

Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2013-2014**

Le dispositif MAIA au sein du processus d'ajustement
de l'offre d'aides et de soins aux personnes âgées

Etude des recours non médicalement justifiés aux urgences et des besoins en
accueil de jour sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise



EHESP

LAURA BARON

01/07/2014

« A l'heure où le nombre de personnes en besoin d'aide à l'autonomie ne cesse d'augmenter, un des enjeux majeurs des systèmes de santé est de garantir la continuité et la cohérence des soins, des services et des accompagnements apportés à ces personnes. »

Fondation Paul Bennetot¹

¹ Fondation Paul Bennetot par CGS Mines-ParisTech, « *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social* », février 2011, page 8

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements les plus sincères à Marie-Christine ETIENNE, pilote de la MAIA Est-héraultaise, pour la qualité de son accompagnement tout au long de mon stage et de la réalisation de mon mémoire. Merci pour votre accueil, votre disponibilité et pour tous vos précieux conseils.

Mes remerciements au référent santé de la MAIA, le professeur JEANDEL, pour avoir apporté son expertise au cadrage de ma mission de stage.

Merci également à l'équipe de la MAIA Est-héraultaise, et notamment Céline et Camille, pour l'accueil chaleureux qu'elles m'ont réservé, leur disponibilité et leurs conseils avisés.

Je remercie aussi tous les professionnels qui se sont impliqués et ont participé à la réalisation des deux études, à savoir l'équipe des urgences et l'équipe de l'Unité mobile Gériatrique du CHU de Montpellier, ainsi que les responsables des établissements proposant des places en accueil de jour sur le territoire est-héraultais.

Enfin, merci aux acteurs de la table stratégique de la MAIA rencontrés, pour avoir pris le temps de me recevoir et m'avoir fait partager leur expertise. Ces échanges constructifs ont éclairé ma vision du système d'action local sur le secteur de l'autonomie et m'ont guidé lors de la réalisation de mon mémoire.

Sommaire

Introduction	6
1 COMPTE-RENDU DE LA MISSION DE STAGE.....	9
1.1 Présentation de l'environnement de travail.....	9
1.1.1 Le dispositif MAIA	9
A) Le concept MAIA : Genèse et enjeux	9
B) La méthode MAIA	14
1.1.2 La MAIA Est-héraultaise.....	16
A) Le porteur.....	16
B) Le territoire.....	16
C) L'équipe	18
1.2 Présentation de la mission : Genèse et intérêt	19
1.3 Etude des recours non médicalement justifiés des personnes âgées au service des urgences du CHRU de Montpellier.....	21
1.3.1 La problématique du recours aux urgences de la personne âgée	21
1.3.2 Cadrage de l'étude	24
A) Intérêts et objectifs de l'étude	24
B) Définition de la population cible	25
C) Les services et professionnels concernés et participant à l'étude	26
D) Les actions à réaliser	27
1.3.3 La démarche adoptée	27
A) Phase de lancement de l'étude.....	27
B) Construction et contenu de la fiche	29
C) Le recueil des données.....	30
1.3.4 Présentation, analyse et interprétation des résultats obtenus	31
A) Un nombre infime de recours inappropriés aux urgences hospitalières par les personnes âgées vivant à domicile.....	31
B) Analyse des situations	33
1.3.5 Propositions d'actions et recommandations.....	36
1.4 Etude de l'offre du territoire de la MAIA Est-héraultaise en accueil de jour	38
1.4.1 L'accueil de jour : Définition et enjeux	38
A) Qu'est-ce que l'accueil de jour ?	38

Laura BARON

B)	Les enjeux relatifs à l'accueil de jour -----	39
1.4.2	Cadrage de l'étude -----	40
A)	Intérêt et objectifs de l'étude-----	40
B)	Les actions à réaliser -----	42
1.4.3	La démarche adoptée -----	43
A)	Cadrage de l'étude -----	43
B)	Le recensement des places d'accueil de jour sur le territoire est-héraultais -	43
C)	Le recueil des données-----	44
1.4.4	Présentation, analyse et interprétation des résultats obtenus -----	46
A)	L'offre en accueil de jour sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise -----	46
B)	La demande d'accueil de jour sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise -	48
C)	Le point de vue des professionnels sur les besoins du territoire en accueil de jour	51
1.4.5	Proposition d'action et recommandations -----	55
A)	Développer des structures de proximité dédiées à l'accueil de jour thérapeutique, adaptées notamment aux malades d'Alzheimer -----	55
B)	Développer la communication autour de l'accueil de jour pour une meilleure connaissance par les usagers et les professionnels -----	57
2	ANALYSE REFLEXIVE-----	59
2.1	Analyse de la commande et de son évolution.....	59
2.1.1	Analyse réflexive de l'étude sur les recours inappropriés au service des urgences par les personnes âgées-----	59
2.1.2	Analyse réflexive de l'étude sur les besoins en accueil de jour sur le territoire de la MAIA-----	61
2.2	Analyse du rôle et des enjeux relatifs au dispositif MAIA au sein du processus de réorganisation de l'offre d'aide et de soins à destination des personnes âgées	63
2.2.1	Analyse du fonctionnement MAIA et de la MAIA Est-héraultaise -----	63
A)	Réflexion sur l'opportunité du choix du CHRU comme porteur : -----	63
B)	Les avancées et les attentes relatives au fonctionnement de la MAIA -----	65
2.2.2	Réflexion sur le dispositif MAIA au sein du système d'action local -----	68
A)	La couverture croissante du territoire par le dispositif MAIA -----	68
B)	Les MAIA, illustration d'enjeux politiques importants dans le champ de l'autonomie -----	71
C)	MAIA et MDA : Quelle articulation ? -----	73

D) MAIA et PAERPA : Quelle articulation?-----	75
2.3 Apports du stage.....	78
A) Piloter un dispositif -----	78
B) Faire le lien entre les acteurs de terrain et les tutelles-----	79
Conclusion -----	81
Bibliographie -----	I
Liste des annexes-----	IV

Liste des sigles utilisés

APA : Allocation Pour l'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Assistantes Sociales Educatives

ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagée

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CLIC: Centres Locaux d'Information et de Coordination

CNSA: Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

DMP : Dossier Médical Personnel

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

FNG : Fédération Nationale de Gérontologie

GCSMS : Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Social

GIR : Groupe Iso Ressource

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MAIA: Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes âgées en perte d'Autonomie

MDA : Maison Départementale de l'autonomie

MMS : Mini Mental State

MSA : Mutualité Sociale Agricole

PAERPA : Parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PU-PH : Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

SAD: Service d'Aide à Domicile

SFMU: Société Francophone de Médecine d'Urgence

SSIAD: Service de Soins Infirmiers à Domicile

UMG : Unité Mobile Gériatrique

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

UTAG : Unité Territoriale d'Action en Gérontologie

Introduction

Le 21 juillet 2009, « La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » institue une territorialisation des politiques de santé et porte une réforme globale qui doit permettre aux institutions et structures de s'adapter aux nouveaux besoins de la population »². Un de ces « nouveaux besoins » est notamment celui du vieillissement de la population qui constitue un enjeu grandissant. Face à cet enjeu, le Président de la République a missionné en 2007 une commission présidée par le Professeur MENARD pour la production de recommandations visant à définir une politique nationale autour de la maladie d'Alzheimer. Le plan Alzheimer 2008-2012, issu de ces travaux, fait le constat d'un système d'aide et de soin composé de dispositifs fragmentés, cloisonnés et mal articulés. Le vieillissement de la population pouvant être considéré comme un « poids » pour la société, peut également être vu comme un moteur à l'innovation. En effet, cet enjeu à la fois humain, économique et social est l'opportunité pour les politiques de repenser l'organisation de ce système complexe et fragmenté, d'élaborer de nouveaux dispositifs visant un système de prise en charge de la dépendance efficient, fluide et cohérent. C'est dans cette optique que la mesure numéro quatre de ce plan institue une « Labellisation sur tout le territoire de Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) »³. Ces MAIA constituent « un lieu de coordination associant le secteur sanitaire et le secteur médico-social »⁴, un « guichet unique »⁵ pour les utilisateurs que sont les malades, leur famille et les professionnels. Cette meilleure articulation des dispositifs d'aide, de soins et d'information à destination des personnes âgées en perte d'autonomie doit permettre la construction d'« un parcours de prise en charge personnalisé pour chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, correspondant aussi à la situation de chaque famille. Il s'agit d'offrir une réponse graduée et adaptée à chaque situation »⁶.

Outre un accompagnement personnalisé offert par les coordonnateurs des MAIA, appelés gestionnaires de cas, la continuité des parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie nécessite plus globalement une réorganisation de l'offre, assurée par les

² ANAP, Ministère de la santé et des sports, « la loi HPST à l'hôpital : Les clés pour comprendre », page 4

³ Plan Alzheimer 2008-2012, mesure n°4 « Labellisation sur tout le territoire de Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) », <http://plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no4.html>, MAJ 1 février 2012.

⁴ ibid

⁵ ibid

⁶ ibid

décideurs et financeurs que sont notamment au niveau local les Agences Régionales de Santé (ARS) et les Conseils généraux. En juillet 2013, l'Equipe projet nationale MAIA de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) fait le constat de plusieurs tares dans l'organisation de cette offre⁷ : D'une part, plusieurs autorités différentes sont compétentes pour la gouvernance et la planification. D'autre part, les territoires sont dotés de nombreux lieux d'accueil, d'information et d'orientation différents et de plusieurs équipes de coordination. Enfin, la fragmentation de l'offre entraîne un défaut de régulation et d'articulation entre les différents dispositifs, ce qui implique des ruptures et des doublons dans les prises en charge ainsi qu'un manque de visibilité des ressources et des besoins. C'est pourquoi les MAIA s'inscrivent pleinement dans cette démarche de réorganisation de l'offre sur leur territoire en impliquant tous ses acteurs. Le pilote local d'une MAIA « a pour mission de travailler à l'intégration des services de soins et d'aides sur le territoire MAIA »⁸. Pour cela, il doit notamment analyser les lacunes et dysfonctionnements en termes d'offre d'aide et de soins à destination des personnes âgées, qui ressortent lors de l'activité de la MAIA. Après cette analyse, il en fait part aux décideurs et financeurs du territoire : « il transmet des données permettant d'ajuster l'offre sur le territoire »⁹.

C'est dans cette optique que s'inscrit ma mission de stage au sein de la MAIA Est-héraultaise, portée juridiquement par le Centre Régional Hospitalier Universitaire (CHRU) de Montpellier : analyser et objectiver les besoins du territoire de la MAIA en termes d'offre afin de fournir des éléments d'aide à la décision aux tutelles. A cette fin il a été décidé en concertation avec la pilote et le référent santé de la MAIA de la réalisation de deux « micro-études » : L'une sur les recours inappropriés des personnes âgées dépendantes aux urgences du CHRU de Montpellier, et l'autre sur les besoins du territoire de la MAIA Est-héraultaise en accueil de jour. Ces problématiques constituent toutes deux un enjeu important pour le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, qui constitue l'objectif des MAIA.

En effet, le premier sujet d'étude touche à la continuité et à la fluidité du parcours de santé : Le recours aux urgences marque une situation de crise et, lorsque celui-ci n'est pas

⁷ CNSA, Equipe projet nationale MAIA, « *Les MAIA : une organisation territoriale pour les PA* », 7 juin 2013

⁸ Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits « MAIA », page 9

⁹ *ibid*

médicalement justifié, est susceptible de constituer une rupture dans le parcours de santé de la personne âgée, rupture qui pourrait peut-être être évitée par une prise en charge mieux coordonnée. La problématique du recours inapproprié aux urgences étant régulièrement relevée par les acteurs, il convient donc d'une part de déterminer objectivement quelle est l'ampleur réelle de l'évènement au service des urgences du CHRU de Montpellier en ce qui concerne les personnes âgées, et d'autre part d'étudier les causes de ces situations lorsqu'elles surviennent. Pour réaliser cette étude, les situations de recours non médicalement justifié des personnes âgées aux urgences du CHRU de Montpellier seront recensées puis analysées sur une durée prospective de deux mois durant ma période de stage, avec la participation du service des urgences et de l'Unité mobile gériatrique du CHRU.

Le deuxième sujet d'étude, l'accueil de jour, constitue un enjeu majeur pour le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. En effet, c'est un dispositif qui permet de stimuler les capacités physiques et cognitive de la personne âgée afin d'aider à prévenir l'aggravation de la perte d'autonomie, mais aussi d'offrir un temps de répit à son aidant afin d'anticiper son épuisement. C'est pourquoi il convient d'étudier dans quelle mesure l'offre en accueil de jour sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise est satisfaisante au regard des besoins, tant quantitativement que qualitativement. A cette fin, une enquête sera menée de manière rétroactive auprès des différents établissements proposant des places en accueil de jour pour les personnes âgées sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise, afin que ceux-ci fournissent les données qu'ils possèdent, relatives aux demandes d'accueil qui lui sont faites et à son activité dans ce domaine. A cette occasion, les responsables de ces établissements seront également contactés afin de recueillir leur point de vue sur le sujet.

Dans quelle mesure le territoire de la MAIA Est-héraultaise présente-il un besoin d'ajustement en termes d'offre d'aides et de soins à destination des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile ? Etude des recours inappropriés aux urgences hospitalières et des besoins en accueil de jour.

Ce rapport de mission s'attachera à présenter dans un premier temps le dispositif MAIA et plus précisément la MAIA Est-héraultaise, avant de présenter la démarche et les résultats des deux études. S'en suivra une analyse réflexive sur le déroulé de cette mission ainsi qu'une réflexion sur le dispositif MAIA et son inscription dans le système d'action local.

1 COMPTE-RENDU DE LA MISSION DE STAGE

1.1 Présentation de l'environnement de travail

1.1.1 Le dispositif MAIA

A) Le concept MAIA : Genèse et enjeux

Les MAIA sont des dispositifs de proximité visant à rechercher l'intégration des acteurs intervenant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Il est vrai que ce secteur se caractérise par sa forte complexité et sa fragmentation, mêlant à la fois des acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social: « *L'organisation du système de santé français est caractérisée par la multitude d'établissements et de services sanitaire et médico-sociaux et par de nombreux décideurs et financeurs* »¹⁰.

Au sein de ce système, sont distingués trois niveaux de coordination. Le premier est celui de la personne, avec son entourage et les professionnels qui interviennent directement auprès d'elle pour sa prise en charge (médecins, infirmiers, aides à domicile, kinésithérapeutes, etc...). Le deuxième niveau est celui des structures et des dispositifs de prise en charge, à savoir les hôpitaux, les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), les Services d'Aides à Domicile (SAD), les Centre Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS),... Ce secteur se caractérise à la fois par de nombreux types de structures et de services, par un flou concernant les missions de chacune d'entre elles et par leurs modes de financement très variés. Enfin, le troisième niveau est le niveau institutionnel, c'est-à-dire les décideurs et financeurs, que sont principalement les Agences Régionales de Santé (ARS), les Conseils Généraux et les différents régimes d'Assurance Maladie. A chacun de ces niveaux plusieurs processus interviennent, à savoir l'évaluation, la planification, le financement, la mise en œuvre et le suivi. Les dysfonctionnements dans les prises en charge peuvent donc être liés à des

¹⁰ Fondation Paul Benetot par CGS Mines-ParisTech, « *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social* », février 2011, page 14

défauts de coordination intervenant au sein de chacun de ces trois niveaux, mais également entre ces trois niveaux. C'est pourquoi une coordination horizontale et verticale est nécessaire¹¹.

Face à cette complexité, la mesure numéro quatre du plan Alzheimer 2008-2012 a institué une « labellisation sur tout le territoire » des MAIA¹². « L'enjeu est de mettre fin au désarroi des familles qui ne savent à qui s'adresser et qui sont perdues dans de nombreux dispositifs mal articulés et cloisonnés »¹³.

Plusieurs dispositifs ont déjà été mis en place pour pallier le manque de coordination. A titre d'exemple, c'est le cas des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) et des réseaux gérontologiques. Néanmoins, ces différents dispositifs disposent chacun d'un domaine d'intervention paradoxalement trop cloisonné. Les CLIC interviennent principalement sur le secteur social et les réseaux gérontologiques se positionnent pour leur part plutôt sur le secteur sanitaire¹⁴ : « Les réseaux MAIA ne se limitant pas à la prise en charge sanitaire de la personne mais gérant également sa situation sociale et financière, ne peuvent être qualifiés de réseau de santé »¹⁵. L'ambition du dispositif MAIA est donc d'articuler tous les acteurs intervenant dans la prise en charge de la dépendance, aussi bien du secteur sanitaire, social que médico-social, de favoriser la prise en charge pluridisciplinaire inhérentes au vieillissement, afin de répondre au mieux aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie ainsi qu'à ceux de leurs aidants.

Les MAIA sont organisées pour « simplifier le parcours des personnes et de leurs aidants sur un territoire donné »¹⁶, en proposant une réponse harmonisée, complète, individualisée et adaptée aux besoins des personnes âgées de 60 ans et plus en situation complexe¹⁷.

Il est essentiel de souligner que le dispositif MAIA n'est pas une nouvelle structure mais bien une méthode. Les MAIA ne se superposent pas aux structures de coordination déjà existantes ni aux professionnels, mais s'appuient sur eux pour impulser et soutenir une

¹¹ ibid

¹² Plan Alzheimer 2008-2012, « Mesure n°4 », <<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no4.html>>, 1^{er} février 2012

¹³ ibid

¹⁴ ibid

¹⁵ Ordre National des Médecins, Section éthique et déontologique du CNOM, « Le dispositif d'intégration MAIA, ses acteurs, ses outils. Aspects éthiques et déontologiques », Juillet 2012, page 7

¹⁶ Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits « MAIA », page 5

¹⁷ ibid, page 5

dynamique locale et rechercher l'intégration¹⁸ : « *Les MAIA sont une organisation transversale des ressources dans le parcours de soins. Il ne s'agit pas d'une structure supplémentaire mais d'un concept d'intégration des services existants sur un territoire. Elles s'adressent à toutes les personnes âgées en perte d'autonomie avec la volonté d'assurer le lien dans un système marqué par la fragmentation (...), le cloisonnement et la multiplicité des acteurs et des partenaires (...), autant de facteurs de désarroi des familles face à des dispositifs multiples et mal articulés* »¹⁹.

Le terme « Maison » a au départ été choisi pour la notion de proximité, ce terme ne faisait pas référence à une structure mais à une méthode ayant pour but de favoriser l'autonomie à domicile. Effectivement, le maintien à domicile est l'objectif des MAIA. Les MAIA n'ont donc pas vocation à organiser la prise en charge des personnes âgées dépendantes en institution. La mission des MAIA est de simplifier et d'optimiser la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile, en recherchant l'intégration des services d'aides et de soins sur un territoire défini. De plus, la population ciblée par le dispositif n'est pas uniquement les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, mais plus généralement les personnes âgées en perte d'autonomie.

C'est pour toutes ces raisons que les termes recouverts par l'acronyme MAIA ont peu à peu évolués dans un souci de clareté. En 2008, lors de la création des MAIA, le terme signifiait « Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ». Ensuite cet acronyme est devenu « Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes âgées en perte d'Autonomie ». Depuis peu, une réflexion est en cours afin que l'acronyme MAIA recouvre les termes de « Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie »²⁰. Cette dernière évolution a été impulsée très récemment par l'équipe projet nationale de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et est prévue dans le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement²¹.

¹⁸ Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits « MAIA », page 2

¹⁹ Ordre National des Médecins, Section éthique et déontologique du CNOM, « *Le dispositif d'intégration MAIA, ses acteurs, ses outils. Aspects éthiques et déontologiques* », Juillet 2012, page 1

²⁰ Equipe projet nationale CNSA, « *Les MAIA, DIU Gestionnaire de Cas* », 4 février 2014, p.8. http://www.longuevieetautonomie.fr/images/stories/DIUGESTCAS2010/2013supports/fev2014/actualites_pna.pdf

²¹ Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, p.37

La notion clef du dispositif MAIA est celle de l'intégration. A l'échelle européenne, l'intégration est définie comme « *un nouveau mode d'organisation de partenaires assurant des interventions auprès des personnes en perte d'autonomie, favorisant la coordination, la coopération puis la co-responsabilisation* »²². La coordination, processus travaillant sur la « *liaison* » des acteurs, ne constitue donc pas une fin pour les MAIA mais bien un moyen, une étape vers l'intégration qui vise la « *modification en profondeur du système* »²³. L'intégration constitue un moyen d'optimiser l'utilisation des ressources afin de répondre au mieux aux besoins des usagers ainsi qu'à gagner en efficacité. Concernant les MAIA, la notion d'intégration regroupe la coresponsabilité sanitaire, sociale et médico-sociale, la construction collective et la réorganisation entre les services, induisant ainsi une modification des pratiques professionnelles de par la convergence et la mise en commun des outils²⁴. L'intégration est définie par Kodner et Kyriacou « *comme un ensemble de techniques et de modèles d'organisation conçu pour la transmission d'information, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les services et les secteurs administratifs et financeurs* »²⁵. La MAIA doit transformer « *en profondeur l'organisation du territoire* », via la « *mise en place de mécanismes de régulation de la fragmentation et d'outils partagés* », afin de « *fournir à chaque personne une réponse adaptée, complète et harmonisée à tout endroit du territoire* »²⁶.

Le dispositif MAIA est largement inspiré du modèle PRISMA pensé et élaboré en premier lieu au Canada en 1999. Ce programme, visant à coordonner les soins de première ligne et les services à domicile, comprend six axes²⁷ : La coordination inter-établissements, une porte d'entrée unique, un système de gestion de cas, l'élaboration de plans de services individualisés, un outil unique d'évaluation couplé à un système de classification des besoins ainsi qu'un système d'information continue.

²² Equipe projet nationale CNSA, « *Les MAIA, DIU Gestionnaire de Cas* », 4 février 2014, p.5. http://www.longuevieetautonomie.fr/images/stories/DIUGESTCAS2010/2013supports/fev2014/actualites_pna.pdf

²³ *ibid*, page 25

²⁴ *ibid*, page 2

²⁵ M.De Stempa, I.Vedel, « *Impacts de la coordination sur l'état de santé, les pratiques professionnelles et le recours aux services pour les personnes âgées dépendantes à domicile* », Evaluation du modèle d'intégration COPA, Appel d'offre HAS, CNSA, juin 2010

²⁶ Equipe projet nationale CNSA, « *Les MAIA, DIU Gestionnaire de Cas* », 4 février 2014, p.8. http://www.longuevieetautonomie.fr/images/stories/DIUGESTCAS2010/2013supports/fev2014/actualites_pna.pdf

²⁷ HEBERT, Réjean; TOURIGNY, André ; RAICHE, Michel. « *L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action* ». PRISMA Volume II, EDISEM. Canada, 2007,

Ce projet canadien PRISMA a ensuite été repris par la France en 2006 sur proposition du professeur Dominique Somme et financé par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). C'est durant la période d'expérimentation de ce projet en France qu'a été élaboré le Plan Alzheimer à l'origine des MAIA, qui s'en est largement inspiré, à la différence que les MAIA ne sont pas centrées sur le secteur des soins dits de « première ligne » et des services à domicile, mais bien sur l'ensemble des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux²⁸.

La CNSA a ensuite lancé une phase d'expérimentation en juillet 2008. Dix-sept projets ont été retenus pour mener ces expérimentations jusqu'en juin 2010²⁹. La loi de financement de la sécurité sociale de 2011³⁰ a ensuite généralisé le dispositif, dont le cahier des charges³¹ a ensuite été approuvé par décret³². Depuis 2011, le nombre de MAIA ne cesse d'augmenter, l'objectif étant à terme de couvrir l'ensemble du territoire³³. A la fin de l'année 2013, deux-cent deux MAIA étaient en place sur le territoire français et cinquante autres vont être créées au cours de l'année 2014³⁴. C'est donc un dispositif en pleine expansion.

Au niveau national, le pilotage est assuré par la CNSA, où une équipe projet accompagne le déploiement du dispositif³⁵. Au niveau régional, le pilotage stratégique des MAIA est confié aux ARS, du fait de leur mission de décloisonnement, en collaboration avec les Conseils généraux³⁶. Le porteur du projet doit quant à lui poursuivre un « *but non lucratif* »³⁷ et constituer un « *acteur de coordination légitime* »³⁸ sur le territoire. Une convention est passée entre l'ARS et le porteur du dispositif. Enfin, le pilote local est chargé de mettre en œuvre le projet sur le territoire³⁹. Le territoire d'une MAIA est infra-

²⁸ Entretien avec une Directrice de la Recherche en Santé Publique à l'EHESP et ancienne directrice scientifique à la C.N.S.A., 18 février 2013.

²⁹ Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits « MAIA », page 1

³⁰ Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011, Article 78

³¹ Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits « MAIA »

³² Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

³³ Rapport : *Stratégies des ARS dans le déploiement du dispositif d'intégration MAIA*. Etude réalisée pour la Direction Générale de la Santé par la Fondation Nationale de Gérontologie, février 2012

³⁴ Circulaire N° DGCS/DGOS/CNSA/2014/09 du 15 janvier 2014, relative aux appels à candidatures pour le déploiement des dispositifs MAIA au titre de l'année 2014. http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/circulaire_du_janvier_2014.pdf

³⁵ Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits « MAIA », page 8

³⁶ *ibid*, page 2

³⁷ *ibid*, page 7

³⁸ *ibid*, page 7

³⁹ *ibid*, page 9

départemental, l'objectif étant qu'il corresponde et/ou s'adapte le mieux possible aux territorialisations déjà existantes⁴⁰.

B) La méthode MAIA

La méthode MAIA est construite selon six axes.

Le premier est celui de la concertation, se déclinant sous la forme de tables stratégiques et de tables tactiques. La table stratégique est composée des décideurs et des financeurs (ARS, Conseil Général, Caisses de retraites, représentants des professionnels et des associations d'usagers etc...), sa mission étant d'organiser les mécanismes de planification, d'évaluation ou encore de régulation du dispositif MAIA. La table tactique est pour sa part constituée des responsables des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire intervenant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. L'objectif est ici de Co-responsabiliser les acteurs⁴¹.

Le deuxième axe est celui du guichet intégré, également appelé guichet unique. Il est composé de l'ensemble des services d'aides et de soins intervenant sur le territoire de la MAIA auprès des personnes âgées. Ce terme désigne l'accueil et l'information de proximité, « *C'est un ensemble coordonné de lieux d'information, d'analyse et d'orientation qui doit faciliter le parcours des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle et de leurs aidants en évitant des réponses fragmentées* »⁴². Ce n'est donc pas un lieu unique, mais bien un dispositif⁴³ dont les enjeux sont de « *faciliter et simplifier le parcours des personnes, garantir l'équité dans l'attribution des aides, optimiser l'utilisation des ressources, répondre aux besoins des personnes* »⁴⁴. Le développement du guichet intégré doit amener à l'harmonisation des pratiques via des outils et des référentiels partagés (tels qu'un annuaire de ressources commun ou encore une fiche de liaison commune) et à l'absence de réponses doublées et disparates⁴⁵.

