



Table de concertation tactique n°14

14 juin 2017



MAIA

Seine-Saint-Denis
Sud Est

Ordre du jour

1. Analyser

- participation aux matinées de sensibilisation « Communication patient-soignant » et « Les Outils du GHI au service du lien Ville-Hôpital »
- ~~présentation des indicateurs du parcours des personnes âgées en Seine-Saint-Denis retenus en vue de l'élaboration de l'Atlas MAIA 93~~

2. Suivre

- travaux menés dans le cadre du GHT (Groupement Hospitalier de Territoire)
- prolongement des travaux départementaux portant sur l'accompagnement des situations préoccupantes, et psychiatrie du sujet âgée
- programmation d'actions de formation « RepérÂge » / sensibilisation Adaptée

3. Décider

- validation de l'articulation des acteurs engagés dans la prévention et la prise en charge des chutes de la personne âgée suite au GT
- diffusion du livret « Quel cadre juridique de l'échange et du partage d'information sur le territoire ? »
- méthode de travail : "référentiel des prestations" et "pas une personne âgée sans Médecin Traitant"



Démarche locale

Intro : Bienvenue !

Nouvelle ressource (Livry-Gargan et Pavillons-sous-Bois de notre territoire) :

Plateforme d'accompagnement et de répit

« La voix des aidants »

15, rue Tournadour - 93600 AULNAY SOUS BOIS

Contact :

Wendy GAUDEY

Psychologue Coordinatrice

> Tél. 07 71 44 24 13

> Mail. wendy.gaudey@coallia.org

> www.coallia.org



http://www.maia93.org/sites/default/files/plaquette_voix-des-aidants_0.pdf

PARTIE 1

ANALYSER

-
1. participation aux matinées de sensibilisation « Communication patient-soignant » et « Les Outils du GHI au service du lien Ville-Hôpital »



1.1



participation aux matinées de sensibilisation « Communication patient-soignant » et « Les Outils du GHI au service du lien Ville-Hôpital »



Démarche locale

1.1

Communication patient-soignant 20 avril 2017 (Montfermeil)

suite d'un groupe de travail MAIA sur
l'Oncogériatrie d'avril 2016

Programme construit à partir de l'expérience
des intervenants : 9 professionnels des pôles
d'Onco-Hématologie et Gériatrie-SSR

I. CONTEXTE ET ENJEUX DE LA COMMUNICATION ENTRE SOIGNANT ET PATIENT ÂGÉ

État des lieux

Représentations négatives à l'égard du sujet âgé

Intrication du vieillissement et cancer

Retentissement sur l'identité, la qualité de vie et la communication

II. COMMUNIQUER EN ONCOGÉRIATRIE

Le dispositif d'annonce de la maladie : un appui pour dépasser réticences et banalisations

L'impact des fragilités sur la communication du sujet âgé

La place du soignant et ses « outils » dans la compréhension du patient âgé atteint de cancer

III. COMMUNIQUER AVEC DES MALADES ÂGÉS EN CAS DE TROUBLES COGNITIFS

L'expression de la maladie chez les patients atteints de troubles cognitifs

Préconisations dans la communication avec une personne âgée avec troubles

55 participants dont :

le **président de l'association "À Tous Cœurs"**,

1 **Infirmière libérale** sur Villemomble

1 **Élue en charge des seniors** de la Marie du Raincy

2 **IDEC de SSIAD** DomusVi Domicile

5 **évaluatrices APA** : 2 du Conseil Départemental, 2 de Livry-Gargan, 1 des Pavillons-sous-Bois

5 **Responsable de Service d'Aide à Domicile** : Domidom Services, Tout A Dom Services, Bien vieillir en île de France, Énergie, Aisha Services

1 **Animatrice des Aînés du CCAS** du Raincy

1 assistante sociale et 1 psychologue clinicienne du **SSR** Korian Sully

2 **Psychologues d'EHPAD**, Korian Villa Victoria et La Roseraie

1 **IDEC d'EHPAD** : La Roseraie

3 **stagiaires du service social départemental** de Clichy sous-bois

3 **assistantes sociales du service social départemental** de Noisy-le-Grand/Gournay-sur-Marne et Clichy sous-bois

1 **Directrice d'EHPAD**, KORIAN Les Cèdres (Villemomble)

9 **Aides-soignants** du GHI, 1 IDE de l'USC Unité de soins continus GHI

3 **Diététiciennes** du Service diététique GHI



Présentation téléchargeable :

http://www.maia93.org/sites/default/files/2017.04.20_matinée_de_sensibilisation_communication_web.pdf

Note globale de satisfaction : **3,35 / 4**

88% des présents ont déclaré que les **apports de cette matinée de sensibilisation leur paraissent pouvoir les aider à mieux échanger avec les personnes âgées** qu'ils accompagnent.

Les quelques commentaires des participants motivent la reconduction de ces matinées de sensibilisation :

"Manifestation à renouveler afin de favoriser une communication et réflexion communes"

"Bon sujet, les intervenants ont très bien maîtrisé leur sujet"

"Formation à conseiller aux autres soignants"

"Des contenus complets avec des cas cliniques et des outils concrets"

"Merci pour cette agréable matinée de sensibilisation qui a été très enrichissante, et qui m'a permis de comprendre l'importance de la communication "



Démarche locale

1.1

Outils du GHI au service du lien Ville-Hôpital

12 mai 2017 (Montfermeil)

Co-porteurs de l'initiative :
Filière gériatrique
Direction des soins et Direction
de l'information médicale du GHI

Le programme retenu visait à répondre aux enjeux d'une prise en charge de qualité à chaque étapes de l'hospitalisation :

AVANT L'HOSPITALISATION

Rendre accessibles les informations relatives à l'offre de soins du territoire

Répondre aux sollicitations des médecins de ville

Systématiser avant l'admission la transmission par les médecins de ville des informations nécessaires

AU COURS DU SÉJOUR

Informers les médecins de ville des étapes clés de la prise en charge hospitalière de leurs patients

Anticiper et organiser les modalités de sortie du patient dès l'admission,

APRÈS LA SORTIE

Adapter l'information contenue dans les documents de sortie pour répondre aux attentes des professionnels de ville

Favoriser en sortie d'hospitalisation les conditions de la continuité thérapeutique

Sécuriser le retour à domicile du patient

TOUT AU LONG DE CES 3 ÉTAPES : COORDINATION/COMMUNICATION ENTRE OFFREURS

Faire de la coordination et du suivi extrahospitalier une fonction pleine et entière à l'hôpital

Multiplier les temps d'échanges et de partage entre professionnels hospitaliers et de ville

44 participants dont :

2 **Assistants sociaux de la CRAMIF** (Caisse régionale d'assurance maladie d'Île de France)

2 **Psychologues cliniciens d'EHPAD**

1 **Géronte** de Gériatrie SSR

4 **IDEC de SSIAD** (service de soins infirmiers à domicile).

