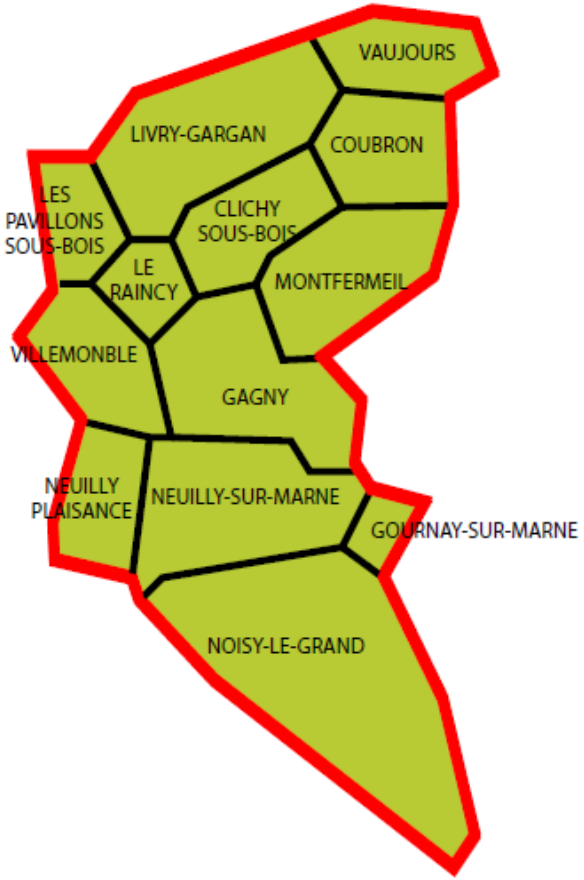
MAIA 93 Sud-Est

Table de concertation tactique n°4

Perspective d'**optimisation du service rendu** et

de fluidification du **parcours de vie des 60 ans et +** au sein du territoire

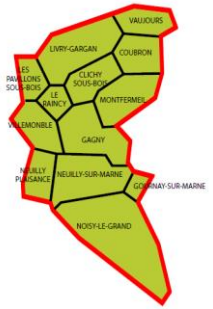
11 décembre 2014



Julie TALIBON, pilote de la MAIA 93 Sud-Est

Ordre du jour

TCT MAIA 93 SE



1. Point sur l'**avancée des décisions prises** collectivement à la table tactique de septembre

2. Présentation et décision de la **forme stabilisée des outils**

3. Structuration de la **mise en place du guichet intégré** sur le bassin

4. Programmation de la diffusion de l'information gérontologique

❶ Avancée des décisions prises collectivement en TCT de septembre

❷

Présentation et décision de la forme stabilisée des outils

3

Structuration de la mise en place du **guichet intégré** sur le bassin

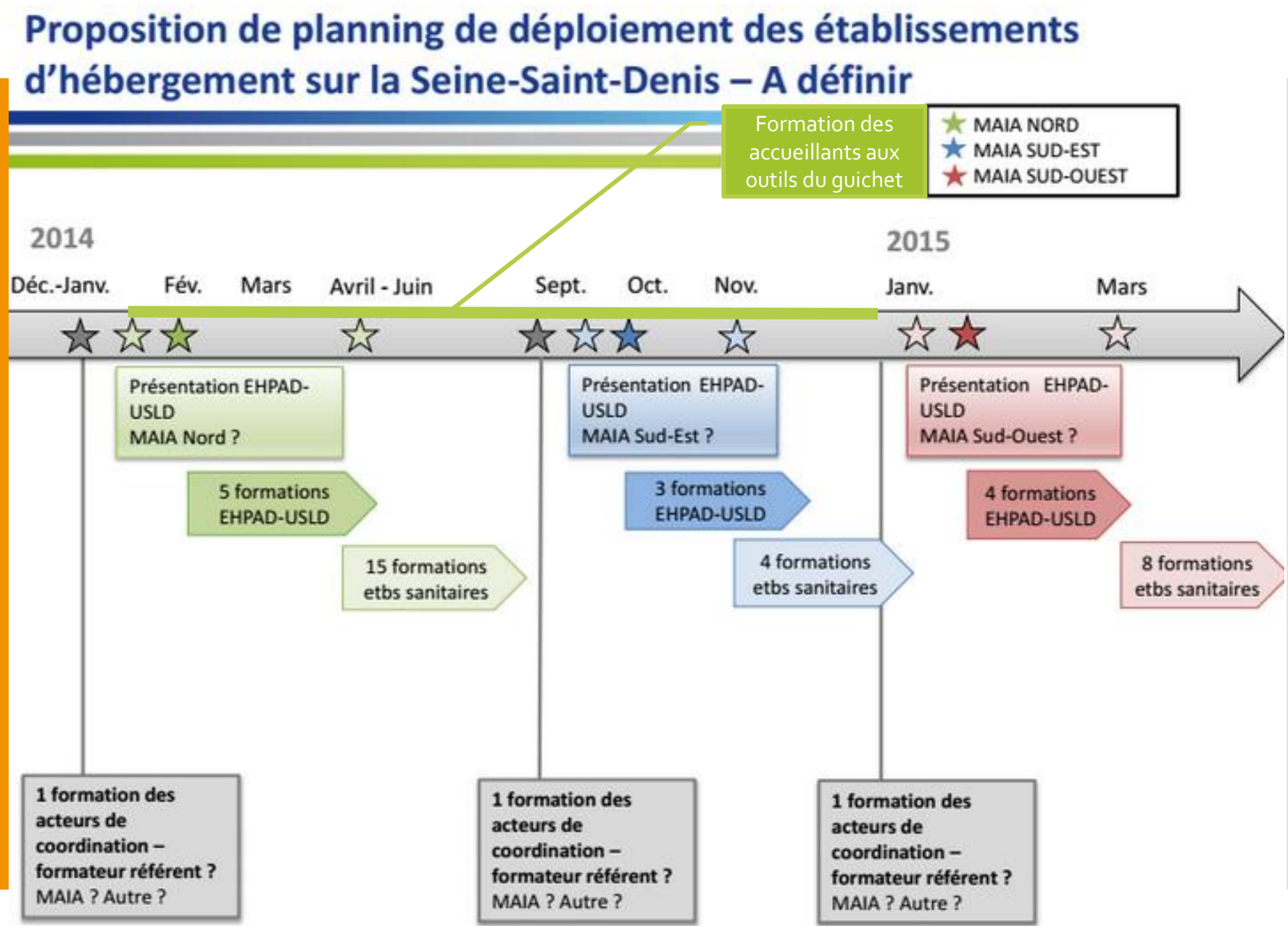
Guide pratique des outils du guichet
validé dans sa forme par l'ARS IdF et la CNSA

Lieu des accueils

Formation des accueillants

Formation
guichet intégré
couplée à
ViaTrajectoire

EHPAD.EHPA.USLD
« receveur » &