⁴⁰ Ordre National des Médecins, Section éthique et déontologique du CNOM, « *Le dispositif d'intégration MAIA, ses acteurs, ses outils. Aspects éthiques et déontologiques* », Juillet 2012, page 1

⁴¹ Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits « MAIA », page 11

⁴² *ibid*, page 10 et 11

⁴³ *ibid*, page 11 et 12

⁴⁴ Equipe projet nationale CNSA, « *Les MAIA, DIU Gestionnaire de Cas* », 4 février 2014, p.16. http://www.longuevieetautonomie.fr/images/stories/DIUGESTCAS2010/2013supports/fev2014/actualites_pna.pdf

⁴⁵ *ibid*, page 17

La gestion de cas constitue le troisième axe. Au minimum deux gestionnaires de cas sont recrutés par chaque MAIA, afin qu'ils constituent des référents, organisent et assurent la continuité de la prise en charge d'une personne âgée dite en « situation complexe », c'est-à-dire une situation répondant à des critères définis au sein de chaque MAIA et présents dans la fiche de demande d'intégration en gestion de cas⁴⁶. Ces gestionnaires de cas ont généralement un profil d'Infirmier Diplômé d'Etat (IDE), d'assistant social, ou encore d'ergothérapeute. Leur temps est entièrement dédié à la coordination des professionnels intervenants dans la prise en charge de la personne dite en situation complexe, c'est-à-dire les personnes pour lesquelles des problématiques à la fois économiques, sociales et/ou environnementales sont entremêlées, lorsque l'intervention des professionnels à domicile est difficile voire impossible, ou encore lorsqu'il y a une rupture dans le parcours. La mission des gestionnaires de cas est d'assurer la continuité du parcours des personnes et de faire le lien avec le pilote de la MAIA⁴⁷. Pour cela, les gestionnaires de cas utilisent des outils spécifiques d'évaluation et de planification⁴⁸.

Ce sont d'ailleurs ces outils qui constituent les trois derniers axes de l'intégration. Le premier est l'outil standardisé d'évaluation multidimensionnelle (grille GEVA-A ou OEMD) des besoins de la personne suivie en gestion de cas⁴⁹. Le deuxième est celui du plan de service individualisé, découlant de l'évaluation multidimensionnelle, visant à organiser un accompagnement cohérent de la personne à son domicile⁵⁰. Enfin le dernier axe et outil est le système d'information partagé, afin de faciliter la circulation de l'information en relation avec le dossier médical personnel (DMP)⁵¹.

L'intérêt de la MAIA est donc non seulement de coordonner et intégrer l'action des champs sanitaire, social et médico-social, mais aussi de créer ou renforcer les liens entre l'utilisateur, les professionnels, et les décideurs, de faire en sorte que l'information circule entre ces trois niveaux, notamment par le biais du pilote.

⁴⁶ Annexe 1

⁴⁷ Equipe projet nationale CNSA, « *Les MAIA, DIU Gestionnaire de Cas* », 4 février 2014, p.19. http://www.longuevieetautonomie.fr/images/stories/DIUGESTCAS2010/2013supports/fev2014/actualites_pna.pdf

⁴⁸ Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits « MAIA », page 12 et 13

⁴⁹ *ibid*, page 14

⁵⁰ *ibid*, page 14 et 15

⁵¹ *ibid*, page 15

Pour formaliser, soutenir et pérenniser cette évolution des pratiques, « *un processus de labellisation des dispositifs MAIA* ⁵² » est en marche. L'obtention de ce label est possible après deux années de fonctionnement, suite à une validation par les ARS de la conformité du fonctionnement de la MAIA par rapport au cahier des charges, puis à une évaluation externe de type certification⁵³.

1.1.2 La MAIA Est-héraultaise

A) Le porteur

La MAIA Est-héraultaise relève du pilotage régional de l'ARS Languedoc-Roussillon. Elle est relativement récente puisqu'elle est en place depuis le mois d'avril 2013. Elle est portée juridiquement par le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Montpellier et ses locaux sont situés à l'hôpital Saint Eloi.

Au CHRU la MAIA Est-héraultaise relève de la direction de l'Offre de Soins et du Contrat de Performance, et plus précisément du pôle Gériatrie. Elle a pour référent santé le professeur JEANDEL (Professeur des Universités, médecin chef du département « court séjour gériatrique » du pôle gériatrie). Le CHRU de Montpellier est, comme l'exige le cahier des charges, un établissement à but non lucratif et acteur légitime de coordination. Il constitue un acteur majeur du territoire sur le plan sanitaire, mais intervient également dans les domaines du social et de la prévention⁵⁴.

B) Le territoire

Comme la plupart des MAIA, la MAIA Est-héraultaise couvre un territoire infra-départemental, à savoir 8 cantons : Claret, Castelneau-le-Lez, Montpellier, Maugio, Matelles, Pignan, Castries et enfin celui de Lattes, ce qui représente environ 500 000 habitants, soit 47% de la population du département de l'Hérault. Sur ce territoire, 92 738

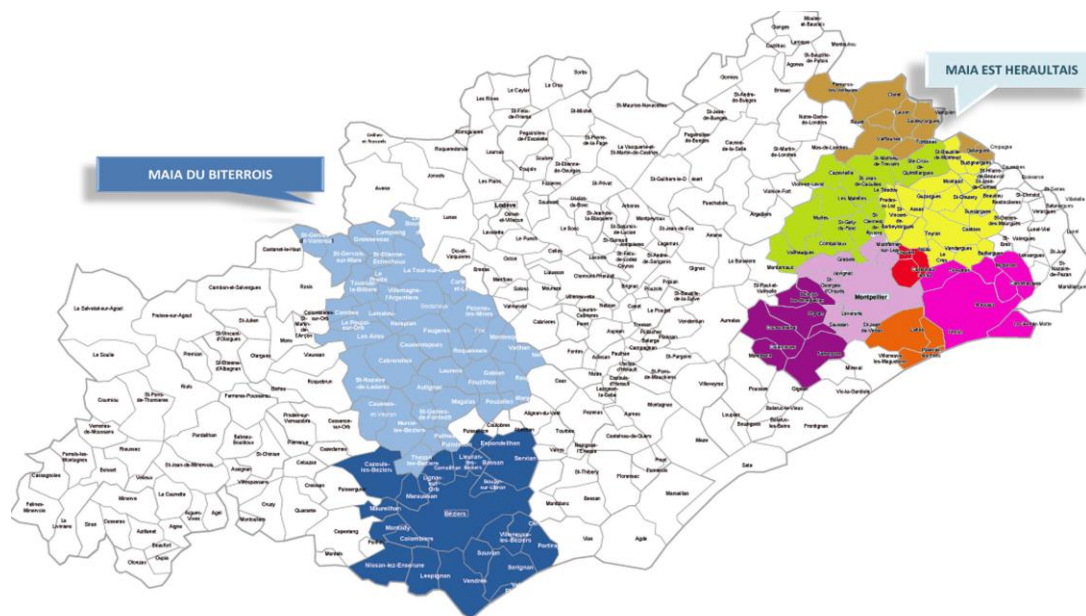
⁵² CNSA, Equipe projet nationale, « Les MAIA : une organisation territoriale pour les PA », 7 juin 2013

⁵³ CNSA, Equipe projet nationale, « Les MAIA : une organisation territoriale pour les PA », 7 juin 2013

⁵⁴ Diaporama "Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes Agées, présentation du dispositif" - Marie-Christine ETIENNE - pilote MAIA Est-héraultaise - Janvier 2014

personnes ont 60 ans et plus, dont 9 507 sont bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'Autonomie (APA)⁵⁵.

Sur le département, elle coexiste à ce jour avec la MAIA du Biterrois située à Béziers. Le Conseil général de l'Hérault a cependant remporté l'appel à projet émis par l'ARS pour la création cette année d'une troisième MAIA au sud du département, sur le « bassin de Thau ».



1 Territoire des MAIA de l'Hérault, source: Diaporama *"Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes Agées, présentation du dispositif"* - Marie-Christine ETIENNE - pilote MAIA Est-héraultaise - Janvier 2014.

Concernant l'offre d'aides et de soins proposée aux personnes âgées, le territoire est-héraultais se caractérise par une offre abondante du fait de son caractère urbain et péri-urbain. A titre d'exemple, concernant le secteur sanitaire il existe sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise un CHRU, huit cliniques et quatre consultations mémoire. Concernant le secteur libéral, le territoire est doté de sept-cent un médecins généralistes et de mille soixante-deux infirmiers. Il y a également quatorze services d'aide à la personne. Toutefois, sur le secteur sanitaire il n'existe pas pour le moment de réseau gérontologique.

⁵⁵ Diaporama *"Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes Agées, présentation du dispositif"* - Marie-Christine ETIENNE - pilote MAIA Est-héraultaise - Janvier 2014

La coordination gérontologique, principalement sur le secteur social, est assurée par 3 CLIC. Toujours sur le secteur social, il existe également l'Espace Seniors de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) avec des programmes d'Aide aux Aidants naturels et professionnels, les services proposés par la Mutualité Sociales Agricole (MSA) ou encore l'Unité Territoriale d'Action en Gérontologie (UTAG) financée par le Conseil Général. De plus, la population peut s'adresser aux mairies des soixante-six communes, aux services sociaux du CCAS de Montpellier, du CIAS du Pays de l'Or, ou encore aux services sociaux du CHRU et des cliniques en cas d'hospitalisation⁵⁶.

Le territoire a donc plusieurs forces, à savoir de nombreux dispositifs, un taux d'équipement important, des pôles d'excellence et des lieux de concertation. Cependant l'action de ces nombreux dispositifs est trop morcelée et illisible, tant pour l'utilisateur que pour les professionnels eux-mêmes. L'organisation des dispositifs est complexe, évolutive et la communication entre partenaires est insuffisante, d'où l'intérêt de la mise en place du dispositif MAIA sur ce territoire⁵⁷.

C) L'équipe

L'équipe de la MAIA Est-Héraultaise est classiquement composée d'une pilote, de trois gestionnaires de cas et d'une secrétaire. La majorité des MAIA sont composées de la même manière.

Madame ETIENNE, pilote de la MAIA, est de formation initiale assistante de service social et anciennement responsable du service social du CHU de Montpellier (pôles d'activité de Médecine, Chirurgie, Obstétrique mais aussi SSR et Soins de Longue Durée). Les trois gestionnaires de cas sont pour leur part IDE de formation. Il y a également une secrétaire pour assister ces quatre personnes dans leurs missions.

C'est donc au sein de cette équipe que mon stage s'est déroulé, et plus particulièrement avec la pilote, qui était ma tutrice durant ce stage.

⁵⁶ Diaporama *"Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes Agées, présentation du dispositif"* - Marie-Christine ETIENNE - pilote MAIA Est-héraultaise - Janvier 2014

⁵⁷ Diaporama *"Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes Agées, présentation du dispositif"* - Marie-Christine ETIENNE - pilote MAIA Est-héraultaise - Janvier 2014

1.2 Présentation de la mission : Genèse et intérêt

En concertation avec la pilote et le référent santé de la MAIA, nous avons convenu que ma mission consistera à étudier les besoins du territoire. L'objectif est d'objectiver les éventuels besoins et dysfonctionnements dans le parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise, et de ne pas se cantonner aux « impressions » des acteurs.

L'intérêt de cette objectivation est de faire ensuite remonter les résultats aux décideurs et financeurs lors des tables stratégiques. En effet, faire remonter les besoins du territoire en termes d'offre aux acteurs de la table stratégique fait partie intégrante des missions d'un pilote de dispositif MAIA : « *L'activité des gestionnaires de cas, les données de parcours des personnes issues du guichet intégré et les échanges en table tactique peuvent révéler des lacunes dans l'offre ou son organisation qui, après analyse, sont remontées en table de concertation stratégique par le pilote* »⁵⁸.

La durée de mon stage étant de quatre mois et demi, l'étude se devait d'être relativement courte et ciblée. Nous avons donc décidé, toujours en concertation avec la pilote et le référent santé, de réaliser deux « micro-études », une sur la problématique des recours inappropriés des personnes âgées aux urgences du CHU de Montpellier et l'autre sur les besoins du territoire de la MAIA en accueil de jour.

Les urgences du CHU de Montpellier sont situées à l'hôpital Lapeyronie. Il semblait opportun de creuser les possibles pistes d'actions de la MAIA à ce niveau car le passage aux urgences marque la plupart du temps une situation de crise et donc bien souvent un dysfonctionnement, voir une rupture, dans le parcours de santé en ce qui concerne la personne âgée. Or, assurer la fluidité du parcours de soins de la personne âgée en perte d'autonomie est précisément l'objectif du dispositif MAIA. De plus, il a été noté par certains acteurs du guichet intégré de la MAIA Est-héraultaise que le service des urgences est parfois « détourné » de sa « *vocation principale* », lorsque les personnes ont recours aux urgences alors que leur situation relève en réalité d'autres services sanitaires ou

⁵⁸ Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits « MAIA », page 9

sociaux⁵⁹. Il convient donc d'étudier dans quelle mesure ces dires sont fondés ou non. De plus la pilote de la MAIA intègre également la baisse du taux de ré-hospitalisations dans les « *premiers éléments d'impact attendus* »⁶⁰, ce qui comprend donc les ré-hospitalisations aux urgences du CHRU de Montpellier.

L'objectif des MAIA étant également de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, étudier les besoins en accueil de jour sur le territoire est également intéressant. En effet, l'accueil de jour est un maillon très important pour le maintien à domicile lorsque la personne âgée présente une perte d'autonomie. Il existe actuellement sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise quarante places en accueil de jour⁶¹. Il convient donc d'étudier dans quelle mesure cette offre est suffisante, tant quantitativement que qualitativement.

Les résultats obtenus au terme de ces deux études permettront à la pilote de présenter lors de la prochaine table stratégique des données objectives et « *analysées* » comme l'exige le cahier des charges national du dispositif MAIA. Les décideurs et financeurs pourront alors s'ils le souhaitent en tenir compte lors des prochaines décisions qu'ils prendront sur la planification de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale à destination des personnes âgées.

⁵⁹ Diaporama Maia Est-Héraultaise, ARS Languedoc-Roussillon, CHRU Montpellier « *1^{er} rapport d'étape Maia Est-héraultaise* », 30 novembre 2013

⁶⁰ Diaporama "*Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes Agées, présentation du dispositif*" - Marie-Christine ETIENNE - pilote MAIA Est-héraultaise - Janvier 2014

⁶¹ Conseil général de l'Hérault, Direction de l'offre médico-sociale, « *liste des établissements pour les personnes âgées autorisés par le Conseil général de l'Hérault et installés* », 6 septembre 2013

1.3 Etude des recours non médicalement justifiés des personnes âgées au service des urgences du CHRU de Montpellier

1.3.1 La problématique du recours aux urgences de la personne âgée

Selon une étude de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)⁶² menée en 2002 et publiée en 2003, le taux de recours aux urgences ne cesse d'augmenter à partir de 60 ans. En moyenne, 11% des personnes de 60 ans ont eu recours aux urgences au cours de l'année 2002, tandis que c'est le cas pour en moyenne 20% des personnes de 75 ans et pour 40% environ des personnes de 85 ans. Bien que cette étude ait été menée il y a maintenant douze ans, la tendance à la hausse du recours aux urgences à partir de 60 ans ne s'est pas inversée puisque « *la prédominance des maladies multiples et complexes chez les personnes âgées fait qu'elles sont à risque d'utiliser de façon plus importante les ressources des services d'urgences* »⁶³. Compte tenu du taux de vieillissement de la population, le nombre de recours aux urgences par les personnes âgées ne va cesser de croître durant les années à venir.

Le service des urgences hospitalières « *concerne l'accueil des malades et des blessés se présentant spontanément ou amené par des ambulances ou véhicule-prompt des sapeurs-pompiers.*⁶⁴ » Son rôle est d' « *accueillir sans sélection, 24h/24h, 7j/7j, toute personne se présentant en situation d'urgence y comprise psychiatrique* »⁶⁵. Il constitue également un « *lieu de soins pluridisciplinaires* »⁶⁶. Sa mission est donc double : constituer un « *service central d'accueil* »⁶⁷ et un service d' « *orientation des patients* »⁶⁸. Du fait de ces missions, le service des urgences hospitalières travaille en lien avec les autres services de l'hôpital, et notamment les services de soins, de consultations ainsi que les plateaux techniques⁶⁹.

⁶² DREES, « *Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale* », Etudes et Résultats, N°212, janvier 2003, page 3

⁶³ C.Lazarovici, D.Somme, V.Carrasco, D.Baubeau, O. Saint-Jean, « *Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d'urgences de plus de 75 ans en France, Résultats d'une enquête nationale* », Presse Médicale, tome 35, n°12, décembre 2006, cahier 1, page 1

⁶⁴ Soins-infirmiers.com, « *L'organisation des urgences* », http://www.soinsinfirmiers.com/organisation_des_urgences.php, 8 octobre 2008

⁶⁵ ibid

⁶⁶ ibid

⁶⁷ ibid

⁶⁸ ibid

⁶⁹ ibid

L'urgence peut se définir comme « *une situation non prévue, de survenue brutale et demandant une réponse rapide* »⁷⁰. Il existe plusieurs types d'urgences⁷¹. L'urgence est vitale lorsque le pronostic vital de la personne est engagé et l'urgence est fonctionnelle lorsque c'est le pronostic fonctionnel de la personne qui est engagé. L'urgence peut également être une urgence ressentie, lorsque la personne est angoissée bien qu'elle ne soit pas véritablement en danger. Enfin, on parle d'urgence sociale lorsque le contexte social est problématique et aigu. La notion clef du recours aux services des urgences est donc celle de la crise.

La société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) s'est positionnée en 2003 sur une définition du recours approprié au service des urgences⁷² : « *Une admission est justifiée si elle correspond au besoin du patient. Elle devient appropriée si elle constitue la réponse la plus efficiente. Une admission au SU est donc appropriée si elle répond aux caractéristiques suivantes :*

- *le besoin de soins n'est ni programmé, ni programmable. L'admission est souvent secondaire à un état de crise (urgence somatique aiguë, urgence sociale et/ou déstabilisation psychologique) qui va s'aggraver en l'absence d'intervention extérieure. Il nécessite une action rapide. En pratique, il est fait recours au SU si aucune autre alternative n'est organisée ou accessible.*

- *le patient est accompagné d'informations concernant le motif réel de sa venue, son traitement et les intrications de son environnement médico-social. Ses problèmes somatiques occupent bien souvent l'avant de la scène, laissant dans l'ombre la composante sociale. »*

Pour qu'un recours aux urgences soit approprié, ce dernier ne doit pas être, ou pouvoir être, anticipé. Il doit suivre un état de crise qui, sans intervention médicale rapide, risque de s'aggraver et de mettre le patient en danger. Cependant, comme le souligne la SFMU dans cette définition, dans les faits les recours au service des urgences sont souvent plutôt dus à une incapacité de recourir à une autre solution, pour une raison ou pour une autre, bien que

⁷⁰ Soins-infirmiers.com, « *L'organisation des urgences* »,

http://www.soinsinfirmiers.com/organisation_des_urgences.php , 8 octobre 2008

⁷¹ ibid

⁷² SFMU, « *Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences* », 10^{ème} conférence de consensus, 5 Décembre 2003, Strasbourg, page 4

la situation ne soit pas réellement urgente ou du moins que cette urgence soit programmable.

La proportion de recours évitables en termes de consommation de ressources concernerait près de 10% des personnes âgées de plus de 75 ans⁷³. Selon une étude réalisée par la DREES environ 68 % des personnes âgées de plus de 70 ans sont en état clinique de niveaux 1 ou 2, c'est-à-dire des états cliniques qui ne sont pas jugés susceptibles de s'aggraver⁷⁴.

De plus, près d'un patient sur deux âgé de plus de 75 ans n'est pas hospitalisé après un recours aux urgences et trois quarts des ces personnes ont été réorientées vers des services de soins ou des services sociaux de ville ou encore vers une consultation hospitalière⁷⁵. Cela démontre que la situation de la personne pouvait être prise en charge par d'autres services que les urgences.

De plus, plus d'un quart de ces personnes (26,5%), n'ont reçu aucune orientation⁷⁶. Pourtant, si ces personnes âgées ont eu recours aux urgences, c'est bien que leur situation est apparue problématique d'une manière ou d'une autre, d'autant que selon une étude de la DREES, trois quarts des patients âgés de plus de 80 ans ont été orientés vers les urgences par un médecin. La pertinence et les motifs de l'orientation par les médecins généralistes de ces personnes âgées vers les urgences sont donc également à interroger.

Un certain nombre de recours des personnes âgées aux services des urgences pourraient donc être anticipés, bien que cette anticipation ne soit pas simple. Selon la Fédération Nationale de Gérontologie (FNG), « *Certaines admissions seraient sans doute évitables à condition de pouvoir intervenir avant d'atteindre le seuil critique qui conduira à l'indispensable hospitalisation. Il s'agit souvent d'une aggravation brusque d'une vulnérabilité sociale ou psychologique, qui, sans réponse adaptée, se traduira par une déstabilisation somatique. Une action en amont de cette déstabilisation est donc souvent*

⁷³ C.Lazarovici, D.Somme, V.Carrasco, D.Baubeau, O. Saint-Jean, « *Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d'urgences de plus de 75 ans en France, Résultats d'une enquête nationale* », Presse Médicale, tome 35, n°12, décembre 2006, cahier 1, page 5

⁷⁴ DREES, « *Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale* », Etudes et Résultats, N°212, janvier 2003, page 5

⁷⁵ C.Lazarovici, D.Somme, V.Carrasco, D.Baubeau, O. Saint-Jean, « *Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d'urgences de plus de 75 ans en France, Résultats d'une enquête nationale* », Presse Médicale, tome 35, n°12, décembre 2006, cahier 1, page 5

⁷⁶ *ibid*

primordiale, mais difficile à mettre en place. »⁷⁷ Cette action en amont, au domicile des personnes âgées vulnérables relève justement de la compétence de la MAIA.

Il est de plus préférable d'éviter autant que possible le recours aux urgences pour une personne âgée. Les temps d'attente très longs, dans des conditions qui ne sont pas des plus confortables de part un environnement souvent bruyant et angoissant, sont facteurs de fragilisation de la personne âgée. De plus, comme le souligne la FNG, les urgences traitent principalement de la technicité et non de la prise en charge globale de la personne : « *Les hospitaliers, des différents services comme des urgences, perçoivent la situation des vieilles personnes à travers la technicité de plus en plus grande des soins pour un organe ou une pathologie et ont du mal à prendre en compte la globalité de la personne, à savoir sa polyopathie, ses conditions matérielles, financières, affectives, et environnementales*⁷⁸ ».

Certaines personnes âgées se voient donc dans l'obligation de retourner à domicile de façon « inappropriée », c'est-à-dire sans que le fond de leur problème ne soit résolu et risque donc de recourir une nouvelle fois aux urgences hospitalières précocement. Ces situations peuvent constituer une véritable rupture dans la prise en charge de la personne âgée à domicile, contribuent à l'engorgement des urgences hospitalières et constituent un exemple de défaut d'efficience du système sanitaire et social.

1.3.2 Cadrage de l'étude

A) Intérêts et objectifs de l'étude

L'étude en question consistera à repérer les personnes âgées en perte d'autonomie ayant eu recours aux urgences pour une raison inappropriée. Cette étude devra permettre à la MAIA d'une part d'apprécier le nombre de personnes âgées ayant recours aux urgences hospitalières du CHU de Montpellier de façon inappropriée, et d'autre part de disposer d'informations sur le parcours de santé de ces personnes afin d'étudier les points de

⁷⁷ FNG, « *Le recours à l'hôpital des personnes âgées prises en charge à domicile* », décembre 2006, p.4

⁷⁸ *ibid*

dysfonctionnements dans leur parcours de santé et d'en retirer éventuellement des propositions d'actions.

Cette objectivation permettra d'aider la pilote à orienter l'action de la MAIA et lui permettre s'il y a lieu de faire remonter les besoins et les manques éventuels aux décideurs et financeurs du territoire, que sont principalement l'ARS et le Conseil Général.

Le recensement et l'analyse de ces situations permettra également à la MAIA d'agir si besoin sur la situation de ces personnes. En effet, si la pilote et les gestionnaires de cas estiment que la situation est complexe et qu'elle relève du manque de coordination entre les professionnels, elles pourront décider d'évaluer la personne pour décider d'une orientation vers le guichet intégré, de la mise en place d'une concertation avec les professionnels intervenant sur la situation, ou encore d'une entrée en gestion de cas.

Enfin, comme évoqué précédemment, un recours non médicalement justifié aux urgences peut marquer chez les personnes âgées un dysfonctionnement, parfois même une rupture dans leur parcours de santé. Or, le rôle de la MAIA est de faire en sorte que les parcours de santé soient fluides et cohérents. L'intérêt de cette étude est donc aussi de créer et consolider un lien entre la MAIA Est-héraultaise et les urgences du CHU de Montpellier, de se connaître et de prendre l'habitude de travailler ensemble lorsque le besoin se présente.

B) Définition de la population cible

La population ciblée par l'étude est en partie la même qui est ciblée par le dispositif MAIA à savoir : Les personnes âgées de soixante ans et plus, vivant et souhaitant continuer à vivre à domicile, ayant une perte d'autonomie fonctionnelle et/ou une maladie neurodégénérative avec un retentissement sur le maintien à domicile.

Dans le cadre de cette étude en lien avec le service des urgences, un critère a été ajouté. Puisque l'étude porte sur les recours inappropriés aux urgences hospitalières, le médecin urgentiste doit avoir évalué que les personnes ont eu recours au service des urgences du CHU de Montpellier pour une raison non justifiée médicalement et donc n'ayant pas été hospitalisées suite à leur passage aux urgences.

Nous réduirons ici la notion de « recours inapproprié » aux recours non justifiés médicalement. Nous excluons donc les recours justifiés médicalement mais évitables. En effet, bien que cette notion d'inévitabilité, à elle seule, figure dans la définition de « recours approprié » de la SFMU⁷⁹, nous l'excluons volontairement dans cette étude, car cette notion amène concrètement à une population et à un problème bien plus large relevant bien souvent du domaine médical. Cette décision a été délibérément prise en concertation avec le référent santé de la MAIA.

C) Les services et professionnels concernés et participant à l'étude

Pour réaliser cette étude, la participation de plusieurs services est nécessaire.

Est donc concernée la MAIA Est-héraultaise, puisque c'est vers elle que la population cible va être orientée et c'est aussi elle qui va agir ensuite sur la situation des personnes à domicile pour éviter un nouveau recours aux urgences non justifié médicalement.