4 **Prestataires de matériel médical**

5 **Responsables de SAAD** (service d'aide et d'accompagnement à domicile).

3 **Gestionnaires de cas**

1 **secrétaire**

2 **Pharmaciens d'Officine**

1 **Animatrice des Aînés en Centre communal d'Action sociale**

2 **évaluatrices de l'allocation personnalisée à l'autonomie**

1 **Infirmière Libérale**

1 **Professeur d'Université**

1 **représentante des usagers**, Présidente de France Alzheimer 93

1 **Cadre des rééducateurs**

1 **Cadre Supérieur Socio-Éducatif** du service social hospitalier

1 **infirmière coordinatrice** de l'équipe mobile extrahospitalière.

Note globale de satisfaction : **3,4 / 4** (22 évaluations)

Pourcentage de répondants **déclarant connaître l'outil décrit** :

- le Compte-rendu d'hospitalisation 73%
- l'Infirmière Coordinatrice d'aide au retour à domicile 68%
- Le nouveau site internet du GHI 41%
- Actions MAIA planifiées en 2017 41%
- Lits sanctuarisés dédiés aux patients non programmés 32%
- Les N° d'accès dédié aux médecins libéraux 27%
- la Fiche infirmière de sortie 27%
- Les actions collectives du SSR 18%
- Le courrier d'Observation Pharmaceutique 14%
- La check liste de sortie 14%

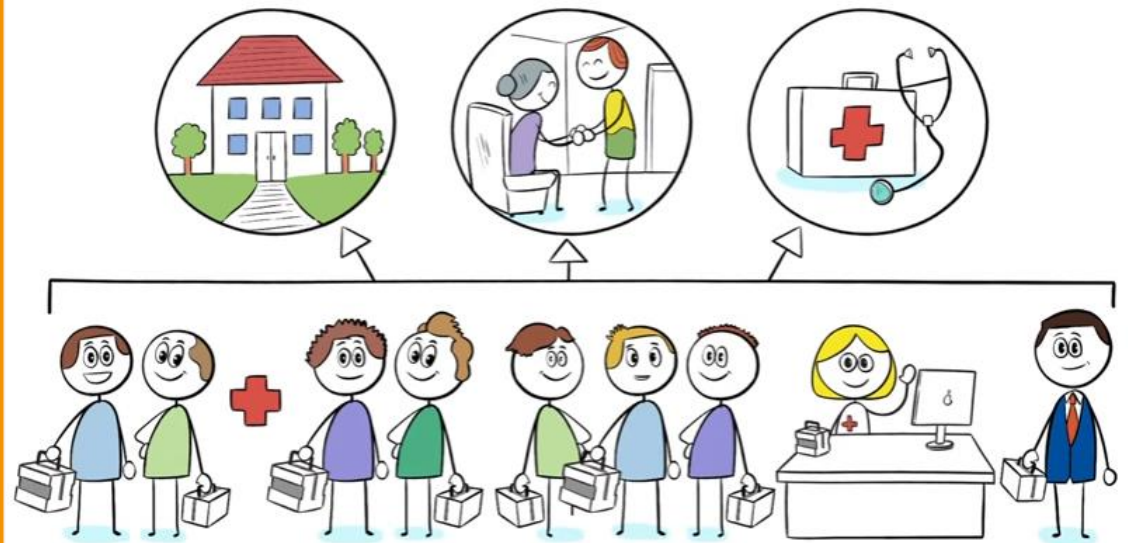


Présentation téléchargeable :

http://www.maia93.org/sites/default/files/2017.05.12_outil_liaison_hopital_ville_vf.pdf

1.2

présentation de l'avancement de la conception du Référentiel de missions différenciées MAIA 93 (RMD)



Outiller les équipes de soins et d'aide



Démarche
départementale

2^e version en cours de rédaction
partenariat avec une Agence de com.'

Construction de Référentiel de missions MAIA : point d'avancement

Aider à l'identification de l'offre et adapter leur utilisation

Echéance

■ juin 2017

Qui peut adresser ?

■ exhaustif ? Ou synthétique ?

À la demande des usagers prioritairement (dossier d'ADPA à déposer et signer)

Intervention pouvant être initiée avec l'aide de tout professionnel de santé intervenant au domicile, les Équipes Mobiles de Gériatrie Externe (EMGE), les réseaux de santé, le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), le Centre Local d'Information et de Coordination gériatrique (CLIC), l'équipe médico-sociale des caisses de retraite, les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD), les Équipes Spécialisées Alzheimer, (ESA), l'Hospitalisation À Domicile (HAD), des Services Polyvalents d'Aide et de Soins À Domicile (SPASAD), les accueillants familiaux, les services mettant en œuvre des mesures de protection juridique et services d'aide aux tuteurs familiaux, les associations gériatriques et/ou de bénévoles, la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDHP).

Évaluateur Médico-Social
Allocation Personnalisée d'Autonomie

MISSION DE LA STRUCTURE

L'équipe départementale d'évaluation médico-sociale réalise :

- Réalise l'évaluation médico-sociale au domicile du GIR (groupe iso-ressources) qui correspond au niveau de perte d'autonomie de la personne âgée, ses besoins ainsi que ceux, le cas échéant, de l'aidant présent au domicile.
- Transmet une proposition de plan d'aide aux personnes évaluées de GIR 1 (dépendance très élevée) à GIR 4 (dépendance modérée) pouvant prévoir :
 - des prestations d'aide à domicile,
 - du matériel (installation de la téléassistance, barres d'appui...),
 - des fournitures pour l'hygiène (protections...),
 - du portage de repas,
 - des travaux pour l'aménagement du logement,
 - un accueil temporaire, à la journée ou avec hébergement,
 - des dépenses de transport,
 - les services rendus par un accueillant familial.

PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Personne âgée désireuse de rester vivre à domicile malgré la perte d'autonomie.

CRITÈRES D'ADMISSION

Évaluation ouverte à toute personne de 60 ans ou plus devant :

- résider à domicile en Seine-Saint-Denis de façon stable et régulière (dont hôtels, foyers, résidences autonomie...),
- être en perte d'autonomie, c'est-à-dire avoir un degré de perte d'autonomie (évalué comme relevant du GIR 1, 2, 3 ou 4).

COÛT POUR LA PERSONNE

- Plan d'aide : 0 à 90 % de participation financière au plan d'aide en fonction des ressources de la personne.
- L'allocation financière est attribuée sous forme de Chèques Emploi Service Universel (CESU)

DURÉE DU SERVICE

Visite initiale au domicile par l'évaluateur
Suivi annuel
Réévaluation sollicitée par l'utilisateur

COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Responsable d'Équipe et Évaluateurs APA (de formation initiale : infirmier, médecin, assistant socio-éducatif : AS / CESU / Éducateur spécialisé

AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis

CADRE LÉGISLATIF

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne de 60 ans ou plus, vivant ou souhaitant retourner au domicile, en perte d'autonomie nouvelle ou croissante (conséquence du vieillissement, liée à une pathologie...)

