



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2009 –

**« LA MISE EN PLACE DE L'EXPERIMENTATION
MAIA EN REGION NORD-PAS DE CALAIS :
COMMENT ORGANISER LA COORDINATION ET
LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS
ALZHEIMER A DOMICILE ? »**

– Groupe n° 20 –

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| – Dalle Capucine | – Langellier Anne |
| – Derosiaux Virginie | – Robert Céline |
| – Dumont Litique Janine | – Sandmann Pascal |
| – Guégnaud Emmanuel | – Tessier Christine |
| – Kounowski Julien | |

Animatrice : M^{me} le Dr Marguerite Marie Defebvre

Sommaire

INTRODUCTION	261
1 LES MAIA : A LA RECHERCHE D'UN MEILLEUR PARCOURS DE SOIN ET DE VIE DE LA PERSONNE ET DE SES AIDANTS	4
1.1 LES EXPERIMENTATIONS MAIA : UNE CREATION DU PLAN ALZHEIMER 2008-2012 PORTEE PAR LA CNSA	4
1.1.1 <i>De l'élaboration du dispositif MAIA au processus de sélection des projets</i>	5
1.1.2 <i>La CNSA, chef d'orchestre des expérimentations MAIA</i>	7
1.2 DES EXPERIMENTATIONS MAIA DANS LE NORD-PAS-DE-CALAIS : DE LA DIVERSITE A LA DIVERGENCE.....	9
1.2.1 <i>L'élaboration d'un projet régional décliné dans chaque département</i>	9
1.2.2 <i>Des expérimentations diverses dans chacun des deux projets départementaux</i>	11
2 LES MAIA : DES OBSTACLES AUX ESPOIRS, DEPASSER LES LIMITES ET PROPOSER DU RENOUVEAU	16
2.1 LA MAIA : LES OBSTACLES A LA REUSSITE DE L'EXPERIMENTATION MAIA	16
2.1.1 <i>Les freins liés à l'approche méthodologique retenue par la CNSA</i>	16
2.1.2 <i>Les freins opérationnels</i>	18
2.2 LA MAIA : DES PROPOSITIONS DANS L'ESPOIR D'UN RENOUVEAU.....	20
2.2.1 <i>Propositions sur le volet des aidants : « permettre un parcours de répit et une revalorisation de la personne à charge » proposés par le référent/gestionnaire de cas</i>	20
2.2.2 <i>Propositions pour le repositionnement de la coordination régionale MEOTIS dans le Nord-Pas-de-Calais</i>	23
CONCLUSION	26
BIBLIOGRAPHIE	27
LISTE DES ANNEXES	29

Remerciements

Nous tenons à remercier tout d'abord le Docteur Marguerite-Marie Defebvre, médecin-inspecteur de santé publique à la DRASS Nord-Pas-de-Calais, pour son dévouement, sa disponibilité et sa confiance.

Nous remercions également l'ensemble des personnes qui ont accepté de nous recevoir ou de s'entretenir avec un membre du groupe, pour leur disponibilité, leur réactivité à nos demandes et la richesse de nos échanges :

Madame Stéphanie David (pilote de l'expérimentation EOLLIS)

Madame Annie Delattre (responsable du CLIC de Montreuil sur mer)

Madame Bénédicte Delobelle (adjointe du CLIC de Montreuil sur mer)

Monsieur le Docteur Matthieu de Stampa (responsable évaluation CNSA)

Madame Sophie Donneaux (Psychosociologue MEOTIS)

Monsieur Olivier Dupont (chef de projet expérimentation MAIA)

Monsieur le Docteur Patrick Fournier (président d'EOLLIS)

Madame Karine Fraysse (Directrice de MEOTIS)

Madame Brigitte Leprince (IDE coordinatrice MEOTIS sur le territoire Métropole)

Madame Béatrice Le Tourneau (MISP à la DRASS Nord-Pas-de-Calais)

Madame Marguerite Mormal (présidente de l'association Alzheimer Belgique)

Madame Héloïse Parent (chargée de mission, service Pilotage et Développement, Conseil Général du Pas-de-Calais)

Madame le Professeur Florence Pasquier (présidente de MEOTIS)

Monsieur Alain Quairat (Directeur Général de la CPAS de Bruxelles)

Madame Aline Queverue (responsable Service Personnes Agées DDASS du Nord)

Madame Clarisse Reydant (Directrice au centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil sur mer)

Madame Micheline Scherpereel (présidente de Pas-de-Calais Alzheimer)

Liste des sigles utilisés

APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHAM	Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CMRR	Centre Mémoire de Ressource et de Recherche
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPAS	Centre Public d'Action Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EOLLIS	Ensemble Organisation du Lien pour Lutter contre l'Isolement et promouvoir la Santé
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
IDE	Infirmière diplômée d'Etat
ISPED	Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement
HAS	Haute Autorité de Santé
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MEOTIS	MEmoire, Organisation des soins et TransdISciplinarité.
MGEN	Mutuelle Générale de l'Education Nationale
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile

Méthodologie

Notre groupe, composé de deux élèves directeurs d'hôpital, de trois élèves directeurs d'établissements sanitaire, social et médico-social, d'une inspectrice et d'un élève inspecteur de l'action sanitaire et sociale et de deux directeurs des soins, a travaillé sur l'expérimentation des MAIA dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Entretiens menés

La liste des personnes à rencontrer dans le cadre de notre module avait été largement amorcée par le référent de notre groupe puis complétée par nous en fonction de nos besoins. La plupart des entretiens ont été menés sur place en présence des interlocuteurs, certains l'ont été par téléphone. Les personnes rencontrées sont essentiellement des acteurs qui se sont investis dans le projet MAIA et des professionnels : médecins inspecteurs de santé publique, médecins et professionnels de santé, acteurs institutionnels (CNSA, services déconcentrés de l'Etat et Conseil Général), présidents de réseaux et responsables de CLIC, acteurs de la prise en charge en Belgique et représentants des usagers.

Méthode de travail

Les deux premiers jours du lancement du MIP ont été consacrés à un travail sur la problématique avec notre référent et à la délimitation du sujet. Nous nous sommes d'abord attachés à l'examen de la bibliographie afin d'entreprendre l'analyse des documents concernant notre thème de travail. Nous avons dans le même temps pris contact avec les interlocuteurs à rencontrer afin de fixer l'ensemble des rendez-vous à prendre dans le Nord-Pas-de-Calais ou par téléphone. Une ébauche de plan a été élaborée en fin de semaine.

La deuxième semaine a été consacrée pour une partie du groupe aux entretiens sur place, pour une autre partie du groupe aux entretiens téléphoniques et à la préparation de la rédaction du rapport. Les membres du groupe ont pris soin de communiquer les comptes-rendus de chaque entretien mené à l'ensemble du groupe.

La rédaction et l'harmonisation du rapport ont donc été poursuivies et achevées au début de la troisième et dernière semaine du module.

Enfin, nous avons prévu de nous revoir au cours du mois de juin afin de préparer la soutenance de notre travail.

Introduction

Avec l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population, les troubles cognitifs pathologiques, au premier rang desquels figure la maladie d'Alzheimer, sont en constante augmentation. Cette maladie est la plus fréquente des maladies dégénératives. Elle entraîne des lésions irréversibles du cerveau. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) proposait en 2003 la définition suivante : « La maladie d'Alzheimer est une affection neurodégénérative du système nerveux central caractérisée par une détérioration durable et progressive des fonctions cognitives et des lésions neuro-pathologiques spécifiques (dégénérescences neurofibrillaires et plaques séniles) ».

Selon les résultats épidémiologiques de l'enquête Paquid¹, il y avait, en 1990, 313 000 personnes âgées de plus de 65 ans atteintes de démence en France dont 80 % souffrant d'Alzheimer. Actuellement, on estime que plus de 850 000 personnes² en sont aujourd'hui atteintes, majoritairement des femmes, alors que près de 225 000 nouveaux cas apparaissent chaque année. On considère qu'en France une personne sur deux atteintes de maladie d'Alzheimer ou d'affections apparentées n'est pas diagnostiquée.

En 2020, il y aurait environ 1 100 000 personnes de 65 ans et plus atteintes de la maladie d'Alzheimer en France, selon l'enquête de référence (Paquid ou Eurodem) et selon les hypothèses de mortalité (stable ou tendancielle), soit près d'un quart des plus de 65 ans.

Devant cette augmentation vertigineuse du nombre de patients et de familles concernés, la maladie d'Alzheimer est devenue une « cause nationale » en 2007 et un véritable enjeu de santé publique.

L'étiologie de cette maladie semble complexe et multifactorielle. L'avancée en âge reste la principale cause de risque de la maladie d'Alzheimer. Cependant, un facteur génétique³ peut être envisagé dans 9 % des cas dans les formes les plus aiguës de la maladie chez les sujets jeunes. Dans les autres cas, il s'agit d'une maladie aux causes diverses associant des facteurs environnementaux à des mutations génétiques.

¹ L'étude Paquid (Personnes âgées QUID) est une étude épidémiologique menée par l'Inserm en Gironde et en Dordogne,

² INSERM : Maladie d'Alzheimer, Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux, 2007

³ Moulias (R.), Hevy-Collivet (M.P.), Alzheimer et maladies apparentées, traiter et soigner au quotidien, collection « Age, Santé, Société » Paris, Masson, 2005

Le diagnostic est difficile car différentiel, il n'est posé que lorsque toutes les autres démences ont été écartées. Le diagnostic reste délicat à faire à un stade précoce. Trop souvent, on confond les signes de la maladie avec le vieillissement. Les retards au diagnostic sont dommageables pour les patients car un diagnostic précoce permet de mettre en œuvre une prise en charge efficace. En effet, aucun traitement curatif n'existe à ce jour et l'efficacité du traitement palliatif actuel demeure contesté.