Est également concerné le service des urgences adultes, puisque c'est à ce service que la population cible a recours, c'est le point de départ de la stratégie d'orientation. Au sein du service des urgences adultes, sont particulièrement concernés les médecins plus spécialisés sur la personne âgée, le médecin responsable du service ainsi que les infirmiers. Les deux Assistantes Sociales Educatives (ASE) déléguées au service des urgences seront particulièrement sollicitées, puisque elles ont pour mission, suite à un recours à l'hôpital d'une personne, de favoriser l'ouverture et le maintien de ses droits, de participer à l'élaboration de son projet de soins, de prévenir les conséquences sociales, financières, professionnelles ou encore familiales entraînées par la maladie ou le handicap et enfin de prévenir et protéger la situation d'un adulte vulnérable⁸⁰. Elles rencontrent donc les personnes étant dans une situation socialement problématique. Elles constitueront donc les personnes ressources pour faire le lien entre le service des urgences et la MAIA sur les situations de recours non médicalement justifiés, ce seront les principaux vecteurs.

⁷⁹ SFMU, « *Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences* », 10^{ème} conférence de consensus, 5 Décembre 2003, Strasbourg, page 4

⁸⁰ CHU de Montpellier, « *le service social* », <http://www.chu-montpellier.fr/fr/patients-et-visiteurs/mon-sejour/mes-soins/service-social/>

Les médecins et infirmiers de l'unité mobile gériatrique seront aussi des acteurs clefs dans la réalisation de l'étude, puisque celle-ci dispense une évaluation globale de la personne âgée, travaille en lien avec l'ensemble des services de l'hôpital (dont les urgences) et les dispositifs de villes (tels que les réseaux gérontologiques) afin d'orienter et d'organiser au mieux la sortie de la personne âgée⁸¹.

D) Les actions à réaliser

Concrètement, pour réaliser l'étude, il faudra d'abord construire un outil permettant de faire remonter les situations des personnes constituant la population cible, des urgences vers la MAIA. Cet outil sera une fiche, dont le contenu et la démarche de construction seront développés par la suite.

Ces fiches seront remplies et recueillies pendant deux mois, du 31 mars au 30 mai 2014, par les professionnels des urgences et de l'UMG, puis j'analyserais et synthétiserais les informations recueillies, avant de les discuter avec la pilote de la MAIA afin d'en dégager des propositions d'actions.

1.3.3 La démarche adoptée

A) Phase de lancement de l'étude

Suite au cadrage de l'étude concertation entre la pilote, le référent santé et moi-même, nous avons décidé de constituer un groupe de travail avec les professionnels des services qui seront concernés (cités précédemment), afin de discuter avec eux des objectifs de l'étude, de son contenu, du choix de la méthode et de ses modalités de mise en œuvre.

En amont de cette séance, j'ai travaillé sur l'outil qui sera utilisé pour faire le lien entre la MAIA et le service des urgences. Cet outil, dont le contenu et la construction seront

⁸¹ Professeur Nathalie Salles, « *Le service public hospitalier et la vulnérabilité : les équipes mobiles de gériatries* », Société Française de Gériatrie et Gérontologie, CHU de Bordeaux, page 15

détaillés par la suite, est une fiche devant être remplie à chaque fois qu'une personne âgée, correspondant aux critères de la population cible de l'étude, se présente aux urgences. Cet outil a été construit en amont de la séance en groupe de travail afin qu'il constitue un « document martyr », une base à discuter et à modifier.

Deux séances en groupe de travail ont été organisées, au cours desquelles étaient présents la pilote de la MAIA, le référent santé, un médecin de l'Unité Mobile Gériatrique, le médecin responsable du service des urgences adultes et moi-même.

Durant la première séance, j'ai présenté l'étude, ses objectifs et son intérêt. Il est tout d'abord primordial de relever l'intérêt porté à l'étude par les médecins de l'UMG et du service des urgences. Ils ont montré un réel intérêt pour les objectifs de l'étude et ont fait part de leur volonté d'y participer. La forme de l'outil proposé, à savoir la fiche en tant que document papier à remplir a été validé. Cependant son contenu a fait l'objet de plus de discussions et de modifications.

Lors de la seconde séance, j'ai donc présenté au groupe de travail une autre fiche, modifiée en fonction des indications données pendant la précédente séance. Cette dernière a été approuvée. Il a ensuite été décidé que je présente cette étude et cet outil aux autres professionnels des urgences et de l'UMG qui seront concernés, ceux qui seront susceptibles d'utiliser la fiche.

J'ai donc rencontré successivement les deux ASE du service des urgences ainsi que des médecins et infirmiers de l'UMG, lesquels ont également fait part de leur bonne volonté pour participer à cette étude. Nous avons convenu que je leur envoie la fiche par e-mail afin qu'elle soit à leur disposition lorsqu'ils auront besoin de la remplir. Nous avons également prévu des rencontres régulières aux cours des deux mois prévus pour le recueil de ces fiches, afin de faire le point régulièrement et oralement, de discuter des difficultés qu'ils pourront éventuellement rencontrer.

B) Construction et contenu de la fiche

a) *Démarche de construction*

Pour construire la fiche⁸², je me suis tout d'abord largement inspirée de la fiche de liaison inter-partenaire⁸³. Cette fiche de liaison, utilisée par les acteurs du guichet intégré entre eux, est un outil MAIA en cours d'expérimentation, qui a pour finalité de transmettre des informations sur la situation des personnes âgées lorsqu'il s'est produit un évènement important qui a un retentissement sur le maintien à domicile de la personne âgée. Ce choix m'est apparu pertinent parce-que la fiche d'orientation a pour fonction, tout comme la fiche de liaison, de faire le lien entre deux services, à savoir ici dans cette étude les urgences et la MAIA.

Reprendre cet outil pour construire la fiche de l'étude m'a également paru opportun du fait que ce dernier a été véritablement co-construits par le guichet intégré lors de groupes de travail, or le service des urgences du CHU fait partie intégrante de ce guichet intégré, une assistante sociale des urgences a participé à un de ces groupes de travail. J'en ai donc déduit que pour correspondre à leur besoin et à leur « logique », il fallait partir de ce qu'ils avaient déjà construit.

Ensuite, j'ai continué à construire la fiche de l'étude en ajoutant des éléments intéressant l'étude en question, tels que par exemple des éléments concernant l'évaluation de la situation de la personne âgée (dépendance, autonomie sociale, professionnels intervenant à domicile etc...)

b) *Explicitation du contenu*

La fiche fonctionne en grande partie par un système de cochage pour qu'elle puisse être remplie le plus rapidement possible. Le contenu tient sur une feuille recto-verso. En effet, les professionnels des urgences et de l'UMG disposent d'un temps restreint, la fiche ne doit pas être trop lourde.

⁸² Annexe 2

⁸³ Annexe 3

On trouve en premier lieu un cadre destiné à recevoir l'étiquette habituellement utilisée aux urgences, contenant le nom de la personne et surtout son numéro de dossier. On trouve ensuite un emplacement pour inscrire la date de remplissage, puis un encadré explicitant le demandeur et le destinataire, pour retrouver la personne en cas de besoin par la suite.

Ensuite, la fiche reprend les critères de la population ciblée par l'étude, afin qu'elle soit remplie et utilisée à bon escient.

Viennent ensuite des éléments utiles à l'étude du parcours de santé de la personne tels que l'évaluation sa perte d'autonomie ou encore des informations relatives à son environnement de vie, sa vie quotidienne, son entourage ou son accompagnement professionnel. Lors d'un groupe de travail avec les médecins de l'UMG et des urgences, un cinquième critère, à savoir le fait que la personne soit déjà venue pour une consultation ou une hospitalisation aux urgences au cours des trois derniers mois. Ce critère est apparu important car un deuxième recours précoce aux urgences, surtout lorsque ce dernier est non médicalement justifié, peut bien souvent marquer un dysfonctionnement dans le parcours de santé de la personne âgée.

C) Le recueil des données

La période de recueil des données a duré deux mois, du 30 mars 2014 au 1^{er} juin 2014. Pendant ces deux mois, les fiches ont été remplies lorsqu'une personne correspondant à la population cible de l'étude s'est présentée aux urgences. Ces personnes sont celles de plus de soixante ans, vivant à domicile, présentant une perte d'autonomie, vivant sur le territoire de la MAIA, et dont le médecin urgentiste a évalué que le recours aux urgences n'était pas médicalement justifié.

Bien que les médecins des urgences et de l'UMG aient été associés aux deux groupes de travail en amont du recueil de données, les fiches ont exclusivement été remplies par les deux Assistantes Sociales Educatives (ASE) du service des urgences.

Au total sept situations concernant l'étude ont été recueillies par les ASE. Pour me transmettre ces données, nous nous donnions rendez-vous environ toutes les trois semaines, d'une part pour qu'elles me transmettent les fiches recensant les situations de

personnes âgées ayant eu un recours inapproprié aux urgences, et d'autre part pour que l'on puisse discuter ensemble de ces situations. En effet, le transfert des fiches aurait pu se faire par fax ou par mail, mais nous trouvions plus intéressant de se rencontrer régulièrement et d'en discuter afin de mieux analyser les situations, d'échanger dessus pour que je les comprenne mieux.

En plus des fiches remplies, les ASE me transmettaient aussi le dossier médical des personnes pour lesquelles elles avaient rempli une fiche, ce dossier étant plus complet et facilitant l'analyse des situations. Dans un souci de respect du secret professionnel, aucun noms ne figuraient dans les dossiers médicaux qu'elles me transmettaient.

1.3.4 Présentation, analyse et interprétation des résultats obtenus

- A) Un nombre infime de recours inappropriés aux urgences hospitalières par les personnes âgées vivant à domicile

Au cours de la période étudiée (deux mois : du 31 mars au 1^{er} juin 2014), au total 1804 personnes âgées de plus de soixante-cinq ans ont eu recours au service des urgences du CHRU de Montpellier. Sur ces 1804 personnes, sept personnes correspondaient à la population ciblée par l'étude, à savoir une personne de plus de soixante ans vivant à domicile ayant recours aux urgences pour une raison non justifiée médicalement.

Nombre de personnes âgées de plus de 65 ans ayant eu recours aux urgences	1804
Nombre de personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile et ayant eu recours aux urgences pour une raison non justifiée médicalement	7

D'après ce résultat, le recours non-médicalement justifié aux urgences hospitalières concernerait très peu les personnes âgées de plus de soixante ans vivant à domicile sur le territoire est-héraultais. Le postulat de départ, le constat ou le sentiment émis par les partenaires du guichet intégré selon lesquels trop de personnes âgées ont recours au service des urgences hospitalières de façon inappropriée pourrait donc être infirmé.

Ce nombre infime de personnes ciblées par l'étude, au regard du nombre de personnes âgées ayant eu recours aux urgences, peut s'expliquer par plusieurs raisons.

Tout d'abord rappelons que sont exclues de la population cible les personnes âgées vivant en institution d'hébergement permanent (puisque c'est bien le domicile qui intéresse la MAIA), ainsi que celles qui ont été hospitalisées suite à leur passage aux urgences (puisque si elles ont été hospitalisées cela veut dire que le recours aux urgences était médicalement justifié).

Par ailleurs, trois principaux biais peuvent remettre en question le résultats de l'étude.

Premièrement toutes les situations de recours non médicalement justifiés n'ont peut-être pas été recensées et/ou transmises pour les besoins de l'étude, du fait notamment d'oubli de la part des professionnels, de manque de temps, etc...

De plus le critère de « recours non médicalement justifié » a pu faire l'objet de confusions avec la notion de « motif non médical ». En effet le motif de recours aux urgences peut être médical sans pour autant constituer un problème somatique aigu nécessitant le recours aux urgences. Certains problèmes médicaux peuvent être résolus notamment par les soins de ville. Ce critère, déterminant pour l'étude, n'était peut-être pas assez clairement défini ou difficile à appliquer dans la sélection des situations.

Enfin, seules les assistantes sociales du service des urgences ont transmis les situations, ce qui fait que toutes les situations étudiées ont bénéficié d'une action du service social. Les autres situations n'ont donc pas été étudiées.

B) Analyse des situations

Afin d'analyser les données recueillies via les fiches et les dossiers médicaux, le tableau de bord suivant a été élaboré:

Nature des données recueillies	Données recueillies sur les sept situations
Age	Plus de 75 ans : 2 Moins de 75 ans : 6
Situation familiale de la personne	Vit seul : 4 Vit en couple : 1 Cohabitation avec enfant/aidant : 2
Analyse de la situation environnementale de la personne	Maintien à domicile préoccupant : 3 Aucune information : 4
Aidant	Pas d'aidant : 4 Aidant épuisé : 1 Aidant indisponible/défaillant : 1 Aucune information : 1
Analyse de l'accompagnement professionnel en place à domicile (paramédical, social)	Infirmier, aide-ménagère: 1 Infirmier, Auxiliaire de vie (absente) : 1 Aucune information : 4
Médecin traitant	Oui : 5 Non : 1 Ne sait pas : 1
Origine de la décision d'orienter la personne âgée vers les urgences	La personne même : 1 Le médecin traitant : 2 SAMU/Pompiers : 4
Nature du diagnostic au service des urgences	Problème social: 4 Autre : 3
Suite donnée par les urgences après admission	Retour à domicile dans les 24 heures après admission : 3 Mise en observation avant retour à domicile : 4
La personne est déjà venue aux urgences dans les trois mois précédents	Oui : 1 Aucune information : 6
Orientation vers un ou plusieurs autres services d'aide et de soins	Oui : 4 (dont 3 vers la MAIA) Non : 3

a) *Analyse des caractéristiques de ces situations*

Parmi ces sept situations identifiées, on observe que les personnes de plus de soixante-quinze ans sont plus concernées par les recours non médicalement justifiés aux urgences que les personnes ayant moins de 75 ans. L'âge semble donc ici un élément à prendre en compte.

On constate également que celles vivant seules sont également plus concernées que celles vivant en couple ou en cohabitation avec un enfant ou un aidant. Les personnes n'ayant pas d'aidant ont aussi plus recours aux urgences pour une raison inappropriée.

b) *Le traitement de ces situations au service des urgences*

Dans la majorité des cas ici, les personnes âgées ont été orientées par les urgences par le SAMU ou les pompiers. Selon les assistantes de service social des urgences, il semblerait que les personnes soient orientées vers les urgences par ces professionnels car « *il n'y a pas d'autres solutions* », bien que l'urgence ne soit pas de nature médicale, elle est ou peut devenir dangereuse pour la personne. Face à ce type de situation, les pompiers ou le SAMU n'ont d'autre choix que d'orienter la personne vers les urgences hospitalières.

Concernant le diagnostic émis par les professionnels des urgences, le problème purement social représente quatre situations. C'est le cas par exemple de deux personnes âgées démentes ayant fugué et errant dans la rue. Les trois autres situations concernaient des personnes âgées présentant des troubles somatiques non urgents médicalement. Selon les professionnels le recours aux urgences n'était donc pas médicalement justifié mais a été décidé du fait de l'absence d'une autre solution possible ou encore par l'absence de recherche d'une solution autre que celle des urgences.

Une fois admises aux urgences, trois des personnes âgées sont retournées à domicile après consultation médicale avec parfois une réorientation vers d'autres services d'aides et de soins, et quatre sont restées en observation, le plus souvent en attente d'une autre solution.

c) *L'évaluation de la situation par le service des urgences*

La totalité des situations identifiées ont fait l'objet d'une intervention des assistantes sociales des urgences. L'analyse de l'évaluation de la situation des personnes faite par le service des urgences ne concerne donc ici que les situations ayant fait l'objet d'une intervention du service social en plus d'une consultation médicale.

Pour chacune des sept situations, une évaluation médicale a été réalisée. Cependant en ce qui concerne l'évaluation globale de la personne incluant notamment l'adaptation de son environnement, l'accompagnement professionnel en place à son domicile, la présence de son entourage voir d'un aidant ou encore son autonomie sociale, l'évaluation est succincte.

Concernant cette évaluation de la situation de la personne dans sa globalité, seule l'existence ou non d'un médecin traitant et d'un aidant est identifiée presque à chaque fois.

Pour ce qui est de l'accompagnement social et paramédical mis en place au domicile, il n'est évalué que pour deux des sept situations, de façon succincte. L'environnement de la personne ainsi que son autonomie sociale ne sont pas évalués. De même, il n'existe que très peu d'information sur le parcours de santé de la personne, notamment sur les précédentes hospitalisations.

Les sept situations en question ici ont eu recours aux urgences pour un motif social ou du moins non-médicalement justifié. Or, elles n'ont bénéficié quasi-exclusivement que d'une évaluation purement médicale au service des urgences, bien que leur problème soit d'une autre nature.

Ces personnes âgées, s'il elles ne sont pas réorientées vers un autre service d'aide et de soins, ont donc un risque de retourner à domicile de « façon inappropriée », c'est-à-dire sans que leur réelle demande ne soit identifiée, et présente donc un risque de recourir une nouvelle fois aux urgences pour une raison non-médicalement justifiée. Sur les sept situations, le service des urgences à orienter quatre d'entre elles vers d'autres acteurs d'aide et de soins.

Illustration avec une de sept situations de l'étude :

Madame X, quatre-vingt-six ans, se présente pour la troisième fois en deux semaines aux urgences pour motif de constipation, de sa propre initiative. D'après le compte rendu de consultation, cette personne obnubilée par son transit lent est en réalité, d'après le compte rendu de consultation, anxieuse, démentée et isolée, c'est pourquoi elle se présente aux urgences dans l'espoir d'être hospitalisée. Ici les médecins ont donc décrété qu'il fallait faire point sur les troubles cognitifs de cette personne et sur sa situation sociale, elle est donc réorientée vers une consultation au service gériatrique. Cependant, si une évaluation plus globale de la personne avait été effectuée dès le premier recours aux urgences non justifié, cette personne âgée ne serait peut-être pas venue trois fois pour cette demande qui était en réalité sociale.

d) Le lien avec la MAIA

Sur les sept situations observées de recours inappropriés aux urgences par les personnes âgées sur la période étudiée, la MAIA a été sollicitée par le personnel hospitalier pour trois d'entre elles. Cependant aucune de ces situations n'a fait l'objet d'une entrée en gestion de cas puisqu'elles ne correspondaient pas aux critères exigés. Elles ont seulement nécessité une information et/ou une orientation par la pilote vers d'autres services adaptés, via notamment plusieurs appels téléphoniques.

1.3.5 Propositions d'actions et recommandations

Comme l'indiquait le Professeur JEANDEL lors de la table tactique de la MAIA Est-héraultaise du 19 décembre 2013⁸⁴, il est important d'évaluer l'autonomie de la personne âgée lors de l'admission à l'hôpital. Cette observation comprend donc les admissions aux urgences. Il semble d'autant plus important d'évaluer l'autonomie de la personne âgée lorsque le recours aux urgences n'est pas médicalement justifié, afin d'identifier quelle est la réelle demande de la personne ou le réel problème sous-jacent dans sa situation. L'objectif étant d'anticiper un nouveau recours aux urgences inapproprié et fluidifier le parcours de santé.

⁸⁴ Compte rendu table tactique du 19 décembre 2013, MAIA Est-héraultaise, page 4

Cependant cette évaluation de l'autonomie globale de la personne et non plus seulement médicale peut s'avérer infaisable au regard des moyens dont disposent les urgences, ce n'est pas leur rôle, en particulier lorsque la personne âgée est dans une situation complexe. C'est pourquoi le lien entre les urgences et la MAIA est à continuer de développer. En effet, si le besoin se présente, les professionnels des urgences doivent pouvoir réorienter la personne âgée vers le partenaire du guichet intégré de la MAIA le plus adapté (notamment grâce à l'annuaire de ressources), ou encore effectuer une demande d'orientation en gestion de cas auprès de la pilote si la situation de la personne répond aux critères de complexité. La réalisation de cette étude a permis d'amorcer ce lien.

1.4 Etude de l'offre du territoire de la MAIA Est-héraultaise en accueil de jour

1.4.1 L'accueil de jour : Définition et enjeux

A) Qu'est-ce que l'accueil de jour ?

L'accueil de jour des personnes âgées constitue, avec l'hébergement temporaire, un mode d'accueil temporaire⁸⁵. Il s'agit d'accueillir une personne âgée pendant une ou plusieurs journées, voir demi-journées, par semaine. Il s'adresse prioritairement aux personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, mais également aux personnes âgées en perte d'autonomie physique qui souhaitent bénéficier d'un projet de soutien à domicile⁸⁶.

Ce mode alternatif à l'hébergement permanent a trouvé une base légale par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, l'objectif étant de diversifier les modes de prise en charge à destination des personnes en perte d'autonomie, de favoriser le libre choix et de permettre le maintien à domicile couplé à une qualité de vie le plus longtemps possible⁸⁷.

L'accueil temporaire poursuit en effet trois grands objectifs : « *prendre en charge ponctuellement les personnes en perte d'autonomie qui souhaitent rester à domicile ; permettre une période de répit et de suppléance de l'aidant ; répondre à des situations d'urgence en matière d'hébergement* »⁸⁸.

L'accueil de jour a été créé pour resocialiser la personne âgée dans le cadre d'un soutien à domicile, aider les familles dans les difficultés auxquelles elles sont confrontées dans le cadre de l'accompagnement de leur aîné dépendant, mais peut aussi constituer un

⁸⁵ Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, direction générale de la cohésion sociale, CIRCULAIRE N° DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire

⁸⁶ *ibid*

⁸⁷ *ibid*

⁸⁸ *ibid*

accompagnement entre le domicile et l'institution permettant un temps d'adaptation à la collectivité en vue d'une entrée en établissement d'hébergement permanent⁸⁹.

Les accueils de jours peuvent être des structures autonomes, mais elles sont le plus souvent des structures adossées à un EHPAD. Ces structures doivent permettre de préserver, de stimuler voir même de restaurer dans la mesure du possible l'autonomie de la personne âgée accueillie. En effet, ce n'est pas un simple dispositif d'accueil mais un dispositif qui doit contenir un véritable objectif thérapeutique via l'élaboration d'un projet d'accompagnement individualisé dans un espace dédié à l'accueil de jour⁹⁰. Cet accompagnement individualisé peut se traduire notamment par des activités de stimulation cognitive, des activités visant une meilleure nutrition, des activités contribuant au bien être ou encore des activités physiques⁹¹.

Dans le cadre de ces différentes activités, plusieurs types de professionnels peuvent intervenir tels que par exemple des infirmiers, des psychologues, des ergothérapeutes, des animateurs géronto-sportif, mais aussi des bénévoles⁹².

B) Les enjeux relatifs à l'accueil de jour

L'accueil de jour doit s'intégrer pleinement dans la filière d'aide et de soins gérontologique installée autour de la personne âgée accueillie, afin d'assurer la coordination de la prise en charge, notamment avec le médecin traitant et en concertation avec les autres professionnels intervenant auprès de la personne. L'accueil de jour doit donc travailler en articulation avec une consultation mémoire du territoire et en collaboration avec les structures de soutien à domicile et les professionnels libéraux⁹³.

L'accueil de jour doit également travailler en lien avec les associations de famille et d'usagers et surtout en lien étroit avec la famille de l'utilisateur.

⁸⁹ Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, direction générale de la cohésion sociale, CIRCULAIRE N° DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire

⁹⁰ *ibid*

⁹¹ *ibid*

⁹² Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, direction générale de la cohésion sociale, CIRCULAIRE N° DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire

⁹³ *ibid*

L'accueil de jour, comme l'accueil temporaire en général, constitue un élément important de la politique de soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Cependant, plusieurs obstacles peuvent freiner son développement, à savoir : le manque de lisibilité de l'offre sur le territoire, le manque de connaissance du dispositif par les professionnels libéraux, la réticence des personnes âgées à sortir de leur domicile, l'appréhension vis-à-vis d'un accueil de jour adossé à un EHPAD, le sentiment de culpabilité de l'aidant ou encore le reste à charge financier de l'utilisateur⁹⁴. Les obstacles peuvent donc être de diverses natures.

1.4.2 Cadrage de l'étude

A) Intérêt et objectifs de l'étude

L'accueil de jour constitue un élément important pour le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Or, comme expliqué précédemment, favoriser le maintien à domicile de ce public constitue l'objectif des MAIA. Le maintien à domicile correspond à la fois majoritairement au projet de vie des personnes âgées et de leur famille, mais aussi aux objectifs des pouvoirs publics qui visent un système de prise en charge de la perte d'autonomie plus efficient.

L'accueil de jour est une des alternatives à l'institutionnalisation permanente des personnes âgées. En effet il permet de fournir du répit aux aidants et donc d'éviter leur épuisement. En outre, ce dispositif vise également la stimulation de la personne âgée permettant d'anticiper dans la mesure du possible une perte d'autonomie trop importante qui compromettrait son maintien à domicile. Il était donc intéressant d'étudier l'offre de places d'accueil de jour sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise.

L'intérêt est de fournir des éléments objectifs sur ce sujet aux décideurs du territoire en la matière, que sont notamment l'ARS Languedoc-Roussillon et le Conseil Général de l'Hérault. Ce sujet d'étude s'inscrit de plus dans les priorités 2014 fixées par l'ARS Languedoc-Roussillon qui compte réfléchir à « *l'opportunité d'appels à projet*

⁹⁴ Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, direction générale de la cohésion sociale, CIRCULAIRE N° DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire

expérimentaux sur le parcours de soins de la personne âgée en s'appuyant sur les modalités d'accueil de jour, d'hébergement temporaire ainsi que sur les Ssiad », et sur l'accueil des personnes handicapées vieillissantes »⁹⁵.

L'objectif de cette étude est de recenser les besoins du territoire tant quantitativement que qualitativement, afin de savoir dans quelle mesure l'offre proposée sur le territoire est suffisante et adaptée au regard de la demande.

Afin de mesurer si l'offre en accueil de jour sur le territoire est suffisante quantitativement, il s'agira de répondre aux questions suivantes :

- *Combien de places en accueil de jour sont proposées sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise ?*

Pour déterminer si l'offre en accueil de jour est suffisante quantitativement, recenser l'offre réelle en nombre de places constitue le point de départ.

- *Combien y a-t-il eu de demandes en accueil de jour ?*

Il s'agit ici de savoir combien de personnes âgées ont formulé une demande auprès des établissements proposant un accueil de jour sur la période étudiée.

- *Combien de personnes âgées ayant effectué une demande d'accueil de jour ont été réellement accueillies en accueil de jour ?*

Déterminer combien de demandes effectuées sur la période étudiée ont réellement abouti sera un indicateur qui permettra d'évaluer si le nombre de places proposé est suffisant au regard du nombre de demandes effectuées.

- *Parmi les demandes ayant abouti, quel était le délai d'attente ?*

Déterminer combien de temps s'est écoulé entre la date de formulation de la demande et la date d'admission de la personne en accueil de jour, toujours dans l'optique de mesurer si le nombre de places proposé est suffisant au regard du nombre de demandes effectuées.

Afin d'étudier si l'offre en accueil de jour sur le territoire est adaptée aux besoins, dans une optique plutôt qualitative, il s'agira de répondre aux questions suivantes :

⁹⁵ APM International, « Médico-social : l'ARS Languedoc-Roussillon a financé 850 places en 2013 », 12 mai 2014

- *Quelles sont les raisons du non aboutissement de certaines demandes ?*

Connaître les raisons pour lesquelles une demande d'admission en accueil de jour n'aboutit pas peut permettre d'identifier en quoi l'offre peut ne pas correspondre aux besoins de certaines personnes âgées.

