

COMPTE-RENDU DE LA 4^e RENCONTRE TERRITORIALE DES PARCOURS DE SANTÉ COMPLEXES DU DAC 93 SUD

En visioconférence le 8 décembre 2021

Liste des 41 présents

Prénom	NOM	Fonction	Structure	Mail
Pascale	BAUQUIS	Directrice adjointe chargé de l'action sociale et des partenariats	EPS Ville Evrard	p.bauquis@epsve.fr
Luiz	BAUTZER	Directeur	Olyst	luiz.bautzer@olyst.io
Coralie	BERA	Chef de projets	ONCORIF	cbera@oncorif.fr
Maele	BERNARD	Référent de parcours complexe	DAC 93 Sud	maelle.bernard@dac93sud.fr
Nathalie	BOMPAYS	Coordinatrice sociale	EPS Ville Evrard	n.bompays@epsve.fr
Stéphane	BORIN	Directeur adjoint	DSR Lutter contre la douleur	stephane.borin@reseauLCD.onmicrosoft.com
Catherine	CAUX	Psychologue clinicienne	Libérale	cathcaux@hotmail.fr
Mathilde	CHAMPION	Responsable du Pôle Seniors	CCAS Noisy le Sec	mathilde.champion@noisyselec.fr
Déborah	CLIQUE	Secrétaire administrative	DAC 93 Sud	Deborah.clique@dac93sud.fr
Rolin	CRANOLY	Maire	Ville de Gagny	mb.florentin@mairie-gagny.fr
Armelle	DANEY MARCILLAC	Assistante Sociale du Personnel	GHT-GPNE	armelle.daney-marcillac@ght-gpne.fr
Momar	DIEYE	Référent de parcours de santé	DAC 93 Sud	Momar.dieye@dac93sud.fr
Chaïma	DJARBOA	Assistante qualité	ONCORIF	cdjarboa@oncorif.fr
Marilyne	DUBOIS	Responsable d'équipe	UDAF 93	mdubois@udaf93.fr
Efoa	JOHNSON	Référent de parcours de santé	DAC 93 Sud	Efoa.johnson@dac93sud.fr
Delphine	JOSSEAUME	Chargée de Coordination Gériatrie	CD 93	djosseaume@seinesaintdenis.fr
Vincent	KAUFMANN	Responsable Unité Ville- Hôpital	Hôpital Jean Verdier APHP	vincent.kaufmann@aphp.fr
Jean Paul	LE BRONNEC	Président	Association Bol d'Air	jeanfranleb@yahoo.fr
Carole	LE PEN	Cadre de santé	Fondation Santé Service	carole.lepen@fondation-santeservice.fr
Isabelle	LE MAUX	Coordinatrice et ergothérapeute	Equipe Mobile de Réadaptation	llemaux@fondationcos.org
Stéphanie	LE STRAT	Référent de parcours de santé	DAC 93 Sud	Stephanie.lestrat@dac93sud.fr
Laila	LIATIMI	Référent de parcours de santé	DAC 93 Sud	Laila.liatimi@dac93sud.fr
Stéphanie	MAIRE	Étudiante	M2 Expertise Gériatrique	stephanie.maire1@gmail.com
Nadia	MECHETAR	Assistante chef de projet	APTA 93	n.mechetar@apta-idf93.org
Aïcha	MEDJAOUÏ	Élue à la santé	Ville de Gagny	
Sandrine	MONTFRONT	Coordination Gériatrique	CCAS de Gagny	s.montfront@mairie-gagny.fr
Kamel	NOOR	Chargé de missions E-Parcours	DAC 93 Nord	kamel.noor@dac93nord.fr
Catherine	OLLIVET	Vice-présidente	France Alzheimer 93	ollivet@club-internet.fr
Aïcha	OUZANDJA	Assistante sociale	Service social Rosny	aouzandja@seinesaintdenis.fr
Fabienne	PELE	Directrice	DSR SINDEFI SEP	fabienne.pele@sindefi.org
Frédérique	REBOUT	Coordinatrice du Maintien à domicile	CCAS Gagny	f.rebout@mairie-gagny.fr
Catherine	RIBAILLE	Directrice des Services Socio-Éducatifs	GHT-GPNE	catherine.ribaille@ght-gpne.fr
Denis	SPINDLER	Médecin directeur	CMS Livry-Gargan	denis.spindler@livry-gargan.fr
Julie	TALIBON	Directrice	DAC 93 Sud	julie.talibon@dac93sud.fr
Iman	TARMOUNE	Référent de parcours santé	DAC 93 Sud	Iman.tarmoune@dac93sud.fr
Joelle	THEMISTOCLE	IDE EMG	GHT GPNE	joelle.themistocle@ght-gpne.fr
Florence	THOMAS JULIENNE	Coordinatrice de l'évaluation médico-sociale	CD93	fthomasjulienne@seinesaintdenis.fr
Tania	VARELA	Assistante sociale	SSD Clichy sous-bois	tvarela@seinesaintdenis.fr
Eva	VIDALES	Chargée de mission	APTA 93	e.vidales@apta-idf93.org
Ariane	WALKER	Psychologue libérale	Montreuil	info@art-therapie-lefeldariene.net
Cristiane	ZACHARIOU	Coordinatrice	CLSM Pavillon Sous-Bois	cristiane.zachariou@lespavillonssousbois.fr

Ordre du jour :

ANALYSER :

- ✓ Demandes d'appui
- ✓ Situations accompagnées par le DAC : méthode
- ✓ Analyse des points de rupture ou à risque dans l'accompagnement des parcours de santé complexe

SUIVRE :

- ✓ Projet du parcours coordonné et soins de support après le traitement d'un cancer
- ✓ Feuille de route du Programme régional E-Parcours « déploiement des outils numériques supports à la coordination »
- ✓ Bilan des formations Repér'Âge, Repér'Aides et GIR 93

SOUMETTRE :

- ✓ Thématiques et groupes de travail : perspectives 2022
- ✓ Parcours "prévention PA" : présentation de l'enjeu des entretiens et la typologie des acteurs


1. ANALYSER

✓ Demandes d'appui réceptionnées

Dans le cadre de la mission 1, l'équipe du DAC 93 SUD assure « l'appui aux parcours de santé individuels complexes ». Depuis son ouverture en janvier 2021, **299 nouvelles demandes d'appui ont été adressées au DAC** (chiffres arrêtés au 7 décembre). L'ensemble des 23 communes du territoire ont formulé des orientations vers le DAC.

La typologie des « demandeurs d'appui » montre une forte représentation des professionnels des établissements de santé et des médecins de ville (53% des demandes). Les structures et professionnels du secteur social et médico-social, dans toute leur diversité, sont aussi des orienteurs largement représentés.

Concernant l'analyse des problématiques motivant l'orientation vers le DAC, celle-ci montre qu'une partie conséquente de ces problématiques est en lien avec l'insuffisance des aides et soins en place, les maladies neuro-évolutives et la perte d'autonomie.



ÉCHANGE AVEC LES PARTICIPANTS

Des précisions sont apportées concernant l'origine des sollicitations vers le DAC 93 Sud qui à l'heure actuelle est interpellé aussi bien par les professionnels que par les patients et/ ou leur entourage.

L'origine géographique des sollicitations est à mettre en lien avec la densité de population des communes. Plus la population est dense à l'échelle de la commune plus les orientations sont importantes. A ce jour, la ville de Montreuil est le territoire communal qui capitalise le plus grand nombre d'orientations vers le DAC.

✓ Situations accompagnées par le DAC

Afin d'illustrer leur méthode de travail, deux situations accompagnées par des référents de parcours de santé complexe du DAC sont présentées :

Situation n°1 : Mme B âgée de 88 ans, vivant seule, divorcée, sans enfant, opposée à toute hospitalisation/consultation ou entrée en institution (EHPAD ou autre). La situation de Mme

B. est adressée en février 2021 au DAC par l'évaluatrice APA pour épuisement de l'équipe de soins (MT, IDEL & SAAD).

Actions mises en place :

- Mise en lien avec l'orienteur et les partenaires du cercle de soins
- Programmation d'une 1^{ère} évaluation via VAD
- VAD commune avec l'orienteur l'EMS APA pour une révision du plan APA de la patiente
- Mise en place du matériel adapté, organisation de la livraison en lien avec le SAAD
- Sollicitation du SSD pour qu'un travailleur social puisse rencontrer et accompagner Madame
- VAD commune avec une CESF du SSD et présence du SAAD
- Rédaction concertée d'un signalement au Procureur

Situation n°2 : M P âgé de 59 ans, célibataire sans enfant, résidant chez sa mère âgée. Atteint d'une pathologie chronique évolutive (SEP), à un stade avancé, M. P. est opposé à toute hospitalisation/consultation ou entrée en institution (EHPAD ou autre). La situation de M. P. est adressée en mars 2021 au DAC par un membre de la réunion de concertation gériatrique communale, pour appui au médecin traitant de la mère du patient.