Une prise en charge médico-psycho-sociale adaptée améliore l'autonomie des patients, ralentit l'évolution des troubles intellectuels, apaise les troubles du comportement, aide l'entourage familial à faire face et améliore la qualité de vie des malades et de leurs aidants proches. Dans le traitement de la démence, différentes approches sont utilisées en fonction du type de stimulus (cognitif, comportemental, sensoriel, moteur) et mobilisent de nombreux professionnels (orthophoniste, ergothérapeute, psychologue, kinésithérapeute ou encore psychomotricien). L'individualisation de la prise en charge à partir de la sémiologie cognitive de vie quotidienne et la définition « d'un plan d'aides et de soins » sont recommandées par les experts à la phase précoce de la maladie. Cette prise en charge requiert donc la coordination de professionnels et d'intervenants aux compétences très diverses : médecins libéraux, consultations mémoire, structures d'accueil et d'hébergement (hôpitaux, accueil de jour, accueil temporaire, EHPAD avec unités de vie dédiées), Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), services sociaux (CCAS, auxiliaires de vie...) ou encore bénévoles.

Le plan Alzheimer 2008-2012 fait suite aux deux autres plans gouvernementaux de 2001-2004 puis 2004-2007, dont les objectifs principaux visaient à améliorer la qualité de vie des malades et de leur entourage. L'organisation des soins a été structurée autour du repérage des premiers symptômes, du diagnostic, de la prise en charge et du suivi. Plusieurs dispositifs ont été mis en œuvre pour tenter de répondre au besoin de coordination des différents intervenants, notamment les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)⁴ et les réseaux gérontologiques⁵. S'ils ont permis des avancées notables, leurs domaines d'intervention restent encore trop cloisonnés et ne répondent ni aux problématiques des patients jeunes, ni aux besoins spécifiques des patients Alzheimer (accueil de jour, hébergement dédié, solution de répit, aide aux aidants, etc).

⁴ Plan Alzheimer 2001-2004

⁵ Plan Alzheimer 2004-2007

Ainsi, le nouveau plan Alzheimer 2008-2012 a été lancé par le Président de la République lors de son discours à Sophia Antipolis le 1er février 2008 : « *Aujourd'hui, il y aura donc un Plan Alzheimer, pour cinq ans. C'est un engagement durable de l'État dans une lutte implacable que nous allons mener contre cette maladie. C'est un engagement personnel auquel je veillerai. Le Plan Alzheimer rend hommage à l'action de tous, mais doit démultiplier les efforts de la France contre cette maladie* »⁶.

Il est fortement inspiré du rapport de la Commission présidée par le Professeur Joël Ménard qui a souligné que le système de prise en charge doit s'organiser autour du malade et de sa famille : « *Hélas, c'est bien souvent le contraire qui se passe : le patient et ses proches cherchent, tâtonnent, errent et, pendant ce temps, la maladie fait des ravages* ».

Pour ce faire, l'Etat s'est engagé à financer ce plan à hauteur de 1,6 milliards d'euros sur 5 ans. Structuré autour de trois axes principaux (améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, connaître pour agir, se mobiliser pour un enjeu de société), trois enjeux majeurs s'en dégagent : un enjeu sanitaire (une nouvelle organisation du dispositif de soins), un enjeu social et économique (une meilleure prise en charge des malades et de leurs familles et une formation adaptée) et un enjeu scientifique (une cohérence nationale de la politique de recherche).

Décliné en 11 objectifs et 44 mesures, ce plan met en avant dix mesures phares dont la labellisation sur tout le territoire de « portes d'entrée unique », les « Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer » (MAIA) (n°4), et la mise en place de « coordonnateurs » sur l'ensemble du territoire (n°5).

La mise en œuvre de ces deux mesures a été confiée à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), qui, avant toute labellisation, a engagé un processus d'expérimentation préalable sur l'ensemble du territoire. Pour ce faire, un appel à projet a été lancé (juillet 2008) et 17 projets ont été retenus, dont deux sites pour la région Nord-Pas-de-Calais⁷, objet de notre étude.

Cette région, dense de 4 millions d'habitants (7% de la population française), se caractérise en terme démographique par une population jeune en pourcentage (37% a moins de 25 ans), mais par un nombre important de personnes âgées (750 000 plus de 60 ans – 18%,

⁶ Discours de Nicolas SARKOZY, Plan Alzheimer et maladies apparentées, Sophia Antipolis, vendredi 1^{er} février 2008.

⁷ Annexe II : carte des territoires de santé de la région Nord-Pas-de-Calais

dont près de 300 000 de plus de 75 ans – 7,2%)⁸. Sur le plan de la maladie d'Alzheimer, la région compte environ 51 000 cas, dont 1 500 jeunes, 80% vivant à domicile. Elle est déjà bien équipée en terme de consultations mémoire⁹ grâce à la coordination mise en place dès 1996 par le réseau MEOTIS.

En ce qui concerne le processus d'expérimentation des MAIA et des gestionnaires de cas, ce territoire se caractérise aussi par l'existence d'un projet à dimension régionale décliné par une expérience dans chacun des deux départements. Ce sont ces deux expérimentations, fortes de multiples spécificités, qui ont, dans le cadre de ce rapport, principalement alimenté notre réflexion sur la pertinence des nouveaux outils et dispositifs définis par le plan Alzheimer (MAIA et gestionnaire de cas) en terme de coordination et d'amélioration de la prise en charge du patient Alzheimer à domicile.

Après avoir mis en perspective le cadre national de l'expérimentation MAIA et ses déclinaisons dans le Nord-Pas-de-Calais qui visent à offrir la meilleure prise en charge possible pour le malade et ses aidants (1), nous nous sommes attachés, au regard des attentes perçues, à identifier les obstacles à dépasser et des axes d'amélioration envisageables, facteurs de réussite des MAIA (2).

1 Les MAIA : à la recherche d'un meilleur parcours de soin et de vie de la personne et de ses aidants

Dans le cadre du plan Alzheimer et de l'appel à projets MAIA lancé par la CNSA, le Nord-Pas-de-Calais, a saisi l'opportunité de développer deux dispositifs.

1.1 Les expérimentations MAIA : une création du plan Alzheimer 2008-2012 portée par la CNSA

Si les MAIA, et la philosophie qui s'y rattache, ont été véritablement impulsées par le plan Alzheimer 2008-2012, la CNSA a précisé, conduit et développé le projet.

⁸ Annexe III : Carte de la population âgée de plus de 75 ans dans le Nord-Pas-de-Calais

⁹ Annexe IV : Carte de l'implantation des consultations mémoire dans le Nord-Pas-de-Calais

1.1.1 De l'élaboration du dispositif MAIA au processus de sélection des projets

Le plan Alzheimer, dans sa mesure numéro quatre, prévoit la labellisation des MAIA, porte d'entrée unique. Cette mesure a pour objectif « *une meilleure articulation entre les structures de soins, d'information et d'accompagnement afin de construire un parcours d'aide et de soin spécialisé* » pour les malades Alzheimer. Il s'agit « *d'offrir une réponse graduée et adaptée à chaque situation* »¹⁰.

L'enjeu est de mettre fin au désarroi des familles qui sont perdues dans de nombreux dispositifs tels que les CLIC et les réseaux gérontologiques sanitaires cloisonnés et mal, voire non coordonnés. Lieu de coordination des secteurs médico-sociaux et sanitaires, le guichet unique, créé sur un existant, doit se traduire par la création d'un espace identifié d'accueil, d'écoute et d'évaluation sur un territoire de proximité et proposer à chaque patient un référent médico-social, « *correspondant unique pour toute demande simple* »¹¹. Chacun doit mettre en commun ses moyens humains et logistiques et élaborer de nouvelles stratégies de prise en charge en inter-filiarité. La prise en charge doit être globale et intégrer éthique, bientraitance et innovation.

De plus, la MAIA met en place des actions de formation et de soutien des professionnels et des aidants. Elle doit s'inscrire dans un processus d'évaluation de l'activité et de la qualité des prestations. Elle favorise également l'émergence de nouvelles compétences professionnelles, instaurant un système de référent unique pour chaque malade ainsi qu'un coordonnateur pour les cas complexes.

Dès l'élaboration du plan Alzheimer, les MAIA ont pu être envisagées comme lieu d'accueil unique pour l'ensemble des personnes dépendantes. Dans cette optique, il est question d'expérimenter la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) comme porteur de projet afin d'étudier la viabilité de la création des « maisons pour l'autonomie ».

Le financement annuel du pilotage national de cette mesure sera de 0,7 millions d'euros et de 4,6 millions euros pour l'expérimentation locale.

La mesure numéro cinq du plan Alzheimer prévoit ainsi la mise en place de coordonnateurs sur l'ensemble du territoire. En effet, la maladie d'Alzheimer mêle souvent

¹⁰ Plan Alzheimer et maladie apparentées, 2008-2012, 1^{er} février 2008, mesure numéro 4 : Labellisation sur tout le territoire de « portes d'entrée unique », les « Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer », page 21.

¹¹ Annexe au communiqué de presse CNSA du 30 septembre 2008

les problèmes comportementaux aux problèmes sociaux. Il est donc nécessaire que les différents professionnels articulent leurs interventions afin de proposer un parcours de soins adapté et efficace. Le plan envisage donc d'instituer un coordonnateur, interlocuteur unique du patient et de sa famille, faisant le lien entre les secteurs sanitaire et médico-social. Ce nouvel acteur met en place une véritable prise en charge multidisciplinaire.

Intervenant dès le diagnostic posé lors de la consultation mémoire, ce gestionnaire de cas évalue la situation, élabore le plan d'aide et de soins, assure la mise en œuvre, le suivi et réévalue. Il apporte son expertise aux personnes malades et à leurs familles de manière continue dans le temps, y compris lors des hospitalisations. Il reste toujours joignable via la MAIA. Il travaille en lien étroit avec le médecin traitant qui, dans l'optique du plan Alzheimer devrait avoir un rôle crucial en étant le référent direct du coordonnateur pour la prise en charge sanitaire.