« prescripteur »



4

Programmation de la **diffusion de l'information** gérontologique

Groupes de travail thématiques

Organisation de temps d'interconnaissance

Présentation de son action au travers de la lettre d'information *Bulletin MAIA* et d'articles dans le journal hospitalier *Trait d'Union* (sous réserve direction GHI)

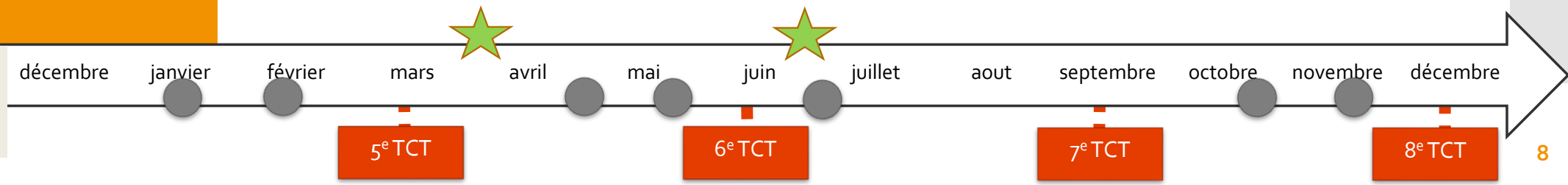
Programme 2015:

Concertation Pratique Présentation

Proposition lieux des groupes de travail	Proposition thématiques des groupes de travail	
GT		jeudi 30 janvier
GT		jeudi 12 février
TCT	**Table de concertation tactique n°5**	**jeudi 5 mars**
	PROPOSITION : **découverte de l'hôpital** et de sa prise en charge du public de 60 ans et plus	**jeudi 31 mars**
GT		jeudi 16 avril
GT		jeudi 14 mai
	PROPOSITION : **le parcours de santé illustré** : intervention des acteurs « du soin et de l'aide »	**jeudi 28 mai**
TCT	**Table de concertation tactique n°6**	**jeudi 11 juin**
GT		jeudi 25 juin
TCT	**Table de concertation tactique n°7**	**jeudi 17 septembre**
GT		jeudi 8 octobre
GT		jeudi 5 novembre
TCT	**Table de concertation tactique n°8**	**jeudi 10 décembre**

