiques; et d'autre part une prise en charge psychique. L'accueil de jour peut être organisé dans un espace dédié au sein d'EHPAD ou en centre autonome.
- Il existe par ailleurs des **ateliers mémoire**, par exemple au sein des consultations mémoire, qui ne sont pas répertoriés ici.

POINTS DE VIGILANCE

On constate un faible recours à ces 2 types d'offre, dû à leur relative méconnaissance, aux habitudes de prescription mais aussi, pour les personnes et leurs proches, à des difficultés d'acceptation de la maladie dans ses premiers stades. Pour les accueils de jour, d'autres freins identifiés sont l'organisation du transport et le reste à charge financier. De plus, si l'ADPA n'est pas en place, il est nécessaire d'attendre la notification du plan d'aide, et ce sans possibilité de financement rétroactif.

Du fait d'une moyenne d'âge élevée, l'acceptation et l'intégration des personnes de moins de 65 ans en accueil de jour est souvent délicate.

En EHPAD, une faible fréquentation de l'accueil de jour limite les possibilités de mobilisation du personnel pour réaliser les activités de stimulation cognitive. De façon générale, la prise en charge par ces deux types d'équipes doit être assez précoce pour être efficace.

PERSPECTIVES

Depuis les travaux régionaux menés en 2013 sur l'utilisation de l'accueil de jour, il est préconisé que l'orientation et l'accès à ces ressources soit améliorée et accompagnée. Une articulation resserrée avec les consultations mémoire et une formalisation du lien avec les plateformes d'accompagnement et de répit contribueraient à proposer une réponse coordonnée et graduée aux personnes malades et à leur entourage.

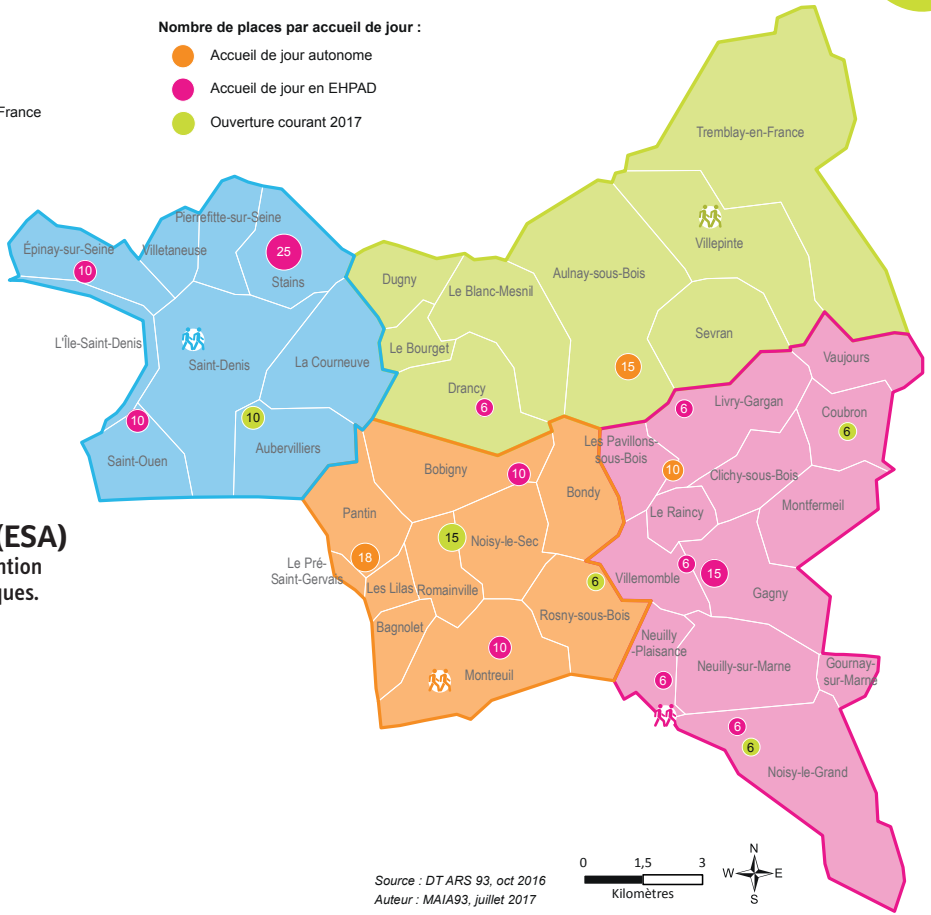
...face à la maladie d'Alzheimer ou à des troubles apparentés, il peut être utile de bénéficier d'une stimulation cognitive

Équipes spécialisées Alzheimer et leur territoire d'intervention :

- Fondation Santé Service
- USSIF - Union Soins et Services Île-de-France
- DomusVI Domicile
- CAP'SANTE

Nombre de places par accueil de jour :

- Accueil de jour autonome
- Accueil de jour en EHPAD
- Ouverture courant 2017



Source : DT ARS 93, oct 2016
Auteur : MAIA93, juillet 2017

4 équipes spécialisées Alzheimer (ESA)
se déplacent à domicile. Leur territoire d'intervention est en concordance avec les bassins gérontologiques.

