Alzheimer et perte d'autonomie **MAIA** 20 communes au nord de la Seine Saint Denis

Compte Rendu TABLE STRATEGIQUE
9 mars 2012

Liste des présents :

CHAHINE Nicole	Chef de Service adjointe Population Agée	Conseil Général 93
FOURNIER Patrice	Médecin généraliste	Ordre des Médecins 93
KILANI Mohamed	Inspecteur Dépt Etab de santé/Personnes âgées	ARS DT 93
HAMMEL Delphine	Chef de Service Population Agée	Conseil Général 93
MAURIN Joëlle	Infirmière libérale	URPS Infirmiers 93
OLLIVET Catherine	Présidente	France Alzheimer 93
PERRIER Gérard	Vice-Président	CODERPA
PRETOT Claudine	Vice-Présidente Collège Salariés	Ordre des Mass. Kinésithérapeutes 93
SULINGER Daniel	Président	Ordre des Mass. Kinésithérapeutes 93
TERMIGNON Claire	Conseillère médicale Dépt Etab. et services médico sociaux	ARS DT 93

Excusés :

BOUHAFS Riad	Responsable de Pôle Offre de soins et médico-social	ARS DT 93
D'ESTAINTOT Elisabeth	Responsable de Dépt Ambulatoires et prof. de santé	ARS DT 93
VAN-WONTERGHEM Marion	Directeur Général Adjoint Directeur de la Régulation	CPAM 93

NB : le diaporama présenté lors de la réunion est joint et fait partie du présent compte rendu.

Le compte rendu de la précédente réunion de la Table Stratégique est approuvé.

Le rapport d'étape, revu lors de la précédente Table Stratégique est validé.

Ce rapport d'étape destiné à l'origine à la table stratégique peut tout à fait être diffusé, mais un rapport d'activité annuel sur une période plus étendue (juin à fin décembre 2011, soit 2 mois de plus) doit bientôt être rédigé.

Retour sur le diag MAIA

- **Rappel**

Le diag MAIA est un fichier fournit par l'Equipe Projet Nationale et qui, conformément au cahier des charges, recense l'ensemble de l'offre de soins et d'aides, mais ne constitue pas un annuaire, ni une analyse de cette offre.

La présente version soumise pour validation aux membres de la Table Stratégique diffère de la version originale :

- un groupe de travail s'est penché sur le diag et y apporté des modifications et des ajouts
- un travail de remise en page devrait rendre le fichier plus lisible
- les partenaires ont souhaité recevoir l'information les concernant. Les structures ayant renvoyé leur réponse et donc ayant validé leurs données sont signalées en vert
- les items jugés les plus pertinents ont été retenus et extraits pour la présente version

Le diag MAIA joint au présent compte-rendu est soumis aux membres pour une validation à notre prochaine rencontre.

Point sur les 3 axes de travail

- **Rappel**

6 axes définis dans le cahier des charges

- **concertation**
- **guichet intégré** } (mesure 4)
- **gestion de cas** (mesure 5)
- outil d'évaluation multidimensionnel
- plan de service individualisé
- système d'information

Nous nous attacherons plus particulièrement aux 3 premiers axes, les suivants relevant plutôt d'une décision au niveau national.

Axe 1 : la concertation

Les données chiffrées (cf diaporama) font le bilan de la participation aux 3 tables tactiques qui se sont déjà tenues.

- Les structures « rencontrées, mais… » sont celles qui n'ont pas répondu à l'invitation en table suite à l'entretien accordé et qu'il conviendra de tenter d'impliquer autrement ou plus tard.
  Ont été classés dans cette catégorie les 4 associations de professionnels de santé de ville (libéraux ou non), qui ont toutes été informées de l'initiative. Même si l'une d'entre elles a été représentée à la première table tactique et compte tenu de la difficulté pour eux de se rendre disponibles, il a été convenu avec elles de les tenir informées des développements de la concertation autrement que par les tables ou de prévoir de les inviter ponctuellement.

- Les structures qui ne nous ont pas encore proposé de rendez-vous seront à nouveau contactées. En cas de nouvel échec, les deux représentants des usagers se proposent d'intervenir pour appuyer les demandes, en fonction des structures concernées.