Le coordonnateur travaille étroitement avec les services d'aides à domicile de même qu'avec les équipes APA ou encore les CCAS. Il accompagne les aidants et imagine des solutions de répit et d'hébergement temporaire. Il doit être connu, reconnu et légitime.

De formations initiales diverses, ces gestionnaires de cas devront suivre une formation spécifique dans le cadre du plan national des métiers de la dépendance du 24 juin 2008. Cette mesure doit être financée à hauteur de 60 millions euros par an, budget qui englobe tant la formation que la rémunération du coordonnateur.

La mise en œuvre de ces deux mesures du plan Alzheimer est confiée à la CNSA. Mise en place en mai 2005, elle contribue au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle gère aussi, par le biais de conventions d'objectifs et de gestion avec l'Etat, les fonds dégagés par la journée de solidarité. C'est enfin une agence chargée d'expertise et d'animation de projet. Elle dispose en son sein d'un conseil scientifique qui oriente et valide les travaux conduits ou commandités en matière d'étude, de recherche, de prospective.

Pour mettre en œuvre ces mesures, la CNSA a choisi le cadre expérimental. Ainsi, un appel à candidature a été lancé en juillet 2008 avec date limite des dépôts de dossier le 30 septembre 2008 reporté au 31 octobre 2008. Elle avait pour objectif de retenir quinze sites en France qui pouvaient prétendre à la mise en place de l'expérimentation MAIA. Dix-sept projets ont finalement été retenus. M. Dupont, chef du projet MAIA a insisté sur la nécessité d'une véritable intégration locale de ces différents projets en raison d'une phase expérimentale courte. Pour ce faire, chaque projet devait partir d'un réseau gérontologique, d'un CLIC ou d'une autre expérience de coordination existante.

La CNSA a reçu 113 dossiers. Des binômes de sélection composés d'un professionnel de santé et d'un agent administratif (administration centrale ou milieu associatif) ont été constitués. Les dossiers ont été instruits sur la base d'une grille de lecture commune, par le binôme, puis en réunion plénière. Les projets sélectionnés ont été validés en comité stratégique où siégeaient des représentants des usagers pour être ensuite transmis au ministre qui a fait le choix final¹².

Les expérimentations MAIA ont débuté en janvier 2009 avec une phase préparatoire de diagnostic prévue initialement pour trois mois, mais non terminée à ce jour. La phase d'expérimentation opérationnelle durera jusqu'en juin 2010, suivie par une phase d'évaluation jusqu'en décembre 2010 pour une éventuelle généralisation à partir de 2011. En pratique, le projet MAIA est conduit au niveau national par une équipe de pilotage mise en place au sein de la CNSA. Un chef de projet coordonne l'expérimentation et pilote le dispositif d'évaluation. Un expert en méthode et organisation a également été recruté pour apporter outils et appui méthodologique sur le terrain et mener une politique d'animation et de suivi. Un expert en coordination des services sanitaires et médico-sociaux complète l'équipe. En ce sens, la CNSA constitue le chef de file des expérimentations MAIA.

1.1.2 La CNSA, chef d'orchestre des expérimentations MAIA

« *La plus grande diversité possible* » a constitué le *leitmotiv* de la CNSA¹³. Cette diversité devait porter tant sur le fond du projet que sur l'aménagement du territoire. Cet objectif a été incontestablement rempli. En effet, le degré d'avancement et de maturité des dossiers est varié ; certains sont en avance tandis que d'autres ne partent de rien et se construisent progressivement. Cette diversité rend la phase expérimentale intéressante. Par ailleurs, si le portage des projets par les Conseils généraux prédomine comme pour le Pas-de-Calais, d'autres sont portés par les MDPH ou des associations comme pour dans le Nord avec EOLLIS.

« *La Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer ne sera pas une organisation concurrentielle, mais un lieu de coordination associant nécessairement le secteur sanitaire et le secteur médico-social, sur la base des services existants et sans*

¹² Entretien avec Olivier Dupont

¹³ Entretien avec Olivier Dupont

superposition de nouvelles structures »¹⁴. Effectivement, il existe une grande fragmentation des services dans l'organisation, dans les modalités de financement, dans les statuts juridiques et administratifs. De surcroît, les coordinations sont, soit sanitaires au travers des réseaux, soit sociales au travers des CLIC, sans véritable passerelle entre les deux dispositifs.

En ce sens, l'ambition des MAIA est la « *simplification par un concept d'intégration* », enjeu crucial pour la CNSA. M. Dupont le définit comme « *un réseau de services ou de soins intégrés dans lequel l'objectif est que les acteurs visent à avoir des actions communes* ». Ce réseau est constitué d'un niveau stratégique : sur un territoire donné se met en place une concertation stratégique des décideurs ; d'un niveau tactique et opérationnel où interviennent les directeurs d'hôpitaux ou encore les responsables des CCAS ; d'un niveau clinique (au chevet du malade), celui où les professionnels interviennent.

« *Cette intégration des services et des soins se fait au profit des personnes et pour la personne afin de réduire les redondances, limiter les évaluations multiples ou encore simplifier les procédures. Pour cela, il faut un partenariat efficace dans la prise de décision* »¹⁵. En effet, la finalité de l'intégration est de faire baisser les hospitalisations, les coûts de santé, la prévalence de la perte d'autonomie, et d'augmenter la satisfaction des usagers. Ces derniers souhaitent un guichet unique et une simplification des démarches ainsi qu'un interlocuteur unique pour gérer des problèmes complexes. A cet égard, l'intégration est un accompagnement personnalisé qui se situe sur trois niveaux ; le malade et l'entourage, les services et les institutions, les financements. Ce concept d'intégration doit se caractériser par une concertation régulière des acteurs mais aussi et surtout par un circuit de l'information convergeant vers un lieu unique. D'ailleurs, M. Dupont précise que « *celui qui a les clefs de l'information détient la clef de la défragmentation* », à propos du gestionnaire de cas.

Quant à l'évaluation de l'expérimentation MAIA, le Dr de Stampa, en charge avec le Dr Somme de l'évaluation du dispositif au sein de la CNSA, a mis en exergue deux types d'évaluation : d'un côté, une évaluation qualitative à partir d'outils permettra d'aider les pilotes des sites à développer l'intégration et à inciter les gens à travailler ensemble. De

¹⁴ Appel à candidatures de la CNSA en juillet 2008 pour l'expérimentation de « Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer », cahier des charges, page 1.

¹⁵ Entretien avec Olivier Dupont

l'autre, des outils quantitatifs permettront d'analyser les résultats en fonction des situations de départ.

L'objectif est d'apprécier le cheminement des sites d'expérimentation en dix huit mois, dans le cadre des trois niveaux - stratégique, technique et clinique. « *Le but des MAIA est (...) d'améliorer la qualité des soins. C'est cette dimension qu'il ne faut pas oublier* »¹⁶. Ainsi, le dispositif d'évaluation sera également tourné vers la satisfaction des usagers, même si « la satisfaction perçue » est une évaluation difficile à mener pour les personnes ayant des troubles cognitifs. L'évaluation concernera ensuite les aidants.

Suite à la phase expérimentale, un référentiel sera constitué dans le cadre du processus de labellisation. Celui-ci sera un véritable outil pour aider les acteurs à la mise en place d'une MAIA. A cet égard, la CNSA considère le dispositif MAIA proposé par le plan Alzheimer comme un modèle transposable à d'autres problématiques de coordination de prise en charge complexe. Les deux expérimentations retenues dans le Nord-Pas-de-Calais répondent à cette logique.

1.2 Des expérimentations MAIA dans le Nord-Pas-de-Calais : de la diversité à la divergence

Dans le cadre de l'appel à projet MAIA, la principale caractéristique de la région Nord-Pas-de-Calais est d'avoir vu retenir comme expérimentations deux sites, l'un dans le Nord et l'autre dans le Pas-de-Calais. Nous verrons dans un premier temps comment, dans un contexte régional spécifique, a été élaborée une réponse régionale à l'appel à projet. Dans un second temps, il conviendra d'examiner les spécificités de chacun des deux sites expérimentaux.

1.2.1 L'élaboration d'un projet régional décliné dans chaque département

L'une des spécificités de la région Nord-Pas-de-Calais dans le domaine de la maladie d'Alzheimer est la formalisation depuis 2002 d'un réseau ville-hôpital, MEOTIS, fruit d'une collaboration ancienne entre l'ensemble des acteurs autour du développement concerté des consultations mémoire¹⁷. Ce réseau intervient à la fois dans le domaine du soin et de la prise en charge médico-sociale grâce à une équipe de neuropsychologues au

¹⁶ Entretien avec Matthieu de Stampa

¹⁷ Pour un historique de MEOTIS, cf dossier de candidature Nord-Pas-de-Calais

service des neurologues libéraux, d'infirmiers coordinateurs (un par territoire de santé), et de psychosociologues, intervenant auprès des aidants.

Par ailleurs, MEOTIS organise des actions de formation et de sensibilisation à l'attention de tous les publics. Le réseau est aussi reconnu localement et nationalement pour ses actions dans les domaines de la recherche et de la santé publique.

Enfin, MEOTIS réfléchit sur des solutions de prise en charge des malades jeunes : lieu spécifique d'accueil et de prise en charge, intégration en unités de vie existantes, et en cas de pluralité d'unités dans une structure, création d'une unité dédiée pour les malades jeunes.

Il était donc légitime que MEOTIS, acteur régional incontournable, participe activement à la réflexion menant à la réponse à l'appel à projet MAIA. C'est pourquoi le département du Pas-de-Calais a fait appel à son expertise reconnue pour élaborer une réponse départementale.