Actions mises en place :

- Evaluation faite à domicile par deux médecins du CMS
- Tenue de réunions de concertations
- Mobilisation de l'expertise du réseau monothématique Sindefi
- Signalement fait au Procureur pour une mise sous protection juridique
- Hospitalisation à la demande d'un tiers en urgence
- Admission aux soins psychiatriques, puis aux soins neurologiques (CH Robert BALANGER) : liens avec l'ASS
- Mise sous tutelle décidée ; mesure exercée par l'UDAF 93
- Demande d'entrée en établissement en cours : action à effectuer par l'ASS de l'hôpital en lien avec la tutrice et le référent du DAC
- Échange régulier avec l'entourage proche



accueille toutes situations ressenties ou estimées complexes par le professionnel.

Les référents de parcours de santé s'appuient sur un support d'évaluation commun pour guider le recueil d'informations. L'ensemble des informations recueillies lors de l'évaluation est colligé dans un dossier numérique TerrEsanté. Ces données sont essentielles à la rédaction du plan personnalisé de santé du patient.



ÉCHANGE AVEC LES PARTICIPANTS

La présentation de ces deux situations a suscité chez les participants de nombreuses réactions, centrées sur les problématiques rencontrées par les professionnels, les patients et leur entourage.

Concernant les professionnels, la question de leur épuisement, lorsque ces derniers sont engagés dans l'accompagnement de situations complexes, a été ainsi évoquée, amenant un débat sur la nécessité de travailler en équipe et se concerter dans les meilleurs délais. Cela prévient les situations d'épuisement des aidants professionnels, la mise en échec de l'accompagnement et les potentiels points de ruptures qui peuvent en découler.

Pour faciliter l'organisation des professionnels en équipe de soins et tendre à une meilleure organisation de l'accompagnement face à la complexité, les instances de concertation telles que les RESAD (Réseau d'évaluation de situations d'adultes en difficulté) ou les commissions gérontologiques apparaissent comme des dispositifs essentiels. Ces instances ouvrent vers une meilleure connaissance du territoire.

La formation des professionnels apparaît également primordiale pour les aider à mieux identifier les signes de dégradation et solliciter les ressources adaptées. Enfin la mise à disposition d'outils partagés permet de guider les pratiques.

Concernant l'accompagnement vécu du point de vue des patients et de leur entourage, le cas clinique n°2 illustre la nécessité de bien considérer l'ensemble du groupe familial (besoins et fonctionnements). Là encore, le travail d'équipe est un levier pour intervenir collectivement sur les situations, en adoptant une approche globale.

✓ Analyse des points de rupture ou à risque dans l'accompagnement des parcours de santé complexe

Dans le cadre de la mission 1, Le DAC 93 Sud appuie des parcours complexes cibles :

- **Personne en situation de vulnérabilité socio-économique et atteint d'une maladie chronique**
- Personne âgée à domicile en risque de perte d'autonomie
- **Personne à domicile atteinte de maladie neuro-évolutive**
- Personne atteinte d'affection psychiatrique
- **Personne âgée à domicile avec troubles cognitifs**
- Personne atteinte d'un cancer, en demande de soins de support
- **Personne résidente d'Ehpad**
- Personne en situation de handicap hébergée en Foyer accueil médicalisé

En s'engageant vers un déploiement progressif de la polyvalence, le DAC s'engage à soutenir l'appui aux parcours de santé complexe en lien avec ces thématiques prioritaires.

Concernant l'orientation des situations, les critères d'inclusion des MAIA ne sont plus appliqués. Le DAC 93 Sud

2. SUIVRE

✓ **Projet du parcours coordonné et soins de support après le traitement d'un cancer**

Un volet de la stratégie nationale de santé prévoit la mise en place d'un parcours de soin global après le traitement d'un cancer. Cet objectif s'inscrit dans le Plan cancer et cible l'amélioration de la qualité de vie par l'accès aux soins de support. Ainsi, tout patient atteint de cancer devrait pouvoir avoir accès, dès le diagnostic, tout au long du traitement du cancer, et lors de l'après cancer, à des soins de support adaptés à son état et à l'étape de son parcours en vue de réduire les risques de séquelles, prévenir les rechutes et favoriser la réinsertion sociale.

Le 1^{er} juin 2021, l'ARS idf. a publié un appel à candidature visant à identifier les structures en capacité de porter un dispositif de coordination du parcours après le traitement d'un cancer. Au titre des deux DACs de Seine-Saint-Denis (Nord et Sud) et en partenariat avec le comité de Seine-Saint-Denis de la Ligue Contre Le Cancer, l'association Parcours Santé 93 Sud a soumis une candidature Cette candidature proposant l'organisation d'une cellule de coordination des parcours dédiées aux patients assurés, bénéficiant d'une ALD, en fin de traitement actif du cancer. La candidature a été retenue et validée au début du mois d'octobre 2021.

Le projet préliminaire, rédigé dans le cadre de la candidature, propose la constitution d'une cellule de coordination portée par une équipe projet :

- 1 Assistant de projet (1 ETP)
- 1 chargé d'animation territoriale (0,40 ETP)
- 1 assistant administratif (0,20 ETP).

Concernant la définition du parcours du patient, ce dernier se structure autour de 5 étapes clés :

1. Prescription/ adressage
2. Recueil de la prescription
3. Sollicitation des professionnels et planification des RDV (bilans, suivis)
4. Déroulement des séances (Bilans, suivis)
5. Fin d'accompagnement : compte-rendu et synthèse

L'organisation et le suivi du parcours patient prendront appui sur des process visant à garantir l'adéquation entre prescription et besoins du patient ainsi que la participation du patient à chaque étape de son parcours. Les solutions numériques Terr-eSanté, Actilig et la messagerie sécurisée en santé faciliteront et sécuriseront le partage d'information, la coordination entre les professionnels et la collecte des indicateurs de suivi du projet.

L'élaboration de la candidature du DAC 93 Sud a permis de définir les contours généraux de ce nouveau dispositif. Depuis la validation de la candidature par l'ARS, les dynamiques de travail se sont pérennisées et s'appuient notamment sur des rencontres hebdomadaires entre les porteurs du projet et un rétroplanning prévisionnel.

Différents travaux sont amorcés :

- Identification et cartographie des ressources expertes du territoire
- Prise de contacts avec des partenaires cibles et demande de soutien du projet
- Composition de la cellule de coordination : profils de poste et recrutement
- Élaboration des supports dédiés à la communication sur la base des outils mis à disposition par La Ligue Contre le Cancer
- Définition des indicateurs de suivi et d'évaluation du dispositif



L'ensemble de ces travaux s'inscrit dans une dynamique d'accompagnement régionale et départementale proposée par l'ARS, l'INCA, la FACS (Fédération des Acteurs de la Coordination en Santé) et le réseau régional ONCORIF.

L'objectif de ce projet est de proposer aux patients une offre de proximité répondant à leurs besoins et garantissant la continuité du parcours après le traitement du cancer. Cette offre tend à la fois à mobiliser les ressources du territoire tout en proposant une organisation complémentaire aux dispositifs déjà existants.

Un premier comité de pilotage s'est tenu le 7 décembre pour structurer la cellule de coordination après-cancer. Ses membres vont définir, suivre, appuyer les orientations ;

- Les représentants des structures et professionnels soutenant le projet
- Conseil départemental 93
- DD ARS (délégation départementale)
- CPAM 93
- CDOS 93
- Laboratoire LEPS de l'Université Sorbonne Paris Nord

Lors de ce COPIL, des thématiques ont été identifiées afin d'être travaillées en groupe de travail et structurer précisément les contours opérationnels du dispositif :

- GT n°1 : Communication et outils ;
- GT n°2 : Coordination et continuité des parcours « soins de supports ».

Ils se dérouleront dès janvier 2022.

L'organisation de groupes de travail répond aujourd'hui à plusieurs exigences :

- Ajuster le projet au territoire
- Repérer les initiatives et les ressources existantes
- Garantir l'articulation entre le dispositif et les acteurs Ils permettront de définir l'organisation des parcours et les modalités opérationnelles de mise en œuvre



ÉCHANGE AVEC LES PARTICIPANTS

M. CRANOLY, maire de Gagny, témoigne de l'importance de pouvoir impliquer les services communaux dans ce projet dédié à la coordination des parcours après le traitement d'un cancer. Sur la commune de Gagny des ateliers thérapeutiques sont proposés aux patients atteints de cancer.