POUR

Financer tout ou partie des aides à domicile pour réaliser ou accompagner des actes de la vie quotidienne ainsi que certains matériels.

OÙ ?

L'évaluateur intervient au domicile.

QUI PEUT ADRESSER ?

À la demande des usagers prioritairement (dossier d'ADPA à déposer et signer)

Intervention pouvant être initiée avec l'aide de tout professionnel de santé intervenant au domicile, les Équipes Mobiles de Gériatrie Externe (EMGE), les réseaux de santé, le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), le Centre Local d'Information et de Coordination gériatrique (CLIC), l'équipe médico-sociale des caisses de retraite, les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD), les Équipes Spécialisées Alzheimer, (ESA), l'Hospitalisation À Domicile (HAD), des Services Polyvalents d'Aide et de Soins À Domicile (SPASAD), les accueillants familiaux, les services mettant en œuvre des mesures de protection juridique et services d'aide aux tuteurs familiaux, les associations gériatriques et/ou de bénévoles, la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDHP).

PENSEZ À

Évaluateur Médico-Social
Allocation Personnalisée d'Autonomie
au domicile

Service de Soins de Suite et Réadaptation gériatrique

MISSION DE LA STRUCTURE

Le SSR gériatrique offre une prise en charge globale destinée à permettre au patient de retourner dans son lieu de vie d'origine. Ses objectifs généraux sont de :

- Évaluer et limiter les conséquences fonctionnelles de l'aggravation de pathologies évolutives, maintenir les fonctions.
- Assurer la sortie du milieu hospitalier si possible par un retour à domicile adapté ou organiser toute autre solution d'hébergement adapté.
- Assurer l'éducation du patient et de son entourage.
- Assurer des bilans réguliers d'évaluation au cours de la vie du patient destinés à déceler et prévenir certaines aggravations, adapter la prise en charge aux nouveaux besoins.
- Contribuer régulièrement au suivi médical ou rééducatif, aux traitements médicaux.

PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Personnes âgées de 75 ans et plus
+ Poly-pathologique
+ Dépendante ou à risque de dépendance.
Au-delà de 80 ans, le critère d'âge seul suffit.
La personne a déjà fait l'objet d'un bilan médical et a déjà reçu les soins techniques adéquats.

CRITÈRES D'ADMISSION

- Sur demande d'un médecin (par/Via Trajectoire depuis un établissement, sur prescription du médecin traitant depuis le domicile).
- Ouverture des droits de Sécurité Sociale.
- Sous réserve d'acceptation du dossier médical.
- En fonction de la charge du travail des équipes.

COÛT POUR LA PERSONNE

Le coût des soins est pris en charge par l'assurance maladie et les droits sont ouverts à 100%. Sinon, le patient est pris en charge à 80%. Les 20% restants sont à la charge de la personne en l'absence de mutuelle. Les coûts hospitaliers font l'objet d'un forfait journalier de 186€/jour, à la charge de la personne en l'absence de mutuelle.

DURÉE DU SERVICE

Fonction du projet thérapeutique (en moy. 35 à 45 j).

COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin gériatre, infirmière, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien et psychologue.
Auxquels peuvent s'ajouter : psychomotricien, orthophoniste, pédiatre-podologue

AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé

CADRE LÉGISLATIF

- Décret n°2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.
- Décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implémentation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.
- Circulaire n°DSH0112008005 du 23 octobre 2008 relative au décret n°2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.
- Arrêté préfectoral fixant les éléments de facturation.

RÉFÉRENCES DES MISSIONS DÉTERMINÉES
www.maia93.org

MAIA

PARTIE 2

SUIVRE

1. travaux menés dans le cadre du GHT (Groupement Hospitalier de Territoire)
2. prolongement des travaux départementaux portant sur l'accompagnement des situations préoccupantes, et psychiatrie du sujet âgée
3. programmation d'actions de formation « RepérÂge »



2.1

**travaux menés dans le cadre du
GHT (Groupement Hospitalier de
Territoire)**



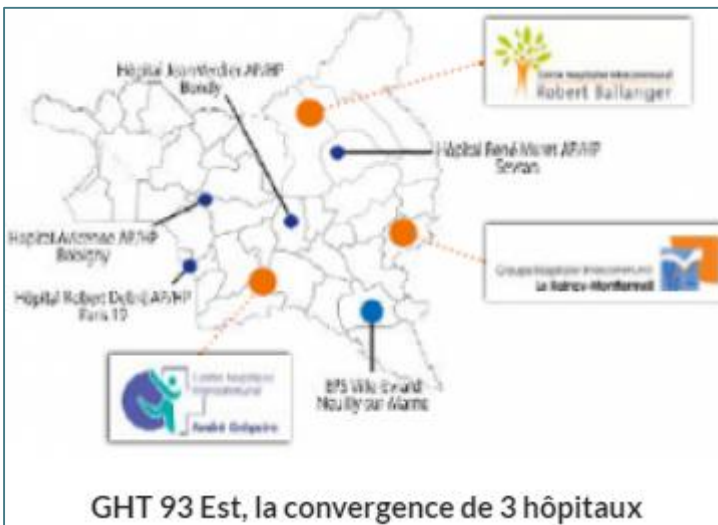
Démarche
départementale

2.1

Le projet médical dans le cadre du GHT (Groupement Hospitalier de Territoire)

GHT 93 Est Projet Médical Partagé 2017 Filière Personnes Agées

besoins en santé de la population du territoire
offre de soins de chaque établissement
parcours de soins du patient sur le territoire
coopérations entre les établissements



- La Gériatrie doit répondre aux besoins de proximité
- Éviter le recours à l'hospitalisation non programmée et le passage par les urgences
- Promouvoir une action préventive et éducative
- Développer les prises en charge alternatives à l'hospitalisation
- Adapter l'hôpital aux besoins de la PA : définir des parcours cliniques spécifiques pour réduire le temps d'hospitalisation.

- 3 Territoires (communes) de chaque établissement identifié
 - 3 MAIA (Méthode d'action pour l'intégration d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie)
 - Réseaux gérontologiques et soins palliatifs
 - 5 HAD - 22 SSIAD - 3 ESA (équipes spécialisées Alzheimer) – RESAD 3 plateformes de répit
 - Soins primaires Médecins généralistes et autres professionnels de la Ville:
- Faire face aux besoins d'une population vieillissante en pleine croissance
- **Renforcer la coordination, la fluidité de parcours de soins. Éviter les ruptures de parcours**



2.2

**prolongement des travaux
départementaux portant sur
l'accompagnement des situations
préoccupantes**



Démarche
départementale

2.2

La prévention de la maltraitance : comprendre, repérer, agir en concertation

GRUPE DE TRAVAIL MAIA :

- **2016** : 6 juillet, 3 octobre, 21 novembre
- CLIC, réseau gérontologique, gestion de cas, service social départemental, HAD, SAAD, CIDPM, service soc. hospi., etc.