- *Quelle est la commune du domicile des personnes effectuant une demande ?*

Cet indicateur peut permettre de savoir si la répartition de l'offre de places en accueil de jour sur le territoire est adaptée à la demande, si la proximité est suffisante.

- *Quel type d'établissement proposant un accueil de jour reçoit le plus de demandes et pour quelles raisons ?*

Il existe sur le territoire un établissement autonome spécialisé sur l'accueil de jour thérapeutique, mais il y a également des EHPAD qui proposent quelques places en accueil de jour en plus de l'hébergement permanent. Il est intéressant de voir vers quel type d'établissement sont plutôt adressées les demandes et pour quelles raisons.

B) Les actions à réaliser

Pour réaliser cette étude et répondre aux questionnements posés ci-dessus, la participation des établissements autorisés par les tutelles⁹⁶ à proposer des places en accueil de jour pour les personnes âgées sera nécessaire.

Après avoir recensé la liste de ces établissements sur le territoire, il conviendra donc de prendre contact avec eux afin de leur demander de fournir s'ils le peuvent des données susceptibles de répondre aux questions posées ci-dessus. Ces données seront ensuite analysées. Les données brutes données par les établissements devront si possible être éclairées par des commentaires plus qualitatifs via des rencontres avec les responsables des différents établissements proposant des places d'accueil de jour.

⁹⁶ ARS Languedoc-Roussillon et Conseil général de l'Hérault

1.4.3 La démarche adoptée

A) Cadrage de l'étude

Le territoire de l'étude sera celui de la MAIA Est-héraultaise, puisque c'est sur ce territoire que la pilote est compétente pour veiller à l'adéquation de l'offre aux besoins.

La période étudiée sera celle du 1^{er} janvier 2014 au 30 avril 2014. Une période de quatre mois semblait plutôt représentative. De plus, il était plus aisé pour les établissements de retrouver les données qui leur étaient demandées pour les mois qui précédaient plutôt que celles des années précédentes.

L'accueil de jour étudié est celui proposé aux personnes âgées de plus de soixante ans, ce qui comprend donc les personnes en situation de handicap vieillissantes.

B) Le recensement des places d'accueil de jour sur le territoire est-héraultais

La première étape pour réaliser cette étude était de recenser toutes les places en accueil de jour proposées sur le territoire est-héraultais et autorisées par les tutelles.

Pour cela a été consultée la liste des établissements autorisés par le Conseil général de l'Hérault, dans lequel l'offre de chaque établissement est détaillée⁹⁷. Une liste de dix établissements proposant des places en accueil de jour sur le territoire de la MAIA a donc été établie. Il est à noter toutefois que la liste fournie par l'ARS⁹⁸ ne cite pour sa part que cinq de ces dix établissements recensés par le Conseil général. La liste du Conseil général étant plus complète, c'est elle qui a constitué le document de base pour le recensement des places d'accueil de jour.

S'est posé la question d'intégrer ou non dans la liste l'établissement « Les Jardins de Sophia ». En concertation avec la pilote et sur la base du document du Conseil général

⁹⁷ Conseil général de l'Hérault, Direction de l'offre médico-sociale « *Liste des établissements pour personnes âgées autorisés par le Conseil général de l'Hérault et installés* », 20 mars 2014

⁹⁸ ARS « *Département de l'Hérault – AJ (EHPAD et centres AJ)* », 05/06/2014

précédemment cité, nous avons pris la décision d'exclure cet établissement de l'étude. En effet même s'il propose un accueil des personnes âgées à la journée, c'est un établissement de soins de longue durée avec une hospitalisation de jour financé par l'Assurance Maladie. L'établissement ne relève donc pas de l'accueil de jour à proprement dit comme décrit dans la circulaire de référence⁹⁹.

C) Le recueil des données

A partir de la liste précédemment établie, les responsables de l'accueil de jour de chaque établissement ont tous été contactés un par un par téléphone.

Lors de ce contact téléphonique, l'étude et ses objectifs leur ont été présentés, avant de leur proposer une rencontre pour échanger sur le sujet. Certains ont accepté et une rencontre a été convenue, d'autres manquaient de temps ou bien avaient peu de données à transmettre, les informations ont donc été échangées uniquement par téléphone.

Au total sur les responsables des accueils de jour des dix établissements recensés, cinq ont été rencontrés physiquement et quatre autres ont accepté un échange téléphonique ou électronique.

⁹⁹ Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, direction générale de la cohésion sociale, CIRCULAIRE N° DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire

Lors de ces échanges, la grille de questionnements était la suivante :

- Combien de places en accueil de jour proposez-vous ?
- Combien de demandes avez-vous reçu depuis le 1^{er} janvier 2014 ?
- Constatez-vous une augmentation de la demande en accueil de jour auprès de votre établissement ?
- Combien de ces demandes ont effectivement abouties à ce jour ?
- Parmi celles qui ont abouti, quel était le délai d'attente ?
- Parmi celles qui n'ont pas abouti, quelle était la raison de ce non aboutissement ?
- Quelle est la commune d'origine des personnes qui effectuent une demande auprès de votre établissement ?
- Par qui ces demandeurs sont-ils adressés, qui les a orientés vers l'accueil de jour ?
- Selon vous, l'attente principale et première des demandeurs est-elle plutôt de l'ordre du répit de l'aidant (régulier ou ponctuel) ou de la stimulation de la personne âgée ?
- Selon vous quel type de structure proposant de l'accueil de jour est-il le plus adapté à la demande ? L'accueil de jour dit « classique » adossé à un EHPAD ou un établissement autonome et spécialisé dans l'accueil de jour thérapeutique ?

La précision des réponses variait selon que l'échange soit physique ou téléphonique et selon que l'établissement ait classé ou non toutes ces données de façon formelle.

1.4.4 Présentation, analyse et interprétation des résultats obtenus

A) L'offre en accueil de jour sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise

Au 20 mars 2014, le Conseil général de l'Hérault autorise au total quarante-neuf places en accueil de jour sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise¹⁰⁰.

Ces quarante-neuf places sont réparties sur dix établissements. Parmi ces dix établissements on trouve un établissement uniquement dédié à l'accueil de jour thérapeutique Alzheimer, proposant dix-neuf places. Il représente donc à lui seul près de la moitié des places autorisées sur le territoire et présente la spécificité de proposer un projet thérapeutique spécialisé sur la maladie d'Alzheimer. Les trente autres places en accueil de jour sont réparties sur neuf EHPAD. Ces neuf EHPAD ont des statuts juridiques diversifiés : privé commercial, privé associatif, mutualiste, public CCAS. Parmi eux, un EHPAD présente la spécificité de proposer six places en accueil de jour pour personnes handicapées mentales vieillissantes uniquement.

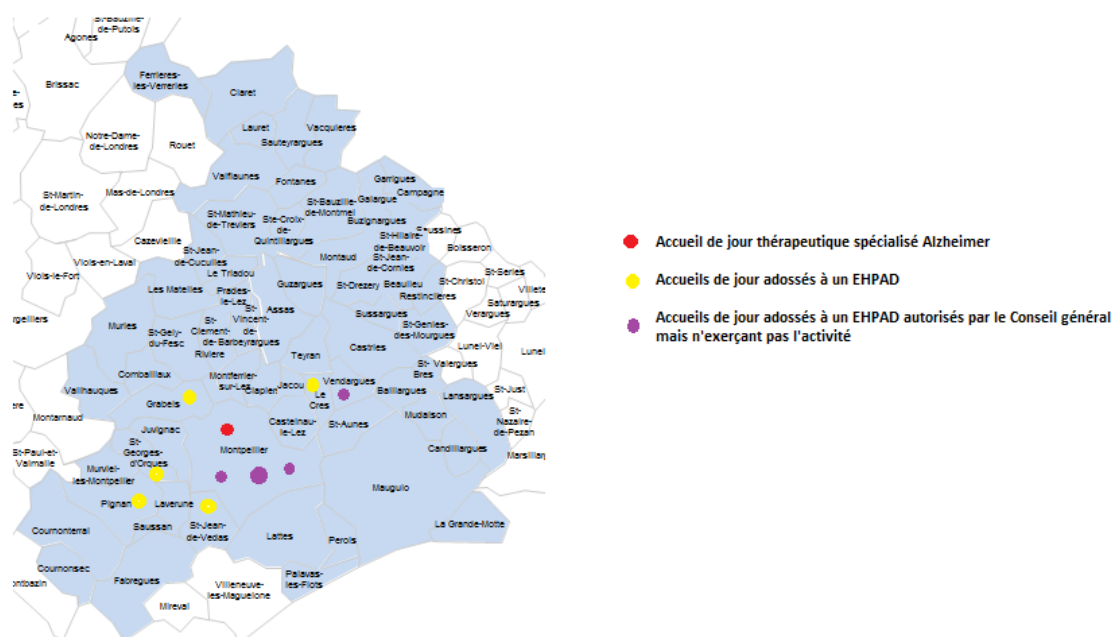
Type d'établissement proposant des places d'accueil de jour	Nombre d'établissements	Nombre de places d'accueil de jour autorisées par les tutelles
Accueil de jour thérapeutique spécialisé Alzheimer	1	19
Accueil de jour adossé à un EHPAD	9	30
Total	11	49

Cependant en contactant les établissements, il s'est avéré que dans les faits les quarante-neuf places en accueil de jour ne sont pas réellement proposées. En effet, quatre EHPAD ne proposent pas de places en accueil de jour malgré l'autorisation délivrée par les tutelles, ce qui représente huit places. De plus, un EHPAD mis en place très récemment est autorisé pour six places d'accueil de jour mais n'en propose pour le moment que deux. Le nombre de places réellement proposé n'est donc pas de quarante-neuf mais de trente-sept.

¹⁰⁰ Conseil général de l'Hérault, Direction de l'offre médico-sociale « Liste des établissements pour personnes âgées autorisés par le Conseil général de l'Hérault et installés », 20 mars 2014

Pour deux d'entre eux, ce choix a été fait parce-que l'activité accueil de jour est difficilement conciliable en pratique avec celle de l'hébergement permanent. Selon eux ce sont des modes de prises en charge répondant à des exigences différentes, et donc à des moyens, notamment humains, spécifiques dont ils ne disposent pas. Par exemple, selon un responsable d'un de ces établissements l'accueil de jour du matin est rendu difficile car le personnel se consacre au lever et aux toilettes des personnes accueillies en hébergement permanent. Un autre de ces établissements justifie ce choix par le fait que l'établissement effectue actuellement des travaux importants, ce qui perturbe momentanément son activité.

Concernant la répartition géographique de cette offre, quatre établissements sont situés sur la ville de Montpellier, ce qui représente vingt-cinq places autorisées et dix-neuf réellement proposées. Les vingt-quatre autres places autorisées sont situées sur les communes avoisinantes, à savoir Le Crès, Pignan, Saint Georges d'Orques, Saint Jean de Vedas, Vendargues et Grabels. Sur le territoire étudié, seulement sept communes sur soixante-six sont donc couvertes par le dispositif accueil de jour, concentrées uniquement sur celle de Montpellier et limitrophes.



2 Répartition géographique et typologique des accueils de jour sur le territoire de la MAIA Est-heraultaise

B) La demande d'accueil de jour sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise

a) *Une demande supérieure au nombre de places proposées*

Au total, les dix établissements contactés proposant des places en accueil de jour sur le territoire de la MAIA ont reçu à eux tous soixante et une demandes sur la seule période du 1^{er} janvier 2014 au 30 avril 2014.

Or, comme évoqué précédemment, quarante-cinq places en accueil de jour sont autorisées par le Conseil général sur ce même territoire et parmi ces quarante-cinq places, trente-sept sont réellement proposées aux usagers, réparties sur six établissements. La demande est donc largement supérieure au nombre de places proposées sur le territoire.

Nombre de places d'accueil de jour autorisées par les tutelles	Nombre de places d'accueil de jour réellement proposées	Nombre de demandes de places d'accueil de jour sur la période du 01/01/2014 au 30/04/2014 sur le territoire de la MAIA
49	37	61

De plus, tous disent constater une augmentation des demandes depuis quelques années, sans pour autant pouvoir fournir des données permettant d'objectiver ce processus.

Cependant parmi ces soixante-et-une demandes, toutes n'aboutiront pas. En effet, les établissements constatent qu'après formulation d'une demande, certains se rétractent du fait par exemple d'un décès ou encore d'une dégradation soudaine de l'état de santé nécessitant une hospitalisation ou une entrée en institution permanente, ou encore pour d'autres raisons inconnues des responsables d'établissements (selon eux un désistement peut également être dû au tarif, ou encore au temps de transport, à la culpabilité de l'aidant, etc...) D'autres demandes n'aboutissent si l'offre ne correspond pas à la demande : les personnes peuvent être par exemple trop dépendantes au regard des moyens dont disposent l'établissement, un équilibre en terme de charge de travail étant recherché par ces derniers.

b) La variabilité paradoxale des délais d'attente selon les établissements

Le délai entre la formulation d'une demande et l'aboutissement de cette demande (personne accueillie à la journée au sein de l'établissement) est extrêmement variable selon les différents établissements proposant cette prestation.

Pour un d'entre eux, le délai d'attente est moyenne d'entre un et trois mois alors que pour un autre il est de un à deux ans. Un autre EHPAD n'est pas confronté aux délais d'attente car l'accueil de jour qu'il propose relève plutôt du service « informel », ponctuel et/ou temporaire, gratuit. Les trois derniers établissements contactés et proposant « réellement » des places d'accueil de jour n'ont pas de délais d'attente puisque leur taux de remplissage n'est pas de cent pour cent.

Délais moyen d'attente	Nombre et type d'établissements correspondants
1 à 2 ans	1 (Accueil de jour adossé à un EHPAD)
1 à 3 mois	1 (Accueil de jour thérapeutique spécialisé Alzheimer)
Pas de délais d'attente	4 (Accueil de jour adossé à un EHPAD)

Ces différences entre les établissements constituent un paradoxe. Certains ont des délais d'attente relativement importants alors que d'autres n'atteignent pas un taux de remplissage de cent pour cent. Il pourrait être opportun d'en étudier les causes, qui peuvent par exemple être relatives à la situation géographique des établissements, à leurs caractéristiques ou encore à leur visibilité.

c) Les demandeurs en accueil de jour orientés principalement par des professionnels spécialisés en gérontologie

Les EHPAD proposant des places en accueil de jour n'étaient pas en mesure de fournir des informations concernant l'origine de l'orientation des demandeurs vers le dispositif. Seules les données fournies par l'établissement spécialisé sur l'accueil de jour thérapeutique des

personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer¹⁰¹ seront donc étudiées dans cette partie.

Sur la période étudiée, l'établissement a reçu vingt-sept demandes. Sur ces vingt-sept demandes, vingt-et-un demandeurs ont répondu à la question « par qui avez-vous été orientés vers l'établissement ? ».

Origine de l'orientation des demandeurs	Nombre de demandes
Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA)	4
Pôle gériatrique « Balmés » du CHU de Montpellier	4
Hôpital de jour « Les jardins de Sophia »	2
Infirmier libéral	2
Psychiatre	2
Internet	3
Assistante de vie sociale	2
Connaissance personnelle	1
Médecin traitant	1
Tuteur	1

La majorité des demandeurs ont donc été orientés vers l'établissement par un professionnel et notamment par des professionnels spécialisés sur le champ gériatrique.

d) Une demande de proximité

Les personnes accueillies en accueil de jour sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise sont domiciliées exclusivement à Montpellier et les communes avoisinantes. En effet, le trajet journalier à effectuer exige une proximité entre le domicile et l'institution proposant le dispositif.

¹⁰¹ Accueil de jour thérapeutique Alzheimer « Ciel bleu », Montpellier

C) Le point de vue des professionnels sur les besoins du territoire en accueil de jour

Sur les dix responsables d'établissements autorisés par le Conseil général de l'Hérault à proposer des places en accueil de jour, tous ont répondu aux questions « quantitatives ». Parmi ces dix responsables d'établissements, cinq d'entre eux ont pu se rendre disponibles pour un entretien. Ces entretiens visaient à compléter les données quantitatives et objectives recueillies par des données plus qualitatives, à savoir le point de vue de ces responsables d'établissements. Voici les synthèses des principaux points qui sont ressortis de ces rencontres.

a) *L'accueil de jour, un dispositif inconnu ou mal connu par les usagers et les professionnels*

Quatre des directeurs d'EHPAD proposant des places en accueil de jour rencontrés ont souligné le manque de visibilité et de lisibilité de cette modalité de prise en charge, tant par les usagers et leurs familles que par les professionnels intervenant dans leur prise en charge à domicile (médecins généralistes, infirmiers libéraux, aides à domicile, etc...).

Par exemple, l'établissement proposant des places en accueil de jour pour personnes handicapées mentales vieillissantes reçoit plusieurs demandes de personnes âgées ne correspondant pas à ce critère et ne peut pas donner suite à leur demande, son taux de remplissage est donc loin des 100%.

Un autre responsable d'établissement déplore le fait de ne pas réussir à atteindre un taux de remplissage de 100% sur les places en accueil de jour qu'il propose, malgré des actions de communication sur ce dispositif.

Plus globalement, ces responsables ont le sentiment d'un dispositif de prise en charge mal connu malgré tous les avantages qu'il peut représenter. L'accueil de jour gagnerait à être mieux connu des professionnels et du grand public lorsque le maintien à domicile complet d'une personne âgée s'avère problématique, sans que l'institutionnalisation complète ne soit possible ou souhaitée. Ce « sentiment » de méconnaissance du dispositif par les usagers et les professionnels reste cependant à objectiver.

b) *L'établissement spécialisé en accueil de jour plus adapté que l'accueil de jour adossé à un EHPAD*

Les cinq responsables d'établissements rencontrés s'accordent sur le fait que l'accueil de jour adossé à un EHPAD n'est pas la formule la plus adaptée. D'ailleurs, trois des neuf EHPAD ont fait le choix de ne pas exercer cette activité malgré l'autorisation délivrée par les tutelles.

Selon le responsable de l'un d'entre eux, l'établissement ne reçoit de toute façon aucune demande d'accueil de jour. Toujours selon ce responsable, ceci est certainement dû au manque de visibilité de l'offre, mais l'établissement ne souhaite pas de toute façon développer cette activité, qui serait difficilement conciliable avec celle de l'hébergement permanent. L'accueil de jour est une prise en charge différente et nécessite des moyens humains spécifiques dont l'établissement ne dispose pas. Par exemple, le personnel paramédical est déjà pleinement occupé, notamment le matin, par les soins et les toilettes des résidents permanents. Administrativement, la gestion est également spécifique. Pour ce responsable la formule adaptée est celle de la structure dédiée entièrement à l'accueil de jour. Cela n'empêcherait pas ce type de structure d'être rattachée administrativement à un EHPAD, mais dans ce cas elle doit constituer une activité annexe et à part entière, à l'image des SSIAD adossés aux EHPAD.

C'est un point de vue que les cinq personnes rencontrées rejoignent. L'accueil de jour adossé à un EHPAD peut parfois être perçu, et devenir, comme une sorte de « *garderie* », dénuée de tout projet thérapeutique, ce qui est contraire aux objectifs formulés dans la circulaire relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour¹⁰². Pour répondre à ce double objectif de répit de l'aidant et de stimulation des capacités la personne âgée, la structure uniquement dédiée à l'accueil de jour leur semble la formule la plus adaptée.

Cependant, selon un responsable d'établissement proposant des places en accueil de jour, la lourdeur du dossier à monter pour ouvrir un accueil de jour thérapeutique spécialisé sur

¹⁰² Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, direction générale de la cohésion sociale, CIRCULAIRE N° DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire

la maladie d'Alzheimer constitue un réel frein au développement de ce type de structure, malgré la demande potentielle.

- c) *Une attente de répit de l'aidant primant sur la stimulation physique et cognitive de la personne âgée*

Comme évoqué précédemment, le répit de l'aidant constitue un des objectifs de l'accueil de jour mais la stimulation physique et/ou cognitive par le biais d'un projet thérapeutique constitue le deuxième objectif de cette modalité de prise charge. L'objectif étant l'entretien des capacités de la personne âgée pour un maintien à domicile le plus longtemps possible.

Cependant, selon quatre des cinq responsables rencontrés, l'attente première des demandeurs de place en accueil de jour serait bien celle du répit de l'aidant. L'épuisement ou l'indisponibilité de l'aidant serait le facteur premier qui amènerait à une demande de placement en accueil de jour d'une personne âgée dépendante. L'attente serait donc plus de l'ordre du répit de l'aidant que thérapeutique. Cette donnée sur la demande reste également à objectiver.

Ce constat amène un des responsables rencontrés à évoquer la nécessité d'une grande souplesse dans les dispositifs d'accueil de jour, souplesse qui serait plus facile à mettre en œuvre lorsque l'établissement est spécialisé sur l'accueil de jour. Cette souplesse pourrait notamment se traduire par exemple par la possibilité d'un accueil de jour ponctuel et non seulement régulier.

- d) *Une demande provenant majoritairement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé*

La totalité des responsables d'établissements rencontrés ont souligné le fait qu'ils recevaient de nombreuses demandes de places en accueil de jour pour des personnes atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé. Or, ces établissements en question ne disposent pas toujours des moyens nécessaires à l'accueil de ces personnes en nombre suffisant et ne peuvent donc satisfaire toutes ces demandes.

Ils expliquent cette surreprésentation du nombre de demandes provenant de malades d'Alzheimer par le fait que c'est une des maladies la plus épuisante pour l'aidant lorsqu'elle atteint un stade avancé.

Cette demande principale pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer peut expliquer le fait que l'accueil de jour thérapeutique spécialisé sur la maladie d'Alzheimer dispose d'une liste d'attente alors que certains EHPAD sur le même territoire n'atteignent pas un taux de remplissage à cent pour cent.

e) *La nécessité de développer des structures dédiées de proximité*

Malgré le manque de visibilité du dispositif souligné par les acteurs rencontrés, ils font tous le constat d'une demande en croissance, au sein même de la ville de Montpellier mais également dans les communes avoisinantes.

En découle selon eux une nécessité sur le territoire de développer les structures dédiées à l'accueil de jour, à Montpellier mais aussi en dehors. En effet, le transport de la personne âgée de son domicile vers la structure d'accueil n'est pas pris en charge, mis à part par certaines mutuelles. De plus, ce transport peut s'avérer fatiguant et nécessite une organisation, tant pour la personne âgée que pour son aidant. Une offre en accueil de jour de proximité est alors nécessaire afin de diminuer au maximum le temps de transport

f) *L'accueil de jour, une étape importante du parcours de la personne âgée en perte d'autonomie*

Trois des responsables d'EHPAD rencontrés proposant des places d'accueil de jour ont mis en avant le fait que les personnes accueillies en accueil de jour finissent pour la plupart à formuler une demande auprès de l'établissement pour un hébergement permanent.

Ils constatent également que les personnes hébergées de façon permanente s'intègrent mieux et plus rapidement lorsqu'elles ont précédemment été accueillies à la journée au sein de l'établissement.

Ils en concluent que l'accueil de jour est un élément facilitateur pour l'adaptation de la personne âgée à sa nouvelle vie en institution, de même pour sa famille. Ils soulignent que l'accueil de jour constitue un élément important du parcours de la personne âgée lorsqu'elle devient dépendante, permettant à la fois d'anticiper et de retarder autant que possible la nécessité d'un hébergement permanent, mais aussi de permettre une institutionnalisation progressive et en douceur, ce qui est moins traumatisant tant pour la personne âgée elle-même que pour son entourage.

1.4.5 Proposition d'action et recommandations

Au regard de la synthèse des données quantitatives et qualitatives recueillies lors de cette étude, nous pouvons faire les propositions d'action suivantes sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise.

- A) Développer des structures de proximité dédiées à l'accueil de jour thérapeutique, adaptées notamment aux malades d'Alzheimer

Comme évoqué précédemment, face au souhait des personnes âgées et de leurs familles de rester à domicile le plus longtemps possible, volonté qui rejoint celle des pouvoirs publics de favoriser ce maintien à domicile, développer l'accueil de jour semble une recommandation pertinente, notamment en permettant d'anticiper l'épuisement des aidants.

Concernant les modalités de développement de cet accueil de jour et au regard des informations recueillies lors de cette étude, il semble plus opportun de mettre l'accent sur le développement des structures dédiées à l'accueil de jour thérapeutique plutôt que les accueils de jour adossés aux EHPAD.

En effet les gestionnaires d'EHPAD semblent concilier difficilement l'hébergement permanent, qui constitue leur activité principale, et l'accueil de jour, surtout lorsque celui-ci ne représente que deux ou trois places. Ces accueils de jour ne proposant que deux ou trois places vont de toute façon être amenés à évoluer ou disparaître puisque un décret de

2011¹⁰³ fixe la capacité minimale d'un accueil de jour à six places pour un accueil de jour adossé à un EHPAD et à dix places pour un accueil de jour autonome. Désormais, les nouvelles autorisations délivrées doivent respecter cette nouvelle norme qui doit être présente dans le cahier des charges d'appels à projet. Concernant les EHPAD existants proposant un nombre de place d'accueil de jour inférieur à six, ils devront demander à augmenter leur capacité ou à regrouper leurs capacités entre eux, cela dans les délais compatibles avec la programmation des tranches annuelles du PRIAC¹⁰⁴.

Une structure dédiée à l'accueil de jour permettrait également de faciliter la mise en œuvre d'un projet thérapeutique permettant de stimuler les capacités physiques et/ou cognitives de la personne âgée afin qu'elle puisse rester à domicile le plus longtemps possible, même si la demande première est bien celle du répit de l'aidant.

Pour cela, cette structure dédiée peut être totalement indépendante, à l'image de la structure « Ciel Bleu » de Montpellier. Elle peut aussi prendre la forme d'une activité à part entière d'un EHPAD, faisant partie intégrante de son projet d'établissement, et non plus une simple activité annexe adossée à celle de l'hébergement permanent représentant deux ou trois places. Cela impliquerait des moyens humains et matériels dédiés à cette activité, rendus possible grâce à une augmentation du nombre de places en accueil de jour, à l'image de ce qui est fait à l'EHPAD L'Ostal du Lac (Le Crès) qui dispose de six places, et bientôt huit, en accueil de jour pour personnes en situation de handicap mental vieillissantes. Au sein de cet EHPAD, une salle est mise à disposition pour l'accueil de jour et une Aide Médico-Psychologique a été recrutée spécialement pour la mise en œuvre du projet thérapeutique des personnes accueillies.

Il serait également opportun de réfléchir sur le développement des moyens alloués aux accueils de jour pour que ceux-ci puissent répondre aux demandes des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé, qui représente une charge de travail non négligeable pour les équipes et qui ne peut donc pas être toujours être assumée par les établissements.