2015 : Prolongement de la concertation et mise en place progressive du guichet

OBJECTIF :
Outils construits et validés pour lancer leur utilisation



23.10.2014

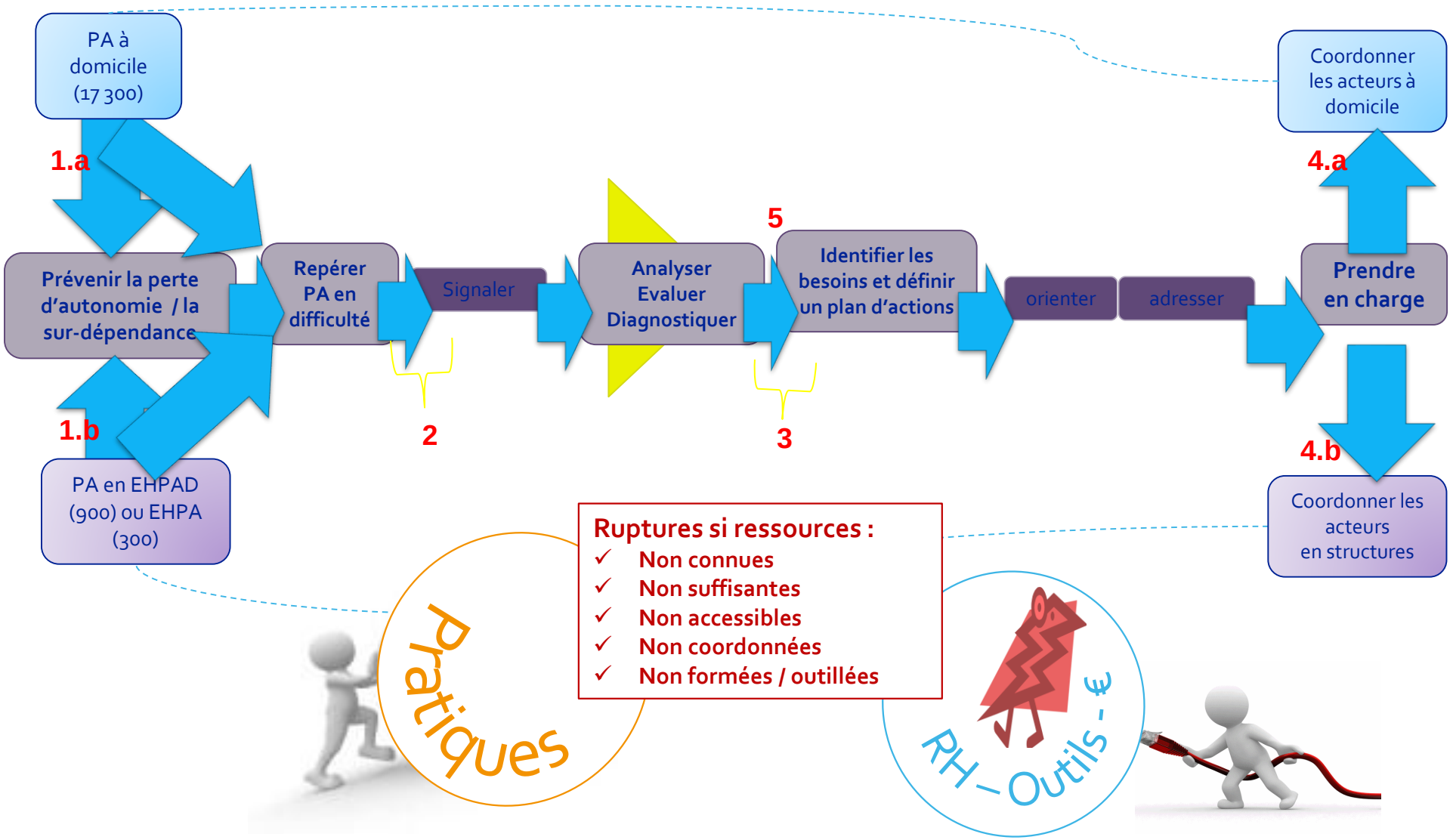
11 présents
9 structures

- Direction du service social départemental –CG
- EPHAD
- SSIAD
- Gestion de cas
- Service seniors
- Service social hospitalier
- SSIAD
- IDE d'aide au retour à domicile (hors pôle gériatrie-SSR)
- UMEP