IDENTIFICATION DES PROBLÉMATIQUES

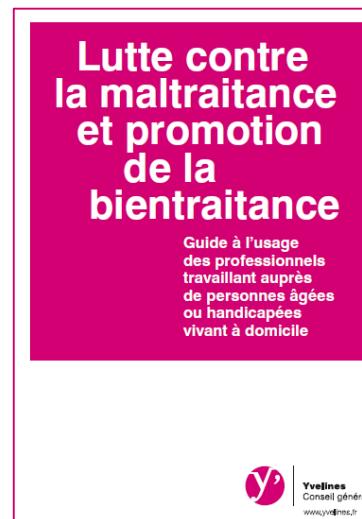
- **Idées reçues** et mots valises
- Quelles **démarches** ?
- **Qui** doit les mener ?
- **Comment s'articuler** avec les partenaires ?
- Travailler avec la cellule maltraitance ?
- Qui intervient au domicile ?
- Connaitre le cadre légal
- Seul dans la situation
- Mieux connaître les outils existants

Coproj "dispositif maltraitance
17 mai 2017 organisé par le
Conseil Départemental

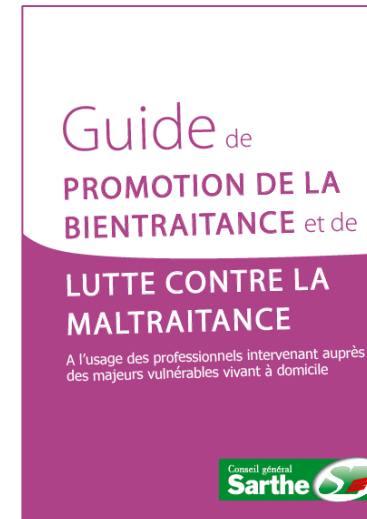


PISTES DE TRAVAIL

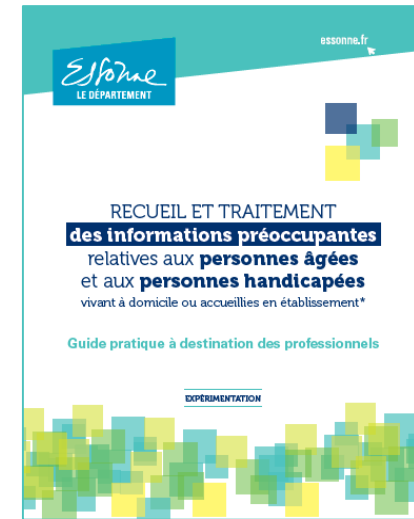
- Aider au **repérage** et **guider** la procédure de **signalement**
- **Identifier les procédures** existantes en fonction des faits
- Préciser les **besoins en formation**



2011



2013

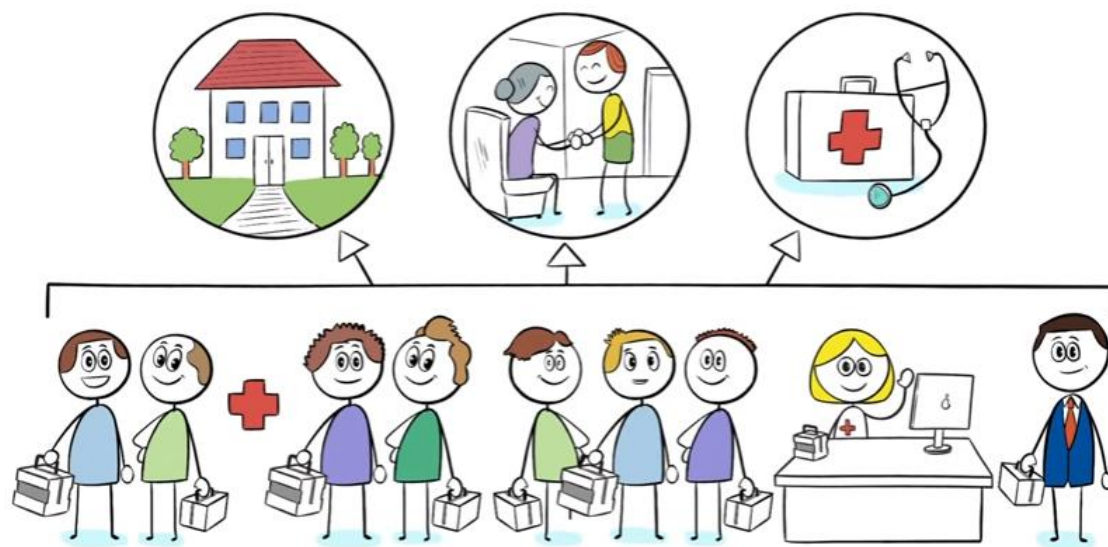


2016

2.3

programmation d'actions de formation « RepérÂge »

et articulation avec les actions de sensibilisations menées



Former les équipes de soins et d'aide



2.3

Projet de formation RepérÂge à destination des professionnels accompagnant des personnes âgées vivant à leur domicile

Cible :

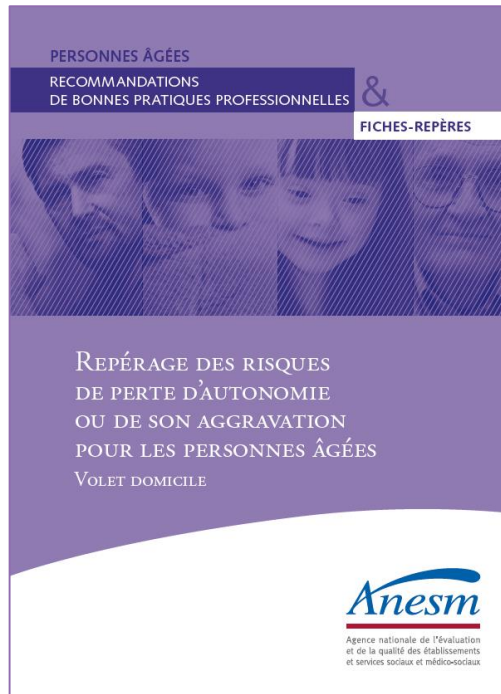
l'ensemble des services et/ou structures qui participent à l'organisation des aides et soins pour personnes âgées à domicile.

Intervenants

Gériatre, Pharmacien, Diététicien référents de la filière gériatrique, Psychologue, Kinésithérapeute, Assistant social.