En effet, à l'annonce du plan Alzheimer, le Département du Pas-de-Calais y a vu une opportunité pour répondre aux axes fixés par le schéma gérontologique en réflexion en terme de coordination des acteurs, de décloisonnement entre les champs des personnes âgées et des personnes handicapées, et d'accompagnement et de prise en charge des malades Alzheimer. C'est alors qu'un groupe de cadrage départemental de l'expérimentation MAIA a été constitué avec MEOTIS, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), le directeur « Personnes âgées » du Département (service pilotage et développement), les services locaux promotions santé (équipes APA). *« L'idée était au départ de créer une MAIA départementale avec des MAIA délocalisées sur chacun des territoires de santé »*¹⁸ : l'expérimentation constituait une véritable opportunité pour achever le maillage de son territoire en terme de CLIC. Il a alors été demandé à chaque CLIC existant de proposer sa conception d'une MAIA. Pour le Pas-de-Calais, seuls trois dossiers ont été retenus par le Conseil Général :

- Le CLIC associatif de Lens-Liévin, porté par le réseau Vill'âge (Dr Fournier)
- Le CLIC associatif de l'Arrageois (Arras) porté par le Dr Caron
- Le CLIC du Montreuillois : c'est le seul CLIC départemental (non associatif) du 62.

Le réseau MEOTIS, ayant participé à cette élaboration, a souhaité, conjointement avec la DDASS 59, donner un caractère régional à la réponse à l'appel à projet MAIA. Dans ce

¹⁸ Entretien avec Héloïse Parent

cadre, le Conseil Général du Nord a été sollicité mais a considéré, dans un premier temps, que la réflexion sur les MAIA était prématurée au regard de ses objectifs en matière de politique gérontologique. Il ne souhaitait donc pas être, à l'inverse du Conseil Général du Pas-de-Calais, porteur départemental du projet, mais associé à un projet régional « chapeauté » par MEOTIS avec une déclinaison départementale.

Après concertation des différents acteurs, la recherche de projets territoriaux pour le département du Nord a été lancée conjointement par le Conseil Général du Nord et la DDASS du Nord en sollicitant à la fois les CLIC et les réseaux gérontologiques dans une « démarche ascendante »¹⁹. Trois projets ont également été retenus :

- Le CLIC - Réseau gérontologique EOLLIS sur le territoire de Seclin (Dr Fournier)
- Le Projet Réseau Lille – Hellemmes – Lomme (GHICL) associé au CLIC du secteur
- Le CLIC Moulin des Flandres (Bergues – Bourbourg – Hondschoote)

Afin de compléter le dossier de candidature, les éléments de la coordination du projet ont été précisés²⁰: mise en place d'un comité de concertation régional sous l'égide de MEOTIS, d'un comité départemental (un pour le Pas-de-Calais et un pour le Nord), et un comité de pilotage territorial pour chaque MAIA. La région Nord-Pas-de-Calais a donc proposé à la CNSA un dossier unique avec six sites d'expérimentation. La CNSA a considéré qu'il y avait en réalité six projets et n'a pas été « intéressée » par le rôle d'expert et de chapeutage de MEOTIS. Elle était plus en recherche d'expérimentation territoriale facilement opérationnelle. Ainsi, fidèle à sa politique de recherche de la plus grande diversité, la CNSA a choisi de retenir un site par département : le CLIC du Montreuillois dans le Pas-de-Calais et l'association EOLLIS dans le Nord. Elle a préféré tester des solutions différentes dans des contextes opposés, quitte à vider un peu de son sens la dimension régionale du projet.

1.2.2 Des expérimentations diverses dans chacun des deux projets départementaux

- La MAIA EOLLIS

Le projet d'EOLLIS repose sur ses compétences d'association assurant déjà la gestion du CLIC du territoire, du réseau gérontologique, ainsi que du réseau soins palliatifs. EOLLIS œuvre sur un territoire à la fois urbain, à proximité de la métropole régionale donc du CHU de Lille (Centre Mémoire de Ressource et de Recherche), et diversifié en terme de revenus.

¹⁹ Entretien avec Aline Queverue

²⁰ Cf Dossier de candidature Nord-Pas-de-Calais

Déjà bien avancée dans la coordination de la prise en charge des personnes âgées et ayant pour « *ambition de devenir une plate-forme santé-social* »²¹, EOLLIS a axé son projet de MAIA sur l'accompagnement des patients Alzheimer dans leur parcours de vie et de soins, la formation, le soutien et l'accompagnement des familles, ainsi que le renforcement de la collaboration avec les intervenants de première ligne (équipes APA, CCAS, MDPH, professionnels du domicile). De plus, elle souhaite se positionner sur la prise en charge des patients âgés de moins de 60 ans avec l'aide de MEOTIS et renforcer le lien avec les consultations mémoire, les psychiatres et les neurologues libéraux pour un meilleur repérage et accompagnement des patients.

En réalité, nous avons pu remarquer que dans le cadre du réseau gérontologique, EOLLIS, de manière non formelle, répond déjà en partie à ces objectifs. En effet, l'association assure la coordination de la prise en charge de patients Alzheimer, et, afin d'optimiser le repérage des patients susceptibles d'être inclus dans la MAIA, le pilote local s'est rapproché des SSIAD du territoire. De plus, le réseau EOLLIS bénéficie d'une étroite collaboration avec les médecins traitants du territoire : du fait du libre choix par ceux-ci des jours et heures des réunions de synthèse au domicile des patients, et d'une contrepartie financière visant à dédommager le temps passé, le réseau constate leur présence quasi-systématique. Enfin, le Centre Hospitalier de Seclin, porteur de la filière gériatrique du territoire, prend une part active à la réussite actuelle d'EOLLIS.

Du point de vue opérationnel, l'intérêt du projet EOLLIS est de pouvoir s'appuyer sur les moyens existants : locaux, moyens techniques, équipe pluridisciplinaire (cadre gestionnaire, temps médical, temps d'ergothérapeute, temps de psychologue et de secrétariat). De même, il dispose d'ores et déjà d'outils de partage d'information communs²² facilitant la concertation des acteurs de la prise en charge des personnes âgées. Ce type d'outil pourra donc aisément être adapté pour la MAIA. Enfin, une plateforme téléphonique unique pour les deux réseaux et le CLIC EOLLIS facilite le lien entre les différents professionnels et avec les particuliers.

Choisi par la CNSA comme site d'expérimentation en raison de son implantation sur son territoire et son expérience réussie de coordination gérontologique, EOLLIS a complété ses moyens humains afin de rendre opérationnel dès septembre la MAIA et la gestion de cas si le site est déclaré éligible en juillet à la gestion de cas par la CNSA. Ainsi, EOLLIS a

²¹ Entretien avec Patrick Fournier

²² Annexe VII : Grille des critères d'inclusion dans le réseau EOLLIS

recruté un pilote au profil Audit et Conseil ayant une expérience dans le domaine de la programmation et de l'organisation en février 2009. Pour ce qui est de la fonction de gestionnaire de cas complexe, elle sera assurée par une infirmière coordinatrice du réseau en cours de formation (Diplôme Universitaire de Coordination gérontologique de Lille II) ; elle sera remplacée au sein du réseau par un infirmier mis à disposition par le Centre Hospitalier de Seclin. Ce partenariat permet de pallier les incertitudes liées au financement du dispositif à l'issue de l'expérimentation. Cette équipe pluridisciplinaire sera enfin complétée par un mi-temps de travailleur social.

Pour terminer sur l'expérimentation MAIA EOLLIS, il convient de préciser que le public visé est uniquement les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et leurs aidants. En effet, comme nous le signalait le Dr Fournier, même si EOLLIS est parfois sollicité pour des difficultés de prise en charge liées au handicap, « *l'objectif est de bien viser la problématique spécifique Alzheimer* ». L'élargissement au monde du handicap et de la dépendance ne pourra intervenir que dans un second temps et seulement en cas de réussite de l'expérimentation MAIA et d'un maillage territorial complet.

Cette finalité centrée sur la maladie d'Alzheimer dans le projet de MAIA EOLLIS constitue l'un des nombreux éléments qui le distingue du projet de MAIA du CLIC du Montreuillois.

- La Maison de l'Autonomie du Montreuillois

Le territoire du Montreuillois se caractérise par sa population, la plus âgée de la région²³. Il s'agit d'un territoire essentiellement rural sur lequel on trouve un centre hospitalier de proximité (Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil sur Mer - CHAM) porteur de la filière gériatrique en phase de finalisation ainsi qu'une consultation Mémoire située à la fondation Hopale à Berck sur Mer. En ce qui concerne la concertation gérontologique, on trouve sur le secteur le CLIC de la Maison du Département Solidarité du Montreuillois, service du Conseil Général du Pas-de-Calais. C'est cette structure qui porte le projet d'expérimentation MAIA dans le Pas-de-Calais avec l'appui des services du Conseil Général (notamment le Service Pilotage et Développement), porteur très impliqué du projet.

La principale caractéristique de ce projet MAIA tient à ce qu'il ne se positionne pas exclusivement dans le champ de la maladie d'Alzheimer mais dans une démarche élargie à

²³ Annexe III : population âgée de plus de 75 ans en région Nord-Pas-de-Calais

l'ensemble des problématiques liées à la dépendance. C'est pourquoi ce projet s'appelle « *Maison de l'Autonomie* ». Ce choix correspond à la réflexion plus générale menée au sein du Département du Pas-de-Calais quant à la suppression de la barrière d'âge et au déclouonnement des politiques Personnes Agées/Personnes Handicapées. La seule restriction maintenue dans un premier temps concerne les problématiques de l'enfance handicapée²⁴.

De plus, à l'inverse du Nord, le CLIC du Montreuillois ne peut s'appuyer sur une concertation et une coordination préexistantes formalisées de la prise en charge des personnes dépendantes. C'est sans doute pour son potentiel et son orientation élargie que ce projet a été retenu par la CNSA.