Priorité	**Décision**	**Échéance**	**Acteur concerné**
P	Lancer les démarches précisées par les membres du groupe auprès des situations présentées (mise sous protection juridique, etc.)	Novembre 2014	Gestionnaire de cas
P	Fiche PEGUI : ➨Apporter les modifications demandées ➨Soumettre les modifications au groupe de travail du 20 novembre	Novembre 2014	Pilote
P	Enrichir le référentiel des missions partagées pour préciser les critères d'accès et les champs d'action des ressources du territoire	Décembre 2014	Membres des groupes de travail et pilote
P	Soumettre aux membres de la TCT : la procédure d'orientation vers la gestion de cas définie et les décisions prises pendant le groupe	Décembre 2014	Pilote et rapporteur
	Maintenir l'objectif de 5 nouvelles inclusions max / mois	2014 – 2015	Service de GC
	Rencontrer le président du Tribunal d'Instance du Raincy pour : ➨présenter l'action nouvelle du gestionnaire de cas ➨envisager des procédures facilitant la mise en place d'une protection juridique pour les personnes suivies en gestion de cas	Décembre 2014	Pilote
P	Encourager des « revues de cas » autour des situations communes, particulièrement lors de la discussion du 1er PSI	Décembre 2014	Pilote et partenaires
P	Constituer un Observatoire des besoins de la population	Décembre 2014	Membres de la TCT
	Apporter à la connaissance des tutelles les problématiques et risques de rupture dans l'accompagnement identifiés à partir des situations suivies en gestion de cas présentées	Mars 2015 : Table stratégique Rapport d'étape	Pilote Membres de la TCS

Exemple du programme PAERPA 9, 10, 19e

- **Prévenir** la perte d'autonomie à domicile / la sur-dépendance en EHPAD
- **Repérer** une personne âgée en risque de perte d'autonomie et la signaler
- **Evaluer** et définir un plan d'action (notamment PPS)
- **Améliorer la prise en charge** à et au retour du domicile et en EHPAD
- Focus sur les « **transitions** » **critiques**



Exemple du programme PAERPA 9, 10, 19e

La vision dynamique du parcours sur le territoire

Exemple du programme PAERPA 9, 10, 19e

1.a Prévenir la perte d'autonomie à domicile

PA à domicile
(17 300)

Constats:

- Taux de recours aux urgences (13,8% de taux de recours aux urgences contre 11,3% en France) et d'hospitalisation non-programmée important (cumul: 35,3% des personnes âgées du territoire concernées contre 34% en France)
- Nécessité de renforcer le domicile et son environnement pour permettre le maintien à domicile dans de bonnes conditions

Actions:

- **Développer les partenariats pour favoriser le maintien à domicile des liens sociaux (isolement) et du bien vieillir**
- **Communication partenariale sur les possibilités de financements pour l'aménagement du domicile**
- **Mettre en place une plateforme de publication des actions de prévention à la fois pour les professionnels et pour les usagers**

Par ailleurs: Développer l'ETP PAERPA, recruter un temps d'ergothérapeute, conclure sur la faisabilité d'un co-financement avec le Conseil général de la domotique et/ou télésurveillance en EHPA, recruter un temps de diététicien en SAAD, mettre en place une plateforme de partage pour communiquer auprès des professionnels sur les bonnes pratiques.

Exemple du programme PAERPA 9, 10, 19e

1.b Prévenir la sur-dépendance en EHPAD

PA en EHPAD (900)
ou EHPA (300)

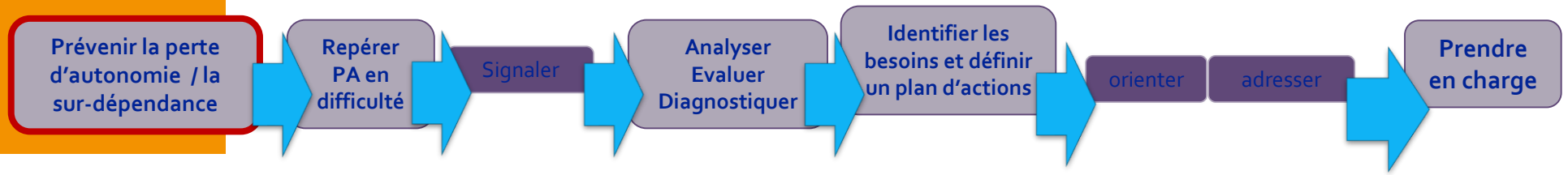
Constats:

- Nombre d'hospitalisations depuis l'EHPAD important
- Manque de ressources et de compétences médicales et soignantes pour prendre en charge la dégradation de l'autonomie des personnes résidentes
- Nécessité de former les personnels des EHPAD aux critères de fragilité des personnes âgées pour mieux les détecter et agir pour y pallier

Actions:

- **Renforcer la prise en charge de nuit et le week-end par des IDE d'astreinte en EHPAD**
- **Développer l'activité physique en EHPAD**
- **Financer la formation en assistants de soins en gérontologie (ASG) les aides-soignantes et les aides médico-psychologiques (AMP) en EPHAD**

Par ailleurs: Recruter un temps de diététicien en EHPAD.



Exemple du programme PAERPA 9, 10, 19e

2. Repérer une personne âgée en risque de perte d'autonomie et la signaler

PA à domicile
(17 300)

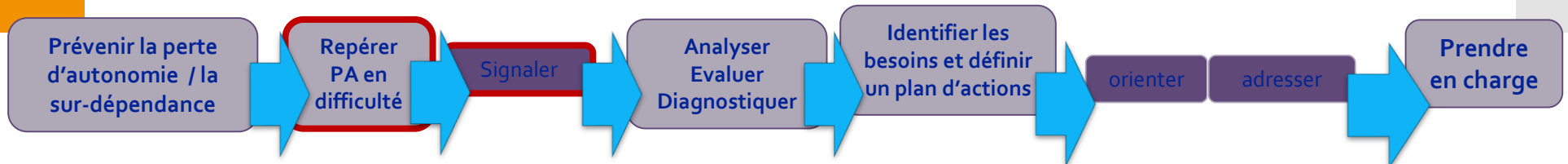
Constats:

- Renforcement nécessaire du dépistage des difficultés (fragilité) des personnes âgées au domicile par l'ensemble des professionnels : méconnaissance des outils existants et des aides possibles
- Méconnaissance des acteurs du territoire de leur champ d'action respectif (« Qui fait quoi ? »)

Actions:

- **Mieux coordonner les acteurs du soin et les acteurs sociaux et médico-sociaux**
- **Former les professionnels du domicile et de proximité aux critères de fragilité et aux difficultés du domicile**
- **Sensibiliser les aidants et l'entourage aux critères de fragilité et aux difficultés du domicile**
- **Mettre en place une plateforme de partage de documents de référence accessibles à tous les professionnels**

Par ailleurs: Installer un système de partage d'identité patient, **développer une procédure de signalement et de relais d'une situation de difficulté à domicile**, développer les outils de signalement (canaux (SMS, mail, alimentation d'outil partagé) et supports (informations, normalisation, structuration, informer les destinataires des signalements).



Exemple du programme PAERPA 9, 10, 19e

3. Définir un plan d'action répondant aux besoins évalués par les professionnels

PA à domicile
(17 300)

Constats:

•Multiplicité des évaluations à domicile, non partagées par les intervenants (parcours?)

•Méconnaissance des ressources potentielles mobilisables sur le territoire : dispositifs d'aides, financiers et humains

Actions:

•Déployer le Plan personnalisé de santé (PPS) dans un but de meilleure coordination, de sollicitation des ressources du territoire et de mobilisation de l'ensemble des acteurs du premier recours et des professionnels de ville

•Construire et renforcer progressivement les ressources des professionnels autour de la Coordination territoriale d'appui (CTA) et de ses missions

Par ailleurs: Enrichir la plateforme d'information patient d'un volet relatif aux ressources des prestations financières, alimenter le DMP avec le Plan personnalisé de santé (PPS) sous forme PDF, **fédérer l'ensemble des annuaires relatifs aux usages PAERPA (PagesGéronto)**, favoriser l'usage de la messagerie sécurisée pour se partager les évaluations et le PPS, harmoniser les procédures d'évaluation (volets médical, médico-social, social) / centralisation des évaluations (DMP, messagerie sécurisée),…