Session de 7 Ateliers

- | | |
|---|------------|
| • Mauvaise nutrition, dénutrition et déshydratation | 17/10/2017 |
| • Chutes | 21/11/2017 |
| • Risques liés à la prise des médicaments | 12/12/2017 |
| • Souffrance physique | 16/01/2018 |
| • Souffrance psychique | 13/02/2018 |
| • Troubles du comportement et troubles cognitifs | 13/03/2018 |
| • Risque sur la santé des aidants | 10/04/2018 |



Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des équipes spécialisées Alzheimer, (ESA), des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), Centre communal d'action sociale (CCAS), le Centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC), l'équipe médico-sociale du Conseil départemental délivrant l'allocation pour l'autonomie (APA), les services de téléalarme, les services de portage des repas, les services mettant en œuvre des mesures de protection juridique et services d'aide aux tuteurs familiaux, les associations gérontologiques et/ou de bénévoles. Tous les professionnels de santé intervenant au domicile, les services sociaux, les accueillants familiaux, les équipes mobiles de gériatrie externe (EMGE), les réseaux de soins, l'hospitalisation à domicile (HAD), la Maison départementale des personnes handicapées (MDHP).



2.3

Action de sensibilisation-formation proposée par les gestionnaires de cas



Cible :

l'ensemble des services et/ou structures qui participent à l'organisation des aides et soins pour personnes âgées à domicile.

Intervenants

Les trois gestionnaires de cas du territoire MAIA Seine-Saint-Denis Sud-Est : Assia BOULAJA, Radi DUGEN, Aurore PARMENTIER.

Contexte

De nombreux professionnels du secteur médico-social, social et sanitaire témoignent que l'information et la formation sur les spécificités de l'accompagnement des personnes âgées au domicile facilitent la validation des pratiques et l'adaptation de leur posture. Aussi, pouvoir identifier et comprendre les problématiques liées au vieillissement permet de mieux cerner les besoins et les demandes des bénéficiaires âgés pour ajuster le dispositif d'accompagnement. C'est dans ce contexte que le service de gestion du territoire MAIA Seine-Saint-Denis Sud-Est propose une action-sensibilisation ajustée aux préoccupations et besoins des acteurs locaux. La démarche, présentée aux responsables de services et établissements membres de la table tactique en mars 2017, a été validée.

Démarche pédagogique

Une méthode pédagogique et des outils de formation **s'appuyant sur les expériences et les connaissances du terrain** :

- **dynamique d'autoévaluation**, diagnostic partagé autour d'une problématique identifiée, analyse des conséquences sur la pratique des professionnels et des besoins en termes d'information et d'apports théoriques, recherche d'axes d'amélioration, de projets et de ressources mobilisables.

Organisée en 2 temps, cette action propose :

- **un temps sur site**, à la rencontre des professionnels et de leur structure, dans l'objectif et de favoriser une dynamique d'autoévaluation.
- **un temps en réunion extérieure**, pour favoriser la rencontre d'autres stagiaires partageant les mêmes problématiques et l'échangent d'apport théorique et de ressources.

Une action de sensibilisation centrée sur la **prise en compte des situations professionnelles réelles, des pratiques et de l'organisation de travail**.

Des thèmes abordés variés en fonctions des difficultés rencontrées dans un contexte professionnel donné : le refus de soin/ d'accompagnement, la relation d'aide et de soin, la relation à l'aidant proche, la communication et troubles cognitifs, la psychopathologie du vieillissement, la maltraitance, les problématiques sociales et administratives.

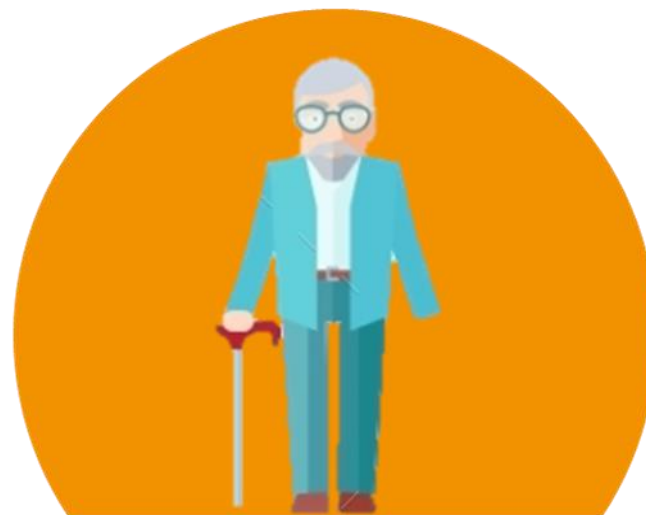
PARTIE 3

DÉCIDER

1. validation de l'articulation des acteurs engagés dans la prévention et la prise en charge des chutes de la personne âgée suite au GT
2. diffusion du livret « Quel cadre juridique de la prise en charge et du partage d'information sur le territoire ? »
3. méthode de travail : "référentiel des prestations" et "pas une personne âgée sans Médecin Traitant"

3.1

validation des décisions prise en GT concernant l'articulation des acteurs engagés dans la prévention et la prise en charge des chutes de la personne âgée suite au GT