¹⁰³ Décret n° 2011-1211 du 29 septembre 2011 relatif à l'accueil de jour

¹⁰⁴ UNIOSS, « *Capacité minimale et modalités d'organisation des transports au sein des accueils de jour autonomes ou adossés à un EHPAD* »

Enfin, développer ces structures dédiées à l'accueil de jour thérapeutique à Montpellier, mais aussi sur les communes avoisinantes pour réduire au maximum le temps de transport et faciliter l'accès des usagers à ce dispositif.

- B) Développer la communication autour de l'accueil de jour pour une meilleure connaissance par les usagers et les professionnels

Lors de cette étude a été souligné le manque de lisibilité et de visibilité du dispositif par les usagers et les professionnels intervenant dans la prise en charge des personnes âgées à domicile, ce qui amène certains établissements la difficulté de satisfaire le taux de remplissage des places d'accueil de jour qu'ils proposent. En effet l'accueil de jour thérapeutique spécialisé Alzheimer de Montpellier semble bien repéré au regard du nombre de demandes qui lui sont adressées, mais il n'en est pas de même pour les EHPAD qui peinent à satisfaire pleinement leur capacité. Il conviendrait donc de développer la communication autour du dispositif accueil de jour sur le territoire du grand Montpellier.

L'étude de l'orientation des demandeurs vers l'accueil de jour a montré que ces demandeurs sont principalement orientés par des professionnels spécialisés sur le champ gériatrique (ESA, pôle gériatrie du CHU de Montpellier). Il conviendrait donc de cibler l'information de l'existence du dispositif vers les autres professionnels intervenant auprès des personnes âgées vivant à domicile et notamment les libéraux (médecins généralistes, infirmiers, psychiatres, kinésithérapeutes, SSIAD, SAD....).

Pour faire connaître le dispositif aux professionnels, le guichet intégré de la MAIA peut être un des vecteurs de cette communication. En effet, les acteurs du guichet intégré se rencontrent lors des groupes de travail et des tables tactiques, ils peuvent être l'occasion d'échanges qui peuvent améliorer la connaissance et la lisibilité du dispositif. Le futur annuaire de ressources améliorera également la lisibilité de l'offre sur le territoire. Les professionnels libéraux pourraient pour leur part être informés via une transmission d'information par les différentes Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) ou par leurs séances de formation continue.

Pour informer les usagers de l'existence de cette modalité intermédiaire de prise en charge, des plaquettes de communication pourraient être déposées dans des lieux propices tels que

les Mairies, les CCAS, les cabinets médicaux. Cependant une meilleure information des usagers passera probablement surtout par une meilleure information des professionnels qui pourront les orienter vers l'accueil de jour.

Il est à noter qu'une meilleure connaissance de l'offre en accueil de jour par les professionnels et les usagers peut entraîner une augmentation de la demande.

2 ANALYSE REFLEXIVE

2.1 Analyse de la commande et de son évolution

La MAIA a pour mission de coordonner les actions et faciliter la transmission d'information entre la ville et l'hôpital, le secteur public et le secteur privé, le secteur sanitaire, social et médico social, mais elle doit également faire le lien entre les acteurs opérationnels et les décideurs. C'est précisément le rôle du pilote d'un dispositif MAIA.

C'est dans cette optique que la réalisation de ces études avaient pour point de départ les postulats sous-jacents de certains partenaires du guichet intégré de la MAIA Est-héraultaise. L'objectif était d'objectiver ces postulats, de les confirmer ou les infirmer, de les préciser. L'intérêt étant de faire remonter si besoin les manques et/ou les incohérences aux tutelles pour qu'ils puissent en avoir connaissance lors de leurs prises de décision relatives à l'organisation du système sanitaire et social dans le secteur de la perte d'autonomie.

Les deux études portaient donc chacune de deux constats faits par les acteurs de terrain, tous deux relevant d'une « impression », d'un « sentiment » informel.

- Trop de personnes âgées ont recours au service des urgences hospitalières de façon inappropriée, ce qui constitue un manque de fluidité dans leur parcours de santé.
- L'offre de places d'accueils de jour sur le territoire est-héraultait n'est pas suffisant et/ou inadapté au regard de la demande.

2.1.1 Analyse réflexive de l'étude sur les recours inappropriés au service des urgences par les personnes âgées

En ce qui concerne les recours inappropriés aux urgences par les personnes âgées vivant à domicile, le postulat de départ n'a pu être confirmé concernant leur nombre. En effet, selon les résultats de l'étude, cette situation n'aurait concerné que sept personnes âgées sur deux mois.

Cependant, les résultats ne sont pas significatifs du fait des nombreux biais existants exposés précédemment.

La méthode de recueil de données n'était peut-être pas adaptée au regard des professionnels participant à l'étude. Les médecins des urgences comme de l'UMG, bien qu'ils aient donné leur accord au départ pour participer à l'étude, n'ont finalement pas joué le jeu, ils n'ont transmis aucune situation malgré plusieurs relances. Les Assistantes sociales, malgré qu'elles aient transmis sept situations, ne semblent pas non plus s'être investies pleinement percevant, part remarques orales sous-entendues, cette étude comme une charge de travail supplémentaire.

Les Assistantes sociales semblaient également avoir des difficultés à saisir la notion de « recours non médicalement justifié », qu'elles confondaient avec la notion de « motif non-médical ». Or, un recours aux urgences pouvait être fait pour motif médical, sans pour autant que celui-ci soit urgent. Elles semblaient également confondre les situations de recours aux urgences non médicalement justifié, avec les situations de problématiques sociales. Selon elles, certains recours, bien qu'ils soient fait pour motif purement social, étaient justifiés parce-qu'il n'y avait apparemment pas d'autres solutions que les urgences, pas d'autres endroits pour traiter ce type de problème.

Les résultats de cette étude ne seront donc pas vraiment utiles aux décideurs et financeurs, mais feront l'objet d'une restitution aux professionnels ayant participé à l'étude (Unité Mobile Gériatrique et urgences) via la remise d'une note synthétisant les résultats¹⁰⁵. Cette restitution sera également l'occasion d'un temps d'échange avec ces professionnels sur les résultats.

Comme évoqué précédemment, au cours du cadrage de cette étude la décision avait été prise d'exclure les recours médicalement justifiés mais évitables. Or, il se peut que cette situation concerne de manière plus importante les personnes âgées. En effet, du fait de leur âge, un motif médical accompagne bien souvent un problème relevant de l'inadaptation du plan d'aides et de soins mis en place à domicile, d'un isolement, etc... Comme discuté lors du cadrage de l'étude, l'évitabilité des recours aux urgences par les personnes âgées constitue donc une problématique très large qui pourrait faire l'objet d'une étude à part

¹⁰⁵ Annexe 5

entière, tant dans sa dimension médicale que sociale. Pour ne pas reproduire les biais de cette étude sur les recours non médicalement justifiés, la méthode d'une recherche clinique serait sans doute plus adaptée. Le professionnel en charge de l'étude, de préférence un professionnel de santé, allant lui-même à la rencontre des situations au jour le jour dans le service des urgences.

Lors de cette étude, un point intéressant est tout de même ressorti : Lorsque le recours aux urgences est non médicalement-justifié, une évaluation de l'autonomie au sens large de la personne à domicile (autonomie sociale, environnementale, etc...) ne peut pas être systématiquement faite au service des urgences. Si la personne n'est pas réorientée, il y a donc un risque de « retour inapproprié à domicile » de la personne âgée, puisque le besoin n'est pas toujours réellement identifié. Selon les résultats de l'étude, les personnes âgées ayant bénéficié d'une intervention du service social des urgences bénéficient pour la plupart d'une ré-orientation vers un autre service d'aide et de soins plus adapté. Cependant, aucune situation n'étant pas passée par le service social n'a été remontée, elles ne peuvent donc pas être étudiées.

Concernant cette ré-orientation, cette étude a également permis de développer le lien entre la MAIA Est-héraultaise et le service des urgences, notamment avec les assistantes sociales du service. Lorsque l'annuaire de ressource informatique du guichet intégré de la MAIA sera mis en place, la ré-orientation des patients vers un service plus adapté sera facilitée. Elles pourront également effectuer une demande d'inclusion en gestion de cas à la MAIA lorsqu'elles seront face à une situation dite complexe.

2.1.2 Analyse réflexive de l'étude sur les besoins en accueil de jour sur le territoire de la MAIA

Concernant l'offre sur le territoire en accueil de jour, le postulat sous jacent de l'insuffisance de places au regard de la demande a été confirmé et même précisé concernant l'adaptation plus qualitative de cette offre. L'étude montre notamment un nombre de demande supérieur au nombre de places proposées. Elle montre aussi que les directeurs d'établissements pensent que l'accueil de jour indépendant est plus adapté que celui adossé à un EHPAD, notamment lorsque ces EHPAD ne proposent que deux places. L'accueil de jour indépendant semble également mieux repéré par les usagers,

contrairement aux accueils de jour adossés aux EHPAD dont le taux d'occupation n'atteint pas les cent pour cent.

La méthode de recueil des données était ici plus adaptée et plus facile à mettre en place que pour l'étude sur les urgences. En effet, les indicateurs étaient certainement plus clairs et compréhensibles pour les acteurs et ceux-ci étaient également plus disponibles pour transmettre les données.

Les résultats seront présentés par la pilote aux tutelles en table stratégique et aux partenaires opérationnels en table tactique. Une synthèse¹⁰⁶ écrite des résultats sera également transmise par mail aux directeurs d'établissements ayant participé à l'étude. En effet, il faut souligner que ces derniers se sont montrés très intéressés par l'étude et sont en attente de ses résultats.

Il pourrait être intéressant de compléter cette étude avec une étude plus approfondie de la demande des usagers concernant l'accueil de jour, sur leurs attentes. Pour compléter le point de vue des directeurs d'établissements, il serait intéressant d'objectiver la demande afin de savoir si elle est plus de l'ordre du répit ou de la stimulation, dans quelle mesure, objectiver le pourcentage d'utilisateur qui connaissent le dispositif, le profil des demandeurs ou encore les raisons pour lesquelles ils choisissent ou non ce type de prise en charge.

¹⁰⁶ Annexe 6

2.2 Analyse du rôle et des enjeux relatifs au dispositif MAIA au sein du processus de réorganisation de l'offre d'aide et de soins à destination des personnes âgées

2.2.1 Analyse du fonctionnement MAIA et de la MAIA Est-héraultaise

A) Réflexion sur l'opportunité du choix du CHRU comme porteur :

Le fait que le CHRU de Montpellier soit porteur de la MAIA Est-héraultaise présente trois principaux avantages. Premièrement cette entité dispose d'une forte légitimité auprès des acteurs sanitaires et sociaux du territoire, légitimité intrinsèquement liée à son statut de CHRU. De plus, cette organisation dispose de moyens logistiques importants et efficaces, ce qui facilite la conduite du projet dans sa dimension pratico-pratique. Enfin, la respectable réputation du référent santé de la MAIA, le professeur JEANDEL, renforce également la légitimité de la MAIA auprès des acteurs du territoire intervenant sur le champ de la gérontologie¹⁰⁷.

Cependant, le choix du CHRU de Montpellier comme porteur présente également un inconvénient majeur, là encore intrinsèquement lié à son statut de CHRU. Ce choix peut en effet être perçu par certains acteurs comme une nouvelle approche hospitalo-centrée contraire à l'objectif du dispositif MAIA qui est de décroïsonner les secteurs sanitaire, social et médico-social¹⁰⁸. La pilote de la MAIA Est-héraultaise est toutefois consciente de cette crainte ressentie par certains acteurs et dit s'attacher à inscrire l'action de la MAIA au « service du territoire » et non au service du CHRU.

Les avis sur le porteur de plus adapté d'un dispositif MAIA sont divergents. Par exemple, pour certains, les Conseils généraux seraient les porteurs les plus adéquats, du fait de leur statut de « chef de file »¹⁰⁹. Ils constitueraient des acteurs plus fédérateurs qu'un CHU et permettraient de dépasser une approche hospitalo-centrée. Pour d'autres, le choix des services des Conseils généraux comme porteurs poseraient la question de leur

¹⁰⁷ Entretiens semi-directifs avec des membres de la table stratégique de la MAIA Est-héraultaise, Avril 2014

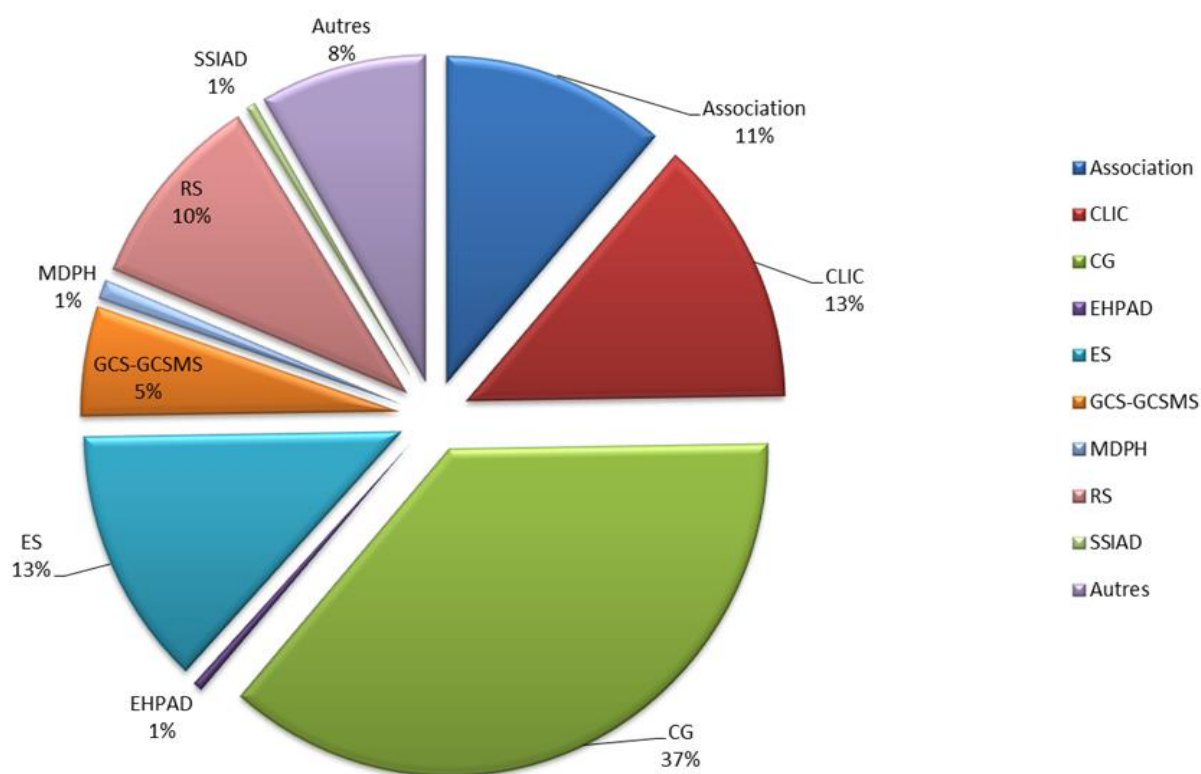
¹⁰⁸ *ibid*

¹⁰⁹ Article L. 1111-9 du code général des collectivités territoriales

indépendance. En effet les Conseil généraux étant membres de la table stratégique des MAIA, ils seraient à la fois juges et parties.

Ce questionnement relatif à l'indépendance des services des Conseils généraux porteurs des dispositifs MAIA est d'autant plus renforcé par l'éventualité d'une délégation de compétence des ARS vers les Conseils généraux concernant le dispositif MAIA¹¹⁰. Enfin, les Groupements de Coopération Sanitaires et Médico-Sociaux (GCSMS) sont également considérés par certains acteurs comme les porteurs les plus adaptés au dispositif, là encore dans une perspective de décloisonnement¹¹¹.

A ce jour les porteurs des dispositifs MAIA sur le territoire national sont répartis comme suit :



3 Répartition des porteurs des dispositifs MAIA-2013¹¹²

¹¹⁰ Projet de rapport annexé à la loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement, version du 13 février 2014, p.52

¹¹¹ Entretiens semi-directifs avec des membres de la table stratégique de la MAIA Est-héraultaise, Avril 2014

¹¹² Equipe projet nationale CNSA, « Journées des pilotes MAIA », 19 et 20 mai 2014, page 5

B) Les avancées et les attentes relatives au fonctionnement de la MAIA

La MAIA Est-héraultaise est globalement bien perçue par les acteurs du territoire. En effet, on peut noter une participation très satisfaisante aux tables stratégiques, tactiques, ainsi qu'aux différents groupes de travail. Tous les secteurs sont représentés, malgré toutefois une sous-représentation du secteur sanitaire.

La construction des outils du guichet intégré, notamment la fiche de liaison, l'annuaire de ressources et la fiche d'orientation en gestion de cas, est bien avancée. Certains sont déjà en cours d'expérimentation, ils vont progressivement faire l'objet d'un apprentissage par les acteurs et vont être adaptés en fonction des besoins. Quoiqu'il en soit, la principale avancée à ce jour n'est pas tant l'effectivité de ces outils en eux-mêmes mais leur processus de construction. Ces derniers ont été véritablement co-construits en groupes de travail, ce qui permet aux acteurs de se rencontrer, de se connaître, d'échanger et d'élaborer une vision commune. Cela constitue la première étape dans la construction du guichet intégré.

Pour ce qui est de la qualité intrinsèque de ces outils, un appui méthodologique de la CNSA était attendu, notamment pour les critères d'orientation en gestion de cas. En effet chaque MAIA construit ses propres critères en fonction de directives nationales. Ce « mille-feuille » constitue un paradoxe : Les MAIA ont pour mission d'harmoniser les outils utilisés sur un territoire donné mais la plupart n'harmonisent pas leurs outils entre elles. Le processus de construction des outils par les acteurs eux-mêmes est, comme expliqué précédemment, essentiel mais les critères d'orientation en gestion de cas sont la base du dispositif et définissent sa population cible, une harmonisation nationale est nécessaire dans un souci de clarté du dispositif. Cette attente a toutefois été entendue par l'équipe projet nationale et la réflexion sur les critères nationaux d'orientation en gestion de cas est désormais aboutie. Elle a d'ailleurs été présentée lors de la rencontre nationale des pilotes MAIA à Paris au mois de mai dernier¹¹³.

On note également une attente de la part des MAIA relative au système d'information partagée, en appui notamment sur le Dossier Médical Partagé. Dans l'idéal, cet outil serait accessible par tous les acteurs intervenant sur une situation, avec des niveaux d'accès

¹¹³ Equipe projet nationale CNSA, « Journées des pilotes MAIA », 19 et 20 mai 2014, page 19

différents selon la fonction exercée par la personne, dans un souci de respect du secret médical et professionnel. Ce système d'information partagé constituerait une avancée notable pour le partage d'informations, et donc par conséquent pour la fluidité et la cohérence du parcours de santé des personnes âgées : « *Le développement des systèmes d'information partagés dans le domaine de la santé et le secteur médico-social est en effet une condition essentielle à la coordination des acteurs* ¹¹⁴ ». La construction de ce système d'information partagée se fait actuellement à l'échelle nationale par la CNSA, et localement par les ARS, en lien avec l'Agence des Systèmes d'Information Partagée (ASIP). En Languedoc-Roussillon, une rencontre entre les pilotes des MAIA de la région et l'ASIP est prévue au mois de juin 2014 pour discuter des modalités de construction de ce système d'information.

Un site internet pour la MAIA Est-héraultaise centralisant les outils et les informations relatives au guichet intégré est également attendu. En effet ce site internet présenterait notamment l'avantage d'informatiser l'annuaire de ressources, ce qui rendrait son utilisation plus efficace. Ces deux outils informatiques sont en réflexion à l'échelle nationale¹¹⁵, mais aussi régionale¹¹⁶.

Une clarification du droit est également attendue. Il est vrai qu'un certain flou juridique peut parfois peser sur l'activité des gestionnaires de cas dans sa dimension pratico-pratique. A titre d'exemple, les gestionnaires de cas rapportent le flou juridique autour de leur couverture assurantielle lorsqu'ils prennent l'initiative de transporter une personne âgée dans leur propre véhicule dans le cadre de leur fonction.

Une réflexion sur le secret partagé est également réclamée par les acteurs du guichet intégré de la MAIA Est-héraultaise, c'est pourquoi la pilote organise des groupes de travail sur ce thème, en vue de la réalisation d'un guide de bonnes pratiques. En effet, « travailler ensemble » nécessite le partage de certaines informations, dont les limites doivent être appréhendées et adaptées aux nouvelles exigences de coordination et d'intégration.

¹¹⁴ Point de vue de Luc Allaire, directeur de la CNSA, « *Le système d'information des MAIA doit être conçu de façon intégrée aux chantiers menés par l'ASIP santé* » Extrait du Rapport d'Activité 2011 de l'ASIP Santé., <http://esante.gouv.fr/tribunes/>

¹¹⁵ *ibid*

¹¹⁶ Entretiens semi-directifs avec des membres de la table stratégique de la MAIA Est-héraultaise, Avril 2014

L'extension du secret partagé fait d'ailleurs partie des travaux en cours de l'équipe projet nationale¹¹⁷.

Plus spécifiquement, une réflexion sur le secret médical au sein du dispositif MAIA doit également être appréhendée. Comme le souligne l'Ordre National des Médecins, la mise en œuvre du dispositif MAIA ne doit pas déroger au secret médical : « *Le dispositif d'intégration MAIA se singularise par la mise en lien de multiples acteurs, équipe pluridisciplinaire (médical, social, médico-social), qui, pour les besoins du parcours de soins, vont accéder ou devoir accéder aux données personnelles de santé du patient (médecins, autres professionnels de santé, non professionnels de santé), or il n'existe pas de dérogation légale permettant un secret médical partagé au sein des MAIA comme cela est prévu pour les MDPH. Les professionnels en charge de la personne ne doivent avoir accès qu'aux données pertinentes nécessaires et utiles à leur mission* ». Une réflexion, tant au niveau national que local doit être menée par les acteurs afin de définir communément et précisément ce qui constitue ces « *données pertinentes et utiles* »¹¹⁸ à l'intégration des actions et à leur coordination dans la prise en charge d'une situation complexe : « *Dans ces situations complexes où le respect du secret médical reste le socle de notre propos il ne faut pas que ce même secret soit, in fine, un obstacle au principe de bienfaisance ou un frein à la réalisation des missions dévolues aux différents acteurs de la prise en charge de la personne.*¹¹⁹ »

Cette attente relative aux outils n'est pas propre aux dispositifs MAIA. Plus largement, les réseaux de santé sont depuis longtemps en attente d'outils communs, partagés et validés au niveau national ou à minima régional. Il y a près de dix ans, cette absence d'outils pouvaient être imputée à l'institutionnalisation récente de ces réseaux : « *La nouveauté des dispositifs peut expliquer en partie l'absence d'outils validés et partagés* »¹²⁰. L'absence de ces outils nationaux ou du moins régionaux se font donc attendre depuis longtemps, notamment en ce qui concerne le DMP. Les dispositifs MAIA, pour pouvoir à terme atteindre son objectif, a besoin de ces outils.

¹¹⁷ CNSA, équipe projet nationale, « Les MAIA, DIU Gestion de cas », 4 février 2014, p.29

¹¹⁸ Ordre National des Médecins, Section éthique et déontologique du CNOM, « *Le dispositif d'intégration MAIA, ses acteurs, ses outils. Aspects éthiques et déontologiques* », Juillet 2012, page 5

¹¹⁹ *ibid*

¹²⁰ Schweyer François-Xavier, « Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils », *Sociologies pratiques* 2/ 2005 (n° 11), page 89-8

Il peut également en être le promoteur sur son territoire, contribuer à les mettre en place en faisant le lien entre les deux niveaux, à savoir les tutelles et les opérationnels : « *La promotion d'un réseau demande des compétences de conduite de projet, des capacités à animer des réunions avec des échanges réels* »¹²¹. Le dispositif MAIA dispose de ces compétences en la personne du pilote.

Malgré un manque d'outils, concernant la simplification du parcours des usagers, il semble que le dispositif MAIA porte ses fruits. Par exemple, dès 2012, une étude a montré que la mise en place des guichets uniques permettait de réduire le nombre moyen de contacts préalables nécessaires (appels téléphoniques, envoi d'e-mail...) à la prise en charge d'un usager. En effet, au sein des territoires où une MAIA fonctionnait ce nombre moyen de contacts préalables est passé de 3,24 à 1,3¹²².

2.2.2 Réflexion sur le dispositif MAIA au sein du système d'action local

A) La couverture croissante du territoire par le dispositif MAIA

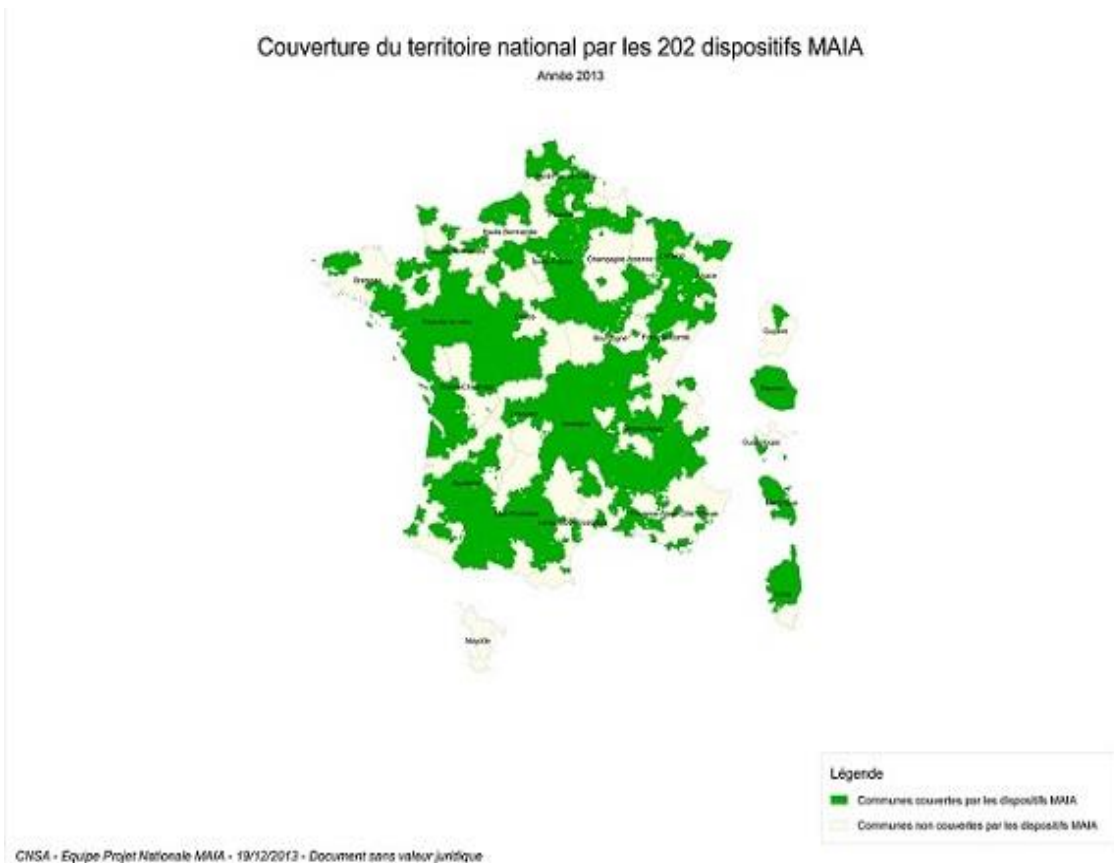
A ce jour, 60,4% du territoire national est couvert par le dispositif MAIA¹²³, il existait deux-cent deux MAIA fin 2013¹²⁴, dont huit en région Languedoc-Roussillon.