11 accueils de jour en EHPAD
sont en fonctionnement, soit 110 places.
5 à venir courant 2017 (43 places)

3 accueils de jour autonomes
(43 places)

MAIA
Seine-Saint-Denis

ENJEUX

La prévalence croissante des pathologies neurodégénératives engendre un accroissement des troubles comportementaux, certains difficilement maitrisables au domicile ou dans les services hospitaliers. Il existe pourtant des services à même de stabiliser les troubles et offrir mieux-être à la personne et répit à l'aidant.

ORGANISATION

Plusieurs services proposent une réponse aux besoins de prise en charge de ces troubles du comportement.

- **l'Unité Cognitivo Comportementale** (UCC) propose une prise en charge à l'hôpital à des patients mobiles ayant des troubles du comportement productifs sévères liés à une maladie neurodégénérative pour les stabiliser et assurer si besoin, la prise en charge du facteur causal. Une UCC accueille des patients venant du domicile, d'un EHPAD ou de l'hôpital.
- **l'Unité d'Hébergement Renforcé** (UHR) propose sur une période donnée, au sein d'un EHPAD ou d'une USLD, aux patients ayant des troubles du comportement sévères des soins et des activités sociales et thérapeutiques. Une UHR accueille des patients venant du domicile, d'une l'USLD ou des EHPAD du territoire.
- **l'Unité de Géronto-Psychiatrie** (UGP) accueille des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques afin de les équilibrer ou de poser un diagnostic, sur la base d'une expertise conjointe d'un psychiatre et d'un gériatre.
- **le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés** (PASA) organise et propose dans la journée aux résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement rassurant, adapté à la déambulation. Un PASA s'adresse uniquement aux résidents de l'EHPAD.

POINTS DE VIGILANCE

Ces offres sont nouvelles et il est fréquent que les professionnels aient du mal à les différencier, ce qui entraîne des orientations inadéquates ou un non-recours. La capacité limitée de ces services (quelques dizaines de places), une durée moyenne de séjour de plusieurs semaines et, parfois, des difficultés à organiser les sorties peuvent engendrer la constitution de listes d'attente, pourtant peu compatibles avec la réponse attendue en regard de troubles du comportement sévères. Enfin, la rareté de l'offre et son éloignement géographique pour certaines familles peut constituer un motif de non-recours ou de fatigue pour les aidants liée au temps de transport.

PERSPECTIVES

On peut espérer que le développement de nouvelles structures de ce type répondrait mieux aux besoins. En parallèle, il conviendra de faire connaitre plus largement cette offre aux prescripteurs potentiels.

...face à des troubles du comportement, il existe des lieux adaptés

- UGP - Unité Géronto-Psychiatrie
- UHR - Unité d'Hébergement Renforcé
- UCC - Unité Cognitivo-Comportementale
- PASA - Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

2 Unités Cognitivo-comportementales (UCC)

1 Unité de géronto-psychiatrie

1 Unité d'Hébergement Renforcé (UHR)

8 Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) en EHPAD

Source : DT ARS 93, mars 2017
Réalisation : MAIA93, juillet 2017

MAIA
Seine-Saint-Denis

ENJEUX

Les professionnels intervenant auprès du public âgé sont fréquemment confrontés à des troubles du comportement dont il est difficile de déterminer s'ils relèvent de la psychiatrie ou de la gériatrie. Il convient de pouvoir avoir accès à une évaluation, idéalement au domicile pour ce public. Plus largement, l'accompagnement global des personnes âgées ayant développé tardivement des troubles psychiatriques ou, à l'inverse, des personnes suivies en psychiatrie avançant en âge pose très souvent la question de l'articulation entre ces deux secteurs.

ORGANISATION

L'offre de la psychiatrie adulte publique est organisée sur le département en **18 secteurs** le plus souvent intercommunaux, rattachés à deux établissements hospitaliers : l'Établissement Public de Santé Ville Evrard et le Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger. Chaque secteur compte au moins un **Centre Médico Psychologique** (CMP) et a l'obligation d'accueillir toute personne habitant sur le territoire, si bien que l'adresse de résidence d'une personne la relie à un seul secteur.

Par ailleurs, des **psychiatres libéraux** exercent sur le département et des **consultations de psychiatrie sont accessibles dans quelques centres de santé.**

Et enfin, il est possible d'avoir recours à des **équipes mobiles au domicile**, axé sur le sujet âgé ou sur la précarité, et une **consultation de géronto-psychiatrie** est ouverte dans le secteur 6.

Les services d'hospitalisation ne sont pas représentés ici.

POINTS DE VIGILANCE

Si les CMP sont le premier recours, la réponse peut y être variable en fonction des secteurs, pas toujours mobilisable au domicile ni sans une démarche volontaire de la personne. La sectorisation, stricte, ne permet pas, de fait, une orientation vers un autre CMP.

De leur côté, si les équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé assurent une évaluation et apportent de précieux conseils, elles interviennent à partir de 75 ans et ne peuvent assurer de suivi à long terme.