Tout étant à construire pour rendre ce dispositif ambitieux opérationnel, le Conseil Général du Pas-de-Calais a initié la mise en place d'un comité de pilotage territorial réunissant l'ensemble des acteurs locaux du champ de la dépendance : la DDASS du Pas-de-Calais, la DRASS, des représentants du Département et de la Maison du Département Solidarité, la MDPH, le CHAM, la fondation HOPALE, l'hôpital local d'Hesdin, MEOTIS, un représentant de l'Ordre des Médecins, des élus locaux (CCAS), l'association des Paralysés de France, France Alzheimer, les services de soins et d'aide à domicile, une association tutélaire, la MGEN (gestionnaire d'un EHPAD sur le secteur), Ce comité, en charge du pilotage du dispositif, a, dans un premier temps, travaillé au recensement de l'existant à l'aide d'une grille à compléter²⁵ (réunions de concertation, outils de liaison d'information, structures de prise en charge, outils d'évaluation, plan d'aide et de soins, gestions de situation individuelle complexe). Une fois cet état des lieux opéré, il a été décidé de créer quatre groupes de travail portant sur les quatre types d'intervention de la MAIA :

- Accueil / Information / Orientation
- Evaluation
- Accompagnement médico-social / Gestion de cas
- Concertation

Du point de vue opérationnel, une mutualisation des moyens est nécessaire entre les différents services du Conseil Général présents sur le territoire. Cette mise en commun des moyens (locaux, techniques, équipe pluridisciplinaire) nécessite au préalable un déclouonnement effectif des services du Département intervenant sur les différents champs

²⁴ Entretien avec Héloïse Parent

²⁵ Annexe VI : éléments de la grille de l'état des lieux avant mise en place de la MAIA du Montreuillois

de compétence. Ce travail interne au Conseil Général est actuellement en cours et devrait permettre rapidement d'atteindre l'objectif poursuivi²⁶. Concernant les moyens complémentaires pour rendre opérationnelle la MAIA, les financements sollicités auprès de la CNSA sont les suivants :

- Un temps de secrétariat dédié
- Le poste de pilote local : le projet sera dans un avenir proche co-piloté par la responsable du CLIC pour la partie « terrain » et par un chargé de mission en cours de recrutement qui assurera la partie « pilotage méthodologique » de l'expérimentation.
- La contrepartie financière de la participation des intervenants extérieurs aux réunions de concertation pluridisciplinaire. Il s'agit pour l'essentiel d'associer les médecins traitants répondant à ce jour peu aux sollicitations du CLIC²⁷.
- Les postes de gestionnaires de cas (deux recrutements prévus en 2009 et un supplémentaire en 2010).

Concernant les outils partagés et compte-tenu du portage par le Département du dispositif, la liaison entre l'équipe de la MAIA et le Service Local Promotion Santé du secteur (équipe médico-sociale APA) sera dans ce cadre plus facile à mettre en place que sur la MAIA EOLLIS. Un travail est d'ailleurs initié sur l'opportunité et les modalités d'une évaluation unique et partagée.

Sur ce point de la collaboration avec les services du Département comme sur de nombreux autres éléments, les projets du Nord et du Pas-de-Calais divergent fortement.

Cependant, les deux expérimentations se rejoignent sur l'exigence de mutualisation des moyens et des outils existants afin d'assurer de la manière la plus efficiente la prise en charge coordonnée. De même, sur la question plus spécifique du gestionnaire de cas complexes, les promoteurs et pilotes locaux s'accordent a priori sur la nécessité que les missions du référent et du gestionnaire de cas soient assurées par la même personne. Ceci permet d'éviter l'épuisement du gestionnaire de cas mais aussi que le référent ne se sente pas dévalorisé dans sa fonction.

²⁶ Entretien avec Héloïse Parent

²⁷ Entretien avec Annie Delattre et Bénédicte Delobelle

L'exemple d'une vision partagée de la répartition référent / gestionnaire de cas illustre les résultats des premières réflexions de terrain des porteurs des expérimentations MAIA en Nord-Pas-de-Calais. Sur la base de l'ensemble des entretiens menés avec les acteurs de ces expériences ainsi que d'exemples étrangers, il est possible de mettre en lumière les premiers enseignements à tirer des besoins de ces deux expérimentations pour rendre le dispositif performant.

2 Les MAIA : des obstacles aux espoirs, dépasser les limites et proposer du nouveau

Sur le terrain, les prémices des expériences MAIA laissent perplexe les acteurs qui craignent de rencontrer certains obstacles à la bonne mise en œuvre des MAIA. A contrario, la potentialité d'un tel dispositif ne peut que susciter de grands espoirs quant aux réalisations à parfaire.

2.1 La MAIA : les obstacles à la réussite de l'expérimentation MAIA

Au décours de nos entretiens, est apparu un consensus général quant aux limites à la mise en œuvre de l'expérimentation des MAIA en Nord Pas-de-Calais. Ces freins potentiels sont liés tant à l'approche méthodologique retenue par la CNSA qu'aux aspects opérationnels des dispositifs testés.

2.1.1 Les freins liés à l'approche méthodologique retenue par la CNSA

Le choix de l'instrument de la mise en œuvre du plan Alzheimer en ce qui concerne la création des MAIA et la mise en place des gestionnaires de cas a été celui de l'expérimentation. Afin que celle-ci soit la plus pertinente possible, la CNSA souhaite s'appuyer sur les expériences les plus riches. Cependant, le caractère expérimental du projet peut constituer pour les acteurs de terrain un inconvénient à la réussite globale et ce, sur différents aspects.

Ainsi, à ce jour, les différents projets se trouvent à des étapes d'avancement très divers : c'est le cas sur l'ensemble du territoire (les projets s'appuyant sur une expérience PRISMA antérieure sont davantage opérationnels), comme dans le Nord-Pas-de-Calais, où les deux MAIA seront créées sur la base d'un existant différent. Nous rappelons ici que la MAIA EOLLIS du Nord se fonde sur une concertation déjà opérante notamment à l'aide de son réseau en faveur des personnes âgées. A l'inverse, la MAIA du Montreuillois doit,

préalablement à son ouverture au public, travailler à la mise en place d'une véritable coordination formalisée des acteurs locaux : cet objectif ambitieux de prise en charge de l'ensemble des problématiques de la dépendance peut constituer un frein sévère dès lors que les différents protagonistes n'ont pas l'habitude de travailler ensemble.

Ce premier obstacle est conforté par la durée initiale courte de l'expérimentation (2 ans), accentué par le retard pris dans le calendrier. A ce jour, deux réunions entre les pilotes et la CNSA ont permis de cadrer et lancer les projets par le biais d'outils diagnostiques. Cependant, aucune date n'est réellement fixée pour la mise en place opérationnelle de la MAIA et de la gestion de cas. Or l'expérimentation devrait en principe s'achever à la fin de l'année 2010 avant généralisation d'ici 2012 (date de fin théorique du plan Alzheimer). Pour le projet du Pas-de-Calais, il est évoqué une prolongation possible de l'expérimentation jusqu'en 2012²⁸, du fait de l'ampleur du dispositif à mettre en place.

La problématique de la durée de l'expérience est renforcée de fait par celle des modalités de l'évaluation des dispositifs MAIA testés. Ainsi, le temps imparti à cette phase d'évaluation semble assez court. Cela étant, l'équipe Projet nationale entend procéder à un suivi régulier de l'avancement des projets en rencontrant sur le terrain les promoteurs locaux : une rencontre est organisée avec la MAIA du Montreuillois le 19 mai 2009, avant un déplacement de l'équipe de la CNSA sur le site d'EOLLIS le 26 mai 2009. En terme méthodologique, les experts de la CNSA vont proposer des outils, qui vont aider à mesurer le chemin effectué en dix-huit mois d'expérimentation. Compte-tenu du point de départ de chacun des projets, le point d'arrivée sera sans doute très différent. La question essentielle que se posent aujourd'hui les pilotes locaux tient à la nature de ce qui sera évalué. En effet, sur le temps imparti, il semble difficile d'envisager à la fois l'évaluation du fonctionnement concret du dispositif MAIA et celle de l'impact en terme de prise en charge. Ainsi, un certain nombre d'indicateurs de fonctionnement pourront peut-être être renseignés dans ce délai (activité, nombre de demandes d'information, type d'information, patients inclus dans le dispositif gestion de cas...)²⁹. En revanche, la mesure de la satisfaction des patients et de leurs familles est plus difficilement envisageable sur la période prévue.

²⁸ Entretien avec Héloïse Parent

²⁹ Entretien avec Matthieu de Stampa

Sur ces questions liées à l'évaluation comme sur d'autres plus pratiques ou méthodologiques, on peut aussi regretter qu'aucun outil de partage d'expérience entre l'ensemble des sites expérimentateurs n'ait été prévu : comme l'ont souligné les porteurs du Nord-Pas-de-Calais, un échange régulier entre les dix-sept pilotes permettraient sans doute d'enrichir au fil de l'expérience les modes de fonctionnement de chacun. Dans la région étudiée, MEOTIS, dans le cadre du pilotage régional du projet, semble le plus à même de jouer le rôle de plateforme d'échange d'information et d'expérience entre les deux MAIA. Ce travail s'opère déjà, mais se limite à des réunions techniques.

L'ensemble de ces éléments que nous considérons aujourd'hui comme pouvant constituer des freins à la réussite du projet traduit en fait la philosophie du chef d'orchestre qu'est la CNSA. En effet, celle-ci a pris le parti que la diversité des 17 expérimentations nourrisse à chaque étape la réflexion. Il existe donc une cohérence à maintenir l'identité et l'autonomie de chaque projet. L'objectif est pour la CNSA de pouvoir, dans 2 ans, aboutir à un référentiel de base permettant la généralisation des MAIA sur l'ensemble du territoire. Ce choix du modèle expérimental implique par ailleurs l'existence d'obstacles davantage opérationnels.

2.1.2 Les freins opérationnels

Le premier inconvénient du modèle expérimental est celui d'une insécurité en terme de financement des dispositifs à l'échéance 2010. Même si pour certains acteurs, comme MEOTIS, une lisibilité sur 2 ans constitue une amélioration par rapport à leur situation antérieure (financements annuels), il s'avère que pour d'autres, plus opérationnels, le manque de certitude sur la pérennité des financements peut être considéré comme un obstacle à la mise en œuvre du projet. Cette lisibilité insuffisante a induit au plan local une implication différenciée des Conseils Généraux. Ainsi, ne souhaitant pas assurer à terme le financement de dispositifs généralisés, le Conseil Général du Nord est resté en retrait de l'expérience. En revanche, celui du Pas-de-Calais n'a pas considéré que l'impact financier d'une généralisation à terme devait constituer un obstacle rédhibitoire à son engagement fort dans l'expérimentation MAIA. Pour autant, la question du financement reste au cœur des interrogations actuelles des promoteurs.