¹²¹ Schweyer François-Xavier, « Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils », *Sociologies pratiques* 2/ 2005 (n° 11), page 89-8

¹²² Ordre National des Médecins, Section éthique et déontologique du CNOM, « *Le dispositif d'intégration MAIA, ses acteurs, ses outils. Aspects éthiques et déontologiques* », Juillet 2012, page 1

¹²³ Equipe projet nationale CNSA, « *Journées des pilotes MAIA* », 19 et 20 mai 2014, page 6

¹²⁴ Circulaire N°DGCS/DGOS/CNSA/2014/09 du 15 janvier 2014, relative aux appels à candidatures pour le déploiement des dispositifs MAIA au titre de l'année 2014, Annexe 1, page 7



4 CNSA, Equipe projet nationale MAIA, "Couverture du territoire national par les 202 dispositifs MAIA", 19 décembre 2013

Le maillage du territoire national va largement se poursuivre en 2014 avec la création de cinquante nouvelles MAIA¹²⁵, dont quatre en région Languedoc-Roussillon.

A cette occasion, la question du territoire pertinent se pose. Selon un membre de la table stratégique de la MAIA Est-héraultaise, on parle de territoire pertinent des MAIA pour désigner leur périmètre d'action dit « naturel », c'est-à-dire celui qui correspond le mieux aux réalités, aux dynamiques du territoire en question. Pour définir le territoire de chaque MAIA, plusieurs options se présentent aux ARS. Elles peuvent en effet faire le choix de calquer le territoire de la MAIA sur les territoires des bassins de santé, des départements, des CLIC, des réseaux de santé, ou sur toute autre dynamique locale. Aucune option n'a été juridiquement établie au niveau national et la question du choix du territoire pertinent se pose à chaque création de nouvelles MAIA¹²⁶. Ceci permet une adaptation aux spécificités locales de chaque territoire.

¹²⁵ *ibid*

¹²⁶ Entretiens semi-directifs avec des membres de la table stratégique de la MAIA Est-héraultaise, Avril 2014

Aujourd'hui, les membres de la table stratégique de la MAIA Est-héraultaise se posent la question de l'opportunité d'une extension du périmètre d'action de la MAIA Est-héraultaise vers la ville de Lunel (située à une trentaine de kilomètres de Montpellier) et ses alentours, afin de couvrir l'extrême est du département de l'Hérault qui ne l'est pas encore.



5 Couverture par la MAIA de l'est du département¹²⁷

En effet plusieurs problématiques se posent. Pour certains le territoire de Lunel ne correspond pas aux mêmes logiques d'actions que celui de Montpellier, sa configuration et ses acteurs sont différents, il ne serait donc pas pertinent d'étendre le périmètre d'action de la MAIA sur ce territoire. De plus, étendre le périmètre de la MAIA Est-héraultaise correspond également à augmenter sensiblement la population cible, ce qui engendrera une charge de travail pour les gestionnaires de cas plus importante. Or, l'embauche d'un quatrième gestionnaire de cas n'est pas possible, dans le cahier des charges national actuel, seuls trois gestionnaires de cas peuvent être embauchés par une MAIA. Pour d'autres, créer une nouvelle MAIA uniquement sur ce territoire ne serait pas efficient au regard de la proximité du territoire avec la MAIA Est-héraultaise. En effet, créer une nouvelle MAIA induit nécessairement l'embauche d'un pilote et au minimum d'un gestionnaire de cas.

¹²⁷ Diaporama "Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes Agées, présentation du dispositif" - Marie-Christine ETIENNE - pilote MAIA Est-héraultaise - Janvier 2014

La table stratégique poursuivra donc ses débats et ses réflexions sur le choix de la meilleure option possible. Sous réserve de modification du cahier des charges national, une des possibilités pourrait être celle d'une extension du territoire d'action de la MAIA Est-héraultaise, avec création d'une antenne sur la ville de Lunel, composée d'un co-pilote et d'un quatrième gestionnaire de cas.

B) Les MAIA, illustration d'enjeux politiques importants dans le champ de l'autonomie

Selon le projet de rapport annexé à la loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement¹²⁸, « *Pour renforcer la coordination des acteurs et des dispositifs, et conforter le rôle de chef de file des conseils généraux sur les politiques de l'autonomie, la loi ouvre la possibilité de délégations de compétences des ARS vers les conseils généraux, sur les dispositifs de répit, qui ont vocation à être étroitement articulés avec les actions départementales de soutien aux aidants, et sur les MAIA, dont la logique d'intégration doit irriguer l'ensemble des outils de coordination portés par le département, en particulier les CLIC.* »

La loi du 22 juillet 1983, acte I de la décentralisation, confie en effet aux départements une compétence de droit commun en matière d'aide sociale, ce qui comprend l'aide aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées¹²⁹. La loi du 13 août 2004, acte II de la décentralisation, conforte ensuite cette compétence en reconnaissant au département un rôle de « chef de file » de l'action sociale et médico-sociale. Il revient donc au département d'élaborer le schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale, ou encore d'autoriser et de financer les CLIC¹³⁰. C'est donc dans cette optique que le projet de loi sur l'autonomie présenté le 9 avril 2014 en Conseil des Ministres ouvre la possibilité que les MAIA relèvent de la compétence des Conseils généraux et non de celle des ARS comme c'est le cas actuellement.

¹²⁸ Projet de rapport annexé à la loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement, version du 13 février 2014, p.52

¹²⁹ Vie Publique, « *Quel bilan pour les actes I et II de la décentralisation ?* », 15 avril 2010, <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/decentralisation/decentralisation-faits/>

¹³⁰ Vie Publique, « *Quel bilan pour les actes I et II de la décentralisation ?* », 15 avril 2010, <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/decentralisation/decentralisation-faits/>

Bien que le Conseil général ait pour mission de coordonner les politiques en direction des personnes âgées, la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009 (loi HPST) confère également aux ARS une compétence dans l'accompagnement médico-social¹³¹, avec pour objectif d'assurer la fluidité et la continuité des prises en charge en décloisonnant le système de santé. Cette loi HPST semble donc remettre en cause le rôle de « chef de file de l'action sociale » conféré aux Conseils généraux : « *L'objectif affiché est d'instaurer un pilotage unifié du système de santé, ce qui interpelle de nombreux acteurs quant au rôle de chef de file du CG. Ce dernier pourrait voire son action se restreindre. Il n'est plus sollicité que pour avis, et son schéma gérontologique doit s'articuler avec le Programme Régional de Santé (PRS)* »¹³². Le projet de rapport annexé à la loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement semble au contraire ouvrir la possibilité de réaffirmer le rôle de chef de file du Conseil général.

Concernant l'éventualité de déléguer la compétence des ARS vers les Conseils généraux des dispositifs MAIA, les points de vue des membres de la table stratégique de la MAIA Est-héraultaise sont divergents. Pour certains, cette réforme permettrait d'aller au bout de la ligne directrice dessinée depuis le premier acte de la décentralisation, qui tend à décentraliser de plus en plus vers les départements l'action sociale et médico-sociale, plutôt que de la déconcentrer vers les ARS. Pour d'autres une telle décision ferait des Conseils généraux juges et parties dans le dispositif MAIA, et poserait donc la question de leur indépendance du fait des services qu'ils proposent sur le territoire¹³³.

Comme cité précédemment, ce n'est à ce jour qu'un « projet » de loi qui « ouvre la possibilité » d'une délégation de compétences, plusieurs réflexions auront lieu avant le vote de la loi par le parlement qui devrait avoir lieu avant la fin de l'année 2014, pour une entrée en vigueur au cours de l'année 2015.

¹³¹ Le site santé du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, « *La loi instaurant les ARS est promulguée* », 23 juillet 2009, <http://www.sante.gouv.fr/la-loi-instaurant-les-agences-regionales-de-sante-ars-est-promulguee.html>

¹³² EHESP, Module interprofessionnel de santé publique, « *La coordination gérontologique : un nouveau paradigme de l'action publique vieillesse ?* », 2011, page 18

¹³³ Entretiens semi-directifs avec des membres de la table stratégique de la MAIA Est-héraultaise, avril 2014

Il faut également noté que ce projet de loi a été rédigé avant la déclaration de politique générale de Monsieur le Premier Ministre¹³⁴ Manuel Valls qui prévoit de supprimer les départements à l'horizon 2021.

C) MAIA et MDA : Quelle articulation ?

Depuis la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, une convergence des politiques en direction des personnes âgées et celles en direction des personnes handicapées est envisagée. Selon le rapport Aquino, cela a engendré la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), dont la sphère d'intervention « *concerne tant les personnes âgées que les personnes handicapées, témoignent de la volonté, dès l'origine, de s'engager vers une politique globale de la compensation du manque inné ou de la perte acquise d'autonomie quelle qu'en soit la cause : le handicap, l'accident, l'avancée en âge... Il s'agissait de se doter d'un outil, parmi d'autres, répondant à l'objectif de convergence retenu dans un souci de justice par la loi de 2005* »¹³⁵.

Cette convergence entre publics personnes âgées et personnes en situation de handicap, pourrait notamment être portée par les Départements, chefs de file de l'action sociale et médico-sociale et se réaliser sous la forme des Maisons Départementales pour l'Autonomie (MDA), guichets uniques commun aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap.

Plusieurs initiatives ont déjà vu le jour, notamment trois expérimentations de MDA soutenues par la CNSA¹³⁶, et plusieurs autres départements sont en train de procéder à la transition de leur Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) vers une MDA. C'est le cas notamment du département de l'Hérault, département de la MAIA Est-héraultaise.

¹³⁴ Portail du gouvernement, « *Les annonces clés de la déclaration de politique générale de Manuel Valls* », 08 avril 2014, <http://www.gouvernement.fr/>

¹³⁵ Fiche 21 du Comité d'avancée en âge prévention et qualité de vie, Rapport Aquino, février 2013

¹³⁶ Power Point « *Expérimentations MDA* », Commission Aide à la personne, Conseil de la CNSA, 23 octobre 2013

En effet, dans son schéma gérontologique pour 2013-2015, le Conseil général de l'Hérault prévoit de « réfléchir sur l'organisation et la mutualisation des dispositifs d'accompagnement et de soutien des personnes dans la perspective d'une convergence des dispositifs personnes âgées et personnes handicapées au sein d'une future Maison Départementale de l'Autonomie »¹³⁷.

Dans le cas d'une création de cette MDA, son articulation avec le dispositif MAIA sera à interroger. Plusieurs options sont possibles.

Les MAIA du département peuvent rester autonomes vis-à-vis de la MDA, et dans ce cas leur modalité de coopération sera à définir. En effet, la MDA, tout comme la MAIA, constitue un guichet intégré. Compte tenu du public cible qu'elles ont en commun, à savoir la personne âgée en perte d'autonomie, chacune de ces deux institutions fera partie intégrante du guichet intégré de l'autre.

C'est pourquoi il peut aussi être envisagé que la MAIA soit intégrée au sein de la MDA (et non le contraire puisque la MDA vise un public beaucoup plus large que la personne âgée en perte d'autonomie). C'est d'ailleurs ce que prévoyait initialement le plan Alzheimer 2008-2012 dans sa mesure n°4 : « Les départements seront responsables de la structuration de ces lieux uniques, avec le soutien des ARS, dans le cadre d'un accord cadre. Ces lieux seront labellisés « Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer » (MAIA). Dans le cas des rapprochements avec les MDPH, elles deviendront des « Maisons départementales pour l'autonomie »¹³⁸.

A ce jour, en l'absence de cadre juridique instituant les MDA, les départements peuvent faire le choix de chacune des deux configurations, selon les modalités qui leur paraissent les plus pertinentes au regard de leur réalité. Les MDA qui se mettent actuellement en place ont l'avantage de pouvoir s'inspirer des expériences menées précédemment.

Cependant, cette période de construction de MDA polymorphes va probablement toucher à sa fin avec d'adoption à venir de la loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation

¹³⁷ Département de l'Hérault, schéma gérontologique 2013-2015, Action 5, page 43

¹³⁸ Plan Alzheimer 2008-2012, mesure n°4 « Labellisation sur tout le territoire de Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) », <http://plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no4.html>, MAJ 1 février 2012.

de la société au vieillissement, qui décidera ou non de la généralisation du dispositif. Le projet de loi, dans son article 61, prévoit que « *En vue de la constitution d'une maison départementale de l'autonomie, le président du conseil général peut organiser la mise en commun des missions d'accueil, d'information, de conseil, d'orientation et, le cas échéant, d'instruction des demandes, d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide au profit des personnes âgées et des personnes handicapées* »¹³⁹. Les MDA bénéficierait alors d'une base législative, avec un cahier des charges précisé par décret. En effet, ce même article prévoit également que « *Lorsque cette organisation répond aux prescriptions d'un cahier des charges défini par décret, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie lui délivre le label de maison départementale de l'autonomie, dans des conditions précisées par le même décret* »¹⁴⁰.

Selon ce projet de loi, l'intégration des MAIA au sein d'une MDA est envisageable puisque les MAIA ont une mission d'orientation, d'information, d'évaluation et d'élaboration de plan d'aides auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Des directives plus précises seront probablement données dans le décret fixant le cahier des charges des MDA.

Cette intégration des MAIA au sein des MDA sera notamment envisageable dans le cas d'une délégation de compétences des ARS vers les Conseils généraux des dispositifs MAIA, dont l'éventualité a été exposée précédemment.

D) MAIA et PAERPA : Quelle articulation?

Dans le département de l'Hérault, une expérimentation d'un parcours de santé pour les Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) semble se dessiner. En effet, le schéma gérontologique du département pour 2013-2015 prévoit une « *mise en place du Parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie sous la forme d'une expérimentation* »¹⁴¹. Le premier congrès francophone « Parcours de Santé des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie » a d'ailleurs été organisé à Montpellier au mois

¹³⁹ Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère délégué aux personnes âgées et à l'autonomie, article 61

¹⁴⁰ *ibid*

¹⁴¹ Département de l'Hérault, schéma gérontologique 2013-2015, Action 4, page 42

d'avril 2014¹⁴², congrès notamment organisé par le professeur JEANDEL, référent santé de la MAIA Est-héraultaise.

La notion de « parcours » peut être décrite ainsi: « *faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût* »¹⁴³. A ce jour, les parcours de santé PAERPA en sont au stade des projets pilotes, mais leur généralisation ne saurait tarder¹⁴⁴.

Selon le cahier des charges des projets pilotes PAERPA, « *Les projets pilotes ont pour objectif d'accroître la pertinence et la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées, et d'améliorer ainsi, sur un plan individuel, leur qualité de vie et celle de leurs aidants, et sur un plan collectif, l'efficience de leur prise en charge dans une logique de parcours de santé. Ces objectifs peuvent se décliner en trois grandes séries de sous-objectifs, les premiers à destination des personnes et de leurs aidants, les seconds à destination des professionnels* »¹⁴⁵. On peut alors remarquer des objectifs communs au dispositif MAIA, en termes d'optimisation des prises en charge, bien que le PAERPA semble plutôt axé sur le secteur sanitaire, bien qu'il ne le soit pas exclusivement.

En termes de population cible, théoriquement, PAERPA et MAIA sont complémentaires. Le dispositif MAIA vise les personnes âgées déjà en perte d'autonomie, alors que les projets PAERPA visent pour leur part les personnes âgées qui ne sont pas encore en perte d'autonomie mais présentent un risque : « *La notion de « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » recouvre l'ensemble des personnes de 75 ans et plus pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et /ou social* »¹⁴⁶.

L'autre différence réside dans le fait que les projets PAERPA visent la coordination des acteurs¹⁴⁷, alors que les MAIA vont plus loin en recherchant l'intégration.

¹⁴² <http://parcoursdesante-paerpa.com/>

¹⁴³ Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, « *Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA* », janvier 2013, page 4

¹⁴⁴ 1^{er} Congrès francophone parcours de santé des PAERPA, 9, 10 et 11 Avril 2014, Corum de Montpellier

¹⁴⁵ Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, « *Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA* », janvier 2013, page 6

¹⁴⁶ *ibid*, page 7

¹⁴⁷ *ibid*, page 8

Bien que les deux dispositifs présentent des différences, ils présentent tout de même de nombreuses complémentarités et points communs, une cohérence entre les deux dispositifs doit être recherchée.

Sur plusieurs points, les frontières des champs d'action des deux dispositifs et les modalités d'articulations des dispositifs restent obscurs et interrogent les acteurs¹⁴⁸. Ces interrogations pourront cependant être clarifiées après observation des expérimentations en cours dans les départements où les projets pilotes PAERPA et les dispositifs MAIA coexistent. Pour exemple, le Conseil général du Maine-et-Loire et l'ARS Pays de la Loire ont signé une charte de gouvernance MAIA-PAERPA dans le but de « *renforcer la coordination de l'ensemble des acteurs et faciliter ainsi le parcours de soin et santé des habitants du Maine-et-Loire* »¹⁴⁹. Sur d'autres territoires, et notamment celui de la MAIA 65, le pilote MAIA et le chargé de mission PAERPA collaborent au sein de la Commission territoriale d'appui du dispositif PAERPA et les tables tactiques réunissant les acteurs de terrain sont communes aux deux dispositifs.

¹⁴⁸ Entretiens semi-directifs avec des membres de la table stratégique de la MAIA Est-héraultaise, entretiens avec des pilotes MAIA présents au congrès PAERPA, avril 2014

¹⁴⁹ Conseil général du Maine-et-Loire, dossier de presse, « signature de la charte de gouvernance MAIA-PAERPA », 25 février

2.3 Apports du stage

A) Piloter un dispositif

Le principal apport du stage réside dans l'acquisition de compétences et connaissances nécessaires au pilotage d'un dispositif, et notamment dans le champ de la coordination gérontologique tel que le dispositif MAIA.

En effet, ayant déjà appréhendé les MAIA de manière théorique au cours de mon Master 1 en menant une étude¹⁵⁰, j'avais eu l'occasion de rencontrer des experts sur le sujet ainsi que des acteurs de la table stratégique de la MAIA de Rennes. J'avais également effectué une revue de littérature approfondie sur le sujet. Ce stage au sein de la MAIA de Montpellier fut donc l'occasion d'appréhender en complément le dispositif MAIA dans sa mise en œuvre pratique.

J'ai notamment pu observer la construction du guichet intégré en participant aux différents groupes de travail visant à construire des outils communs et à développer des pratiques communes à tous les partenaires (annuaire de ressource, fiche de liaison, fiche d'orientation en gestion de cas, réflexion sur le partage d'information) et travaillé sur l'élaboration d'une charte d'entrée dans le Guichet intégré¹⁵¹ et d'un guide de bonne pratique sur le partage d'information. Pour cela la période de mon stage était tout à fait propice puisque la MAIA Est-héraultaise est relativement récente et en est encore au stade de la construction. J'ai donc eu l'opportunité d'observer comment la pilote travaille à impulser une dynamique d'intégration locale, comme elle convint les partenaires à participer au guichet intégré de la MAIA, en participant à ses rencontres avec les différents acteurs pour leur présenter le dispositif (URPS médecins, URPS infirmiers, cliniques, service social du CHU, associations, SIAD, etc....) En outre j'ai également assisté à une table tactique réunissant les acteurs du territoire pour mieux saisir la réalité de la démarche de concertation, ainsi qu'observé l'activité des gestionnaires de cas en participant à deux

¹⁵⁰ Master 1 santé publique « parcours sciences sociales », EHESP-Université de Rennes 1, « *Les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer* », Avril 2013

¹⁵¹ Annexe 4

visites à domicile chez une personne âgée et aux réunions hebdomadaires visant à faire le point sur leur activité.

J'ai également eu l'occasion d'assister à deux rencontres réunissant plusieurs pilotes de MAIA, notamment celles de la région Languedoc-Roussillon mais aussi plusieurs de la région PACA ou encore Midi-Pyrénées. Les échanges lors de ces rencontres ont été l'occasion pour moi de saisir les problématiques que peuvent rencontrer d'autres MAIA afin de les comparer avec celles de la MAIA Est-héraultaise, d'écouter et de relever les difficultés, conseils et solutions apportées par les uns et les autres.

Certaines problématiques de management et d'animation d'équipe qui se sont posées durant ma période de stage (absentéisme, manque de communication) ont également été discutées et analysées avec la pilote ce qui s'est avéré très instructif.

B) Faire le lien entre les acteurs de terrain et les tutelles

a) *Mieux connaître et comprendre la configuration et les dynamiques des acteurs d'aide et de soins en direction des personnes âgées*

Ce stage a aussi été l'opportunité de mieux appréhender la configuration du secteur d'aide et de soins à destination des personnes âgées en perte d'autonomie, et notamment concernant les acteurs qui interviennent sur le champs du maintien à domicile. Ce fut un complément de ce que j'ai appris lors de mes précédents stages en EHPAD qui avaient pour leur part été axés sur la prise en charge de la dépendance en institution permanente.

Tout au long de ce stage, j'ai également eu l'opportunité de rencontrer de nombreux et divers acteurs, ce qui m'a permis de mieux cerner leurs dynamiques sur le territoire, leurs attentes, leurs rôles. Ces acteurs rencontrés étaient tant institutionnels, lors d'entretien portant sur les enjeux politiques et stratégiques relatifs aux MAIA, qu'opérationnels, lors de leurs diverses rencontres avec la pilote auxquelles j'ai participé.

Par ailleurs, ce stage fut aussi l'occasion pour moi de découvrir ou d'approfondir certaines problématiques spécifiques. Ce fut le cas notamment lors de la réalisation des deux études sur les sujets des recours inappropriés aux urgences et de l'accueil de jour, mais pas seulement. La préparation et ma participation au groupe de travail sur le secret professionnel et le partage d'informations fut également l'occasion d'approfondir mes connaissances, tout comme le colloque PAERPA¹⁵² et la rencontre organisée par l'URPS Languedoc Roussillon médecins libéraux sur l'exercice en regroupement et la santé durable¹⁵³.

b) Fournir des éléments d'aide à la décision

La réalisation des deux micro-études sur les recours inappropriés aux urgences par les personnes âgées et sur les besoins du territoire en accueil de jour m'ont permis d'appliquer mes compétences acquises en master en observation, analyse et aide à la décision, notamment lors de la réalisation d'une étude commandée par l'ARS Bretagne concernant son action menée sur l'offre de soins de premier recours.

Les deux études menées durant mon stage ont été l'occasion de déterminer une stratégie de recueil d'information, de recueillir des données, les analyser, les synthétiser et les objectiver afin qu'elles puissent être transmises par la suite aux tutelles et constituer des éléments d'aide à la décision.

¹⁵² 1er Congrès francophone « parcours de santé des PAERPA », 9, 10 et 11 avril 2014, Corum de Montpellier

¹⁵³ 3^{ème} rencontre de la Grande Motte, « pour une santé durable », UPRS Médecins libéraux Languedoc-Roussillon, 7 juin 2014

Conclusion

Le dispositif MAIA est un dispositif récent et innovant encore en construction. Sa création comme son évolution constitue une illustration des nombreuses mutations actuelles relatives au système sanitaire et social, tant dans sa dimension politique qu'opérationnelle, fasse à l'enjeu grandissant que représente le vieillissement de la population. Ce dispositif participe pleinement au processus d'ajustement de l'offre d'aides et de soins en direction des personnes âgées en perte d'autonomie. Il contribue à la réorganisation du paysage sanitaire, social et médico-social en recherchant notamment l'intégration des pratiques professionnelles et la création de partenariats co-responsables des acteurs du secteur gérontologique. Ce projet s'appuie sur la création d'un Guichet intégré s'appuyant sur des outils nouveaux et co-construits, sur l'organisation de tables de concertation, ainsi que sur une activité innovante que constitue la gestion de cas. L'objectif poursuivi étant une amélioration de la cohérence et de la fluidité des parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie.

Outre la recherche de l'intégration des pratiques professionnelles, le pilote local d'un dispositif MAIA participe également à l'ajustement de l'offre en transmettant aux décideurs et financeurs les données dont il a connaissance à l'occasion de son action auprès des acteurs opérationnels du territoire. Il a pour mission d'analyser les lacunes relevées par les membres du guichet intégré avant de les faire remonter aux tutelles, il fait le lien entre les deux niveaux. C'est dans cette optique que la pilote de la MAIA Est-héraultaise m'a confiée la mission de mener une étude sur les recours non-médicalement justifiés des personnes âgées aux services des urgences du CHU de Montpellier et une autre sur l'offre du territoire est-héraultais en accueils de jour.

Les résultats de l'étude menée sur les recours non-médicalement justifiés au service des urgences par les personnes âgées vivant à domicile sont faussés par de nombreux biais. Les conclusions peuvent donc difficilement être tirées, notamment concernant le nombre de ces recours. Cependant au travers de cette étude a été relevée l'importance d'évaluer l'autonomie à domicile de la personne âgée ayant recours aux urgences de façon inappropriée, afin d'éviter un « retour à domicile inapproprié » et par la suite le risque d'un nouveau recours aux urgences inapproprié ou encore une hospitalisation évitable.

Dans ces situations il est important que les professionnels des urgences réorientent ces personnes vers les services d'aides et de soins adaptés. Cela pourra notamment être facilité par l'annuaire de ressources prochainement mis en place par la MAIA Est-héraultaise. Pour les situations complexes, une demande d'orientation en gestion de cas pourra également être transmise à la MAIA. La réalisation de cette étude aura permis de développer le lien entre la MAIA, dispositif recherchant la fluidité et la continuité des parcours, et le service des urgences, à contrario souvent lieu de crise et parfois même marqueur de rupture dans les parcours de santé.