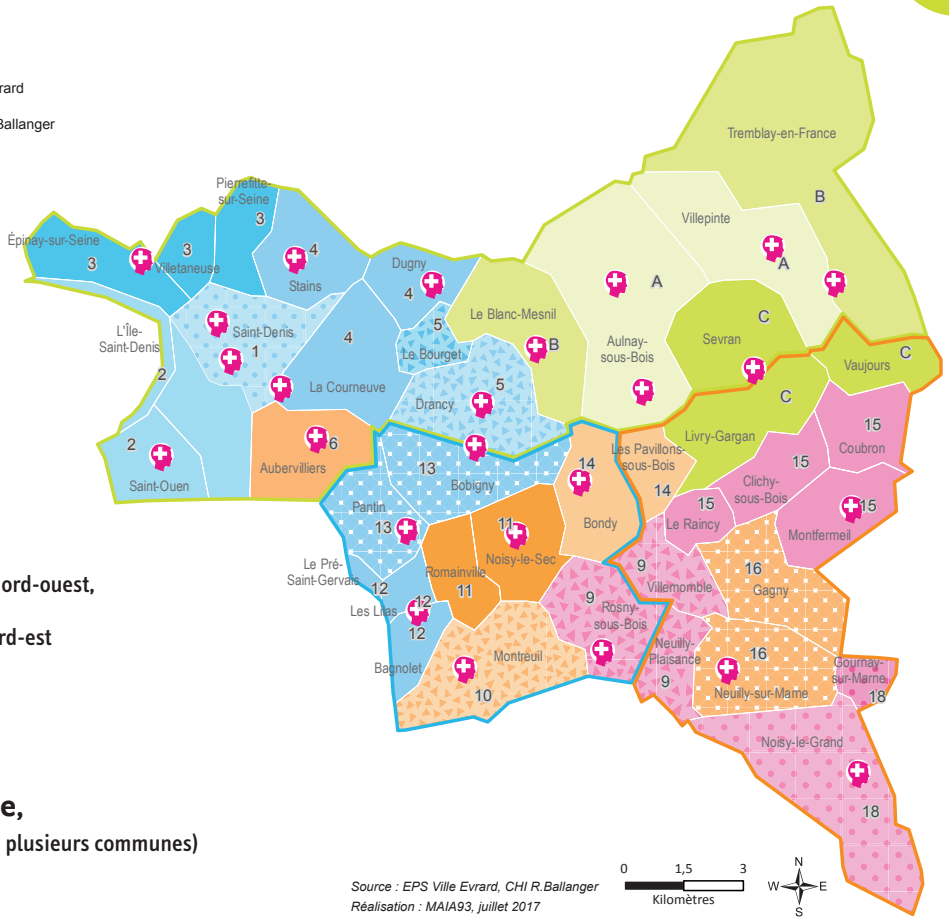
Certains acteurs des secteurs psychiatriques et gériatriques reconnaissent volontiers une méconnaissance mutuelle qui ne permet pas toujours une orientation pertinente, ou contribue à une stigmatisation de certains patients.

Enfin, les professionnels des EHPAD notent une difficulté à la poursuite du suivi psychiatrique de leurs résidents, ceci pouvant constituer un frein à l'admission de résidents présentant des antécédents de ce type.

PERSPECTIVES

La nomination de référents sensibilisés aux problématiques des personnes âgées au sein des CMP pourrait favoriser le dialogue entre gériatrie et psychiatrie, tout comme l'organisation de formations conjointes (connaissance mutuelle, compréhension des fonctionnements et des contraintes...). La loi a introduit une nouvelle dynamique, l'élaboration d'un Projet Territorial de Santé Mentale, et désigne les personnes âgées comme une population prioritaire.

...face à des troubles d'allure psychiatrique, plusieurs types de réponses sont possibles pour un diagnostic ou un suivi



2 établissements hospitaliers
organisent l'offre psychiatrique :
EPS Ville Evrard : 15 secteurs numérotés de 1 à 6 au nord-ouest, et de 9 à 16, puis 18 dans le sud
Robert Ballanger : 3 secteurs intitulés A, B et C au nord-est

24 centres médico-psychologique (CMP) adulte,
répartis sur 18 secteurs (pour la plupart composés de plusieurs communes)

Nombre de psychiatres libéraux par commune (nombre de commune concernée) :

- 1 (11)
- 2 - 3 (13)
- 4 - 5 (3)
- 6 - 10 (1)

Centres de santé avec présence de psychiatre

Source : Ameli - juin 2017
Réalisation : MAIA93, juillet 2017

11 centres de santé
proposant des consultations de psychiatre

12 communes
sans aucun psychiatre libéral

67 psychiatres libéraux
sur le département (Améli, 2017)