Ensuite, l'absence de définition préalable par la CNSA du cas complexe et des modalités de sa gestion contraint chaque MAIA expérimentale à s'interroger et à construire sa propre définition. La nécessité de réaliser cette démarche en amont risque de retarder la mise en place de la gestion de cas, fonction primordiale du dispositif. Là encore, les projets comme

EOLLIS, déjà familiers de ce mode de prise en charge, seront moins freinés que d'autres pour lesquels cette démarche reste à initier. Pour autant, il est intéressant de noter que dès avril 2008, le Conseil Général du Pas-de-Calais avait entamé la réflexion sur ce sujet, au sein du groupe de cadrage départemental.

De même, la CNSA ne souhaite pas imposer d'outils méthodologiques communs aux MAIA : évaluation des situations individuelles, référentiel de fonctionnement, fiches de liaison ou de partage d'information entre les acteurs d'une même prise en charge. La latitude laissée aux équipes locales a vocation à permettre à la CNSA de « prendre le meilleur », mais risque de reporter la mise en place effective du guichet unique MAIA.

Une bonne prise en charge du patient dépend à la fois de l'existence d'outils efficaces mais aussi d'une forte implication des professionnels. Notamment, la participation des libéraux en général, et des médecins traitants en particulier, aux réunions de concertation pluridisciplinaire est essentielle. Si un financement permettant de les dédommager de leur présence est indispensable, il ne peut suffire. En effet, à défaut d'un interlocuteur médecin dans la structure MAIA, instaurant un dialogue de médecin à médecin, la participation effective des généralistes est compromise. De plus, du fait de la spécificité de la MAIA autour de cette pathologie qu'est Alzheimer, le lien avec les neurologues libéraux est primordial. Dans la région Nord-Pas-de-Calais, la passerelle entre ces spécialistes et les MAIA pourra être facilitée par le réseau MEOTIS qui travaille déjà en étroite collaboration avec eux. Cependant, dans le domaine de l'information des médecins généralistes, un effort supplémentaire de communication sur les opportunités offertes par MEOTIS doit être envisagé³⁰.

Enfin, en ce qui concerne le pilotage opérationnel de chacune des expériences, le choix de la CNSA de dialoguer en direct avec les porteurs locaux a pu conduire à l'exclusion de la réflexion des intervenants pourtant essentiels. Ainsi, certains des rédacteurs de la réponse à l'appel à projet pour la région Nord Pas-de-Calais comme les services de l'Etat ne sont aujourd'hui pas destinataires des informations concernant l'avancement de l'expérience des MAIA de la région. De même, la non-adhésion de la CNSA à la proposition initiale de projet régional porté par MEOTIS a induit une modification du rôle de ce réseau dans la coordination régionale de l'expérimentation.

³⁰ Une évaluation menée par l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement de Bordeaux démontre que les médecins traitants interrogés méconnaissaient les modalités d'intervention du réseau MEOTIS – Rapport d'activité MEOTIS 2007

2.2 La MAIA : des propositions dans l'espoir d'un renouveau

Les MAIA sont porteuses de nombreux espoirs. L'intégration de l'offre sanitaire et médico-sociale permettra probablement au terme de leurs expérimentations de dégager des besoins clairs et des pistes de réformes pour ses domaines de compétence.

Aussi, de par nos entretiens, nos recherches documentaires et l'analyse que nous en avons eue, il nous paraît approprié de retranscrire les attentes suscitées par les MAIA et de proposer des pistes de réflexion sur les évolutions escomptées et les dispositifs à mettre en place.

Ainsi, la MAIA est pour nous un catalyseur des services à la personne. A ce titre, elle doit permettre une offre de service individualisée pour le malade atteint d'Alzheimer mais aussi un accompagnement de ses aidants. En effet, les « aidants proches » ont un rôle de premier ordre à jouer dans la prise en charge de la maladie³¹ d'autant que 60% des patients demeurent à domicile. Il faut leur construire des « *parcours de répit* »³² et les aider dans leurs interactions avec le malade. En conséquence, de nouveaux métiers doivent se développer et des offres nouvelles de formation transversales sur les volets sanitaires et médico-sociales s'ouvrir. La création des gestionnaires de cas, dans le cadre d'un guichet unique pose la question de la place du médecin traitant dans le dispositif Alzheimer. Enfin, le Nord-Pas-de-Calais bénéficie d'une histoire riche et d'un réseau très impliqué au niveau régional « MEOTIS ». L'expérimentation des MAIA ne doit pas avoir comme finalité de « *détruire l'existant* »³³. Ainsi, la place d'une coordination régionale dans les expérimentations MAIA en cours dans le Nord-Pas-de-Calais est à définir plus clairement.

2.2.1 Propositions sur le volet des aidants : « permettre un parcours de répit et une revalorisation de la personne à charge » proposés par le référent/gestionnaire de cas

*« La mortalité des aidants est supérieure de 63% à celle des personnes du même âge ne s'occupant pas d'un malade. Ce sont ainsi les aidants familiaux qui supportent les défaillances du système de prise en charge et d'accompagnement »*³⁴. En contrepartie, la prise en charge à domicile est la solution la plus à même à rallonger les périodes de bien-être pour la personne atteinte d'Alzheimer et donc potentiellement à ralentir l'évolution de

³¹ Entretiens avec Micheline Scherpereel et Marguerite Mormal

³² Entretien avec Florence Pasquier

³³ Entretien avec Florence Pasquier

³⁴ Extrait du bilan gérontologique, document préparatoire SROS III Nord-Pas-de-Calais

sa maladie. L'entrée en institution n'est pas systématiquement la réponse la plus adaptée, notamment dans les premiers stades de la maladie.

Surtout, l'introduction de tiers dès le début de la maladie est nécessaire car si ce n'est pas fait, le choc pour le malade est d'autant plus rude par la suite. Il faut donc rester dans une forme de normalité le plus longtemps possible pour le malade. Cela est possible via la prise en charge à domicile avec un accompagnement des aidants et des interventions extérieures dont ils sont bénéficiaires avec le malade.

- Accompagner les aidants : être en phase avec leurs émotions et leurs besoins

L'aidant est au cœur de la prise en charge à domicile des personnes atteintes d'Alzheimer. Aussi, la MAIA, en optimisant sa configuration en guichet unique, sera à même d'évaluer la capacité des aidants à prendre en charge le malade et de la réévaluer régulièrement, et de leur proposer un accompagnement approprié³⁵. Une écoute, une présence et une disponibilité particulière est ainsi nécessaire aux aidants.

Exemple : En Belgique, l'association Alzheimer Belgique est joignable 24h sur 24, 7 jours sur 7 grâce à ses écoutants qui travaillent aussi à domicile. Ils sont obligatoirement très au point sur la maladie Alzheimer du fait de leur formation professionnelle et/ ou par leur vécu personnel³⁶.

Dans un esprit similaire, l'expérience de l'intervention des psychosociologues de MEOTIS nous a semblé pertinente pour solutionner les « cas complexes des aidants ». Aussi, il est à noter que le dernier plan Alzheimer ne dispose pas de financement propre pour ces personnels. C'est une lacune qui, à notre sens, devrait être corrigée par la suite afin de pérenniser de telles actions coordonnées et systématisées par la MAIA.

Exemple : En Belgique, l'association Alzheimer Belgique s'implique pour permettre l'assistance à domicile d'un psychologue (trois séances maximum) et d'un ergothérapeute (établir des bilans cognitifs sur trois séances maximum).

La question du profil du référent/gestionnaire de cas est aussi au cœur des réflexions. Selon le Dr Le Tourneau, le profil du gestionnaire de cas doit venir d'une formation à la base sanitaire (infirmière formée à la coordination voire ergothérapeute). Cependant, le

³⁵ Comme initié par le plan national des métiers de la dépendance de Valérie Létard du 24 juin 2008, l'expérimentation MAIA fait appel à des profils professionnels novateurs.

³⁶ Cette disponibilité permanente des professionnels constitue l'une des attentes exprimées par les usagers à l'égard des MAIA (Entretien avec Micheline Scherpereel)

Pr Pasquier serait favorable à l'existence de trois « appuis » comme dans le cadre du réseau MEOTIS, à savoir des infirmières coordinatrices pour le versant médical, des psychosociologues en faveur des aidants et familles en difficulté et des assistantes sociales pour le volet administratif des démarches concernant les malades Alzheimer. Aussi, lors du premier contact, le gestionnaire de cas unique serait choisi en fonction de ses compétences les plus à même à répondre à la situation qui a conduit le malade et ses aidants à la MAIA. Il n'y a donc pas un seul profil de gestionnaire de cas.

- Accompagner les aidants : offrir le répit et revaloriser le malade

Les aidants doivent être aidés et accompagnés en vue d'une double finalité : s'assurer de leur santé en leur offrant le répit et leur permettre des interactions adaptées avec le malade afin d'éviter des situations de maltraitance et/ ou d'«outrage»³⁷.