L'investigation menée sur l'offre du territoire de la MAIA Est-héraultaise en places d'accueil de jour a permis de ressortir des résultats plus précis. Elle a notamment montré une insuffisance du nombre de places au regard de la demande. Elle met également en évidence le fait que l'offre est entièrement concentrée géographiquement sur la ville de Montpellier et les communes limitrophes. Par ailleurs elle montre que l'établissement spécialisé accueil de jour thérapeutique est mieux repéré par les usagers et les professionnels que les accueils de jours adossés aux EHPAD, qui n'atteignent pas un taux de remplissage de cent pour cent. Plusieurs directeurs d'EHPAD autorisés à proposer ce type de prestation ne souhaite d'ailleurs pas développer cette activité dans les faits, car elle nécessite une gestion spécifique et parfois difficile à concilier avec l'hébergement permanent. Plus globalement, les responsables d'établissements ont le sentiment d'un dispositif encore mal connu par les usagers et les professionnels intervenants auprès d'eux. Ils soulignent également le fait que la demande principale relève du répit pour l'aidant plus que de la stimulation des capacités de la personne âgée. En découle le fait que les usagers s'intéressent à l'accueil de jour lorsque la perte d'autonomie devient trop lourde, au lieu de l'anticiper. Or, les accueils de jour ne disposent pas toujours des moyens suffisants pour satisfaire cette demande. Pourtant, l'accueil de jour peut constituer un réel pilier pour le maintien à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie, en permettant notamment un répit de l'aidant, mais aussi en proposant un projet thérapeutique visant à stimuler les capacités de la personne afin de préserver autant que possible son autonomie. L'accueil de jour peut aussi permettre la préparation de la personne âgée à une éventuelle institutionnalisation permanente ultérieure, afin que celle-ci se fasse en douceur. C'est un mode de prise en charge intermédiaire pouvant faire partie intégrante du parcours de santé de la personne vieillissante

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS/ DOCUMENTS OFFICIELS

ARS « Département de l'Hérault – AJ (EHPAD et centres AJ) », 5 juin 2014

Circulaire N° DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire

Circulaire N° DGCS/A3/2010/78 du 25 février 2010 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

Code général des collectivités territoriales, article L.1111-9

Conseil général de l'Hérault, Direction de l'offre médico-sociale « *Liste des établissements pour personnes âgées autorisés par le Conseil général de l'Hérault et installés* », 20 mars 2014

Conseil général de l'Hérault, « *schéma gérontologique 2013-2015* »

CNSA, « *Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits MAIA* »

Décret n° 2011-1211 du 29 septembre 2011 relatif à l'accueil de jour

MAIA Est-héraultaise, Compte rendu table tactique du 19 décembre 2013

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère délégué aux personnes âgées et à l'autonomie, « *Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement* »

Projet de rapport annexé à la loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement, version du 13 février 2014

ARTICLES/ RAPPORTS/ DOCUMENTATION

ANAP, Ministère de la santé et des sports, « *La loi HPST à l'hôpital : Les clés pour comprendre* »

APM International, « *Médico-social : l'ARS Languedoc-Roussillon a financé 850 places en 2013* », 12 mai 2014

Commission Aide à la personne, Conseil de la CNSA, Power Point « *Expérimentations MDA* », 23 octobre 2013

Laura BARON

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2013-2014

Comité d'avancée en âge prévention et qualité de vie, Rapport Aquino J.P, *Fiche 21* février 2013

Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, « *Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA* », janvier 2013
Conseil général du Maine-et-Loire, dossier de presse, « *signature de la charte de gouvernance MAIA-PAERPA* », 25 février

De Stempa M., Vedel I., « *Impacts de la coordination sur l'état de santé, les pratiques professionnelles et le recours aux services pour les personnes âgées dépendantes à domicile* », Evaluation du modèle d'intégration COPA, Appel d'offre HAS, CNSA, juin 2010

DREES, « *Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale* », Etudes et Résultats, n°212, janvier 2003

EHESP, Module interprofessionnel de santé publique, « *La coordination gérontologique : un nouveau paradigme de l'action publique vieillesse ?* », 2011

Equipe projet nationale CNSA, « *Journées des pilotes MAIA* », 19 et 20 mai 2014

Equipe projet nationale CNSA, « *Les MAIA, DIU Gestionnaire de Cas* », 4 février 2014

Etienne M-C - pilote MAIA Est-héraultaise "*Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes Agées, présentation du dispositif*", janvier 2014

Fédération Nationale de Gérontologie, « *Le recours à l'hôpital des personnes âgées prises en charge à domicile* », décembre 2006

Fondation Paul Bennetot par CGS Mines-ParisTech, Bloch.M-A, Hénault.L, Sardas.J-C, Gand.S, « *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social* », février 2011

Lazarovici.C, Somme.D, Carrasco.V, Baubeau.D, Saint-Jean.O, « *Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d'urgences de plus de 75 ans en France, Résultats d'une enquête nationale* », Presse Médicale, tome 35, n°12, décembre 2006

Master 1 santé publique « *parcours sciences sociales* », EHESP-Université de Rennes 1, « *Les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer* », Avril 2013

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, « *La loi instaurant les ARS est promulguée* », 23 juillet 2009

Ordre National des Médecins, Section éthique et déontologique du CNOM, « *Le dispositif d'intégration MAIA, ses acteurs, ses outils. Aspects éthiques et déontologiques* », Juillet 2012

Schweyer François-Xavier, « *Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils* », *Sociologies pratiques* 2/ 2005 (n° 11)

SFMU, « *Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences* », 10^{ème} conférence de consensus de Strasbourg, 5 Décembre 2003

Laura BARON

UNIOPSS, « *Capacité minimale et modalités d'organisation des transports au sein des accueils de jour autonomes ou adossés à un EHPAD* »

Vie Publique, « *Quel bilan pour les actes I et II de la décentralisation ?* », 15 avril 2010

SITES INTERNET

<http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr>

<http://www.chu-montpellier.fr>

<http://www.esante.gouv.fr>

<http://www.gouvernement.fr>

<http://www.parcoursdesante-paerpa.com>

<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr>

<http://www.sante.gouv.fr/>

<http://www.soins-infirmiers.com>

<http://www.vie-publique.fr>

COLLOQUE

1^{er} Congrès francophone « *parcours de santé des PAERPA* », 9, 10 et 11 avril 2014, Corum de Montpellier

3^{ème} rencontre de la Grande Motte, « *pour une santé durable* », UPRS Médecins libéraux Languedoc-Roussillon, 7 juin 2014

Liste des annexes

Annexe 1 : Fiche de demande d'inclusion en gestion de cas MAIA Est-héraultaise

Annexe 2 : Fiche de liaison MAIA – Urgences dans le cadre de l'étude

Annexe 3 : Fiche de liaison inter-partenaires MAIA Est-héraultaise

Annexe 4 : Charte d'entrée dans le Guichet intégré de la MAIA Est héraultaise (travail préparatoire)

Annexe 5 : Synthèse présentée aux partenaires : Résultats de l'étude portant sur les recours non médicalement justifiés par les personnes âgées aux urgences du CHRU de Montpellier

Annexe 6 : Synthèse présentée aux partenaires : Résultats de l'étude portant sur l'offre de places d'accueil de jour pour personnes âgées sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise

ANNEXE 1 : Fiche de demande d'inclusion en gestion de cas MAIA Est-heraultaise

DEMANDE D'INCLUSION EN GESTION DE CAS



Contact : maia-est-heraultaise@chu-montpellier.fr

☎ : 04 67 33 24 21/06 65 84 97 65

Date de l'envoi : 19/06/2014

Professionnel (s) adressant la demande

Nom : Prénom :

Structure :

Téléphone : mail :@.....

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Protection : Non Oui- type :

Nom du mandataire :

Téléphone : mail :@.....

La personne et/ou son représentant sont-ils informés de cette demande

OUI

Consent à l'échange d'informations entre les différents intervenants professionnels

NON (pourquoi)

Laura BARON

Aidant principal : Téléphone :

Médecin traitant : Téléphone :

Adresse.....
.....

CRITERES D'ORIENTATION A LA GESTION DE CAS

- Personne de + 60 ans
- Personne en perte d'autonomie et/ou atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (GIR 1 à 4)
- Avec un retentissement sur le maintien à domicile

PATHOLOGIE(S) CHRONIQUE(S) INVALIDANTE(S)

Diagnostiquée (s) : Type (s)

-
 -
- En cours de diagnostic Fortement supposée

1. TROUBLES PSYCHO COMPORTEMENTAUX GENANT LA PRISE EN CHARGE

- Dénî, anosognosie Irritabilité, agressivité
- Trouble alimentaire sévère Comportement inadapté et/ou à risque (fugue, déambulation...)
- Trouble du sommeil sévère Hallucination, délîres
- Chutes à répétition, Désinhibition
- Autres (à préciser) :

2. ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL DIFFICILE

- Absence ou insuffisance du suivi médical Absence ou insuffisance de professionnels
- Difficultés d'interventions ou de coordination
- Autres (à préciser) :

3. ENVIRONNEMENT INADAPTE AU REGARD DE L'ETAT DE SANTE

- Isolement familial, social ou géographique
- Absence, incapacité ou épuisement de l'aidant
- Risque ou suspicion d'abus, de négligence et/ou de maltraitance
- Autres (à préciser) :

Laura BARON

4. FRAGILITE DE L'AUTONOMIE SOCIALE

Ressources environnementales :

- Habitat inadapté et/ou inaccessible Habitat insalubre et/ou vétuste

Ressources financières

- Précarité économique
 Inaptitude et/ou difficulté à gérer ses ressources financières
 Inaptitude et/ou difficulté à la gestion administrative
 Autres (à préciser) :

EXPOSE DU CARACTERE COMPLEXE DE LA SITUATION

.....
.....
.....
.....
.....

ANNEXE 2 : Fiche de liaison MAIA – Urgences dans le cadre de l'étude

ETUDE : FICHE DE LIAISON DES URGENCES LAPEYRONNIE VERS LA MAIA

Du 31 mars au 30 mai 2014



DATE :

DEMANDEUR				DESTINATAIRE
NOM	ET	SERVICE	TEL ET MAIL	MAIA EST-HERAULTAISE Hôpital St-Eloi - 80, avenue Augustin Fliche 34295 Montpellier cedex 5 Tel : 04 67 33 24 21 maia-est-heraultaise@chu-montpellier.fr
FONCTION				
		<input type="checkbox"/> UMG <input type="checkbox"/> Service Social		

La population cible de cette étude est la suivante:

- La personne a 60 ans ou plus
- La personne vit et souhaite continuer vivre à son domicile
- La personne présente une perte d'autonomie et/ou une maladie neurodégénérative
- La personne vit sur le territoire pour lequel la MAIA est compétente (Grand Montpellier, alentours)
- Le médecin urgentiste évalue que le recours aux urgences n'est pas médicalement justifié

Age :	Sexe :	Commune du domicile :
<input type="checkbox"/> Vit seul	<input type="checkbox"/> En couple	<input type="checkbox"/> Cohabitation (avec qui) :
		<input type="checkbox"/> Autre

GIR	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Non évalué	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
MMS	<input type="checkbox"/> = 23	<input type="checkbox"/> < 23	<input type="checkbox"/> Non évalué	<input type="checkbox"/> Ne sait pas		
ALD	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas			
Perte d'autonomie non reconnue / Autre	Précisez :					

Laura BARON

LA PERSONNE PRESENTE DES TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX GENANT LA PRISE EN CHARGE A DOMICILE

L'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL DE LA PERSONNE EST DIFFICILE

<input type="checkbox"/> Absence de Médecin traitant <input type="checkbox"/> Refus de suivi médical <input type="checkbox"/> Autres.....	Insuffisance ou manque des interventions para-médicales : <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Podologue <input type="checkbox"/> Psychomotricien <input type="checkbox"/> Refus de prise en charge paramédicale – laquelle :
--	---

NOM	Modalités d'intervention
Médecin	
Médecin spécialiste	
IDE/SSIAD/ESA	
Service social	
Mandataire	
Service d'aide à domicile	

L'ENVIRONNEMENT DE LA PERSONNE EST INADAPTE AU REGARD DE SON ETAT DE SANTE

ENVIRONNEMENT	AIDANTS
<input type="checkbox"/> Isolement relationnel <input type="checkbox"/> Isolement géographique <input type="checkbox"/> Maintien à domicile préoccupant <input type="checkbox"/> Logement inadapté <input type="checkbox"/> Logement insalubre/précaire	<input type="checkbox"/> Pas d'aidants <input type="checkbox"/> Epuisement de l'aidant <input type="checkbox"/> Indisponibilité (hospitalisation, liée aux nécessités professionnelles et/ou familiales, déplacement...) <input type="checkbox"/> Défaillance de l'aidant (poly-pathologie...) <input type="checkbox"/> Conflit <input type="checkbox"/> Défaut de « bienveillance »

FAMILLE ET ENTOURAGE

Lien avec la personne	Aidant (oui/non)

Laura BARON

L'AUTONOMIE SOCIALE DE LA PERSONNE EST FRAGILE

VIE QUOTIDIENNE	AUTONOMIE ECONOMIQUE ET SOCIALE
<input type="checkbox"/> Refus de toute aide à domicile <input type="checkbox"/> Nécessité d'une aide à domicile Inadaptation des aides à domicile : <input type="checkbox"/> Aides techniques, équipement (fauteuil roulant, lit médicalisé, ...) <input type="checkbox"/> Aides humaines	<input type="checkbox"/> Inaptitude ou difficultés de gestion (administrative et/ou financière) <input type="checkbox"/> Précarité économique <input type="checkbox"/> Suspicion de spoliation <input type="checkbox"/> Vulnérabilité (la personne n'est plus en capacité de se protéger d'un tiers) <input type="checkbox"/> Négligence (la personne a des difficultés à se prendre en charge avec situation à risque)

LA PERSONNE EST DEJA VENUE POUR UNE CONSULTATION OU UNE HOSPITALISATION AU COURS DES TROIS MOIS PRECEDENTS

Informations complémentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANNEXE 3 : Fiche de liaison inter-partenaires MAIA Est-héraultaise

FICHE DE LIAISON INTER-PARTENAIRES

Date :

DEMANDEUR + LOGO (si souhaité)
NOM, FONCTION, TEL ET MAIL :

*DESTINATAIRE		
*Si vous ne connaissez pas ses coordonnées, cette fiche peut être envoyée à maia-est-heraultaise@chu-montpellier.fr et/ou fax : 04 67 33 22 58		
NOM	FONCTION	TEL ET MAIL

Réponse attendue	<input type="checkbox"/> Prise de contact direct <input type="checkbox"/> Retour d'information sur les actions mises en place ou à venir <input type="checkbox"/> Autres : Préciser..... ...
-------------------------	--

CONCERNE LA SITUATION DE

Nom :	Nom de jeune fille :	Prénom :
Date de naissance :	Age :	
Domicile :	Téléphone :	
<input type="checkbox"/> Maison	<input type="checkbox"/> Appartement	<input type="checkbox"/> RDC
<input type="checkbox"/> Propriétaire	<input type="checkbox"/> Locataire	<input type="checkbox"/> Etage :
<input type="checkbox"/> Vit seul	<input type="checkbox"/> En couple	<input type="checkbox"/> Cohabitation (avec qui) :
		<input type="checkbox"/> Autre
Langue usuelle :		
<u>La Personne et/ou Représentant légal sont-ils informés de cette liaison</u>		
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Laura BARON

FAMILLE ET ENTOURAGE

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec la personne	Aidant (oui/non)

PROFESSIONNELS REFERENTS OU INTERVENANT DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE LA SITUATION

NOM Par exemple	Structure	Adresse	téléphone	Modalités d'intervention
Médecin				
Médecin spécialiste				
IDE/SSIAD/ESA				
Service social				
Mandataire				
SAAD				



EN CAS D'HOSPITALISATION, Veuillez informer et contacter le professionnel qui fait la liaison, le plus tôt possible et AVANT la sortie pour organiser la continuité de la prise en charge

MOTIF DE LA LIAISON

Elément qui modifie et/ou compromet le maintien à domicile

SANTE	VIE QUOTIDIENNE	AUTONOMIE SOCIALE
<input type="checkbox"/> Absence de Médecin traitant <input type="checkbox"/> Refus de suivi médical Nécessité d'une intervention soignante <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Podologue <input type="checkbox"/> Psychomotricien Insuffisance ou manque des interventions soignantes : <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Podologue <input type="checkbox"/> Psychomotricien	<input type="checkbox"/> Refus de toutes aides à domicile <input type="checkbox"/> Nécessité d'une aide à domicile INADAPTATION DES AIDES A DOMICILE	<input type="checkbox"/> Difficultés de gestion (administrative et/ou financière) <input type="checkbox"/> Difficultés financières <input type="checkbox"/> Suspicion de spoliation

Laura BARON

<input type="checkbox"/> Refus prise en charge soignante - laquelle :	<input type="checkbox"/> Aides techniques, équipement (fauteuil roulant, lit médicalisé, ...) <input type="checkbox"/> Aides humaines	<input type="checkbox"/> Vulnérabilité (la personne n'est plus en capacité de se protéger d'un tiers) <input type="checkbox"/> Négligence (la personne a des difficultés à se prendre en charge avec situation à risque)
---	--	---

ENVIRONNEMENT	AIDANTS
<input type="checkbox"/> Isolement relationnel <input type="checkbox"/> Isolement géographique <input type="checkbox"/> Maintien à domicile préoccupant <input type="checkbox"/> Logement inadapté <input type="checkbox"/> Logement insalubre/précaire	<input type="checkbox"/> Pas d'aidants <input type="checkbox"/> Epuisement de l'aidant <input type="checkbox"/> Indisponibilité (hospitalisation, liée aux nécessités professionnelles et/ou familiales, déplacement...) <input type="checkbox"/> Défaillance de l'aidant (poly-pathologie...) <input type="checkbox"/> Conflit <input type="checkbox"/> Défaut de « bienveillance »

Autonomie/dépendance :

GIR : ne sait pas **PCH** ne sait pas **MMS/30 :**

ne sait pas

Informations complémentaires (Ressources, Aides antérieures, perte d'autonomie....) :

FICHE DE SUIVI

Date :

DEMANDEUR + LOGO (si souhaité)

NOM, FONCTION, TEL ET MAIL :

*DESTINATAIRE

*Si vous ne connaissez pas ses coordonnées, cette fiche peut être envoyée à

maia-est-heraultaise@chu-montpellier.fr et/ou fax : 04 67 33 22 58

NOM	FONCTION	TEL ET MAIL

CONCERNANT

NOM :

Nom de Jeune Fille :

PRENOM :

Date de naissance :

Adresse :

Date 1^{ère} fiche :

Informations complémentaires (Actions entreprises, Difficultés rencontrées,) :

ANNEXE 4 : Charte d'entrée dans le Guichet intégré de la MAIA Est héraultaise (travail préparatoire)



CHART E DU GUICHET INTEGRE

PREAMBULE

Le Plan Alzheimer (2008-2015) prévoit la mise en œuvre des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes âgées en perte d'Autonomie (MAIA). Ce dispositif, défini dans un cahier des charges national, doit permettre l'amélioration des parcours et des prises en charge de ces personnes par la création d'un Guichet Intégré. Le Guichet Intégré vise à créer un partenariat co-responsable entre les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social intervenant auprès du public cible sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise. L'objectif est de faciliter, fluidifier le parcours des personnes, de mieux les orienter et de répondre à leurs besoins. La réalisation de ce projet a nécessité le développement d'outils communs internes au Guichet intégré, dont un annuaire des ressources du territoire incluant un référentiel de missions, des critères d'orientation vers la gestion de cas et une fiche de liaison. La présente charte a pour objet de formaliser la mise en réseau des partenaires du Guichet intégré, de garantir et de promouvoir le respect de valeurs communes.

La présente charte engage collectivement les partenaires du Guichet intégré à s'inscrire dans une démarche de qualité et de responsabilité en respectant les principes y figurant.

Le signataire de la présente charte reçoit en annexe le guide de procédure de la MAIA Est-héraultaise précisant son fonctionnement et ses outils¹⁵⁴.

¹⁵⁴ Guide de procédure MAIA Est-héraultaise annexé à la présente charte

VALEURS ET ENGAGEMENTS

1. Les partenaires construisent des outils communs et des pratiques coordonnées qui assurent la continuité et la cohérence de l'accompagnement sanitaire et social et médico-social de la personne.
2. Tout professionnel s'adressant à un membre du Guichet intégré est informé que celui-ci ne travaille pas seul, et qu'il pourra, dans le traitement de la situation donnée, éventuellement l'orienter vers d'autres acteurs.
3. Les membres du Guichet intégré s'engagent à favoriser l'accompagnement de la personne par un accès aux compétences les mieux adaptées
4. La collaboration des professionnels du Guichet intégré est soumise à l'accord libre et éclairé de la personne concernée ou de son représentant légal
5. L'entourage de la personne, si celle-ci est d'accord, est partie prenante du travail en réseau
6. Les partenaires s'engagent à inscrire leur action dans le respect des recommandations de bonnes pratiques émises par le Guichet intégré relatives au secret professionnel et au partage d'information et inscrites au sein du guide de procédure de la MAIA Est-héraultaise.

Nom de la structure	Nom du représentant de la structure	Date et signature
	 /..... /.....

ANNEXE 5 : Synthèse des résultats présentée aux partenaires (Urgences et UMG du CHRU de Montpellier)

Etude des recours non médicalement justifiés des personnes âgées au service des urgences du CHRU de Montpellier



Présentation, analyse et interprétation des résultats obtenus

- ❖ Un nombre infime de recours inappropriés aux urgences hospitalières par les personnes âgées vivant à domicile

Nombre de personnes âgées de plus de 65 ans ayant eu recours aux urgences	1804
Nombre de personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile et ayant eu recours aux urgences pour une raison non justifiée médicalement	7

D'après ce résultat, le recours non-médicalement justifié aux urgences hospitalières concernerait très peu les personnes âgées de plus de soixante ans vivant à domicile sur le territoire est-héraultais.

Ce nombre infime de personnes ciblées par l'étude, au regard du nombre de personnes âgées ayant eu recours aux urgences, peut s'expliquer par plusieurs raisons :

- sont exclues de la population cible les personnes âgées vivant en institution d'hébergement permanent (puisque c'est bien le domicile qui intéresse la MAIA),
- ainsi que celles qui ont été hospitalisées suite à leur passage aux urgences (puisque si elles ont été hospitalisées cela veut dire que le recours aux urgences était médicalement justifié).

Trois principaux biais peuvent remettre en question le résultats de l'étude.

- Toutes les situations de recours non médicalement justifiés n'ont peut-être pas été recensées et/ou transmises pour les besoins de l'étude, du fait notamment d'oubli de la part des professionnels, de manque de temps, etc...

Laura BARON

- De plus le critère de « recours non médicalement justifié » a pu faire l'objet de confusions avec la notion de « motif non médical ». Ce critère, déterminant pour l'étude, n'était peut-être pas assez clairement défini ou difficile à appliquer dans la sélection des situations.
- Seules les assistantes sociales du service des urgences ont transmis les situations, ce qui fait que toutes les situations étudiées ont bénéficié d'une action du service social. Les autres situations n'ont donc pas été étudiées.

❖ Analyse des sept situations

Nature des données recueillies	Données recueillies sur les sept situations
Age	Plus de 75 ans : 2 Moins de 75 ans : 6
Situation familiale de la personne	Vit seul : 4 Vit en couple : 1 Cohabitation avec enfant/aidant : 2
Analyse de la situation environnementale de la personne	Maintien à domicile préoccupant : 3 Aucune information : 4
Aidant	Pas d'aidant : 4 Aidant épuisé : 1 Aidant indisponible/défaillant : 1 Aucune information : 1
Analyse de l'accompagnement professionnel en place à domicile (paramédical, social)	Infirmier, aide-ménagère: 1 Infirmier, Auxiliaire de vie (absente) : 1 Aucune information : 4
Médecin traitant	Oui : 5 Non : 1 Ne sait pas : 1
Origine de la décision d'orienter la personne âgée vers les urgences	La personne même : 1 Le médecin traitant : 2 SAMU/Pompiers : 4
Nature du diagnostic au service des urgences	Problème social: 4 Autre : 3
Suite donnée par les urgences après admission	Retour à domicile dans les 24 heures après admission : 3 Mise en observation avant retour à domicile : 4
La personne est déjà venue aux urgences dans les	Oui : 1

Laura BARON

trois mois précédents	Aucune information : 6
Orientation vers un ou plusieurs autres services d'aide et de soins	Oui : 4 (dont 3 vers la MAIA) Non : 3

Parmi ces sept situations identifiées, on observe que **les personnes de plus de soixante-quinze ans sont plus concernées par les recours non médicalement justifiés** aux urgences que les personnes ayant moins de 75 ans. L'âge semble donc ici un élément à prendre en compte.

On constate également que **celles vivant seules sont également plus concernées** que celles vivant en couple ou en cohabitation avec un enfant ou un aidant. Les personnes n'ayant pas d'aidant ont aussi plus recours aux urgences pour une raison inappropriée.

Dans la majorité des cas ici, **les personnes âgées ont été orientées par les urgences par le SAMU ou les pompiers**. Il semblerait que les personnes soient orientées vers les urgences par ces professionnels car « *il n'y a pas d'autres solutions* », bien que l'urgence ne soit pas de nature médicale, elle est ou peut devenir dangereuse pour la personne. Face à ce type de situation, les pompiers ou le SAMU n'ont d'autre choix que d'orienter la personne vers les urgences hospitalières.

Concernant le diagnostic émis par les professionnels des urgences, **le problème purement social représente quatre situations**. C'est le cas par exemple de deux personnes âgées démentes ayant fugué et errant dans la rue. Les trois autres situations concernaient des personnes âgées présentant des troubles somatiques non urgents médicalement. Selon les professionnels le recours aux urgences n'était donc pas médicalement justifié mais a été décidé du fait de l'absence d'une autre solution possible ou encore par l'absence de recherche d'une solution autre que celle des urgences.

Une fois admises aux urgences, **trois des personnes âgées sont retournées à domicile après consultation médicale avec parfois une réorientation vers d'autres services d'aides et de soins**, et **quatre sont restées en observation**, le plus souvent en attente d'une autre solution.

❖ L'évaluation de la situation par le service des urgences

La totalité des situations identifiées ont fait l'objet d'une intervention des assistantes sociales des urgences. L'analyse de l'évaluation de la situation des personnes faite par le service des urgences ne concerne donc ici que les situations ayant fait l'objet d'une intervention du service social en plus d'une consultation médicale.

Laura BARON

Pour chacune des sept situations, une évaluation médicale a été réalisée. Cependant **en ce qui concerne l'évaluation globale de la personne** incluant notamment l'adaptation de son environnement, l'accompagnement professionnel en place à son domicile, la présence de son entourage voir d'un aidant ou encore son autonomie sociale, **l'évaluation est succincte**.

Concernant cette évaluation de la situation de la personne dans sa globalité, **seules l'existence ou non d'un médecin traitant et d'un aidant a été identifiée presque à chaque fois**.

Pour ce qui est de **l'accompagnement social et paramédical mis en place au domicile**, **il est n'est évalué que pour deux des sept situations, de façon succincte**. L'environnement de la personne ainsi que son autonomie sociale ne sont pas évaluées. De même, il n'existe que **très peu d'information sur le parcours de santé de la personne, notamment sur les précédentes hospitalisations**.

Les sept situations en question ici ont eu recours aux urgences pour un motif social ou du moins non-médicalement justifié. Or, elles n'ont bénéficié quasi-exclusivement que d'une évaluation purement médicale au service des urgences, bien que leur problème soit d'une autre nature.