Risques de chute

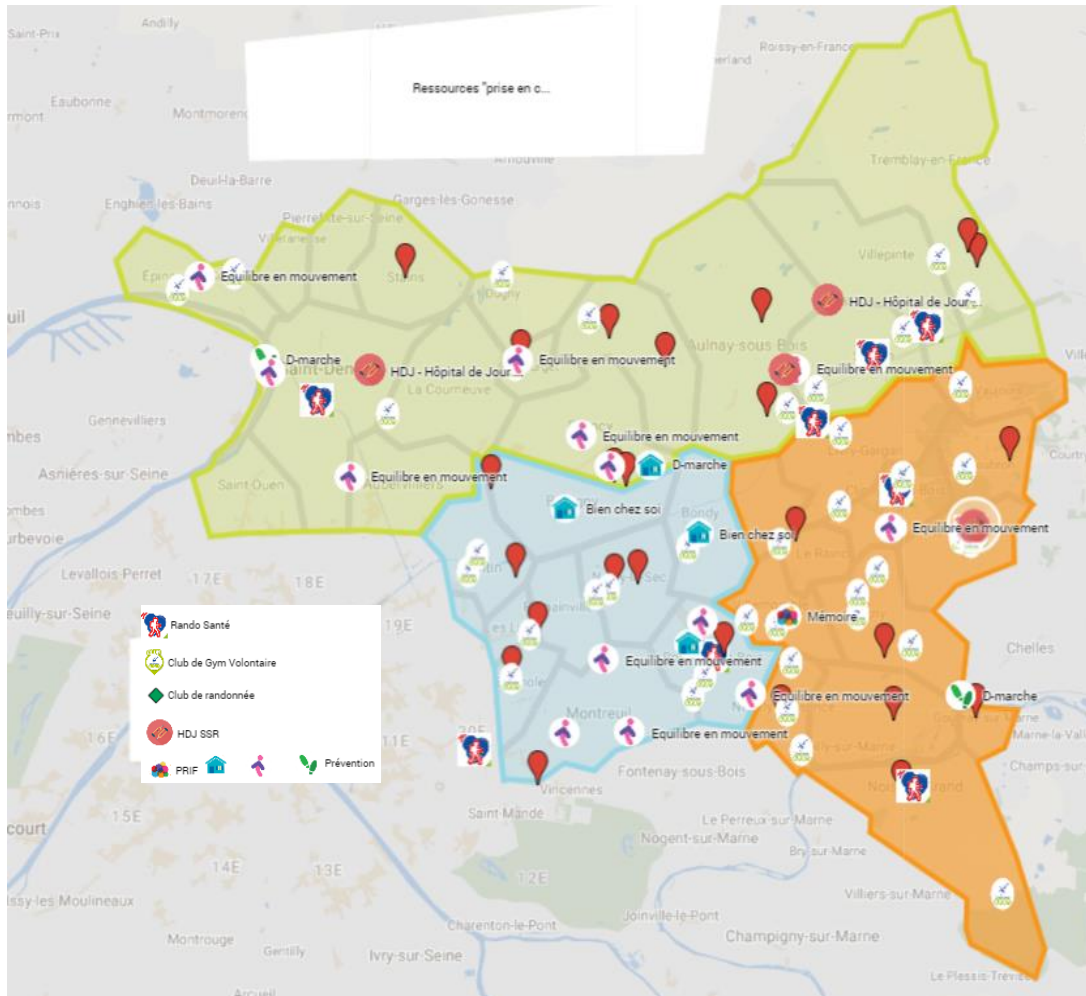
de la prévention au réentrainement



Démarche locale

3.1

Identification des acteurs et réflexion sur les possibles articulations : travail en binôme avec le coordonnateur dép. Sport-Santé



Le CDOS 93 soutient le **développement du sport-santé** avec les acteurs du département de Seine-Saint-Denis: [(Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) - Agence Régionale de Santé (ARS) - Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) - Conseil départemental, collectivités territoriales...]

Le CDOS a pour objectif est de **proposer et d'initier des actions concrètes** sur le terrain avec les acteurs locaux étayant les politiques publiques. Le travail de coordination consiste à **mettre en cohérence des actions** sur un territoire en direction d'une population ciblée.





Démarche locale

Contexte, Objectifs & Avancement du groupe



Contexte

■ À la suite d'une réflexion sur l'organisation des sorties d'hôpital, les membres de la table tactique ont validé l'organisation d'un groupe de travail dédié à l'un des principaux facteurs d'hospitalisation du public âgé : la chute.

Objectifs

- mieux connaître les partenaires compétents, afin de les interpeller à bon escient pour accompagner les personnes âgées.
- Un référentiel permettant de mieux identifier l'équipe la plus adaptée pour répondre aux besoins d'une personne âgée en risque ou « coûteuse »

Dates des groupes

- 2 février 2017
- 1^{er} juin 2017
- 9 nov. 2017

Décisions prises en fév. 2017 et point d'avancement

OUTILS

- ✓ introduire les outils du programme Pare à Chute comme les outils communs d'évaluation en table de concertation tactique de mars : fait le 15 mars 2017, transmis aux 23 professionnels présents → objectif : 80 pros
- ✓ diffuser les outils auprès des médecins traitants et des masseurs kinésithérapeutes exerçant en libéral ou au sein de structures d'exercice collectif (centre de santé et maison de santé pluridisciplinaire) : à planifier pour septembre 2017 en accompagnement d'une Newsletter dédiée
- ✗ sensibiliser les résidents et les patients aux bons gestes pour prévenir tout risque de chute (soins du pied, le bon chaussage, le bon éclairage, etc.) : remise des 4 affiches de la boîte à outil en réunion filière gériatrique, juin 2017

Dynamique et réflexion territoriale avec les acteurs :

- ✓ rencontrer la fédération de Gym Volontaire : fait le 20 mars 2017, présentation de la démarche au secrétaire de la fédération
- ✓ identifier des salles disponibles pour mener des actions d'activité physique adaptée : Travail en cours, mené par le secrétaire de la fédération Gym Volontaire
- ✓ définir un programme d'activité physique adapté aux personnes en risque de chute pouvant encore se déplacer hors de leur domicile : Programmes déjà définis, identification des lieux d'exercice réalisé par le secrétaire de la fédération – actuellement en cours
- ✗ formaliser un partenariat avec le club de ville et les EHPAD non avancé
- ✗ envisager et définir des possibilités de mutualisation des plateaux techniques de SSR en dehors des heures de prise en charge non avancé

FORMATION / SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS

- ✓ monter un programme de sensibilisation au risque de chute à destination des acteurs du domicile en ciblant les aides-soignants des SSIAD/EHPAD/SSR et les auxiliaires de vie des SAAD/EHPAD : à planifier pour novembre 2017 (programme pédagogique prédéfini)
- ✓ sensibiliser les médecins traitants sur la manière de rédiger des ordonnances prescrivant des chaussures adaptées : à planifier pour septembre 2017 en accompagnement d'une Newsletter dédiée
- ✗ projeter une journée portes ouvertes sur le risque de chute au sein de l'hôpital : en préciser la cible (patient hospitalisé, praticien hospitalier, partenaires de ville) et en définir le format (stand uniquement ou stand et ateliers, affichage dans le service, au self, etc.) non avancé



Démarche locale

3.1

Identification des acteurs et réflexion sur les possibles articulations

2d
rencontre



Comité départemental Olympique et Sportif Seine-Saint-Denis

Damien RICHARD

• Coordonnateur départemental Sport Santé



Fédération de Gym Volontaire



Hôpital de jour SSR GHI Le Raincy-Montfermeil Claudine PRETOT

• Cadre supérieur de santé



EHPAD GHI Le Raincy-Montfermeil Dr. Raoul AIKPA

• MedCo. EHPAD/UHR/USLD



SSIAD & ESA DOMUSVI DOMICILE

Carine AMSLER

IDEC



Direction Départementale de la Cohésion Sociale

Anne-Laure BELLIER



PRIF (Prévention Île de France)