Exemple du programme PAERPA 9, 10, 19e

4.a Mieux prendre en charge à domicile

PA à domicile
(17 300)

Constats:

•Taux de recours et DMS supérieurs (9,5 journées en MC pour la zone PAERPA contre 9 en France, 38,4 journées en SSR pour la zone PAERPA contre 32,1 en France) et peu d'aides financières de transition mobilisées (ARDH et APA-U)

•Démarches administratives de mise en place de dispositifs d'aide à domicile difficiles (pièces justificatives, délais, procédures,…) à la charge de la personne âgée ou de son entourage

•Méconnaissance réciproque et traçabilité difficile des intervenants à domicile (noms, coordonnées, modalités d'interventions, parcours dans la durée) => problème de la continuité des informations

•Fluidité des relations avec le médecin traitant à améliorer

•Refus d'aides et de soins de certaines personnes âgés => nécessité de construire une relation de confiance avec elles et l'entourage

Actions:

•**Favoriser le recours des personnes âgées à un médecin traitant**

•**Former les médecins aux déclarations ALD 30 / 31 / poly-pathologies / meilleure connaissance de l'APA**

•**Développer un outil de coordination entre professionnels intervenant autour du domicile**

•**Proposer aux partenaires concernés un travail sur la dématérialisation des procédures de demande d'aides**

Par ailleurs: Soutenir le développement de la carte de coordination des soins dans le territoire PAERPA (URPS), développer les canaux permettant la gestion des événements (alertes, signalement**), créer des places de SSIAD renforcées ou extension des plages horaires**, recruter des « gestionnaires de cas » (CTA), promouvoir l'hébergement temporaire (HT) pour le répit des aidants.

Exemple du programme PAERPA 9, 10, 19e

4.b Mieux prendre en charge en EHPAD

PA en EHPAD (900)
ou EHPA (300)

Constats:

•Nécessité d'améliorer la fluidité et la coordination entre l'EHPAD et son environnement (établissements et structures de santé, professionnels libéraux intervenant au sein de l'EHPAD, acteurs de la psychiatrie)

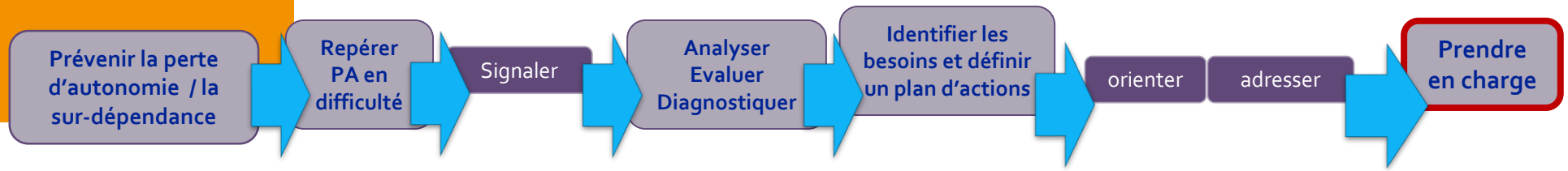
•Suivi médical à assurer lors de l'entrée en institution (éviter la rupture de parcours avec le MT précédent)

Actions :

•Développer le recours à l'HAD en EHPAD

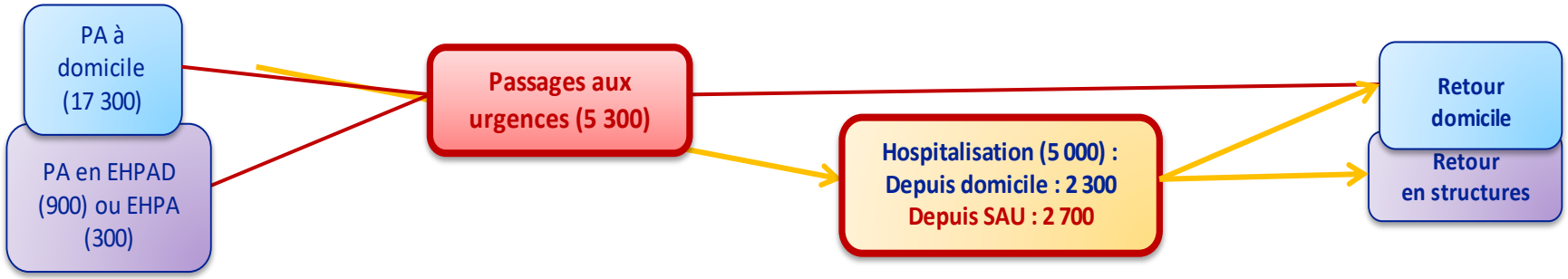
•Répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées en EHPAD (déployer une équipe mobile géronto-psychiatrique incluant le territoire PAERPA (visite en EHPAD sous 48h), former un binôme médecin / IDE référent Personnes Agées au sein de chaque CMP, conventionner avec les CMP pour des visites en EHPAD hors urgences, favoriser les conventions EHPAD (psychiatres libéraux, maisons de santé, SOS Médecins/UMP))