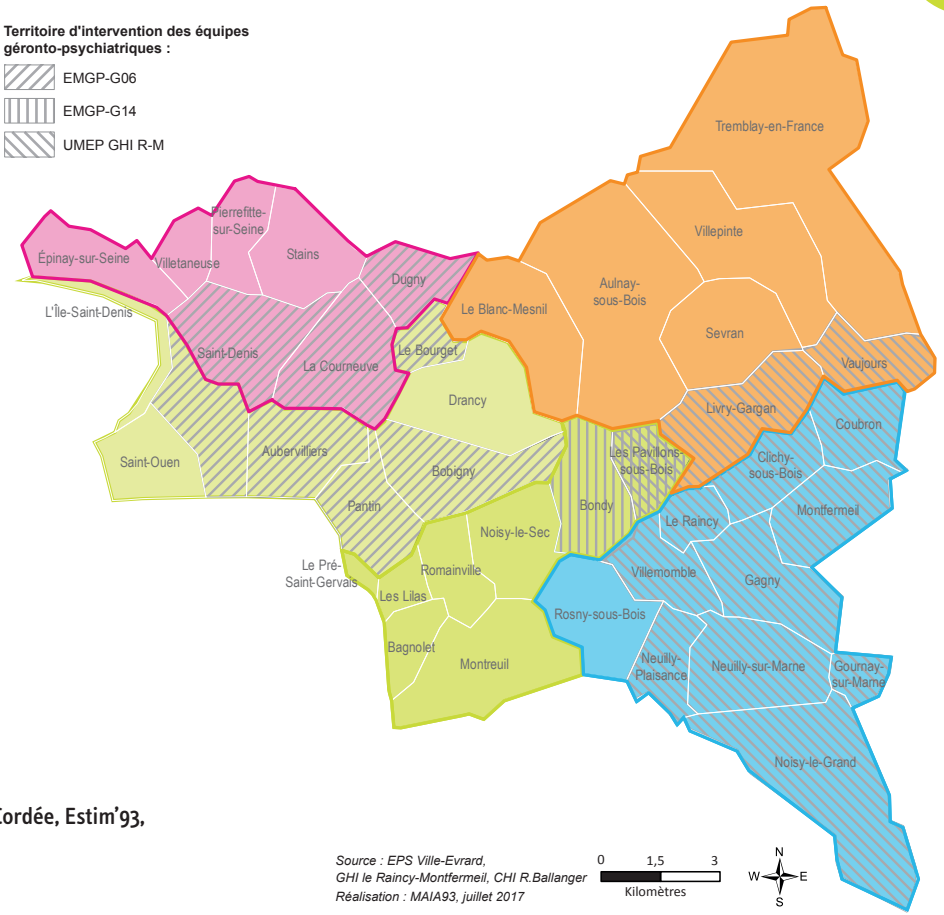
...face à des troubles d'allure psychiatrique, plusieurs types de réponses sont possibles pour un diagnostic ou un suivi

Territoire d'intervention des équipes psychiatrie précarité :

- ESTIM'93
- La Boussole
- La Cordée
- Rivages
- Robert Ballanger

Territoire d'intervention des équipes géronto-psychiatriques :

- EMGP-G06
- EMGP-G14
- UMEP GHI R-M



Source : EPS Ville-Evrard, GHI le Raincy-Montfermeil, CHI R.Ballanger
Réalisation : MAIA93, juillet 2017

3 équipes mobiles géronto-psychiatriques (EMGP)

2 relevant de EPS Ville-Evrard (secteur 6 et 14) et 1 du GHI Le Raincy Montfermeil (UMEP)

5 équipes/unités mobiles psychiatrie précarité

4 relevant de EPS Ville-Evrard (La Boussole, La Cordée, Estim'93, Rivages) et 1 du CHI R. Ballanger (UMPP)

MAIA
Seine-Saint-Denis

ENJEUX

Le risque de survenue d'un cancer augmente avec l'âge et la part des personnes âgées parmi les personnes atteintes d'un cancer est donc importante. Les spécificités de la prise en charge médicale et médicamenteuse de cette population (terrain poly-pathologique, balance bénéfice/risque d'un traitement…) justifie la création d'une approche conjointe entre l'oncologie et la gériatrie.

ORGANISATION

En Seine-Saint-Denis, **l'Unité de Coordination en OncoGériatrie** (UCOG) a pour mission d'adapter les traitements du cancer dans tous les établissements autorisés, notamment par la diffusion des outils et des pratiques de concertation, et de contribuer à la recherche et à la formation, via notamment un Diplôme Universitaire mené à l'Université Paris 13.

Ainsi les services d'oncologie peuvent avoir recours à des **consultations d'oncogériatrie.** Le médecin oncologue organisant la consultation de diagnostic s'appuie sur un outil (le G8) pour repérer les personnes âgées atteintes de cancer à risque de mauvaise tolérance d'un traitement anticancéreux. Si nécessaire, il leur propose une consultation avec un oncogériatre, qui réalise en cas de besoin une évaluation gériatrique approfondie permettant d'identifier les risques d'iatrogénie, de dénutrition, des troubles cognitifs, les aspects sociaux et les besoins du domicile. En réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), l'avis de l'oncogériatre permet alors d'évaluer les bénéfices et risques d'une chimiothérapie, d'une radiothérapie ou d'une intervention chirurgicale sur la qualité de vie du patient âgé. Par ailleurs, des **services de Soins de Suite et de Réadaptation** se sont plus particulièrement organisés autour de l'oncogériatrie.

Les soins de support (soutien social, psychologique, nutritionnel, soins esthétiques, art thérapie…) visant à l'amélioration la qualité de la vie et la tolérance au traitement paraissent particulièrement adaptés au public âgé.

POINTS DE VIGILANCE

De fausses idées concernant les personnes âgées atteintes de cancer et la méconnaissance de l'organisation peuvent priver les personnes malades de cette expertise en oncogériatrie. L'administration et la surveillance du traitement à domicile, notamment les thérapies orales, sont complexes. Le lien entre la ville et l'hôpital est ainsi à renforcer par la définition de protocoles d'organisation du traitement en sortie d'hospitalisation.

L'écoute de la personne âgée et la prise en compte de la dimension éthique dans la décision médicale sont des enjeux essentiels qui appellent cette dimension pluri professionnelle.

PERSPECTIVES

De plus en plus, des filières « oncogériatriques » se structurent au sein des centres hospitaliers, optimisant le partenariat entre les services d'oncologie et de gériatrie. La mise en œuvre des Groupements Hospitaliers de Territoire pourrait être l'occasion de structurer une RCP inter-établissement.