Salima ARRAULT-DAHMANE

• Chargée d'étude partenariats



CCAS/ Maison des séniors de Clichy-sous-Bois

Laëtitia COMTESSE

• Directrice de la Maison des Seniors



Prestataire médical

Erik CHAPON/ Laurent HÉRAULT

Philippe HENRY
Conseiller en MAD



3.1

Prioriser et planifier les projets sur le territoire

Prévention des chutes

Décisions	Acteur.s concerné.s	Échéance
Organiser une journée de sensibilisation des « acteurs relais » intra-hospitaliers et extrahospitaliers (ensembles des professionnels en contact avec des personnes âgées vivant à leur domicile)	Les membres du groupe de travail	Novembre 2017
Sensibiliser les stagiaires prenant part à la formation « RepérÂge » (débutant en octobre 2017) et leur remettre les coordonnées des ressources de prévention et de réadaptation	Claudine PRETOT, Julie TALIBON	Octobre 2017
S'appuyer sur l'activité physique adaptée et la réadaptation menée au sein de l'hôpital pour l'articuler avec les activités de présentation du PRIF et les activités physique et régulière des clubs «sport-santé » : Rencontrer le directeur général du GHI Le Raincy Montfermeil et associer la Directrice adjointe en charge du pôle « Gériatrie-SSR »	Claudine PRETOT, Julie TALIBON & Damien RICHARD	Septembre 2017
Équiper de petits matériels sportifs adaptés les EHPAD du territoire en commençant par le GHI Le Raincy Montfermeil (prenant part au groupe) en s'appuyant sur le CDOS	Claudine PRETOT, Dr Raoul AIKPA & Damien RICHARD	à définir
Mettre en lien l' Équipe spécialisé Alzheimer (ESA) avec le Comité départemental Olympique et Sportif Seine-Saint-Denis pour former à l'activité physique adaptée	Carine AMSLER, Julie TALIBON & Damien RICHARD	Juin 2017
Sensibiliser les médecins généralistes du territoire aux prescriptions de « chaussage adapté » remboursable par l'Assurance maladie, en s'inspirant de la démarche de l'USSIF	Julie TALIBON & Françoise ELHUAR	Septembre 2017
Concevoir un parcours de sport adapté sur le GHI Le Raincy Montfermeil en s'appuyant sur l'urbaniste du CDOS	Claudine PRETOT, Dr Raoul AIKPA & Damien RICHARD	À préciser
Promouvoir la pérennisation de l'expérimentation menée à Noisy-le-Grand visant l'articulation entre opérateurs PRIF et Clubs labélisés « sport santé » de proximité	Salima ARRAULT & Damien RICHARD	octobre 2017
Contacter le Dr Anthony MEZIERE, chef de service au CH Charles Foix, pour un retour d'expérience	Dr Raoul AIKPA & Julie TALIBON	Juin 2017
Diffuser l'information concernant les missions du CDOS et la labélisation sport santé auprès des fédérations sportives	Laurent HÉRAULT, Erik CHAPON,	Juin 2017
Construire un questionnaire et mener une enquête auprès des personnes âgées accompagnées par les différents services prenant part au groupe sur leur envie et leurs besoins en termes d'activité physique	Carine AMSLER, Julie TALIBON & Damien RICHARD	Septembre 2017

3.2

diffusion du livret « Quel cadre juridique de l'échange et du partage d'information sur le territoire ? »





Démarche
départementale

3.2

Cadre juridique de l'échange d'information Conclusion de 2 ans de travail en GT Départemental

Objectif

- Préciser les conditions d'échange d'information

Echéance

- janvier 2017



Nombre d'ateliers

- 29/05/2015
- 18/11/2015
- 20/01/2016
- 30/03/2016
- 22/06/2016 Annulée
- 30/9/2016
- 23/03/2017



Démarche

Sur la base d'un document « FAQ » :

- aboutir à **un outil largement diffusable**
- Déclinable pour d'autres situations

Travail au long court, pouvant aboutir à un **évènement public**

Validé :

- relecture d'un **juriste expert**
- **Convergence avec le groupe d'appui santé mentale ARS /CD/ EPSVE pour les RESAD**



Participants

- 5 Participants :
- Conseil Départemental Service Population Agée, Personne Handicapée, CD Direction Prévention et de l'Action sociale DPAS, HAD, CLIC, UMPP, SSR gériatrique
- + expert extérieur : avocat à la Cour de Paris, spé. Droit de la santé.



Démarche
départementale

3.2

Cadre juridique de l'échange d'information Production du groupe


MAIA
Seine-Saint-Denis
L'intégration des acteurs
pour l'autonomie
des personnes âgées

PERSONNES ÂGÉES

**Quel cadre juridique
de l'échange et du partage
d'information sur le territoire ?**

VERSION TEST — JUIN 2017

SOMMAIRE

 **Le présent document est divisé en plusieurs parties qui peuvent être lues indépendamment les unes des autres :**

» Pour comprendre dans quelles conditions on a le droit d'échanger..... page 5

Le principe en est:

Toute personne prise en charge par un professionnel de santé [...] du secteur médico-social ou social [...] a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.
Toutefois, les professionnels constitués en équipe de soins autour d'une même personne peuvent échanger les informations dans la double limite des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne; et du périmètre de leurs missions.
Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.
Le consentement de la personne est alors présumé, si la personne a été préalablement informée.
Les professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins doivent recueillir le consentement de la personne.

» En pratique, ce que vous devez savoir

> L'information préalable et le consentement..... page 5

> Les relations entre professionnels et avec l'entourage..... page 7

> Moyens techniques, cadre réglementaire et sécurisation..... page 8

> Ce que disent les textes en détail..... page 9 et 10

Remise du document test contre mail

= engagement à donner – à distance – ses impressions concernant : la **clarté** / l'**usage** / l'**appui** du document



Démarche
départementale

3.2

Cadre juridique de l'échange d'informations Journée d'étude



2016 : une année riche en évolution législative (3 décrets, 1 arrêté, 1 avis de la CNIL + autorisation unique). La notion **d'équipe de soins** a été profondément modifiée et permet, dans le respect des droits de la personne, un échange d'informations au bénéfice de la construction de parcours de santé coordonné.

Journée d'étude départementale

« Cadre Juridique et éthique du Partage d'Information »

Le Vendredi 16 Juin 2017

À l'amphithéâtre de la Faculté de Paris 13 (Bobigny)

Co-porteurs de l'initiative : Conseil Départemental 93, Délégation Départementale de l'ARS 93, EPS Ville Evrard, les 3 MAIA 93.

Matin : cadre général

Après-midi : ateliers et cas concrets

Premiers intervenants :

- Christophe DAADOUC (juriste),
- François ROCHE (Président du Comité d'Ethique Haut Conseil du Travail Social)

seine-saint-denis
LE DÉPARTEMENT

Règles juridiques et principes éthiques du partage d'informations

JOURNÉE D'ÉTUDE ORGANISÉE
PAR LA MISSION D'ANIMATION TERRITORIALE
ET PROFESSIONNELLE DU PÔLE SOLIDARITÉ (MATPPS)

VENDREDI 16 JUIN 2017
DE 9H À 17H

établissement de santé de Paris 13
Ville-Evrard

MAIA
Mission d'Animation
Territoriale et Professionnelle

seine-saint-denis



« Accès aux prestations : qui fait quoi et quand? »



En TCT de Mars 2017 a été proposé de dédier **un groupe de travail sur l'organisation de l'accès aux prestations** (sud-ouest) .