Ces personnes âgées, s'il elles ne sont pas réorientées vers un autre service d'aide et de soins, ont donc un **risque de retourner à domicile de « façon inappropriée »**, c'est-à-dire sans que leur demande réelle ne soit identifiée, et présente donc un risque de recourir une nouvelle fois aux urgences pour une raison non-médicalement justifiée. Sur les sept situations, **le service des urgences à orienté quatre d'entre elles vers d'autres acteurs d'aide et de soins**.

❖ **Le lien avec la MAIA**

Sur les sept situations observées de recours inappropriés aux urgences par les personnes âgées sur la période étudiée, **la MAIA a été sollicitée par le personnel hospitalier pour trois d'entre elles**. Cependant **aucune de ces situations n'a fait l'objet d'une entrée en gestion de cas** puisqu'elles ne correspondaient pas aux critères exigés. **Elles ont seulement nécessité une information et/ou une orientation par la pilote vers d'autres services adaptés**, via notamment plusieurs appels téléphoniques.

❖ Propositions d'actions et recommandations


Comme l'indiquait le Professeur JEANDEL lors de la table tactique de la MAIA Est-héraultaise du 19 décembre 2013, il est important d'évaluer l'autonomie de la personne âgée lors de l'admission à l'hôpital. Cette observation comprend donc les admissions aux urgences. **Il semble d'autant plus important d'évaluer l'autonomie de la personne âgée lorsque le recours aux urgences n'est pas médicalement justifié, afin d'identifier quelle est la demande réelle de la personne** ou le réel problème sous-jacent dans sa situation. L'objectif étant d'anticiper un nouveau recours aux urgences inapproprié et fluidifier le parcours de santé.

Cependant cette évaluation de l'autonomie globale de la personne et non plus seulement médicale peut s'avérer infaisable au regard des moyens dont disposent les urgences, ce n'est pas leur rôle, en particulier lorsque la personne âgée est dans une situation complexe. **C'est pourquoi le lien entre les urgences et la MAIA est à continuer de développer.** En effet, si le besoin se présente, les professionnels des urgences doivent pouvoir

- réorienter la personne âgée vers le partenaire du guichet intégré de la MAIA le plus adapté (notamment grâce à l'annuaire de ressources), ou encore
- effectuer une demande d'orientation en gestion de cas auprès de la pilote si la situation de la personne répond aux critères de complexité. La réalisation de cette étude a permis d'amorcer ce lien.

ANNEXE 6 : Synthèse des résultats présentée aux partenaires (Responsables d'établissements proposant des places d'accueil de jour ayant participé à l'étude, membres des tables tactiques et stratégique de la MAIA Est-héraultaise)

Etude de l'offre du territoire de la MAIA Est-héraultaise en accueil de jour



Présentation, analyse et interprétation des résultats obtenus

❖ L'offre en accueil de jour sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise

Au 20 mars 2014, le Conseil général de l'Hérault autorise au total quarante-neuf places en accueil de jour sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise¹⁵⁵. Ces quarante-neuf places sont réparties sur dix établissements.

Parmi ces dix établissements on trouve un établissement uniquement dédié à l'accueil de jour thérapeutique Alzheimer, proposant dix-neuf places. Il représente donc à lui seul près de la moitié des places autorisées sur le territoire et présente la spécificité de proposer un projet thérapeutique spécialisée sur la maladie d'Alzheimer.

Les trente autres places en accueil de jour sont réparties sur neuf EHPAD. Ces neuf EHPAD ont des statuts juridiques diversifiés : privé commercial, privé associatif, mutualiste, public CCAS. Parmi eux, un EHPAD présente la spécificité de proposer six places en accueil de jour pour personnes handicapées mentales vieillissantes uniquement.

¹⁵⁵ Conseil général de l'Hérault, Direction de l'offre médico-sociale « *Liste des établissements pour personnes âgées autorisés par le Conseil général de l'Hérault et installés* », 20 mars 2014

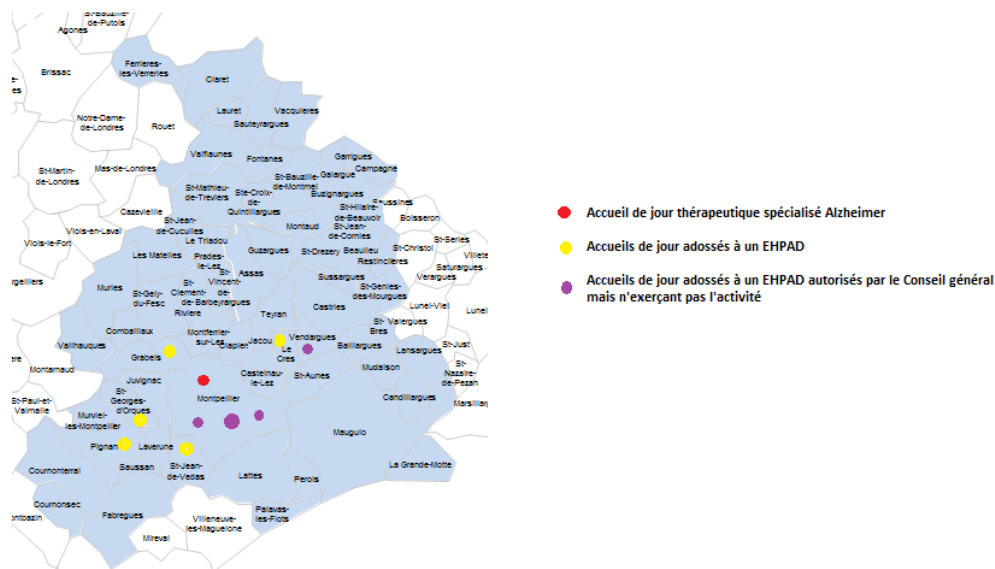
Laura BARON

Type d'établissement proposant des places d'accueil de jour	Nombre d'établissements	Nombre de places d'accueil de jour autorisées par les tutelles
Accueil de jour thérapeutique spécialisé Alzheimer	1	19
Accueil de jour adossé à un EHPAD	9	30
Total	11	49

Cependant en contactant les établissements, il s'est avéré que dans les faits les quarante-neuf places en accueil de jour ne sont pas réellement proposées. En effet, quatre EHPAD ne proposent pas de places en accueil de jour malgré l'autorisation délivrée par les tutelles, ce qui représente huit places. De plus, un EHPAD mis en place très récemment est autorisé pour six places d'accueil de jour mais n'en propose pour le moment que deux. Le nombre de places réellement proposé n'est donc actuellement pas de quarante-neuf mais de trente-sept.

Pour deux d'entre eux, ce choix a été fait parce-que l'activité accueil de jour est difficilement conciliable en pratique avec celle de l'hébergement permanent. Selon eux ce sont des modes de prises en charge répondant à des exigences différentes, et donc à des moyens, notamment humains, spécifiques dont ils ne disposent pas toujours. Un autre de ces établissements justifie ce choix par le fait que l'établissement effectue actuellement des travaux importants, ce qui perturbe momentanément son activité.

Concernant la répartition géographique de cette offre, quatre établissements sont situés sur la ville de Montpellier, ce qui représente vingt-cinq places autorisées et dix-neuf réellement proposées. Les vingt-quatre autres places autorisées sont situées sur les communes avoisinantes, à savoir Le Crès, Pignan, Saint Georges d'Orques, Saint Jean de Vedas, Vendargues et Grabels. Sur le territoire étudié, seulement sept communes sur soixante-six sont donc couvertes par le dispositif accueil de jour, concentrées uniquement sur celle de Montpellier et limitrophes.



6 Répartition géographique et typologique des accueils de jour sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise

❖ La demande d'accueil de jour sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise

Une demande supérieure au nombre de places proposées

Au total, les dix établissements contactés proposant des places en accueil de jour sur le territoire de la MAIA ont reçu à eux tous soixante et une demandes sur la seule période du 1^{er} janvier 2014 au 30 avril 2014.

Or, comme évoqué précédemment, quarante-cinq places en accueil de jour sont autorisées par le Conseil général sur ce même territoire et parmi ces quarante-cinq places, trente-sept sont réellement proposées aux usagers, réparties sur six établissements. La demande est donc largement supérieure au nombre de places proposées sur le territoire.

Nombre de places d'accueil de jour autorisées par les tutelles	Nombre de places d'accueil de jour réellement proposées	Nombre de demandes de places d'accueil de jour sur la période du 01/01/2014 au 30/04/2014 sur le territoire de la MAIA
49	37	61

Laura BARON

Cependant parmi ces soixante-et-une demandes, toutes n'aboutiront pas. En effet, les établissements constatent qu'après formulation d'une demande, certains se rétractent du fait par exemple d'un décès ou encore d'une dégradation soudaine de l'état de santé nécessitant une hospitalisation ou une entrée en institution permanente, ou encore pour d'autres raisons inconnues des responsables d'établissements. D'autres demandes n'aboutissent pas du fait que l'offre ne correspond pas à la demande : les personnes peuvent être par exemple trop dépendantes au regard des moyens dont disposent l'établissement, un équilibre en terme de charge de travail étant recherché par les établissements.

La variabilité des délais d'attente selon les établissements

Le délai entre la formulation d'une demande et l'aboutissement de cette demande (personne accueillie à la journée au sein de l'établissement) est extrêmement variable selon les différents établissements proposant cette prestation.

Pour un d'entre eux, le délai d'attente est moyenne d'entre un et trois mois alors que pour un autre il est de un à deux ans. Un autre EHPAD n'est pas confronté aux délais d'attente car l'accueil de jour qu'il propose relève plutôt du service « informel », ponctuel et/ou temporaire, gratuit. Les trois derniers établissements contactés et proposant « réellement » des places d'accueil de jour n'ont pas de délais d'attente puisque leur taux de remplissage n'est pas de cent pour cent.

Délais moyen d'attente	Nombre et type d'établissements correspondants
1 à 2 ans	1 (Accueil de jour adossé à un EHPAD)
1 à 3 mois	1 (Accueil de jour thérapeutique spécialisé Alzheimer)
Pas de délais d'attente	4 (Accueil de jour adossé à un EHPAD)

Ces différences entre les établissements constituent un paradoxe. Certains ont des délais d'attente relativement importants alors que d'autres n'atteignent pas un taux de remplissage de cent pour cent. Il pourrait être opportun d'en étudier les causes, qui peuvent par exemple être relatives à la situation géographique des établissements, à leurs caractéristiques ou encore à leur visibilité.

Les demandeurs en accueil de jour orientés principalement par des professionnels spécialisés en gérontologie

D'après les données fournies par un établissement proposant des places en accueil de jour, la grande majorité des demandeurs ont été orientés vers l'établissement par un professionnel et notamment par des professionnels spécialisés sur le champ gérontologique (Hôpital de jour, ESA, pôle gérontologique du CHU de Montpellier, infirmier libéral, assistante de vie sociale, etc...).

Une demande de proximité

Les personnes accueillies en accueil de jour sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise sont domiciliées exclusivement à Montpellier et les communes avoisinantes. En effet, le trajet journalier à effectuer exige une proximité entre le domicile et l'institution proposant le dispositif.

❖ Le point de vue des professionnels sur les besoins du territoire en accueil de jour

Sur les dix responsables d'établissements autorisés par le Conseil général de l'Hérault à proposer des places en accueil de jour, tous ont répondu aux questions « quantitatives ». Parmi ces dix responsables d'établissements, cinq d'entre eux ont pu se rendre disponibles pour un entretien visant des données plus « qualitatives ». Voici les synthèses des principaux points qui sont ressortis de ces rencontres.

L'accueil de jour, un dispositif inconnu ou mal connu par les usagers et les professionnels

Quatre des directeurs d'EHPAD proposant des places en accueil de jour rencontrés ont souligné le manque de visibilité et de lisibilité de cette modalité de prise en charge, tant par les usagers et leurs familles que par les professionnels intervenant dans leur prise en charge à domicile (médecins généralistes, infirmiers libéraux, aides à domicile, etc...).

Par exemple, l'établissement proposant des places en accueil de jour pour personnes handicapées mentales vieillissantes reçoit plusieurs demandes de personnes âgées ne correspondant pas à ce critère et ne peut pas donner suite à leur demande.

Un autre responsable d'établissement déplore le fait de ne pas réussir à atteindre un taux de remplissage de 100% sur les places en accueil de jour qu'il propose, malgré des actions de communication sur ce dispositif.

Plus globalement, ces responsables ont le sentiment d'un dispositif de prise en charge mal connu malgré tous les avantages qu'il peut représenter. L'accueil de jour gagnerait à être mieux connu des professionnels et du grand public lorsque le maintien à domicile complet d'une personne âgée s'avère problématique, sans que l'institutionnalisation complète ne soit possible ou souhaitée. Ce « sentiment » de méconnaissance du dispositif par les usagers et les professionnels reste cependant à objectiver.

L'établissement spécialisé en accueil de jour réputé plus adapté que l'accueil de jour adossé à un EHPAD

Les cinq responsables d'établissements rencontrés s'accordent sur le fait que l'accueil de jour adossé à un EHPAD n'est pas la formule la plus adaptée. D'ailleurs, trois des neuf EHPAD ont fait le choix de ne pas exercer cette activité malgré l'autorisation délivrée par les tutelles.

Selon le responsable de l'un d'entre eux, l'établissement ne reçoit de toute façon aucune demande d'accueil de jour. Toujours selon ce responsable, ceci est certainement dû au manque de visibilité de l'offre, mais l'établissement ne souhaite pas de toute façon développer cette activité, qui serait difficilement conciliable avec celle de l'hébergement permanent. L'accueil de jour est une prise en charge différente et nécessite des moyens humains spécifiques dont l'établissement ne dispose pas. Par exemple, le personnel paramédical est déjà pleinement occupé, notamment le matin, par les soins et les toilettes des résidents permanents. Administrativement, la gestion est également spécifique. Pour ce responsable la formule adaptée est celle de la structure dédiée entièrement à l'accueil de jour. Cela n'empêcherait pas ce type de structure d'être rattachée administrativement à un EHPAD, mais dans ce cas elle doit constituer une activité annexe et à part entière, à l'image des SSIAD adossés aux EHPAD.

C'est un point de vue que les cinq personnes rencontrées rejoignent. L'accueil de jour adossé à un EHPAD peut parfois être perçu par les usagers comme une sorte de « *garderie* », dénuée de tout projet thérapeutique, ce qui est contraire aux objectifs formulés dans la circulaire relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour¹⁵⁶. Pour répondre à ce double objectif de répit de

¹⁵⁶ Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, direction générale de la cohésion sociale, CIRCULAIRE N° DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire

l'aidant et de stimulation des capacités la personne âgée, la structure uniquement dédiée à l'accueil de jour leur semble la formule la plus adaptée.

Cependant, selon un responsable d'établissement proposant des places en accueil de jour, la lourdeur du dossier qu'il faut monter pour ouvrir un accueil de jour thérapeutique spécialisé sur la maladie d'Alzheimer constitue un réel frein au développement de ce type de structure, malgré la demande potentielle.

Une attente de répit de l'aidant primant sur la stimulation physique et cognitive de la personne âgée

Comme évoqué précédemment, le répit de l'aidant constitue un des objectifs de l'accueil de jour mais la stimulation physique et/ou cognitive par le biais d'un projet thérapeutique constitue le deuxième objectif de cette modalité de prise charge. L'objectif étant l'entretien des capacités de la personne âgée pour un maintien à domicile le plus longtemps possible.

Cependant, selon quatre des cinq responsables rencontrés, l'attente première des demandeurs de place en accueil de jour serait bien celle du répit de l'aidant. L'épuisement ou l'indisponibilité de l'aidant serait le facteur premier qui amènerait à une demande de placement en accueil de jour d'une personne âgée dépendante. L'attente serait donc plus de l'ordre du répit de l'aidant que thérapeutique. Cette donnée sur la demande reste également à objectiver.

Ce constat amène un des responsables rencontrés à évoquer la nécessité d'une grande souplesse dans les dispositifs d'accueil de jour, souplesse qui serait plus facile à mettre en œuvre lorsque l'établissement est spécialisé sur l'accueil de jour. Cette souplesse pourrait notamment se traduire par exemple par la possibilité d'un accueil de jour ponctuel et non seulement régulier.

Une demande provenant majoritairement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé

La totalité des responsables d'établissements rencontrés ont souligné le fait qu'ils recevaient de nombreuses demandes de places en accueil de jour pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé. Or, ces établissements en question ne disposent pas toujours des moyens nécessaires à l'accueil de ces personnes en nombre suffisant et ne peuvent donc satisfaire toutes ces demandes.

Ils expliquent cette surreprésentation du nombre de demandes provenant de malades d'Alzheimer par le fait que c'est une des maladies la plus épuisante pour l'aidant lorsqu'elle atteint un stade avancé.

Cette demande principale pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer peut expliquer le fait que l'accueil de jour thérapeutique spécialisé sur la maladie d'Alzheimer dispose d'une liste d'attente alors que certains EHPAD sur le même territoire n'atteignent pas un taux de remplissage à cent pour cent.

La nécessité de développer des structures dédiées de proximité

Malgré le manque de visibilité du dispositif souligné par les acteurs rencontrés, ils font tous le constat d'une demande en croissance, au sein même de la ville de Montpellier mais également dans les communes avoisinantes.

En découle selon eux une nécessité sur le territoire de développer les structures dédiées à l'accueil de jour, à Montpellier mais aussi en dehors. En effet, le transport de la personne âgée de son domicile vers la structure d'accueil n'est pas pris en charge, mis à part par certaines mutuelles. De plus, ce transport peut s'avérer fatiguant et nécessite une organisation, tant pour la personne âgée que pour son aidant. Une offre en accueil de jour de proximité est alors nécessaire afin de diminuer au maximum le temps de transport

L'accueil de jour, une étape importante du parcours de la personne âgée en perte d'autonomie

Trois des responsables d'EHPAD rencontrés proposant des places d'accueil de jour ont mis en avant le fait que les personnes accueillies en accueil de jour finissent pour la plupart à formuler une demande auprès de l'établissement pour un hébergement permanent.

Ils constatent également que les personnes hébergées de façon permanente s'intègrent mieux et plus rapidement lorsqu'elles ont précédemment été accueillies à la journée au sein de l'établissement.

Ils en concluent que l'accueil de jour est un élément facilitateur pour l'adaptation de la personne âgée à sa nouvelle vie en institution, de même pour sa famille. Ils soulignent que l'accueil de jour constitue un élément important du parcours de la personne âgée lorsqu'elle devient dépendante,

Laura BARON

permettant à la fois d'anticiper et de retarder autant que possible la nécessité d'un hébergement permanent, mais aussi de permettre une institutionnalisation progressive et en douceur, ce qui est moins traumatisant tant pour la personne âgée elle-même que pour son entourage.

❖ Proposition d'action et recommandations

Au regard de la synthèse des données quantitatives et qualitatives recueillies lors de cette étude, nous pouvons faire les propositions d'action suivantes sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise.

Développer des structures de proximité dédiées à l'accueil de jour thérapeutique, adaptées notamment aux malades d'Alzheimer

Comme évoqué précédemment, face au souhait des personnes âgées et de leurs familles de rester à domicile le plus longtemps possible qui rejoint la volonté des pouvoirs publics de favoriser ce maintien à domicile, développer l'accueil de jour semble une recommandation pertinente, notamment en permettant d'anticiper l'épuisement des aidants.

Concernant les modalités de développement de cet accueil de jour et au regard des informations recueillies lors de cette étude, il semble plus opportun de mettre l'accent sur le développement des structures dédiées à l'accueil de jour thérapeutique plutôt que les accueils de jour adossés aux EHPAD.

En effet les gestionnaires d'EHPAD semblent concilier difficilement l'hébergement permanent, qui constitue leur activité principale, et l'accueil de jour, surtout lorsque celui-ci ne représente que deux ou trois places. D'ailleurs ces accueils de jour ne proposant deux ou trois places vont être amenés à évoluer ou disparaître puisque un décret de 2011¹⁵⁷ fixe la capacité minimale d'un accueil de jour à six places pour un accueil de jour adossé à un EHPAD et à dix places pour un accueil de jour autonome. Désormais, les nouvelles autorisations délivrées doivent respecter cette nouvelle norme qui doit être présente dans le cahier des charges d'appels à projet. Concernant les EHPAD existants proposant un nombre de place d'accueil de jour inférieur à six, ils devront demander à augmenter leur capacité ou à regrouper leurs capacités entre eux, cela dans les délais compatibles avec la programmation des tranches annuelles du PRIAC¹⁵⁸.

¹⁵⁷ Décret n° 2011-1211 du 29 septembre 2011 relatif à l'accueil de jour

¹⁵⁸ UNIOSS, « Capacité minimale et modalités d'organisation des transports au sein des accueils de jour autonomes ou adossés à un EHPAD »

Une structure dédiée à l'accueil de jour permettrait également de faciliter la mise en œuvre d'un projet thérapeutique permettant de stimuler les capacités physiques et/ou cognitives de la personne âgée afin qu'elle puisse rester à domicile le plus longtemps possible, même si la demande première est bien celle du répit de l'aidant.

Pour cela, cette structure dédiée peut être totalement indépendante, à l'image de la structure « Ciel Bleu » de Montpellier. Elle peut aussi prendre la forme d'une activité à part entière d'un EHPAD, faisant partie intégrante de son projet d'établissement, et non plus une simple activité annexe adossée à celle de l'hébergement permanent représentant deux ou trois places. Cela impliquerait des moyens humains et matériels dédiés à cette activité, rendus possible grâce à une augmentation du nombre de places en accueil de jour, à l'image de ce qui est fait à l'EHPAD L'Ostal du Lac (Le Crès) qui dispose de six places, et bientôt huit, en accueil de jour pour personnes en situation de handicap mental vieillissantes. Au sein de cet EHPAD, une salle est mise à disposition pour l'accueil de jour et une Aide Médico-Psychologique a été recrutée spécialement pour la mise en œuvre du projet thérapeutique des personnes accueillies.

Il serait également opportun de réfléchir sur le développement des moyens alloués aux accueils de jour pour que ceux-ci puissent répondre aux demandes des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé, qui représente une charge de travail non négligeable pour les équipes et qui ne peut donc pas être toujours être assumée par les établissements.

Enfin, développer ces structures dédiées à l'accueil de jour thérapeutique à Montpellier, mais aussi sur les communes avoisinantes pour réduire au maximum le temps de transport et faciliter l'accès des usagers à ce dispositif.

Développer la communication autour de l'accueil de jour pour une meilleure connaissance par les usagers et les professionnels

Lors de cette étude a été souligné le manque de lisibilité et de visibilité du dispositif par les usagers et les professionnels intervenants dans la prise en charge des personnes âgées à domicile, ce qui amène certains établissements à une difficulté pour satisfaire le taux de remplissage des places en accueil de jour qu'ils proposent. En effet l'accueil de jour thérapeutique spécialisé Alzheimer de Montpellier semble bien repéré au regard du nombre de demandes qui lui sont adressées, mais il n'en est pas de même pour les EHPAD qui peinent à satisfaire leur capacité. Il conviendrait donc de développer la communication autour du dispositif accueil de jour sur le territoire du grand Montpellier.

Laura BARON

L'étude de l'orientation des demandeurs vers l'accueil de jour a montré que ces demandeurs sont principalement orientés par des professionnels spécialisés sur le champ gériatrique (ESA, pôle gériatrie du CHU de Montpellier). Il conviendrait donc de cibler l'information de l'existence du dispositif vers les autres professionnels intervenant auprès des personnes âgées vivant à domicile et notamment les libéraux (médecins généralistes, infirmiers, psychiatres, kinésithérapeutes, SSIAD, SAD....).

Pour faire connaître le dispositif aux professionnels, le guichet intégré de la MAIA peut être un des vecteurs de cette communication. En effet, les acteurs du guichet intégré se rencontrent lors des groupes de travail et des tables tactiques, ils peuvent être l'occasion d'échanges qui peuvent améliorer la connaissance et la lisibilité du dispositif. Le futur annuaire de ressources améliorera également la lisibilité de l'offre sur le territoire. Les professionnels libéraux pourraient pour leur part être informés via une transmission d'information par les différentes Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) ou par leurs séances de formation continue.

Pour informer les usagers de l'existence de cette modalité intermédiaire de prise en charge, des plaquettes de communication pourraient être déposées dans des lieux propices tels que les Mairies, les CCAS, les cabinets médicaux. Cependant une meilleure information des usagers passera probablement surtout par une meilleure information des professionnels qui pourront les orienter vers l'accueil de jour.

Il est à noter qu'une meilleure connaissance de l'offre en accueil de jour par les professionnels et les usagers peut entraîner une augmentation de la demande.

BARON	Laura	01/07/2014
Master 2		
Pilotage des politiques et actions en santé publique		
LE DISPOSITIF MAIA AU SEIN DU PROCESSUS D'AJUSTEMENT DE L'OFFRE D'AIDE ET DE SOINS AUX PERSONNES AGEES		
Promotion 2013-2014		
<p>Résumé : Etudes des recours inappropriés aux urgences et des besoins en accueil de jour sur le territoire de la MAIA Est-héraultaise</p> <p>Le dispositif MAIA constitue une illustration des nombreuses mutations actuelles du système sanitaire et social, tant dans sa dimension politique qu'opérationnelle, fasse à l'enjeu grandissant que représente le vieillissement de la population. Ce dispositif participe pleinement au processus d'ajustement de l'offre d'aides et de soins en direction des personnes âgées en perte d'autonomie en recherchant notamment l'intégration des pratiques professionnelles et la création de partenariats co-responsables des acteurs du secteur gérontologique. Ce projet s'appuie sur la création d'un Guichet intégré s'appuyant sur des outils nouveaux et co-construits, sur l'organisation de tables de concertation, ainsi que sur une activité innovante que constitue la gestion de cas. L'objectif poursuivi étant une amélioration de la cohérence et de la fluidité des parcours de santé des personnes âgées tout en favorisant le maintien à domicile. Le pilote local d'un dispositif MAIA participe également à l'ajustement de l'offre en transmettant aux décideurs et financeurs les données dont il a connaissance à l'occasion de son action auprès des acteurs opérationnels du territoire. Il a pour mission d'analyser les lacunes relevées par les membres du guichet intégré avant de les faire remonter aux tutelles. C'est dans cette optique que la pilote de la MAIA Est-héraultaise m'a confiée la mission de mener une étude sur les recours non-médicalement justifiés des personnes âgées aux services des urgences du CHRU de Montpellier et une autre sur les besoins du territoire est-héraultais en accueils de jour.</p> <p>Ce rapport de mission s'attachera à présenter dans un premier temps le dispositif MAIA et plus précisément la MAIA Est-héraultaise, avant de présenter la démarche et les résultats des deux études. S'en suivra une analyse réflexive sur le déroulé de cette mission ainsi qu'une réflexion sur le dispositif MAIA et son inscription dans le système d'action local.</p>		
<p>Mots clés : MAIA – Intégration – Coordination – Guichet intégré - Personnes âgées - Autonomie – Alzheimer - Accueil de jour – Urgences</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		