✓ Participation du territoire au programme E-Parcours de la DGOS

Le programme "E-Parcours" répond à une stratégie de transformation du système de santé. Il organise la mise à disposition d'un bouquet de service tel que :

- TERR e-santé
- Le Répertoire Opérationnelle des Ressources (ROR)
- L'Outil Régional de Télémedecine d'Île-de-France (ORTIF)
- Via Trajectoire
- Maillage
- Messagerie Sécurisé de Santé (MSS)

Pour répondre au projet E Parcours, il a été envisagé une équipe projet départementale, composée de 3 professionnels :

- Un chargé de projet, Kamel NOOR.

- Deux assistants de déploiement : Karila MEYA. Un second recrutement est prévu pour 2022.

Différents espaces de concertation ont été envisagés pour le suivi du projet :

- **Les comités de projet & clubs utilisateurs régionaux**
Prolongeant le travail mené dans le cadre des MALIA, le DAC prendra part aux 3 clubs utilisateurs régionaux coanimés par l'ARS IDF et le GIP Sesan : Portail Atome (annuaire Maillage), TerrEsanté et nomenclature ROR médico-social et social (MSS).
- **Les comités de projet départementaux animés par l'Apta 93**
Depuis 2018, l'Apta93 impulse des échanges entre professionnels du territoire et l'émergence de projets interprofessionnels. En 2021, l'association Parcours Santé 93 Sud a pris part à la gouvernance de l'Apta93, en intégrant son conseil d'administration. Parcours Santé 93 Sud participe activement aux temps d'échange ;
- **Les rencontres territoriales des parcours de santé complexes des DAC**
Organisées chaque trimestre, ces rencontres rassemblent les représentants des établissements et services accompagnant la population du territoire de coordination

ÉCHANGE AVEC LES PARTICIPANTS

✓ Bilan des formations Repér'Âge, Repér'Aides et GIR 93

Dans le cadre de sa mission d'animation territoriale, les 2 DAC de Seine-Saint-Denis ont organisé cette année quatre programmes de formation/ information plébiscités par les acteurs du territoire. Un bilan a été dressé pour cette année 2021.

✦ Repér'Âge

Pour la formation Repér'Âge, 7 séances se sont déroulées. 11 intervenants professionnels ont animé ces formations et 150 professionnels au total ont assistés aux ateliers.

✦ Repér'Aides

Concernant la formation Repér'Aides, elle compte 106 professionnels présents répartis sur 6 ateliers. Les professions représentées sont variées (assistante sociale, coordinatrices, responsable, référents parcours, IDEC, évaluatrice ADPA, ...). 9 intervenants ont animé les ateliers.

Ces 2 programmes de formations sont reconduits en 2022. L'inscription aux différentes sessions se fait désormais sur le site Maillage 93.

Pour la formation Repér'Âge, l'accès aux inscriptions sera accessible dès la fin du mois de décembre. Le premier atelier aura lieu le 25 janvier.

Concernant la formation Repér'Aides, les inscriptions seront ouvertes en février 2022 (premier atelier le 19 avril). Une campagne d'information sera diffusée sur l'ensemble du territoire.

Afin de réactualiser les supports et de dynamiser les formations par l'usage d'outils participatifs, des temps de travail ont été fixés avec les intervenants.

✦ Prise en mains de MAILLAGE 93

Les DAC de Seine Saint Denis proposent également une formation "prise en mains" du portail MAILLAGE 93 (annuaire

de ressources). Cette formation de sensibilisation vise à guider l'utilisation de l'annuaire Maillage 93 pour ses trois principales fonctionnalités (une recherche simple et multimodale ; des informations sur l'actualité et événements ciblés et un accès aux outils du guichet intégré). La prochaine formation aura lieu le 1^{er} février.

✦ **Rencontres GIR 93**

Les réunions d'information mensuelles « GIR 93 » soutiennent l'actualisation des connaissances professionnelles sur différents thèmes (obésité, diabète, Equipe Spécialisée Alzheimer, ...) et favorise une meilleure connaissance des partenaires investis sur ces thèmes, mobilisables en Seine-Saint-Denis. Cette année, 9 rencontres GIR93 ont été organisées. 370 professionnels se sont inscrits à au moins une rencontre GIR 93. 30 intervenants ont été mobilisés. La prochaine rencontre est prévue le 10 janvier 2022.



ÉCHANGE AVEC LES PARTICIPANTS

Les participants proposent plusieurs thématiques pour les prochaines rencontres GIR 93 :
Les CPTS (communautés professionnelles de territoire de santé)
L'ETP (éducation thérapeutique du patient)

3. SOUMETTRE

✓ **Parcours "prévention PA" : présentation de l'enjeu des entretiens et la typologie des acteurs**

Luiz BAUTZER, sociologue et directeur d'Olyst, travaille sur les parcours de soin(s). À ce titre, il est impliqué dans un projet avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la question du « Vieillir en Bonne Santé ». Il développe un projet appelé ICOPE⁵ (soins intégrés pour les personnes âgées) dont l'objectif est d'assurer « une prise en charge intégrée » pour diagnostiquer, prévenir, ralentir la perte d'autonomie des personnes âgées.

Cette démarche constitue une opportunité pour la prévention de la dépendance en interrogeant l'organisation de l'« aller vers », en amont de la dépendance. Les objectifs étant d'améliorer la prise en charge des parcours de soins complexes et assurer par la même occasion, le maintien à domicile des personnes souffrant d'ALD.

M. BAUTZER débutera ce mois-ci ses entretiens exploratoires auprès des partenaires identifiés et intéressés par cette démarche. Le but étant de mieux comprendre les modalités d'implication des professionnels du soin et d'aide dans les actions de prévention en direction des PA



ÉCHANGE AVEC LES PARTICIPANTS

Plusieurs participants manifestent leur intérêt pour participer à cette dynamique. M. BAUTZER prendra donc contact avec eux.
Est abordé la question de la dénutrition au domicile. Elle fait partie des six composantes de ce projet.

✓ **Thématiques et groupes de travail : perspectives 2022**

Plusieurs groupes de travail départementaux qui ont été initiés par les MAIA du 93 sont relancés aujourd'hui par les DACs pour 2022 :

- Logement encombré / logement infesté : 21/01/2022 (14h00)
- Santé mentale et Personnes Agées : 07/02/2022 (9h30)
- Guide Juridique de l'Accompagnant : 04/02/2022 (14h00)

Le conseil département de Seine Saint Denis a aussi organisé cette année :

- Un COPIL : prévention de la maltraitance.
- Un groupe de travail afin de travailler sur la réalisation d'un guide des aidants normalement finalisé pour juin 2022. Ce guide à destination des aidants leur apportera des informations sur les droits et les ressources de soutien et d'accompagnement. Le DAC participe à ce projet.

Plusieurs outils travaillés en co-construction, seront proposées pour 2022 pour améliorer notamment la visibilité de l'offre de service et de soins :

- Outil d'aide à l'orientation « Je constate » : cet outil sera testé par les partenaires volontaires, au 1^{er} trimestre 2022.
- Référentiel Handicap (missions et prestations) : normalement en relecture et test pour le 2^{ème} trimestre 2022. Ce Le référentiel des missions différenciées, travaillé avec la MDPH, le PCPE et le DIH93, a pour fonction de décrire l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes handicapées.
- Référentiel précarité : travaillé avec Interlogement93, la FAS tout au long de l'année 2022.



ÉCHANGE AVEC LES PARTICIPANTS

Vincent KAUFMANN est intéressé par l'outil "Je Constate" et le sujet santé précarité.



PROCHAINES RENCONTRES TERRITORIALES DES PARCOURS DE SANTE

16 MARS 2022, 10H00- 12H30

Diaporama projeté au cours de la rencontre :



Page | 6



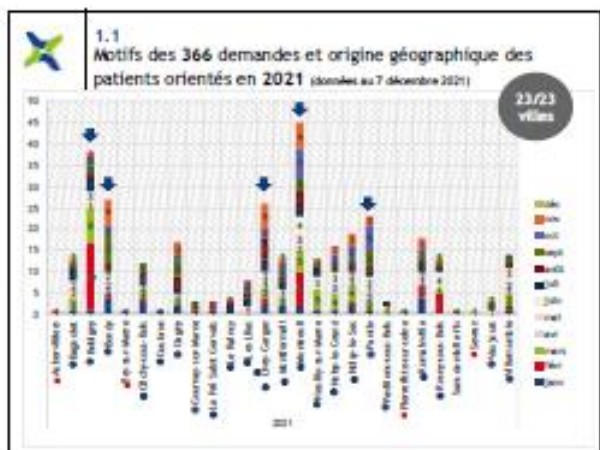
MISSION 1 : ASSURER L'APPUI AUX PARCOURS DE SANTÉ INDIVIDUELS QUE LES PROFESSIONNELS ESTIMENT COMPLEXES

Convention FIR

- apporter une réponse polyvalente aux demandes, quel que soit l'âge, la pathologie ou le type de parcours de santé), notamment par :
 - la réalisation d'évaluations globales (médico-psychosociales) des demandes,
 - la formalisation et l'appui à la mise en œuvre de PPS,
 - l'organisation de deux niveaux d'intervention (1- Informations/orientation ne reposant pas nécessairement l'identité de la personne, et 2- appui à la coordination)
- organiser une prise en compte réactive de la demande (+8h) et un retour au demandeur et aux professionnels du cercle de soins
- atteindre 25% de signalements de médecins généralistes du territoire
- pour les demandes « réorientées », assurer le suivi et vérifier que l'orientation est adaptée à la demande et a permis un appui effectif de la situation
- accompagner au moins 500 situations individuelles en 2^e niveau d'intervention (appui à la coordination) durant l'année 2021 dont 150 nouvelles situations.
- Pour cela le DAC s'engage à renforcer la montée en compétence et la polyvalence des équipes du DAC dans l'objectif de prendre en charge des personnes de tout âge et toute pathologie.