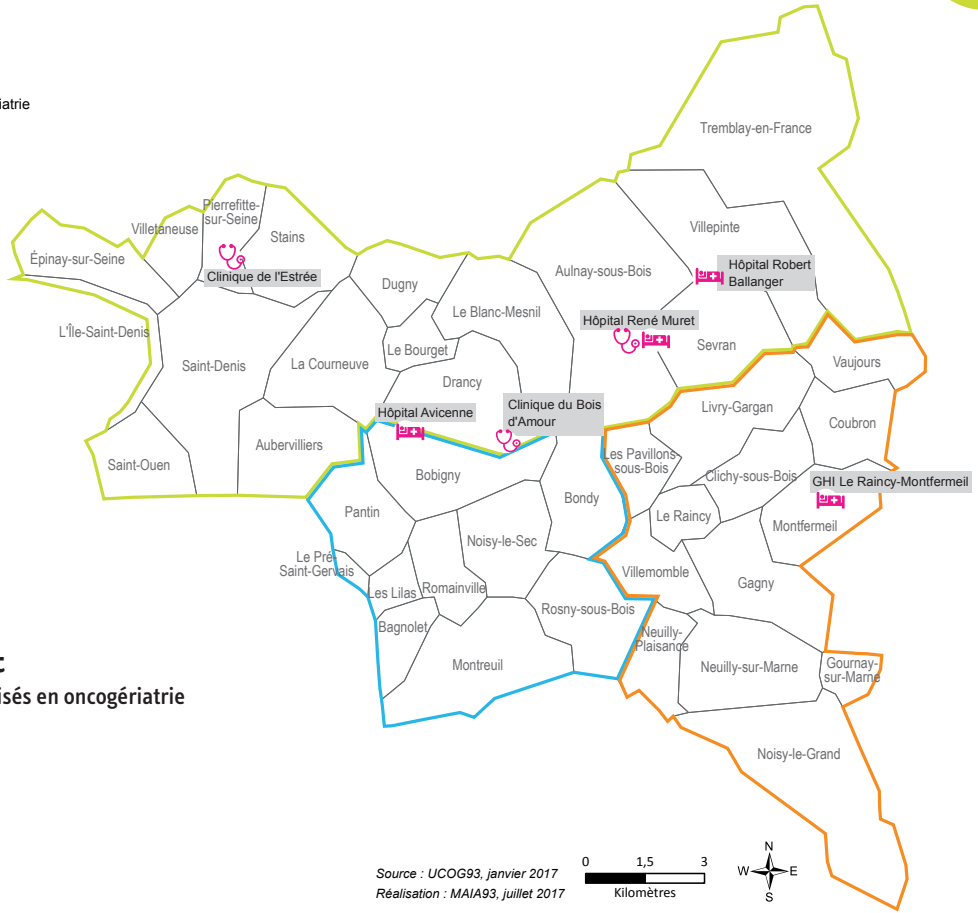
...face à un cancer, la personne gagne à bénéficier d'une approche spécifique à son âge : l'oncogériatrie

Consultation en oncogériatrie

Service de soins de suite et de réadaptation spécialisé en oncogériatrie

4 consultations en oncogériatrie

3 services de soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés en oncogériatrie



Source : UCOG93, janvier 2017
Réalisation : MAIA93, juillet 2017

MAIA
Seine-Saint-Denis

ENJEUX

L'état de santé des personnes âgées peut augmenter leur vulnérabilité. Les professionnels intervenant auprès d'elles ont un rôle à jouer dans la prévention de la maltraitance, qu'elle soit due à l'épuisement, à la malveillance ou à la négligence de l'entourage ou des intervenants. S'ils se retrouvent face à une situation préoccupante, ces mêmes professionnels doivent connaitre les démarches à accomplir et le cadre légal de cette intervention.

ORGANISATION

En dehors de situation d'urgence où la mise à l'abri immédiate s'impose, la première démarche préconisée est de **rechercher avis, dialogue et concertation dans sa propre équipe, auprès du médecin traitant et des autres professionnels** intervenant au domicile mais aussi dans le cadre des Réunions d'Evaluation des Situations d'Adultes en Difficulté **(RESAD)** ou en contactant, via le 3977, la Cellule Interinstitutionnelle Départementale de Prévention de la Maltraitance **(CIDPM)** qui se retrouve tous les mois pour traiter les situations signalées.

Les **Délégués à la Cohésion Police-Population** que l'on retrouve dans la plupart des villes peuvent être un relais pour analyser les situations signalées et proposer des préconisations aux professionnels. En cas de besoin, **l'Unité Médico Judiciaire** du département intervient suite à une plainte. Les victimes sont orientées par le commissariat pour constater les éventuelles violences subies. Selon les situations les professionnels peuvent être amenés à faire un **signalement directement au Procureur de la République** à Bobigny. Enfin, les situations peuvent relever soit du parquet pénal ou du parquet civil (Tribunal de Grande Instance). Les tribunaux d'instance sont compétents pour les mesures de protection sollicitées par la personne ou sa famille. Le département est divisé en 8 juridictions.

POINTS DE VIGILANCE

Les professionnels de terrain sont souvent démunis face à des situations préoccupantes, par méconnaissance ou par crainte des démarches à accomplir. Par ailleurs, soucieux du respect de la confidentialité, ils déclarent ne pas toujours savoir comment travailler avec les représentants de la police.