- Parmi les structures n'ayant participé qu'à une seule table tactique, on trouve des structures rencontrées plus récemment et qui n'ont de fait été invitées qu'à une seule table.
  Mais on trouve aussi des structures venues à la table de lancement et pas revenues depuis. Ces dernières, comme les structures « rencontrées, mais… » demandent une attention particulière et sans doute une approche différente.

- Les 3 groupes de travail ont concerné :
  - les critères d'inclusion en gestion de cas
  - qui fait quoi sur le territoire
  - le guide d'entretien

  avec en moyenne 8 personnes

De façon générale, ces rencontres tendent à être de plus en plus conviviales.

Par ailleurs, la table tactique s'enquière des échanges de la table stratégique et l'interpelle même (cf plus bas), signe que le processus de va et vient entre les deux tables est acquis.

Axe 2 : le guichet intégré

- **Rappel : les 2 objectifs principaux**

Améliorer l'orientation des patients par :
- une meilleure connaissance de l'offre de soins et d'aides sur le territoire
- une prise en compte systématique de toutes les dimensions possibles des besoins

Ceci étant rendu possible par la multiplication de structures adoptant ces nouvelles pratiques : des PEGUI (portes d'entrée de guichet intégré).

- **Le référentiel des missions différenciées**

Le choix de la table tactique s'est porté sur une base de données web, interrogeable par critères.
Il sera couplé également avec un annuaire pour en simplifier l'utilisation, même si cela implique une mise à jour par rapport à des annuaires déjà existant.

Démonstration en séance sur une pré-version Excel ; la version finale sera soumise à la table stratégique ultérieurement, le fichier ayant été envoyé aux membres de la table tactique pour être retravaillé.

- **Le guide d'entretien**

Le travail est en cours au sein du groupe de travail. A ce stade :
- 5 domaines d'alerte :
  - santé
  - autonomie fonctionnelle (physique et mentale)
  - aspects familiaux et sociaux
  - aspects économiques et/ou administratifs
  - environnement et sécurité individuelle
- 7 questions, encore à finaliser

Ces pratiques existent déjà sur le terrain, il s'agit avec le guichet intégré de les partager et de faire en sorte qu'elles se diffusent et de tendre vers une certaine harmonisation.

Le guide est un document auquel se référer, l'entretien doit suivre son cours, une seule question permettant parfois de déclencher tout le reste. D'où l'importance de la formation qui devrait permettre de prendre conscience de ces appels qui sont souvent des prétextes, de l'intérêt des questions ouvertes/fermées et une mise en situation.

Une personne référente doit être désignée au sein de chaque PEGUI, notamment pour être formée, ce qui n'implique pas forcément qu'elle sera la seule personne habilitée à répondre, ni ne fait d'elle la référente MAIA.

Dans les grandes structures, ce guide d'entretien n'est pas applicable au niveau de l'accueil de premier niveau. Le groupe devra se pencher sur des mots clefs qui permettront d'orienter le demandeur vers le référent ou toute personne en mesure d'utiliser le guide d'entretien.

- **Principe du guichet intégré**

Une fois que les besoins sont identifiés dans toutes leurs dimensions, que l'on a déterminé grâce au référentiel des missions différenciées quelle est la structure la plus à même d'y répondre, l'enjeu est de pouvoir transmettre cette demande à la structure partenaire afin de ne pas perdre trace du demandeur.
Ainsi, il n'y a pas de guichet intégré sans système d'information, qui permet une transmission simultanée des demandes entres structures partenaires, qui évite que les données soient re-demandées et re-saisies et qui garantit ainsi un suivi du patient dans son parcours.

En l'occurrence, en l'absence de système d'information, cette transmission dépendra de l'implication des professionnels.
Les expérimentations actuelles autour de la télémédecine et les systèmes d'information communiquant laissent espérer que ce point pourrait être résolu dans un proche avenir.

- **PEGUI**

A la dernière table tactique, une seule structure s'est portée volontaire pour être PEGUI. Le temps doit sans doute être laissé aux autres membres de la table tactique pour se positionner. Cela conditionnera aussi la formation à dispenser.

Axe 3 : la gestion de cas

- **Recrutement**

3 candidatures en novembre dernier, 1 seule retenue, avec un profil de psychologue ; le recrutement est encore en cours avec un profil qui devra donc lui être complémentaire.

- **Outils**

Le GEVA-A, variante de l'outil GEVA utilisé par la MDPH, a finalement été retenu comme outil d'évaluation pour les gestionnaires de cas.