Page | 7

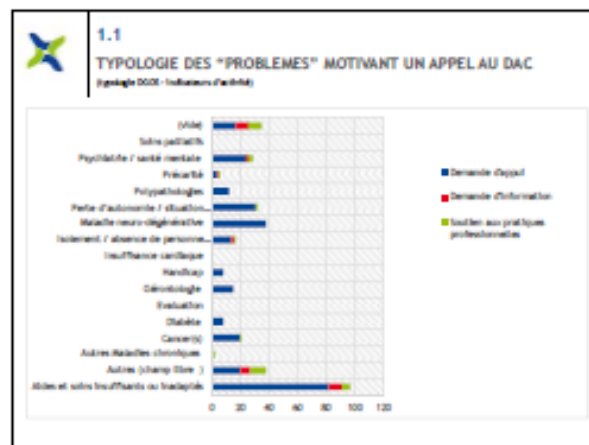
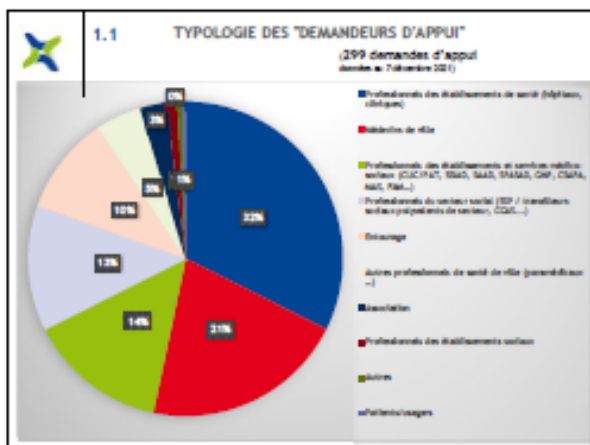


1.1 Exemples de demandes reçues entre le 30 mars et le 20 avril

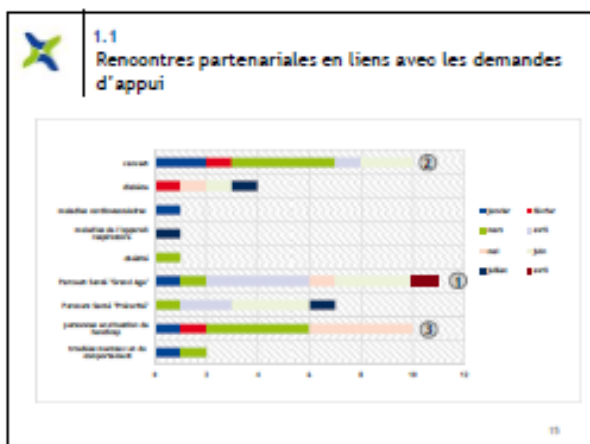
(données au 20 mai 2021)

The collage lists several examples of requests received from different towns and professionals. These include requests for social assistance, psychiatric care, and home care services, often involving complex situations like dementia, depression, and dependency. The examples show the variety of cases the DAC handles, such as requests from the GPs of Saint-Servais, Villemonblé, and Montfermeil, and from social workers and psychologists.





Page | 8



ANALYSER

1.2 Situations accompagnées par le DAC :

Exemple de 2 cas cliniques
Méthode

1.2 Cas concret

Cas clinique n°1 - Mme B.

Femme de 88 ans, vivant seule, divorcée, sans enfant, opposée à toute hospitalisation/consultation ou entrée en institution (DHPAD ou autre), adressée en février 2021 au DAC par l'évaluatrice APA pour ajustement de l'équipe de soins (MT, IDEL & SAAD)

- Informations délivrées par l'orienteur concernant la patiente :
 - Schéma actif de son MT : ordonnances à jour, mais prise de traitement non surveillée avec risque d'oubli à l'auto-sage (opposition de Mme à la prép. pillulier par l'IDEL)
- Troubles du comportement identifiés :
 - comportement déstabilisé, alcoolisation identifiée (journalière ?)
 - agressivité verbale courante, physique parfois
 - instabilité de l'humeur (passé du rire à la colère en quelques instants)
 - peu de confiance
- sa perte d'autonomie, risque de chute et déplacements dans et hors du logement
- situation administrative et financière préoccupante,
 - retraite mensuelle de 820 € (sous ses droits ne sont pas ouverts ? APA ? Mutualité ?)
 - chèque(s) seul moyen de paiement, triste à la réalisation des courses par le SAAD, au règlement des factures, etc...
- Médicine refuse toute aide administrative, vulgarisée.



1.2 Documents produits par le référent de parcours de santé complexe

Rapport d'évaluation → Synthèse d'évaluation → Plan personnalisé de soins (complexité)



1.2 Cas concret Cas clinique n°2 - M. P


Homme âgé de 59 ans, célibataire sans enfant, résidant chez sa mère âgée. Atteint d'une pathologie chronique évolutive (SEP), à un stade avancé, M. est appelé à toute hospitalisation/consultation ou écrite en instruction (DAMM ou autre), adressée en mars 2021 au DAC par un membre de la réunion de concertation gérontologique communale pour **appel au NJC de la mère du patient**.

- Informations délivrées par l'orienteur concernant la patiente :
 - Absence de suivi médical ni sur le plan somatique ni sur le plan psychique et refus de se soigner
 - isolement social recherché (il dort seul au sous-sol, évite tout contact avec la famille/voisins de communication et de lien social /
 - Relationnel difficile avec ses frères et sœur et capable d'être violent envers soi-même et envers les autres
 - Incarcé : liés de vie non entretenu, entassement de déchets, refus de se doucher ;
 - Troubles du comportement : agressivité, violence
 - Une famille épuisée par la situation et en demande d'aide :
 - une sœur atteinte d'une pathologie chronique avec démence, hospitalisée pour la durée de ses frères,
 - une sœur âgée, dépendante, est elle-même atteinte à son tour et doit elle-même pas être aidée

Page | 9

1.2 Cas concret Cas clinique n°2 - M. P.

Concertations pluriprofessionnelles récurrentes et rapprochées



Atteintes de la personne : Respect de son refus de tout accès aux soins, toute forme d'hospitalisation l'écarter de lui-même de son environnement

Atteintes de l'entourage familial : Hospitaliser M. P. quand que soit la forme d'hospitalisation requise. Le mettre sous protection juridique. Lui trouver un établissement adapté à sa situation.

ACTIONS CONCERTÉES MISES EN PLACE


- Évaluation faite à domicile par deux médecins du GAT
- Traite de réinsertion de concertation
- discussions de l'expertise de réseau neurodémagogique GAT
- Engagement fait au Procureur pour une mise sous protection juridique
- Hospitalisation à la demande d'un tiers en urgence
- Admission aux soins psychiatriques, mise sous tutelle neurologique (M. P. sous tutelle) : mise sous tutelle
- Mise sous tutelle (démence) : mesure ordonnée par l'JUGE ET
- Demande d'entrée en établissement en soins / accès à effectuer par l'JUGE de l'Orléans en lien avec la sœur et le référent du DAC
- Échange régulier avec l'entourage proche

Cas concret Cas clinique n°2 - M. P

Appréciation	État de santé	Remarques
État de santé psychologique	Médicaments prescrits par l'ordonnance du 4/11/21	SEP
État de santé physique	État de santé psychologique	SEP
État de santé sociale	État de santé psychologique	SEP
État de santé familiale	État de santé psychologique	SEP
État de santé globale	État de santé psychologique	SEP

Le DAC est une réunion de concertation de Territoire, départementale (DACS), composée de professionnels, voir 1

INTRO L'orientation du patient et son suivi = partagé = soutenus par les outils numériques en santé régionaux



De l'orientation à la désignation du référent

- Mail
- Prise de contact
 - Pathologie chronique neuroévolutive
 - Refus de soins
 - Désinvestissement de l'entretien corporel et environnement physique
 - isolement relationnel
 - Proches inquiets, malades
- Réunion de service hebdomadaire
- Désignation d'un référent de parcours de santé




1.2 Focus sur l'outil d'ÉVALUATION du référent de parcours de santé

Support d'évaluation commun au référent

- IDENTITÉ DE LA PERSONNE
- Contexte de l'évaluation
- SITUATION SOCIALE
- ENVIRONNEMENT DE VIE
- PROTECTION SOCIALE (couverture sociale)
- CERCLE DE SOINS (pros et entourage)
- ANALYSE MULTIDIMENSIONNELLE
 - Capacités fonctionnelles pour les activités de la vie quotidienne :
 - Médicaments :
 - Problèmes de santé influant sur la vie quotidienne
- SYNTHÈSE ET SOUHAITS

RECUEIL D'INFORMATIONS :
- colligées dans le dossier
- support à la rédaction d'un plan de santé



MISSION 1 : exemple de Mme X (géronto)
Appui aux parcours de santé individuels complexes

En pratique, que feront les coordinateurs de parcours de santé du DAC ?