Le fonctionnement de la CIDPM semble devoir être encore éclairci pour certains professionnels, et notamment l'articulation entre RESAD et CIDPM.

PERSPECTIVES

Un guide départemental aidant au repérage des situations ou suspicions de maltraitance est en cours de rédaction et permettra d'éclaircir le rôle des uns et des autres. Pour certaines communes, il sera également possible de bénéficier d'une formation portant sur les démarches à suivre et le rôle des différentes partenaires.

...face à une situation préoccupante, il existe des leviers d'action

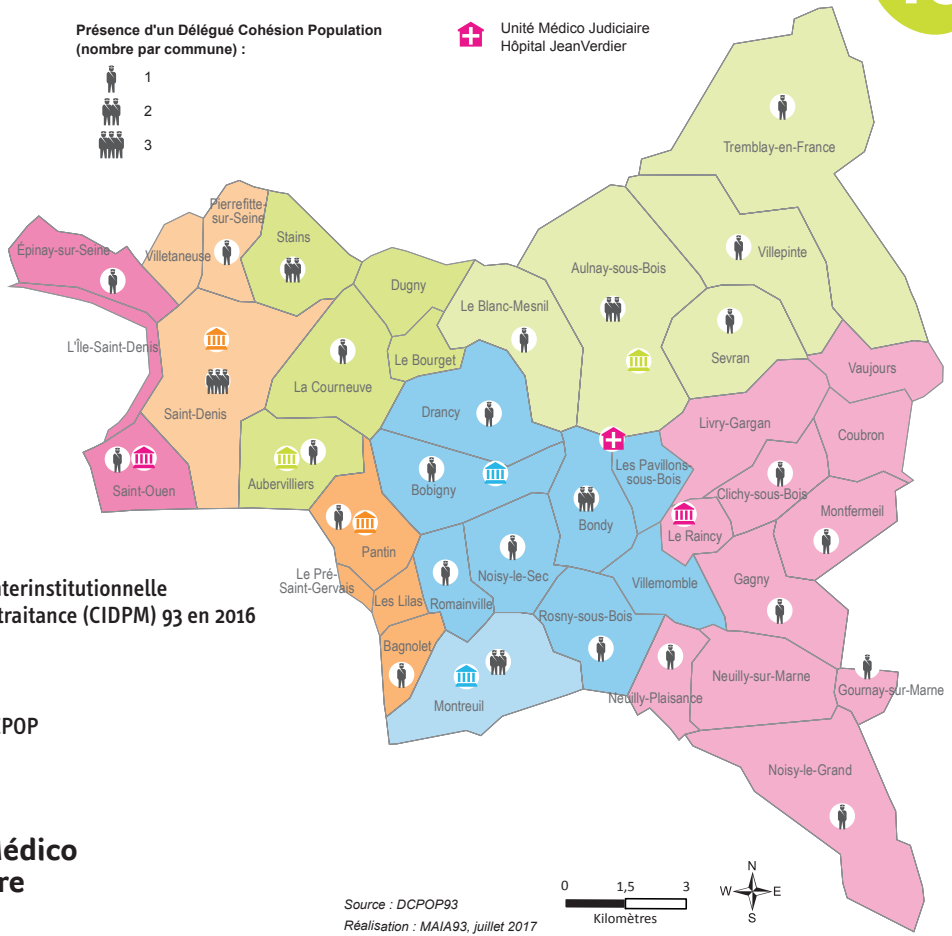
Tribunaux de Seine-Saint-Denis et leur territoire :

- Territoire d'Aubervilliers
- Territoire d'Aulnay-sous-Bois
- Territoire de Bobigny
- Territoire de Montreuil
- Territoire de Pantin
- Territoire de Saint-Denis
- Territoire de Saint-Ouen
- Territoire du Raincy

Présence d'un Délégué Cohésion Population (nombre par commune) :

1
2
3

Unité Médico Judiciaire
Hôpital JeanVerdier



Source : DCPOP93
Réalisation : MAIA93, juillet 2017

3977 pour alerter d'une situation de maltraitance envers les personnes âgées

267 **situations traitées** en Cellule Interinstitutionnelle Départementale de Prévention de la Maltraitance (CIDPM) 93 en 2016

33 **délégués** cohésion police-population - DCPOP (sur 27 communes)

8 **juridictions** sur le département

1 **Unité Médico Judiciaire**

MAIA
Seine-Saint-Denis

ENJEUX

Dans son exercice auprès des personnes âgées, tout professionnel peut être amené à rencontrer des situations vécues comme complexes. Face à cela, chacun est invité à ne pas rester seul et à rechercher la concertation, une réflexion collégiale et l'élaboration d'un plan d'actions auprès d'autres professionnels des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

ORGANISATION

Les ressources pour une concertation autour de situations complexes sont de plusieurs types :

- des **instances de concertation** qui se tiennent de façon régulière par commune : les RESAD (réunions d'évaluation des situations d'adultes en difficulté), avec à minima des représentants des services sociaux et de la psychiatrie, mais également des réunions pluri-professionnelles (RPP) ou des réunions de coordination gérontologiques organisées par les CLIC et certains CCAS.
- des **équipes d'évaluation et/ou de coordination** qui se déplacent au domicile : CLIC, réseau de gérontologie, équipe mobile extra hospitalière, gestionnaires de cas.

POINTS DE VIGILANCE

RESAD et RPP sont des recours de proximité et n'existent pas encore sur toutes les villes du département. Pour certaines, elles peinent à se maintenir sur une base régulière faute de remontées d'informations sur les situations à traiter.