Sur le choix de l'outil, la table tactique interpelle la table stratégique sur un outil qui leur semble très complet, et n'est ni informatisé ni communiquant.

La table stratégique prend acte de cette information. Elle demande qu'un argumentaire soit préparé afin d'être relayé par France Alzheimer et la Délégation Territoriale de l'ARS à l'instance régionale de pilotage de l'expérimentation et à l'Equipe Projet Nationale.

Par ailleurs, la table tactique interroge la table stratégique sur l'opportunité de permettre aux gestionnaires de cas de réaliser une évaluation APA pour les patients suivis.

Le déclenchement de l'APA n'est pas possible avec un autre outil que la grille AGGIR.
Il est cependant envisageable que le gestionnaire de cas puisse déclencher l'APA en urgence. Cette possibilité doit être formalisée, à l'occasion des rencontres régulières instaurées entre pilote et service Population Agée du Conseil Général.
Pourrait être étudié également l'éventualité d'une réévaluation de l'APA, voire d'une évaluation initiale.
Il s'agit toutefois de garder l'objectif de ne pas multiplier les évaluations.

- **Patients suivis**

Au total 11 patients depuis le lancement de la gestion de cas en janvier 2012 (détails dans le diaporama).

Le médecin généraliste peut solliciter directement la gestion de cas.

Les gestionnaires de cas étant hébergés par le réseau équip'âge, les premières demandes sont d'abord arrivées au réseau, pour être ensuite redirigées vers la gestion de cas. Cela nécessite une bonne articulation entre les deux services et des points réguliers.
On observe cependant que pour les 2 dernières demandes c'est la gestion de cas qui a directement été sollicitée.

- **Dénomination**

Le terme gestionnaire de cas reste problématique.
Proposition : « gestion de situation » permettant de ne pas limiter au seul problème de santé.
Les questions sémantiques sont en cours de discussion au niveau national.

- **Articulation avec les CLIC**

Elle est importante et est effective.
Ainsi, les 5 CLIC existant sur le territoire participent tous à la table tactique. Les CLIC ont des missions diverses qui ne sont pas couvertes par la gestion de cas.

Par ailleurs, 15 communes de notre territoire ne disposent pas de CLIC.
Là où les CLIC sont présents, équipe de CLIC et gestion de cas peuvent tout à fait être complémentaires, et l'articulation reste à construire.

Formalisation et constitution de la table stratégique

- **Formalisation de la participation**

Il est proposé d'utiliser la lettre de mission validée par la table tactique pour formaliser la participation des membres à la table stratégique.
Elle est jointe au présent compte-rendu, et peut être mise à l'en-tête de la structure.

- **Nouveaux membres**

Propositions soumises à la table stratégique et qui demandent encore à être confirmées pour certaines

- *Professionnels de santé* : leur représentation pourraient être complétée par leurs syndicats et l'URPS
  --> Les membres de la table stratégique concernés seront sollicités ultérieurement pour connaitre les contacts à prendre
- *Les communes* : pas de regroupement existant ayant les compétences sociales ou de santé.
  --> A défaut, l'UDCCAS, même sans pouvoir décisionnaire, peut apporter un éclairage sur la perception des CCAS, et également se faire le relai du dispositif MAIA
- *La CRAMIF* : siège en table tactique du fait de son offre de service ; mais pourrait également siéger en table stratégique de par son action plus globale et la convention spécifique à la Seine Saint Denis signée avec France Alzheimer.
  A contrario, la CRAMIF dépend de la CPAM qui est déjà présente en table stratégique.
  --> La table stratégique n'exclue pas la possibilité que la CRAMIF siège aux deux tables, pourvu que ce ne soit pas la même personne. Proposition est faite de reposer la question à la responsable pour déterminer la meilleure représentation possible.
- *Les psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes* : ils ne sont pas des professionnels du champ de la santé ; les libéraux n'ont pas de lettre clef, ne sont pas conventionnés, leur intervention n'est pas remboursée, ils ne sont pas fédérés.
  --> La table stratégique considère que pour ceux qui exercent en institution, ils sont de fait représentés par les structures qui les emploient, présentes en table tactique.
- *L'UDAF* : en tant qu'offreur de service ils ont toute leur place en table tactique
  --> à contacter

Date de la prochaine réunion :
Vendredi 22 juin 2012
de 14H à 16h
lieu à confirmer