*Exemple : les Services de Coordination de soins belges proposent une aide aux aidants au travers des services individualisés pour leur permettre des temps de répit et des solutions de prises en charge à domicile. Ils vont coordonner des parcours de prise en charge. Le baluchonnage permet de remplacer les aidants à domicile sur une période de 3 jours à 3 semaines maximum. Les baluchonneurs (personnel paramédical, infirmières, aides médicales, tous sont formés spécialement sur la problématique Alzheimer) restent donc sur place 24 heures sur 24 durant ces périodes. En France, il faudrait permettre un baluchonnage coordonné par la MAIA via les SSIAD. Pour ce faire, il faudra réformer ou déroger à la législation sur les 35 heures (expérimentation du Service expérimental sur le modèle du baluchonnage de la maison de retraite Les Aubepins de la commune de Maromme).*³⁸

Autre exemple : l'association Alzheimer Belgique a pour objectif d'offrir un parcours englobant le malade et ses aidants afin que ces derniers puissent trouver des moments de revitalisation, se sensibiliser à la maladie Alzheimer, permettre la parole et les faire sortir de leur isolement. En somme, les aider à accepter eux aussi la maladie et les accompagner jusqu'à des solutions d'accueil de jour pour le malade en

³⁷ Entretien avec Karine Fraysse

³⁸ Dans le cadre du Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 et dans la déclinaison du schéma « Bien Vieillir en Seine-Maritime », l'établissement propose ce service expérimental, soutenu par le Département de Seine-Maritime et la DDASS avec l'aide financière de la CRAM de Haute-Normandie en partenariat avec les CLIC de Haute-Normandie et l'Association France ALZHEIMER.

organisant³⁹ des cafés souvenirs où une ergothérapeute fait travailler la « mémoire ancienne » (les aidants y participent : revalorisation des malades atteints d'Alzheimer vis-à-vis de leur famille), des dimanches récréatifs sur des thèmes ludiques où la famille de la personne malade peut se réunir. Les petits-enfants sont tout particulièrement conviés ; des groupes de soutien et d'entraide pour les aidants, les familles, afin d'y développer des solidarités ; du temps libre à l'accompagnant (atelier d'art thérapie pour valoriser les capacités du malade et son expression ; atelier de psychomotricité pour les Alzheimer plus évolués, le but étant d'exprimer à ce stade du ressenti).

Il faut donc que la MAIA puisse proposer aux aidants des formules de répit, leur faire partager de bonnes pratiques avec des professionnels, décharger les tensions, combler l'inconnu et consacrer un temps à une revalorisation du malade durant toutes les étapes de sa maladie.

2.2.2 Propositions pour le repositionnement de la coordination régionale MEOTIS dans le Nord-Pas-de-Calais

MEOTIS a besoin de se repositionner au vu du choix de la CNSA. Aussi, avec l'institutionnalisation prochaine des Agences Régionales de Santé (ARS) dans le cadre du projet de loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire, la légitimité d'une coordination régionale du dispositif par le réseau MEOTIS peut se voir remise en cause ou inversement être d'autant plus légitimée. En effet, la dimension régionale des ARS pourrait selon le positionnement de cette institution mettre à mal ou conforter MEOTIS. Si l'ARS est tutélaire et planificatrice, au risque de remettre en cause l'existant, elle pourrait se passer de MEOTIS. A contrario, si cette dernière a besoin d'un troisième acteur (en plus des Conseils Généraux) pour mener une politique conjointe dans le secteur de la dépendance et d'Alzheimer, la légitimité de MEOTIS, déjà existante en la matière, se verrait renforcée dans l'encadrement et le maillage des MAIA sur le territoire de la région. MEOTIS a la capacité d'impulser des synergies quant aux partages des bonnes pratiques, d'assurer l'existence d'un vocabulaire commun entre les MAIA et d'élaborer des référentiels régionaux pour la gestion de cas.

Par ailleurs, une coordination régionale pourrait trouver son sens dans la définition du cas complexe. La plus-value d'une coordination régionale nous est aussi apparue dans le cadre

³⁹ Ces activités sont aussi proposées dans les centres de jour

de la définition du cas complexe, de l'organisation de l'aide aux aidants et dans la formation régionale des gestionnaires de cas.

Il faut se rappeler que le Nord-Pas-de-Calais ne compte que deux départements et que son CHU se trouve dans le département du Nord. Il est le siège de MEOTIS et porte les réflexions et les projets innovants en matière d'Alzheimer.

Aussi, le cas complexe, qui pour la CNSA serait propre aux gestionnaires de cas des MAIA, pourrait glisser à une échelle régionale dans certains cas. En effet, selon nos interlocuteurs, la définition du cas complexe n'est pour le moment pas très évidente dans le sens où tout Alzheimer nécessitant une prise en charge à domicile peut se révéler être un cas complexe pour le malade et pour ses aidants. De même, le cas complexe s'apprécie avec le temps. En effet, un malade Alzheimer peut progressivement ou très rapidement basculer dans un cas complexe selon sa situation sociale, un événement personnel ou l'évolution plus ou moins rapide de sa maladie.

En revanche, les cas des malades jeunes Alzheimer et les polyopathologies peuvent être de facto considérés comme complexes, voire très complexes. Il conviendrait d'ajouter à ces cas complexes régionaux, ceux qui, pour des raisons géographiques nécessitent une prise en charge qui dépasse le territoire d'une MAIA. Une gestion de cas par le niveau de coordination régionale « transMAIA » assurée par MEOTIS prendrait, pour ces cas, tout son sens.

De même, au vu de la « rareté » des cas de malades jeunes Alzheimer, MEOTIS pourrait avoir comme mission leur repérage et coordonner régionalement leur « regroupement » et ce afin d'atteindre une « masse critique » propice à rompre leur isolement.

Exemple : en Belgique, seule la commune de Louvain a déjà réussi à intégrer les Alzheimer jeunes dans des processus de prises en charge en créant des « groupes de jeunes déments ».

Enfin, l'expérimentation MAIA pointe d'ores et déjà des défaillances à pallier en matière de formation des personnels médicaux et paramédicaux à la prise en charge des malades Alzheimer.

L'ensemble des intervenants auprès de ces malades et de leurs aidants devrait pouvoir bénéficier de formations spécifiques. Ainsi, on notera à cet effet que la DDASS du Nord souhaite s'investir dans la formation des personnels des SSIAD, premier maillon de la chaîne, afin d'offrir aux patients un maintien à domicile de qualité assuré par des

personnes qualifiées⁴⁰. En outre, il existe un réel besoin de formation à la coordination. MEOTIS serait le plus légitime à assurer le volet Alzheimer du D.U. de Coordination gériatrie. Les DDASS/DRASS soutiennent cette perspective. Au même titre, MEOTIS, dans le cadre de sa réflexion sur l'aide aux aidants, pourrait proposer à leur intention des formations spécifiques ; cette formation pourrait être assurée par une « éthicienne »⁴¹, ce qui fait suite à des recommandations de la Haute Autorité de Santé sur la santé des aidants.

De même, contrairement aux médecins de 1^{er} recours ou « *primary care physicians* »⁴² aux Etats-Unis, les médecins généralistes français ne sont pas suffisamment formés, sensibilisés et impliqués dans la prise en charge spécifique de la maladie Alzheimer. Les habiliter à prescrire des anticholinestérasiques (au même titre que les gériatres et neurologues) pourrait les inciter à s'informer et à s'investir, à l'instar de leurs homologues américains, d'autant que le médecin généraliste est le premier recours en ville dans le contexte français de pénurie de spécialistes.

Une autre idée pertinente, qui existe également aux Etats-Unis, réside dans l'aide apportée par des paramédicaux aux généralistes, pour pallier la raréfaction de médecins. Le rôle des généralistes devrait s'étendre au suivi régulier du plan de soins, associant le gestionnaire de cas. Pour ce faire, il faudrait accroître le champ de compétence des infirmières en reprenant le modèle américain des « *case manager* » et des « *nurses practitioners* ». Ces dernières ont une formation supplémentaire en gériatrie et peuvent, sur délégation des médecins, renouveler les traitements des patients.

Dans le domaine de la coordination régionale, MEOTIS pourrait être amenée à garantir une bonne interface entre les médecins libéraux et les MAIA. Par ailleurs, elle pourrait porter, dans le cadre des nouveaux métiers, une expérimentation visant à simplifier et à améliorer les relations entre les médecins généralistes, les réseaux de spécialistes et les gestionnaires de cas.

⁴⁰ Entretien avec Aline Queverue

⁴¹ Entretien avec Florence Pasquier

⁴² LE TOURNEAU B., 2008, *La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés dans le Comté d'Olmsted, Minnesota, Etats-Unis*

Conclusion

« *Celui qui a les clefs de l'information détient la clef de la défragmentation* » ; en effet, la MAIA permet de mettre fin à la fragmentation du système actuel et d'uniformiser ainsi les prises en charge proposées sur les territoires.

Par la constitution de deux MAIA, le Nord-Pas-de-Calais a saisi l'opportunité du plan Alzheimer en termes de financement et de dynamique générée par sa dimension politique.

Dans le cadre de l'expérimentation, deux logiques se distinguent quant au public visé : certains ont fait le choix de mettre en place une Maison de l'Autonomie, d'autres ciblent uniquement la problématique Alzheimer. Ces différentes approches posent la question de la place de la maladie d'Alzheimer dans le cadre plus large de la dépendance. En effet, si la MAIA est « étiquetée » avec le A d'Alzheimer, on peut craindre une stigmatisation des patients Alzheimer ou inversement, espérer que la priorisation d'une réponse à la maladie d'Alzheimer permette de modifier nos représentations de cette pathologie encore trop méconnue.

Par ailleurs, si l'expérimentation MAIA est un succès, sa généralisation sur les territoires pourrait permettre à cette nouvelle organisation labellisée de devenir le guichet unique et le modèle pour une prise en charge globale et coordonnée de la maladie d'Alzheimer. Néanmoins, dans la perspective de la création du cinquième risque, le dispositif MAIA serait un socle opérationnel incontournable pour la mise en œuvre d'une politique axée sur la dépendance.

On peut néanmoins, regretter la précocité de notre étude dans la mesure où l'expérimentation MAIA n'en est qu'à ses prémices. Par conséquent, nous manquons d'éléments d'évaluation qualitative qui permettent de nourrir une véritable réflexion sur des éléments de fond plutôt que sur le seul ressenti des acteurs. Toutefois, nous avons réfléchi à ce vers quoi, d'après nous, la coordination MAIA dans le Nord-Pas-de-Calais pourrait tendre. A ce titre, nous avons réalisé un schéma de modélisation prospective de la coordination dans le Nord-Pas-de-Calais⁴³.