En ce qui concerne les équipes de coordination, leur co-existence interroge l'articulation entre ces différentes offres et la nécessaire distinction à faire entre elles pour les professionnels qui chercheraient à y avoir recours. De même, leur intervention ne se substitue pas aux intervenants déjà en place qui, du fait de l'épuisement face à la complexité, auraient tendance à vouloir passer le relais.

Si elles constituent une réponse face aux situations complexes, elles n'en sont pas pour autant des équipes d'intervention d'urgence. L'adressage parfois tardif pose alors la question du repérage de ces situations et donc de la possibilité d'interventions précoces et d'anticipation de leur dégradation.

Par ailleurs, certains acteurs intervenant uniquement dans le champ de la personne âgée ne couvrent pas les situations de personnes de moins de 60 ans souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, que les gestionnaires de cas se retrouvent alors seuls à pouvoir suivre.

PERSPECTIVES

Des actions complémentaires telles que la sensibilisation de l'ensemble des acteurs, l'amélioration du repérage, la concertation pluri-professionnelle, la connaissance de l'offre et la capacité à mobiliser les ressources nécessaires sont autant de leviers pour anticiper et traiter au mieux ces situations avant qu'elles ne deviennent encore plus complexes.

...face aux situations complexes en ville, il est possible de mobiliser des partenaires

Commune couverte par une RESAD (28)

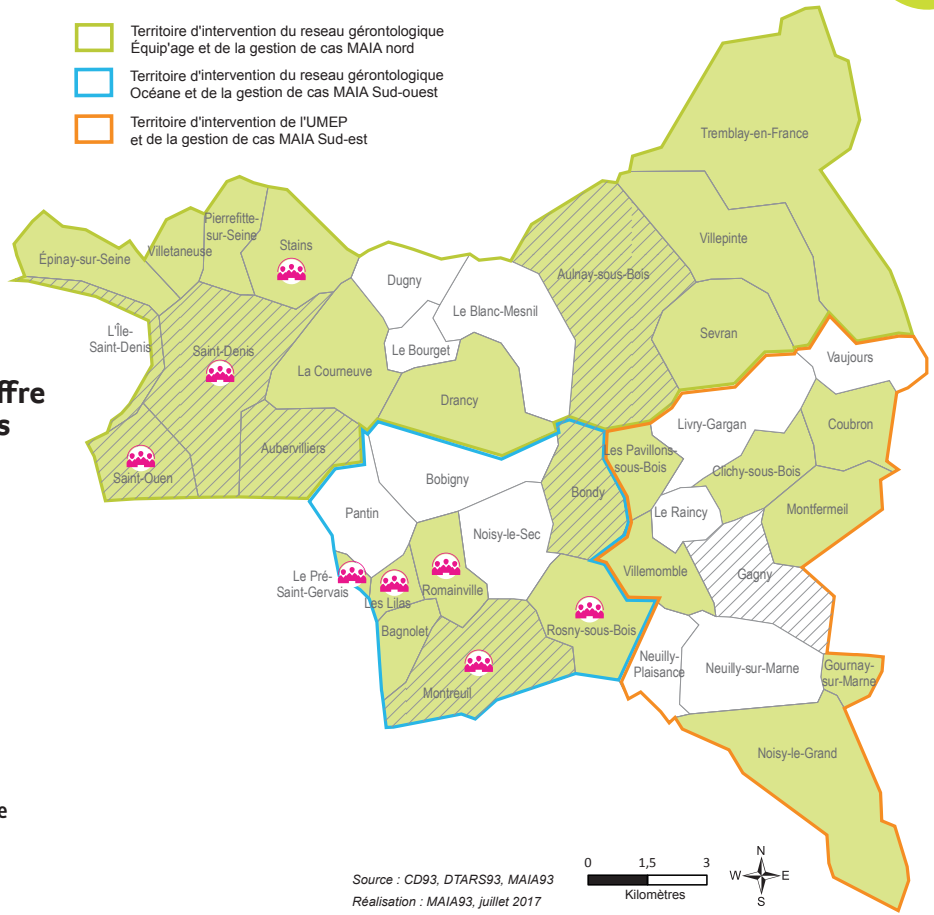
Présence d'un CLIC

Réunion de concertation gérontologique

Territoire d'intervention du reseau gérontologique Équip'age et de la gestion de cas MAIA nord

Territoire d'intervention du reseau gérontologique Océane et de la gestion de cas MAIA Sud-ouest

Territoire d'intervention de l'UMEP et de la gestion de cas MAIA Sud-est



Tout le département est couvert en offre d'évaluation à domicile des situations complexe sous diverses modalités
(CLIC, réseau gérontologique et gestion de cas)

8 réunions de concertation
formalisées dédiées personnes âgées

28 communes avec la présence d'une instance de concertation pluriprofessionnelle

Source : CD93, DTARS93, MAIA93
Réalisation : MAIA93, juillet 2017

MAIA
Seine-Saint-Denis

ENJEUX

Pour les personnes atteintes d'une maladie grave sans espoir de guérison, il est souhaitable de pouvoir accéder aux soins palliatifs. Ils ont pour but de soulager les symptômes pénibles, de prendre en charge la douleur et d'accompagner sur un plan médico-psycho-social la personne malade et son proche, sur le lieu de vie le plus adapté pour elle (domicile, hôpital, établissements médico-sociaux).