Par ailleurs: Nécessité d'amorcer une réflexion sur la notion de lits géronto-psychiatriques dédiés, développer la télémédecine en EHPAD (téléconsultations, télé expertise), développer Via-Trajectoire au sein des EHPAD du territoire, alimenter le DMP avec le DLU, réflexion sur la fin de vie et faciliter le recours aux partenaires pour les soins palliatifs



Exemple du programme PAERPA 9, 10, 19e

5. Impliquer les structures hospitalières notamment sur les « transitions » critiques



Actions:

- **Fluidifier le parcours ville-hôpital des personnes âgées**
- **Poursuivre le partenariat Pompiers / SAMU / CLIC pour les urgences sociales**
- **Comprendre, analyser, lutter contre les passages répétés aux urgences / mettre en place une procédure de signalement des passages répétés aux urgences**
- **Poursuivre et généraliser les actions menées sur la gestion des sorties (PRADO populationnel, généralisation du compte-rendu de sortie d'hospitalisation à la sortie (CRH), allègement des démarches administratives)**
- **Diffuser le numéro direct aux médecins du territoire (médecins traitants et médecins coordonnateurs en EHPAD)**
- **Développer l'hébergement temporaire (HT) en sortie d'hospitalisation MC**

Par ailleurs: Privilégier les circuits courts entre les urgences et les services de gériatrie concernant la disponibilité de toutes les formes de prise en charge (hôpital de jour, équipe mobile gériatrique, etc.), favoriser le déploiement du DMP et son utilisation par les professionnels du territoire (DLU / CRH…).

Rappel de l'engagement du terrain

Mobilisation de nombreux acteurs et institutions : **35 présents au moins 1fois** en TCT et GT

- Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil
- Clinique Sully
- HAD Santé Service
- Ateliers Santé-Ville de Montfermeil, Clichy-sous-Bois
- Réseau de Santé Océane (soins palliatifs)
- Centre médico-social de Livry-Gargan
- Établissement public de Santé Mentale Ville Evrard
- Infirmier libéral
- CLIC de Gagny
- Équipe Médicosocial évaluatrice de l'APA—Conseil général 93
- ESA Domidom Soins
- Organisme tutélaire UDAF
- CCAS et services communaux de Clichy-sous-Bois, Livry-Gargan, Neuilly Plaisance, Neuilly-sur-Marne, Villemomble
- Petits frères des pauvres (PA isolées)
- France Alzheimer 93
- SAAD privés
- Relais des aidants
- EHPAD Les Opalines, Les Ormes, Les Lauriers de Plaisance, Résidence Villa Victoria
- SSIAD Domidom Soins, Fondation Hospitalière Sainte-Marie, Communaux (Neuilly-Plaisance, Neuilly-sur-Marne)

3 Points du jour

Focus sur les **nouvelles orientations nationales et régionales**

1. Une réponse de proximité organisée est basée sur les structures existantes
2. Mise en place d'un parcours organisé dans les domaines pluri-thématiques
3. Renforcement du lien ville hôpital