- Identification institutionnelle (et des professionnels intervenants)
- Organisation du parcours de soins
- Mise en place d'actes médicaux, accompagnement du logement
- Aide aux actes de prévention
- Évaluation globale d'un parcours médical / médico-social
- Organisation de l'accompagnement de l'équipe pour les aidants
- Concertation pluriprofessionnelle
- Appui à la personne en relation d'aide (via des outils numériques à développer dans un prochain temps)
- Mise à disposition d'un accompagnement temporaire...

Articulation entre les dispositifs d'appui et l'offre territoriale

- Plateforme téléphonique régionale d'appui aux médecins de ville du bassin francilien
- Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)
- Organisations ville-hôpital, dont filiales pédiatriques
- avec les ressources expertes

ge | 10

ANALYSER

1.3 Analyse des points de rupture ou à risque dans l'accompagnement des parcours de santé complexe :

Méthode

1.2 MISSION 1 :
Appui à quels parcours de santé individuels complexes ?

Parcours complexes ciblés (HAS)

- Personne en situation de vulnérabilité socio-économique et atteinte d'une maladie chronique
- Personne âgée à domicile en risque de perte d'autonomie
- Personne à domicile atteinte de maladie neuro-évolutive
- Personne atteinte d'affection psychiatrique
- Personne âgée à domicile avec troubles cognitifs
- Personne atteinte d'un cancer, en demande de soins de support
- Personne résidente d'Épadi
- Personne en situation de handicap hébergée en Foyer accueil médicalisé

Situations d'adultes, toute pathologie : déploiement progressif de la polyvalence avec identification des thématiques prioritaires (cancer, diabète, cardio, RA, etc.)


complexité ressentie - estimée par le professionnel

Constats : dépendance

1.1

THÉMATIQUE TRAITÉE EN DÉTAILS EN DÉCEMBRE

DÉTAIL DES ACCOMPAGNEMENTS ILLUSTRATIONS CONCRÈTES



Document disponible : contact@dac93sud.fr

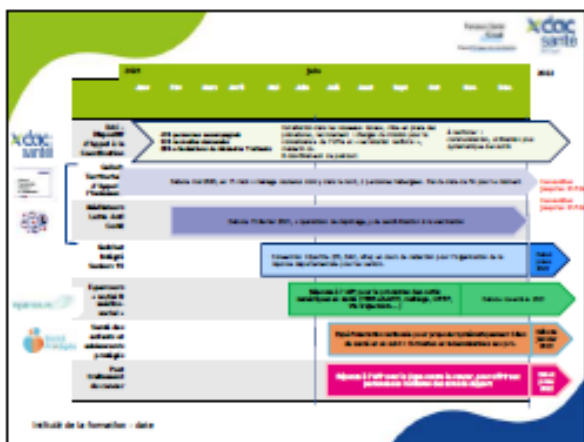
PARTIE 2

SUIVRE

Suivi des projets en cours portés par le DAC :

- Projet de parcours coordonné et soins de support après le traitement d'un cancer
- Programme régional E-Parcours de la DGOS visant le déploiement des outils numériques supports à la coordination
- Expérimentation article 51 : parcours "santé des enfants et adolescents protégés" (présentation reportée mars 2022)





Dispositifs de coordination du parcours après le traitement d'un cancer:
Contexte de l'appel à projet et cadre général

ge | 11

SUIVRE

2.1
Projet du parcours coordonné et soins de support après le traitement d'un cancer

2.1
Dispositifs de mise en place d'un parcours après le traitement d'un cancer :
Contexte de l'appel à projet et cadre général

Contexte → stratégie nationale de santé et déclinaison du Plan cancer :

- mettre en place d'un parcours de soins global après le traitement d'un cancer
- améliorer la qualité de vie par l'accès aux soins de support
- donner accès aux soins de support à chaque étape du parcours, dès le diagnostic
- réduire les risques de séquelles, prévenir les rechutes et favoriser la réinsertion sociale.

Cet objectif a été traité dans l'article 19 de la loi de financement de la sécurité sociale du 24 décembre 2019 pour 2020 qui propose la mise en place d'organisations territoriales pour le parcours de soins global après le traitement d'un cancer. Le décret 2020-1663 du 22 décembre 2020, l'arrêté du 26 décembre 2020 et l'instruction n° DSU/ACDR/DCS/SP/VAL/DOCU/2021/011 du 27 janvier 2021 viennent en préciser la mise en œuvre.

14 lettres de soutien obtenues :

- CHU Pitié-Salpêtrière
- CPTM Boulogne-Billancourt
- Clinique de l'Étoile
- Centre Hospitalier de La Fontaine (Seine-Denis)
- CHICORF (niveau régional)
- 2 psychologues (Monsieur (Monsieur) ...)
- APSA, collectif professionnel de spécialistes
- Directions de la santé des villes de Montrouff, Plaines-Boulogne-Billancourt et Cluses-Villiers
- Maison Sport Santé - La Poste d'Épinay
- Fédération sportive et sportive du Grand Paris
- CS de Drancy

Candidature présentée au sein de la Seine-Saint-Denis pour la Seine-Saint-Denis

2.1
Dispositifs de coordination du parcours après le traitement d'un cancer:
Contexte de l'appel à projet et cadre général.

L'appel à candidatures

Appel à projet, publié par l'ASD le 14 Juin 2021

Nombre de candidats : 1

Le 14 septembre 2021

2.1
Chemin clinique: parcours du patient et outils

1. Prise de rendez-vous / Adresse → 2. Accueil de la prescription → 3. Qualification des professionnels et planification des RDV → 4. Accueil du patient → 5. Suivi

	1. Prise de rendez-vous / Adresse	2. Accueil de la prescription	3. Qualification des professionnels et planification des RDV	4. Accueil du patient	5. Suivi
Acteurs	X	X	X	X	X
Cardiologue					X
Psychologue	X				
Diététicien	X				X
Centre de rééducation du SAC		X	X		X
Intégration d'acteurs				X	
Diagnostique				X	
Psychologue				X	

Échange et partage d'informations

Changement de parcours de soins



2.1 Les prestations financées dans le cadre du projet

L'arrêté du 24 décembre 2020 fixe les tarifs et la composition du parcours

TARIFICATION

- Forfait par patient (60 euros)
- Maxi (60 euros / séance)
- Consultation (25 € / séance) (dont forfait)

PARCOURS DE SOINS adapté au patient

1 bilan
6 consultations
Max.

2 bilans
4 consultations
Max.

3 bilans
2 consultations
Max.

Téléconsultations possibles
1 heure de séance = 2 consultations comptabilisées


37

2.1 Structuration de la cellule de coordination après-cancer : Travaux en cours

Identification et cartographie des ressources du territoire expertes/spécialisées:
liste en annexe de la réponse à l'appel à projet

Prescripteurs / - offreurs de soins de support - / Structures relais

1. Établissement de santé autorisés en oncologie (privés ou publics)
2. Associations spécialisées dans l'accompagnement des personnes atteintes d'un cancer
3. Centres de santé: repérage des consultations spécialisées diététique, médecine du sport, soutien psy
4. Maisons sports santé
5. CDOS
6. Psychologues
7. Diététiciens
8. Associations
9. CLS et ASV
10. ...