ORGANISATION

Les ressources pour les soins palliatifs s'organisent autour de :

- les **réseaux de soins palliatifs et l'Hospitalisation à domicile** (HAD) pour les soins complexes apportent tous deux expertise et accompagnement au domicile (y compris en EHPAD)
- les **unités de soins palliatifs** (USP), les **lits identifiés en soins palliatifs** (LISP) et les **équipes mobiles** (EMSP) en établissements hospitaliers, avec des équipes spécifiquement formées auprès des personnes malades et de leurs proches.

POINTS DE VIGILANCE

Pour bénéficier autant que possible à la personne malade, les soins palliatifs doivent pouvoir être proposés au moment adéquat et nécessitent pour cela une sensibilisation des professionnels hospitaliers ou en ville qui sont amenés à adresser leurs patients malades suffisamment en amont de la fin de vie.

Malgré le développement de cette culture palliative, un nombre important de décès continue d'avoir lieu dans les hôpitaux alors que, dans un certain nombre de situations, le souhait de la personne malade et de son entourage est de finir ses jours à son domicile.

On peut s'interroger sur l'impact de l'évolution de la démographie médicale sur la mobilisation des médecins traitants dans les situations de fin de vie à domicile. En effet, le départ à la retraite de nombreux praticiens ces prochaines années et les difficultés de renouvellement sont à prendre en considération dans la capacité de mobilisation.

PERSPECTIVES

L'accès aux soins palliatifs pour les personnes résidents en EHPAD est un projet qui se déploie de façon continue sur l'ensemble du département, porté par les réseaux de soins palliatifs, mais également par les services hospitaliers, avec, depuis quelques années, la possibilité pour les HAD d'intervenir en établissement.

...face à la maladie grave, sans espoir de guérison, la personne peut bénéficier de soins palliatifs

Territoire d'intervention des réseaux de soins palliatifs :

- Réseau Arc en ciel
- Réseau Océane

- Équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)
- Lits identifiés de soins palliatifs (LISP)
- Unité de soins palliatifs (USP)

Source : DTARS 93, janvier 2017
Réalisation : MAIA93, juillet 2017

2 réseaux de soins palliatifs
couvrent l'ensemble de la Seine-Saint-Denis

5 équipes mobiles
au sein d'hôpitaux (EMSP)

3 établissements
avec des lits identifiés (LISP)

3 Unités de soins palliatifs

BIBLIOGRAPHIE

Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France

« Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires, année 2017 »

« Bilan. Projet régional de santé Île-de-France 2013-2017 »

« Bilan des partenariats et de l'animation territoriale en Seine-Saint-Denis » 2017

« Projet régional de santé Île-de-France 2013-2017 »

Commission Régionale d'Experts Urgences Île-de-France

« Activité des services d'urgence Île-de-France, Année 2015 »

Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis

« Schéma départemental en faveur des personnes âgées, 2013-2017 »

« Le non recours et l'accès aux droits », Actes de la journée d'étude du 3 Avril 2014 organisée par la MATPPS

« Étude des besoins en offre de service des personnes En perte d'autonomie de plus de 60 ans sur quatre bassins gérontologiques », 2013

« Les personnes âgées en Seine-Saint-Denis » Focus n° 4, janvier 2016

« Portrait sociodémographique des personnes âgées en Seine-Saint-Denis », novembre 2012

« Le principe de projection de population » Décryptage(s), n° 1, décembre 2015

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)

Prestations sociales : les personnes éligibles sont-elles les mieux informées ? N° 954 - mars 2016

Aide sociale à l'hébergement et allocation personnalisée d'autonomie en 2011 : profil des bénéficiaires en établissement, N° 909 - mars 2015

Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011, N° 876 - février 2014

Les allocataires du minimum vieillesse : parcours et conditions de vie, N° 863 - janvier 2014

Vieillir chez soi : usages et besoin des aides techniques et des aménagements du logement, N° 823 - décembre 2012

Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie, N° 799 - mars 2012

L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile, N° 771 - août 2011

Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées, N° 718 - février 2010

L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009, N° 710 - novembre 2009

Les aides et les aidants des personnes âgées, N° 142 - novembre 2001

« Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier », Études et Résultats n° 1007, Mars 2017

« Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue », Études et Résultats n° 1008, Mars 2017

BIBLIOGRAPHIE

Fédération des Particuliers Employeurs de France (FEPEM)

« Le domicile : un enjeu citoyen ? », Mai 2016

Haut Conseil à l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM)

« Assurance maladie et perte d'autonomie », Juin 2011

Haute Autorité de Santé (HAS)

« Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées », Points Clés Organisation des Parcours, Juin 2017

Ministère de la Santé

Plan Alzheimer 2008-2012

Plan Maladies Neuro-dégénératives 2014-2019

Décret du 29 Septembre 2011 (MAIA)

Observatoire Régional de Santé (ORS)

« La santé observée en Seine-Saint-Denis », Janvier 2016

Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS)

« Les territoires défavorisés, grands oubliés de la politique de lutte contre les déserts médicaux : un comble ! », communiqué de presse, 29 Septembre 2017

Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

10e Conférence de consensus « Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences », Décembre 2003

Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale (UNCCAS)

« Services à domicile, le choix d'une politique sociale », Juin 2016

Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Médecins Île-de-France

« Prise en charge des patients complexes », Janvier 2017