Amélioration de la pertinence des admissions en HAD

❸ Renforcement du lien ville hôpital

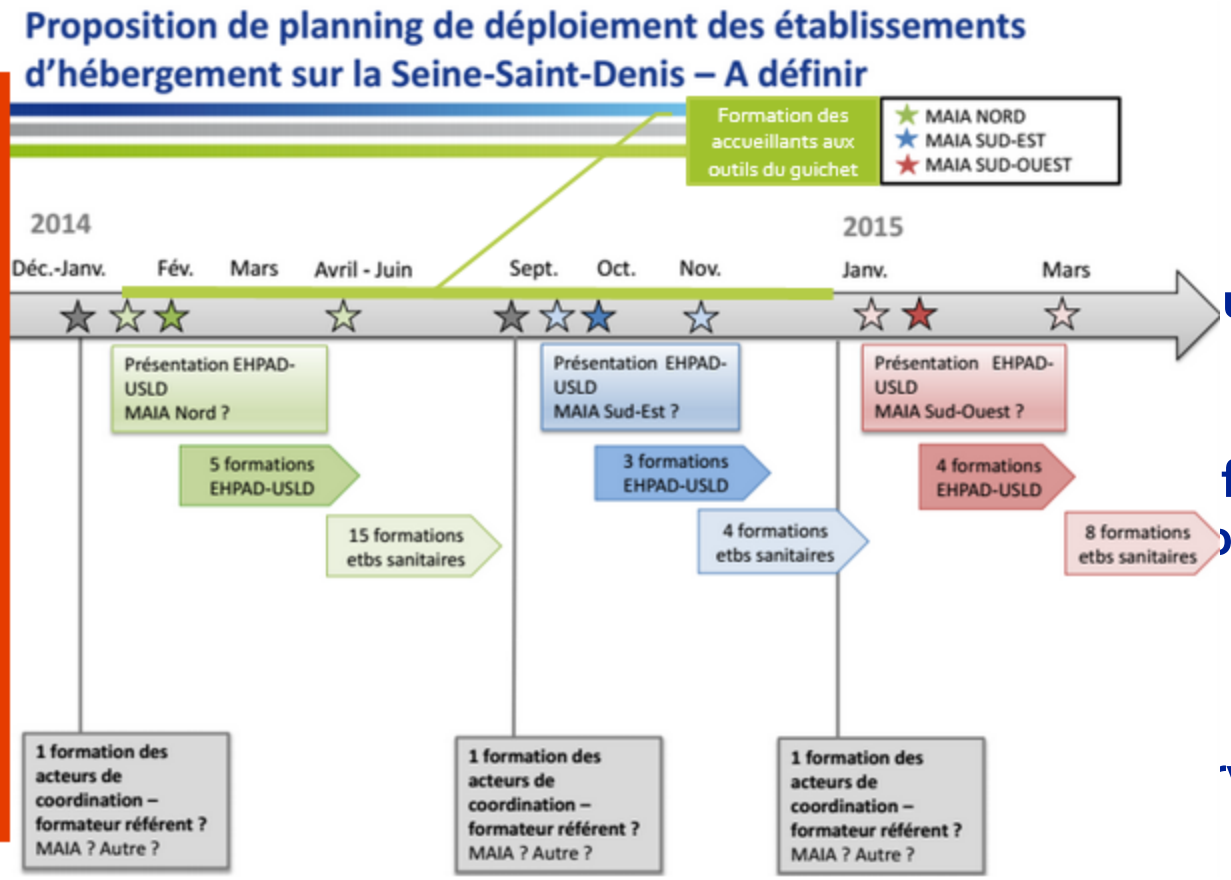
En réponse à une **problématique de démographie médicale**, des axes de travail ont été identifiés et traduits en plan d'action valider aux copil. Ville-hôpital (cabinet Antarès, ARS 2014)

- Amélioration de l'accès à l'offre de soins et de la lisibilité
- Partage d'information en capacité les systèmes d'information
- Amélioration de l'organisation de la sortie des patients
- Mise en place de dispositifs adaptés à la prise en charge partagée des plus de 75 ans

❸ Groupe
travail 20

Formation
guichet intégré
couplée à
ViaTrajectoire

EHPAD.EHPA.USLD
« receveur » &
« prescripteur »



u parcours

fficients nos
oire MAIA 93

vation de la

Perspectives :

L'amélioration de la prise en charge est liée à la :

- connaissance partagée des missions des acteurs participant au parcours de soins
- renforcement de l'action de coordination du médecin de l'HAD
- optimisation du partage d'informations concernant la prise en charge auprès de tous les acteurs engagés.

- **Validation de la feuille de route**, Direction de la sécurité sociale
- **Conventionnement** avec les acteurs volontaires porteurs d'une ou plusieurs actions
- Appropriation progressive des outils en vue de la labélisation MAIA

Dates à retenir :

Prochains **groupes de travail** :

jeudi 30 janvier 2015 et jeudi 12 février 2015

Table tactique n°5 : jeudi 5 mars 2015