38


2.1 structuration de la cellule de coordination: Travaux en cours

Prise de contact avec les partenaires = cibles =
Établissement de santé

- Objectifs:
 - présenter l'ARS
 - la candidature Seine-Saint-Denis
 - demande de soutien de candidature et collecte des lettres de soutien*

14 lettres de soutien obtenues:

- DGU PDD AP-HP
- CPTS Boulogne-Bonny
- Clinique de l'Éclair
- Centre Hospitalier de La Fertite (Saint-Denis)
- DDCRDP (Paris/Île-de-France)
- 2 psychologues (Seine-Saint-Denis) ...
- ARS, collectif professionnel de diététiciens
- Directions de la santé des villes de Montreuil, Perreuil-sur-Seine et d'Aubervilliers
- Maison Sport Santé - La Ferrière d'Épône
- Fédération sportive et gymnique du travail
- CLS de Drancy




39

2.1 Structuration de la cellule de coordination après-cancer : Travaux en cours

Gouvernance du projet
Annexe de la candidature relative à l'appel à projet

- Organisation de temps de travail hebdomadaires: DAC de Seine-Saint-Denis et comité départemental de la Ligue contre le Cancer



ANRS 1014
Ligue
Association
1914

- Validation et publication du poste assistant de projet : (bien offre d'emploi)
- Outils de communication: Construction d'outil national porté par la LIGUE contre le Cancer pour garantir une information cohérente et homogène sur tout le territoire
- Indicateurs de suivi et d'évaluation du dispositif: Outils mis à disposition par l'Inca. Indicateurs ACTILIG + Terrésanté

40

2.1 Structuration de la cellule de coordination après-cancer : Travaux en cours

Dynamique régionale et départementale venant en soutien des porteurs du dispositif

Accompagnement de l'ARS

- affiner la mise en œuvre du projet
- réévaluer les flux actifs prépositionnés
- intégrer les projets non sélectionnés
- Reporting: indicateurs et outils de suivis de l'activité

Comité régional après-cancer, piloté par le réseau régional DNGORIF et la Fédération des acteurs de la coordination en santé -FACS-IDF composé de:

- un oncologue
- une personne appartenant à la ligue contre le cancer
- un coordinateur
- un médecin généraliste
- un diététicien
- un psychologue
- une personne réalisant l'APA (Activité physique adaptée)
- une personne du réseau régional RETHOP (pour la composante pédiatrique)

41

2.1 Structuration de la cellule de coordination après-cancer : Travaux en cours

Structuration du COPIL trimestriel
le COPIL 7 décembre 2021

- Membres:
 - Les représentants des structures et professionnels soutenant le projet

1. Conseil départemental
2. ARS (délégation départementale)
3. CFAM
4. CDOS
5. Laboratoire LEPS de l'Université Sorbonne Paris Nord

pour définir, suivre, appuyer les orientations

42

ge | 12



2.1 Identification et organisation des groupes de travail: Des thématiques prioritisées

Pour analyser, suivre, décider et mettre en place ensemble

Communications et outils supports
Typologie des outils de présentation, outils d'aide à la prise de décision, outils de travail collaboratif pour faciliter la décision (participation à un planning interactif)

Le parcours spécifique APS
Du bilan APS au plan d'organisation de parcours après le bilan APS (L'analyse + l'orientation + l'information des professionnels et soutien à l'usage, repérage des acteurs impliqués...)

Le parcours spécifique bilan/ suivi diabétique

Le parcours spécifique bilan/ suivi psychologique

Stratégies de co-construction

SUIVRE

2.2 Participation du territoire au programme régional E-Parcours de la DGOS

visant le déploiement des outils numériques supports à la coordination

2.2 Le schéma de gouvernance du projet

Composition de l'équipe projet
Une stratégie de concertation d'un large panel de professionnels

- 1 chargé de mission
- 2 chargés de missions

Cette équipe projet participera au travail régulier, départemental et territorial.

Espace de concertation envisagé pour le suivi du projet :

- Les comités de projet à l'échelle régionale
- Préparer le travail mené dans la cadre des DAC, le DAC pilote part aux mêmes conditions régionales mandaté par l'ARS, l'APR et le CDF (avec l'aval des comités régionaux), Territoire et départementaux (100 médecins territoriaux et territoriaux)
- Les comités de projet départementaux créés par l'axe 13 depuis 2018, l'apport d'expertise des échanges entre professionnels de territoire et l'implication de l'ensemble des professionnels.
- En 2021, le comité de l'axe 13 Sud a été créé à la gouvernance du territoire, en impliquant les comités de territoire, l'axe 13 Sud partant de la concertation territoriale.
- Les réseaux territoriaux des parcours de santé complexes des DAC

Organiser l'équipe itinérante, les réseaux territoriaux de professionnels des établissements et services accompagnés la population du territoire de concertation.

Collaboration étroite entre l'équipe projet et le chef de projet E-parcours
En Seine-Saint-Denis, le chef de projet E-parcours est mandaté en l'axe 13.

En 2021, les membres de l'équipe projet collaboreront directement avec lui, notamment pour faciliter l'usage et la pertinence des outils numériques, mais aussi à l'élaboration, l'animation et le partage d'informations entre professionnels pour la coordination des parcours, l'efficacité et l'impact.

Les membres de l'équipe projet travailleront également avec l'april une coordination

- des outils numériques de l'axe 13 au sein du CDF
- la mise à disposition, l'usage et le suivi de ces outils
- des outils numériques d'entraide territoriale de DAC (comme l'axe 13/13)
- des formations à l'usage des outils numériques adaptés
- des réseaux territoriaux de concertation entre professionnels (niveau de suivi régulier des actions de concertation des parcours autour de thématiques prioritaires préalablement identifiées (bilan de suivi de territoire) et des professionnels mandatés aux différents niveaux pour permettre la mise en place d'actions

2.2 Composition de l'équipe - Eparcours - au sein des DACs

1 Chargé de projet
Kamel NOOR
kamel.noor@dac93nord.fr

2 chargés.e.s de déploiement
Karla MEYA
karla.meya@dac93sud.fr

Second poste, en recrutement prévu pour 2022

eparcours@dac93.fr

Avec le soutien des chargés.e.s des missions, des directrices et de l'APTA

2.2 Eparcours - social & médico-social - MSS Les applications promues

Disponibles sur le Portail des professionnels de DAC

2.4 Formations E-Parcours Bilan sur la programmation à mi-parcours

Reprise 13/09 + remerciements

Portail ENRS

2020		2021		2022	
13	14	15	16	17	18
?	?	?	?	?	?
?	?	?	?	?	?
?	?	?	?	?	?
?	?	?	?	?	?

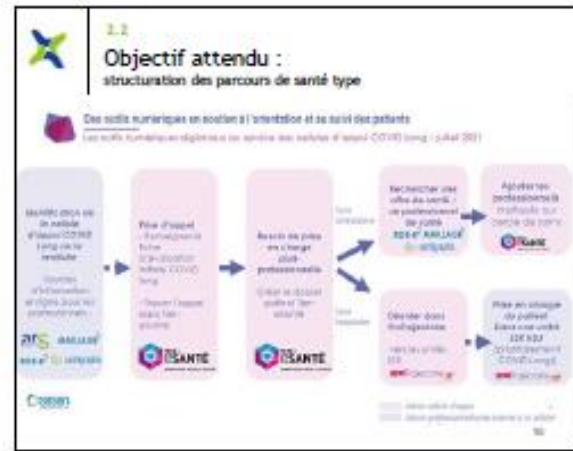
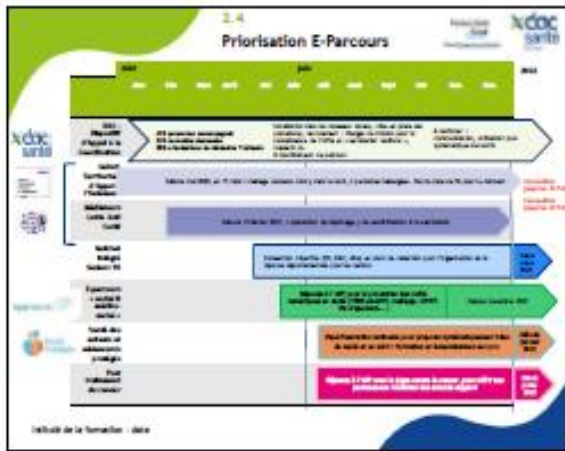
Explications 13 Déroulé de la formation en lien avec l'axe 13

<https://formation.senar.fr/>

Formations « E-santé » : appui à l'évolution des pratiques professionnelles

ge | 13





2.3 Expérimentation article 51 : parcours "santé protégée"

SUIVRE

Lucie SMANOTTO
Cheffe de projet parcours complexe de santé des enfants et jeunes mineurs protégés
Service de la protection maternelle et infantile
DIRECTION DE L'UNITE DE LA FAMILLE
Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis
01 43 93 81 75
lsmantotto@seine-saint-denis.fr

2.3 Un parcours de soins coordonné pour les enfants et adolescents protégés

En structuration

Le dispositif Parcours Santé Protégée est à destination des enfants et adolescents bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance.