Deux exemples pour illustrer la problématique :

- *Dettes hospitalières en sortie de SSR (forfait journalier) sans mutuelle ni dossier de CMU-C.*
- *Sortie d'un séjour long en SSR avec absence de demande d'APA, dossier à faire en urgence.*

En éléments de contexte :

- Diminution des durées moyennes de séjour
- Charge importante pour les travailleurs sociaux en Service social départemental
- Incidence de l'isolement (ou de familles non coopérantes) = en cas d'hospitalisation, comment et qui peut récupérer les documents nécessaires au domicile?
- Complexité croissante de certaines démarches administratives (ex : dossier APA)
- Délais de réponse longs pour certains dossiers (MDPH,ASH...) + non rétroactivité
- Plusieurs professionnels peuvent être saisis pour une même typologie de dossiers : **« qui fait quoi et quand? »**



« Accès aux prestations : qui fait quoi et quand? »

Proposition :

- **Validation du principe d'un groupe de travail départemental (doit également être validé par les 2 autres tables tactiques)**
- **Composition représentative des différents lieux, modes et temporalités d'accompagnement : MCO, SSR, psychiatrie, domicile, CCAS, CLIC, etc...**

Les objectifs seront à finaliser lors du premier groupe de travail.

Calendrier prévisionnel :

- **Première réunion fin Septembre 2017**
- **Hypothèse de réunions toutes les 6 à 8 semaines**

PARTIE 4

Perspectives

1. programmation des travaux locaux et départementaux 2017





4.1

Mise en œuvre d'une permanence d'aide aux curateur/tuteur familiaux > point d'étape : peu de sollicitations à ce jour !

Mda
793

Groupe Hospitalier Intercommunal
Le Raincy-Montfermeil



Sur le site des Ormes

CIBLE : toute personne (aidant, patient ou professionnel) :
> en réflexion sur la mise en place d'une mesure de protection juridique pour l'un de ses proches/patient
> porteuse d'une mesure de protection juridique pour l'un de ses proches (tuteur familial)

Pendant ces entretiens (environ 1H), des propositions d'outils peuvent être faites pour réaliser les obligations ; ex : compte de gestion, appui à la rédaction des courriers avec vocabulaire approprié.

- 4 types de question sont les plus fréquentes :
- « réflexion en amont : opportunité de la mesure » : 1H
 - « personne qui vient d'être nommée : que dois-je faire » : 1H
 - « personne porteuse de la mesure : contrôle du fait »
 - « personne porteuse de la mesure : rien n'a été fait »

RYTHME DE LA PERMANENCE :

1 fois par mois.

Tous les 2e vendredi du mois : permanence

OJECTIF : déc. 2016 – mai 2017 (3 annulations)



3.2

Co-construire une NewsLetter à destination des libéraux

> point d'étape : retours positifs, mais retard dans la rédaction

Édito

Parole donnée à un acteur du territoire

Étude/projet local

Diffuser les « plaquettes » de l'offre en oncogériatrie dans le « Kit du Guichet Intégré »

Zoom ressources

Proposer un focus sur un type d'opérateur/ressource : description, « le saviez-vous », « coordonnées »

Agenda

Informers sur les groupes en cours, évènements à venir

Rythme de diffusion :

Tous les deux mois (à améliorer)

MAIA
Seine-Saint-Denis
Sud Est
L'intégration des acteurs pour l'autonomie des personnes âgées

Lettre d'information dédiée aux acteurs de la gériatrie
Synapses
Réseau MAIA Seine-Saint-Denis Sud-Est

N°1
septembre/
octobre 2016

édito
par Julie Tréhan,
pilote de la MAIA
Seine-Saint-Denis Sud-Est

Le dispositif MAIA Seine-Saint-Denis Sud-Est fête ce mois-ci ses trois ans. Depuis le début du projet en septembre 2013, les structures intervenant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie se sont montrées particulièrement réceptives à la méthode, ont pris part aux différentes instances de concertation et groupes de travail et se sont lancées récemment dans la formation.

Pour permettre une meilleure visibilité des actions engagées au fil des mois, la newsletter évolue vers un support dynamique permettant de suivre les projets, études, événements initiés sur le territoire.

Pour cette première édition, je vous propose donc de faire un point sur l'organisation des sorties, évoquées lors de précédentes tables de concertation, et sur une ressource incontournable, le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Bonne lecture !

Les sorties d'hospitalisation :

Lors de la table de concertation tactique du 23 mars 2016, les participants ont proposé de lancer une étude portant sur l'organisation des sorties d'hospitalisation des personnes de plus de 60 ans. Cette démarche vise à objectiver un ressenti négatif concernant l'organisation des sorties d'hospitalisation.

En ce sens, 4 structures - 2 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), et 2 services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) - ont collecté des données à chaque demande de prise en charge entre le 1^{er} avril et le 29 juin 2016. Durant cette période, 50 demandes ont été suivies.

L'objectif est d'analyser l'organisation des aides en sortie d'hospitalisation pour en identifier les points faibles et de proposer collectivement des axes concrets d'amélioration au plus près des problématiques locales.

LANCEMENT DE LA PHASE 2 DE L'ÉTUDE

Comme prévu, l'étude se poursuit jusqu'en octobre 2016. Ouverte aux SAAD, SSIAD et Infirmiers libéraux volontaires, toute demande de participation à la phase 2 de l'étude, se fait auprès du pilote MAIA.

Contact : 06 15 83 15 44 - pilotesudest@maia93.org



4.1

Prochaines dates



Démarche locale Prochaines tables tactiques :

9h30-12h30 : 13 septembre - 6 décembre

Groupes de Travail – Journée d'étude :

départementale Échange/partage d'informations : **16 juin 2017** (Bobigny)

Démarche locale Accueil de jour > diag /préconisations : **30 juin 2017** (Montfermeil) 9h30-12h

départementale Agir ensemble contre l'isolement–retours d'expérience : **19 sept. 2017** (Bobigny)

départementale Référentiel des Prestations : **? sept. 2017** (à définir) 9h30-12h

Démarche locale Ressources d'aide aux aidants : **12 octobre 2017** (Montfermeil) 9h30-12h

<https://maia93sudest.typeform.com/to/VNCoIC>

Formations :

Démarche locale Proposition → programmer localement une formation avec France Parkinson (cf. plaquette)

Démarche locale RepérÂge, dès octobre 2017 : <https://maia93sudest.typeform.com/to/DXzP1y>