Son objectif est d'améliorer le suivi médical, paramédical, et médico-social de ce public. Il s'inscrit dans le cadre des dispositions de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Objectif 2022

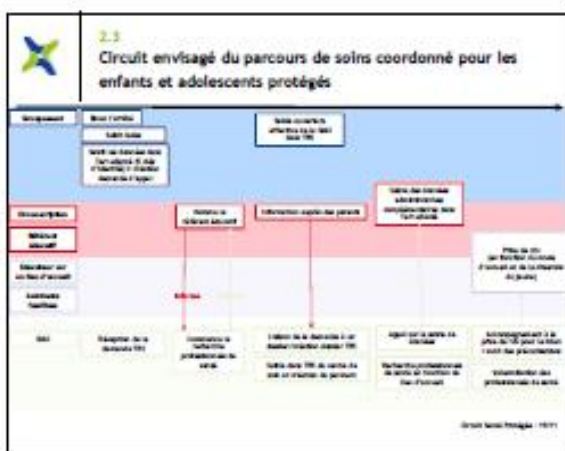
Garantir l'accès aux soins des mineurs protégés

assurer la coordination de ce projet et venir en appui des médecins dans l'organisation de parcours de santé de ces enfants.

L'équipe projet a pour rôle de veiller au suivi des prescriptions et des prescriptions médicales concernant les soins de santé somatique et psychique.

Elle agit dans ce cadre en France ou dans l'étranger d'une part en charge globale, d'autre part d'une orientation auprès de psychologues, psychomotriciens et ergothérapeutes (soins sociaux) grâce à une messagerie dédiée.

Elle s'appuie sur un réseau pluridisciplinaire de professionnels de santé publics et privés. Elle garantit leur formation autour des enjeux de la protection de l'enfance.



2.4 Un parcours de soins coordonné pour les enfants et adolescents protégés

Synthèse

Pour qui ?
Tout mineur confié à l'Aide sociale à l'Enfance (ASE) par une mesure administrative ou judiciaire.

Pourquoi ?
Les mineurs en protection de l'enfance constituent une population particulièrement vulnérable, avec des besoins spécifiques. Leur santé peut être impactée tout au long de la vie par les violences, négligences et expériences négatives subies pendant l'enfance. L'objectif est d'améliorer la santé globale de ces enfants et adolescents en facilitant leur accès aux soins et le suivi de leur parcours de santé.

Comment ?
Par le biais d'un bilan de santé initial par un médecin généraliste ou pédiatre volontaire, puis par son actualisation annuelle, pour prévenir, soigner, et structurer un suivi médical régulier, s'assurer que les soins et suivis spécialisés précoces soient effectives.

ge | 14



2.6
Un parcours de soins coordonné pour les enfants et adolescents protégés
Synthèse

Pour qui ?
Tout mineur confié à l'Aide sociale à l'Enfance (ASE) par une mesure administrative ou judiciaire.

Pourquoi ?
Les mineurs en protection de l'enfance constituent une population particulièrement vulnérable, avec des besoins spécifiques. Leur santé peut être impactée tout au long de la vie par les violences, négligences et expériences négatives subies pendant l'enfance.
L'objectif est d'améliorer la santé globale de ces enfants et adolescents en facilitant leur accès aux soins et le suivi de leur parcours de santé.

Comment ?
Par la mise d'un bilan de santé initial par un médecin généraliste ou pédiatre volontaire, puis par son actualisation annuelle, pour prévenir, soigner, et structurer un suivi médical régulier, s'assurer que les soins et suivis spécialisés prioritaires soient effectives.

35

SUIVRE

2.4 Bilan des formations

REPERAGE REPERAIDES MAILLEF3 GIP93

36

2.4 Repér'Age
Bilan de la session 2021

ATELERS REPER'ÂGE de l'apparition et l'aggravation de la dépendance :

- > 7 ateliers organisés.
- > 11 intervenants.
- > 151 professionnels présents au total (professions variées : aides-soignantes, infirmières, animatrices, mandataires judiciaires, assistantes sociales, responsables, ...)

CONSTATS :

- Ateliers complets dès l'ouverture des inscriptions.
- Liste d'attente pour l'ensemble des ateliers.
- Jour J : professionnels inscrits non présents.
- Les limites de la visio : manque d'interactions, problèmes techniques.

37

2.4 Repér'Aides
Bilan de la session 2021

ATELERS REPER'AIDES ET PRESTATIONS :

- 6 ateliers organisés ;
- 9 intervenants ;
- 106 professionnels présents au total (venant de structures variées : CCAS, CD93, DAC, SAAD, SSIAD, associations, HAD, hôpitaux, DSR).

CONSTATS :

- Ateliers complets rapidement dès l'ouverture des inscriptions.
- Liste d'attente pour l'ensemble des ateliers.
- Jour J : peu de participants présents pour les derniers ateliers.
- Les limites de la visio : manque d'interactions, problèmes techniques.

38

2.4 Repér'Age :
RECONDUITE DE LA FORMATION POUR 2022 :

Les 7 ateliers abordent les principales problématiques liées au risque de perte d'autonomie ou de son aggravation rencontrées par les personnes âgées vivant à domicile. Ces ateliers peuvent être choisis et suivis indépendamment les uns des autres.

Prochain atelier : le 25 janvier 2022

Thème de l'atelier	Date	Heure
Accidents/chutes, évanouissements et déshydratation	04/01/2022	14h-17h
Chute	06/01/2022	14h-17h
Échappés liés à la prise de médicaments	08/01/2022	14h-17h
Soins personnels	10/01/2022	14h-17h
Soins dentaires	12/01/2022	14h-17h
Soins de confort et soins de nuit	14/01/2022	14h-17h
Échappés liés à la prise de médicaments	16/01/2022	14h-17h

L'inscription se fait désormais sur le site Maillage 93 :
<https://maillage93.sante-idf.fr/accueil/formations/reperage.html>

39

2.4 Repér'Aides :
RECONDUITE DE LA FORMATION POUR 2022 :

Les 7 ateliers abordent les principales aides mobilisées pour compenser l'aggravation et l'aggravation de la perte d'autonomie rencontrées par les personnes âgées vivant à domicile. Ces ateliers peuvent être choisis et suivis indépendamment les uns des autres.

Prochain atelier : le 19 avril 2022

Thème de l'atelier	Date	Heure
Soins médicaux, les aides techniques et orthèses	19/04/2022	14h30-16h30
Prévenir la violence, sécurité des biens	19/04/2022	14h30-16h30
Prise d'actes médicaux complexes, les actes d'aide personnelle	19/04/2022	14h30-16h30
Dépendance localité, l'assistance départementale personnelle à l'urgence	19/04/2022	14h30-16h30
L'argent et prise de décisions, les aides à l'habitation, l'aide alimentaire	19/04/2022	14h30-16h30
Opportunités et grand âge, la protection juridique	19/04/2022	14h30-16h30
Prise en compte des aides techniques et orthèses	19/04/2022	14h30-16h30

L'inscription se fait désormais sur le site Maillage 93 :
<https://maillage93.sante-idf.fr/accueil/formations/reperaides.html>

40

ge | 15





2.4 Retour sur les thèmes abordés lors des rencontres GIR 93 en 2021

OBJECTIFS :

- permettre de s'informer sur les ressources, dispositifs et services, de l'aide, du suivi et de l'accompagnement
- avoir une meilleure connaissance des partenaires
- Échanger autour de leur pratique

Ouvert à tous professionnels et bénévoles de tous secteurs (sanitaire, social et médico-social), sur l'ensemble du département de la Seine-Saint-Denis.

Organisé par un réseau d'appui à la coordination du département 9370

- Lundi 8 février 2021 : Des réseaux et MAJA vers les DAC (50/40)
- Lundi 12 avril 2021 : Les plateformes d'accompagnement et de répit (58/55)
- Lundi 3 mai 2021 : Diabète (69/58)
- Lundi 7 juin 2021 : Les équipes spécialisées Alzheimer (91/70)
- Lundi 5 juillet 2021 : Obésité (72/48)
- Lundi 13 septembre 2021 : Lieux ressources et soins de support (73/58)
- Lundi 4 octobre 2021 : Covid long (55/44)
- Lundi 8 novembre 2021 : URH et UCC (101/58)
- Lundi 6 décembre 2021 : Les consultations mémoire (52)

2.4 Bilan rencontres GIR 93 pour 2021

370 professionnels se sont inscrits à au moins une rencontre GIR93 (dont 130 se sont inscrits à plusieurs)

- 41% médico-social (SSIAD, SAAD, EMSAPA, ESA, MDPH...)
- 32% social (mairie, CCAS, circonscription service social, associations...)
- 23% sanitaire (hôpitaux-clinique, HAD, centres de santé, libéraux...)
- 4% institutionnel (ARS, CPAM, MSA...)

30 intervenants mobilisés en 2021

Les supports de présentation sont disponibles sur le site Maillage, angle formation - GIR93

2.4 Les rencontres GIR 93 pour 2022

Les prochaines dates

+ 10 janvier	+ 9 mai	+ 3 octobre
+ 7 février	+ 13 juin	+ 7 novembre
+ 7 mars	+ 4 juillet	+ 5 décembre
+ 4 avril	+ 12 septembre	

Les prochains thèmes envisagés :

<input type="checkbox"/> Oncologie (services oncologie, ONCOFIF, Ligue contre le cancer)	<input type="checkbox"/> France Parkinson
<input type="checkbox"/> Maladies neuro-évolutives	<input type="checkbox"/> EMPP - Équipes mobiles psychiatrie pénitentiaire
<input type="checkbox"/> Filières AVC	<input type="checkbox"/> Circonscription de service social
<input type="checkbox"/> BPCO - DSR Recup'Air	<input type="checkbox"/> CCAS
<input type="checkbox"/> EMPSA et EMGP G14	
<input type="checkbox"/> EMPP et CMPP / HAD réadaptation	

Vous pouvez proposer vos souhaits ou idées de thèmes : par mail : delphine.henrich@dac93sud.fr

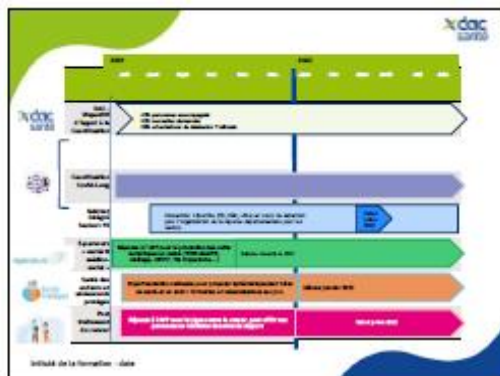


PARTIE 3

SOUMETTRE

Thématiques et groupes de travail : perspectives 2022





ge | 17

17

2022

DEPOSITIFS PORTÉS PAR L'ASSOCIATION

Projet associatif

DAC	2021-2022	2022	2021-2022	2022-2023	2023-2024
DORAS (PAR)	18 ET 27	27	27	17	17
Convention AR (PAR)					
Convention AR (PAR)					
Convention CAGP (PAR)					
Convention CDK					

18 ET 27 27 27 17 17 17

18

19

3.1

SOUMETTRE

Investissement dans le parcours "prévention PA"

recensement de l'offre "prévention" du territoire, destinée aux personnes âgées et leurs aidants

Contact : laur.bautzer@polyt.fr / +33 669 32 65 07
<https://polyt.fr>

3.1 GÉNÉRER DES RESSOURCES (ET DU TEMPS) POUR ALLER VERS - L'AMONT DE LA DÉPENDANCE DANS LE 93

Proposition d'appui soumise en septembre 2021

CONSTATS

- Le 93 est un territoire spatialement déconcentré
- L'offre actuelle d'appui à la dépendance souffre de la complexité des parcours ALD + sécu + ...
- Il manque de liens pour les personnes complexes
- Des problèmes ne trouvent pas de solutions adaptées en DAC, mais en plus des (LTD), etc.
- Comment passer d'informations données à une réponse de personnes âgées ?
- Le service des actions d'aide **PREVENTIF** génère de la charge de travail supplémentaire pour des professionnels déjà très chargés.

Comment générer des ressources (et du temps) pour aller vers - l'amont de la dépendance ?

3.1 GÉNÉRER DES RESSOURCES (ET DU TEMPS) POUR ALLER VERS - L'AMONT DE LA DÉPENDANCE DANS LE 93

Proposition d'appui soumise en septembre 2021

CONSTATS

- Le 93 est un territoire spatialement déconcentré
- L'offre actuelle d'appui à la dépendance souffre de la complexité des parcours ALD + sécu + ...
- Il manque de liens pour les personnes complexes
- Des problèmes ne trouvent pas de solutions adaptées en DAC, mais en plus des (LTD), etc.
- Comment passer d'informations données à une réponse de personnes âgées ?
- Le service des actions d'aide **PREVENTIF** génère de la charge de travail supplémentaire pour des professionnels déjà très chargés.

Comment générer des ressources (et du temps) pour aller vers - l'amont de la dépendance ?



3.1

OBJECTIF DE LA MODELISATION : QUI FAIT QUOI QUAND ?

The diagram illustrates the objectives of modeling, divided into two main sections: 'Qui fait quoi ?' (Who does what?) and 'Quand ?' (When?). It details the roles of various stakeholders and the timing of their interventions in the care process.

3.1

PHASE 1 : TENUE D'ENTRETIENS EXPLORATOIRES

Phase exploratoire de la recherche vise à mieux comprendre les modalités d'implication des professionnels du soin et d'aide dans les actions de prévention en direction des PA.

Comment - Aller vers - les patients pour prévenir la perte d'autonomie

- Place de la - prévention - dans des situations ambulatoires de plus en plus complexes de personnes qui cumulent plusieurs difficultés (poly-pathologies, difficultés sociales, isolement...).
- Vers une meilleure compréhension de l'articulation entre - Soins - , Médico-social et accompagnement social

Pour :

- améliorer la prise en charge des parcours de soins complexes -
- assurer par la même occasion, le maintien à domicile des personnes souffrant d'Affections de Longue Durée (ALD).

ge | 18

3.1

Votre contribution nous aidera à :

- Comprendre les modes d'engagement des professionnels vis-à-vis des personnes âgées souffrant d'Affections de Longue Durée et aux aidants dans leur entourage ;
- Recevoir les différents types d'échange, de coordination, et de coopération entre professionnels assurant des Soins et de l'Aide aux personnes en perte d'autonomie.
- Identifier les contraintes et des marges manoeuvre perçues par chaque acteur, ainsi que leurs approches de résolution des problèmes de prise en charge des personnes - à risque -.
- Mieux cerner la diversité des situations générant la perte d'autonomie - amenant fréquemment à l'isolement et à la solitude.

3.1

Prise de RDV

- Luiz envoi « Dates possibles »
- DAC et ses partenaires définissent l'échantillon et organise les RDVs
- Rôle / profession
 - Nom
 - Institution
 - Email
 - Tel
 - Adresse / Lieu du RDV ou envoi lien Zoom

3.2

Thématiques et groupes de travail : perspectives 2022

SOUMETTRE

3.2

Propositions de sujets à traiter en Groupe de Travail :

Proposition de sujets à traiter en Seine-Saint-Denis

Thème	Organisateur	quand
LOGGEMENT INCOHÉRENT / INFESTÉ	GT dép. organisé par les DACs 93	1 ^{er} trimestre 21/01/2022 (14h)
SANTÉ MENTALE & PA	GT dép. organisé par les DACs 93	1 ^{er} trimestre 7/02/2022 (9h30)
GUIDE JURIDIQUE DE L'ACCOMPAGNANT	GT dép. organisé par les DACs 93	1 ^{er} trimestre 4/02/2022 (14h)
Coût prévention de la maltraitance	GT dép. organisé par le CD 93	
GUIDE DÉPARTEMENTALE DE L'ANTANT PROCHE (PA PH)	GT dép. organisé par le CD 93	Tous les 15 jours, tous les 3 semaines

Fréquence des Groupes de Travail (GT) selon le sujet.
Principe : des réunions de 2 heures maximum/ thématiquement une fois par mois maximum.



3.2
Propositions d'outils à traiter en Groupe de Travail :

Proposition d'outils en Seine-Saint-Denis

OUTIL	comment	quand
JE CONSTATE	tester	1 ^{er} trimestre
Référentiel PH	Rélecture/test	2 ^e trimestre
Référentiel Précarité		2 ^e trimestre

3.2
Calendrier 2022 :
DATES A RETENIR

RENCONTRES TERRITORIALES 2022 :

- > mercredi 16 mars de 10h à 12h30.
- > mercredi 15 juin de 10h à 12h30.
- > mercredi 21 septembre de 10h à 12h30.
- > mercredi 14 décembre de 10h à 12h30.

FORMATIONS :

REPRISE DES FORMATIONS :

- Formation REPERAGE : le 25 janvier 2022.
- Formation REPERAIDES : le 19 avril 2022.
- Rencontres GIR 93 : le 10 janvier 2022.
- Formation PRISE EN MAIN MAILLAGE, le 1er février 2022.

Dates et inscriptions sur le site Maillage 93

À BIENTÔT

Merci pour votre participation

Prochaine rencontre
16 mars 2022

DAC 93 SUD

01 84 74 15 15

Céline AUTIN & Aurore PARMENTIER
Animatrices territoriales