Dans la continuité de notre rapport et de l'évaluation de l'expérimentation des MAIA dans deux ans, il serait intéressant qu'un autre groupe examine dans le cadre du Module Interprofessionnel de Santé Publique l'impact des MAIA sur la prise en charge. Nous pourrions alors apprécier la comparaison entre le ressenti des acteurs d'aujourd'hui et leur réalisation de demain.

⁴³ Annexe n°VIII : « Modélisation prospective de la coordination MAIA dans le Nord-Pas-de-Calais »

Bibliographie

Articles :

NOURHASMEMI F., 2006, « Projet de soin et de suivi dans la maladie d'Alzheimer », disponible sur Internet <http://cm2r.enamax.net/onra>

JOEL M.E., GRAMAIN A., COZETTE E., 2000, *Retraite et société n°30*, « L'aide apportée aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer »

MENARD J., mai 2008, « L'effort de tous, sans créer de structures nouvelles », *Le concours médical*, volume n°130, pp 501-518

TOUCHON J., novembre-décembre 2006, « Du diagnostic précoce à l'accompagnement médico social », *Revue Hospitalière de France*, n° 513, pp 63-64

Conférences et séminaires :

Ecole nationale d'administration, *Séminaire des questions sociales de la promotion « Nelson Mandela »*, 2001, « Les politiques sociales et l'entourage des personnes âgées dépendantes »

Présidence française du Conseil de l'Union européenne, *L'Europe contre la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées*, Jeudi 30 et Vendredi 31 octobre 2008, Bibliothèque nationale de France Paris 13^e

Etudes :

INSEE, septembre 2006, profils n°9, « Les personnes âgées dépendantes à l'horizon 2015 : étude sur le département du nord »

INSEE, mars 2008, profils n°35, « Dépendance des personnes âgées : état des lieux et perspectives dans le Pas de Calais »

BARBERGER-GATEAU P., LETENNEUR L., PERES K., janvier 2004, résultats étude PAQUID

DRESS, 2006, études et résultats n°461, « Les plans d'aide associés à l'APA »

DRESS, 2006, études et résultats n°460, « Les services d'aide à domicile dans le contexte de l'APA »

DRESS, 2008, études et résultats n°637, « L'APA et la PCH au 31/12/2007 »

ORS des Pays de Loire, 2006, « Etude des besoins de prise en charge de la maladie d'Alzheimer en Vendée »

Ouvrages :

INSERM, 2007, *Maladie d'Alzheimer : Enjeux scientifiques médicaux et sociétaux*, Les éditions Inserm, 118 p.

Direction Générale de la Santé, France-Alzheimer, Association Francophone des Droits de l'Homme Âgé, 2007, *Alzheimer : l'éthique en questions*, édition Concept santé, 63 p.

Rapports :

LE TOURNEAU B., 2008, *La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés dans le Comté d'Olmsted, Minnesota, Etats-Unis*

MEDERIC, novembre 2008, rapport d'évaluation de MEOTIS

MEOTIS, 2007, rapport d'activité

Recommandations :

HAS, mars 2008, *Diagnostic de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*

HAS, mars 2008, *Prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : interventions médicamenteuses et non médicamenteuses*

Sites internet :

www.cnsa.fr

www.has-sante.fr

www.meotis.fr

www.eollis.fr

www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/alzheimer/accueil.htm

www.francealzheimer.org

www.fondation-mederic-alzheimer.org

Plans de santé publique

Plan Alzheimer 2001-2004

Plan Alzheimer 2004-2007

Plan « Alzheimer et maladie apparentées » 2008-2012, 1^{er} février 2008

Plan national des métiers de la dépendance, Juin 2008

Plan Solidarité Grand Age, 2007-2012

Liste des annexes

- I. Liste des entretiens menés
- II. Carte des territoires de santé de la région Nord Pas-de-Calais
- III. Carte de la population âgée dans la région Nord Pas-de-Calais
- IV. Répartition régionale des consultations mémoire dans le Nord Pas-de-Calais
- V. Grille d'entretien type
- VI. Eléments de la grille de l'état des lieux avant mise en place de la MAIA du Montreuillois
- VII. Grille des critères d'inclusion dans le réseau EOLLIS
- VIII. Modélisation prospective de la coordination MAIA dans le Nord-Pas-de-Calais

Annexe I - Liste des entretiens menés

Madame Stéphanie DAVID : Pilote de l'expérimentation EOLLIS

Monsieur le Dr Matthieu DE STAMPA : Expert en charge de l'évaluation de l'expérimentation MAIA à la CNSA

Madame le Dr Marguerite-Marie DEFEBVRE : MISP à la DRASS Nord Pas de Calais et coordinatrice de notre MIP

Madame Annie DELATTRE : responsable du CLIC de Montreuil sur Mer

Madame Bénédicte DELOBELLE : adjointe à la responsable du CLIC de Montreuil sur Mer
Madame Sophie DONNEAUX : Psychosociologue du réseau MEOTIS

Monsieur Olivier DUPONT : Chef de projet expérimentation MAIA à la CNSA

Madame Karine FRAYSSE : Directrice du réseau MEOTIS

Monsieur le Dr Patrick FOURNIER : Président de l'association EOLLIS)

Madame Brigitte LEPRINCE : IDE coordinatrice MEOTIS sur le territoire Métropole

Madame Béatrice LE TOURNEAU : MISP à la DRASS Nord Pas de Calais

Madame Margueritte MORMAL : Présidente de l'Association Alzheimer Belgique

Madame Héloïse PARENT : chargée de mission « Service Pilotage et Développement du Conseil Général du Pas de Calais

Madame le Docteur Florence PASQUIER : présidente du réseau MEOTIS

Monsieur Alain QUAIRAT : Directeur Général de la CPAS de Bruxelles

Madame Aline QUEREVUE : Responsable Service Personnes Agées DDASS 59

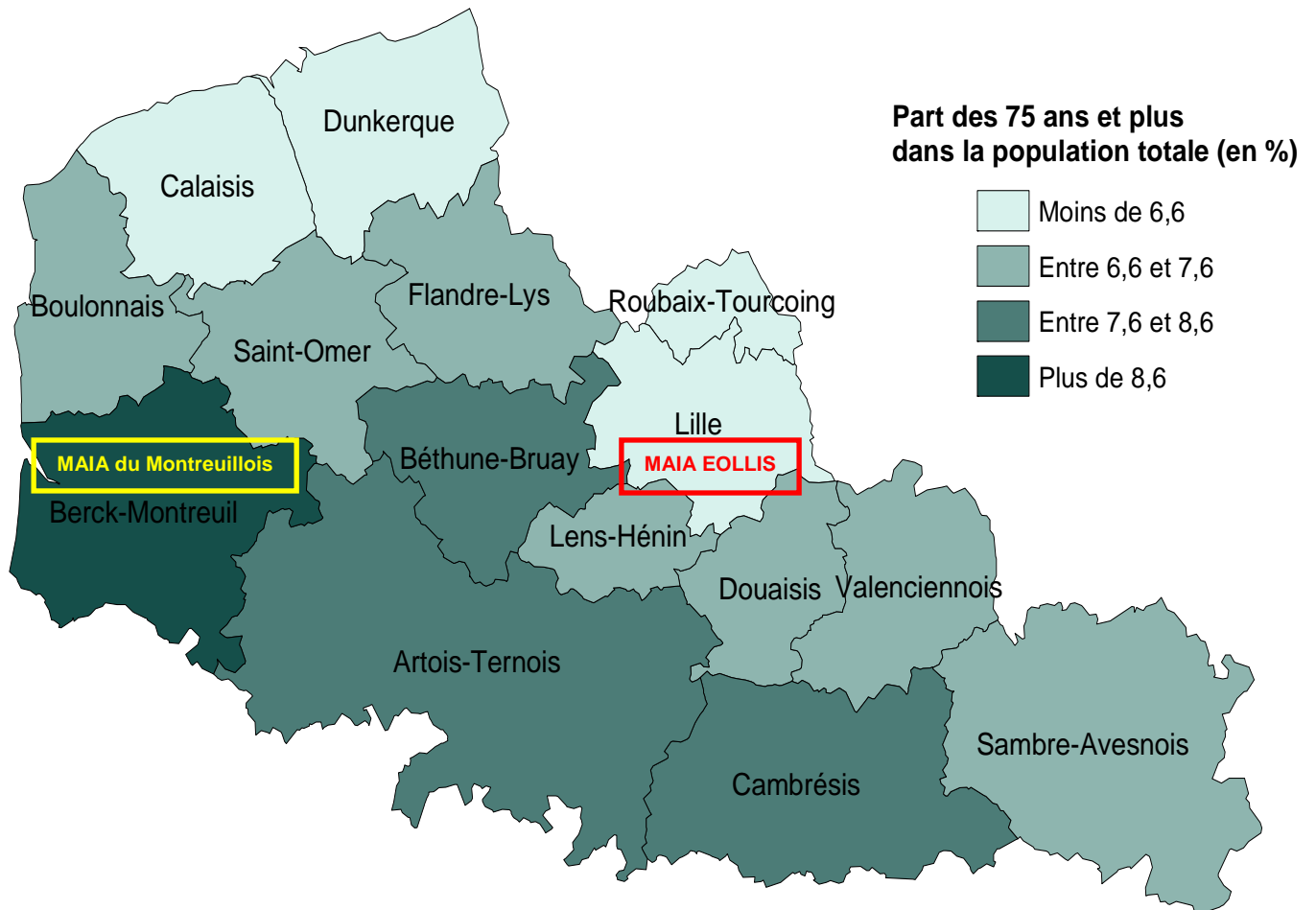
Madame Clarisse REYDANT-COUCPEY : Directrice au Centre hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil sur Mer

Madame Micheline SCHERPEREEL : Présidente de l'association Pas-de-Calais Alzheimer

Annexe II – Carte des territoires de santé de la région Nord – Pas-de-Calais



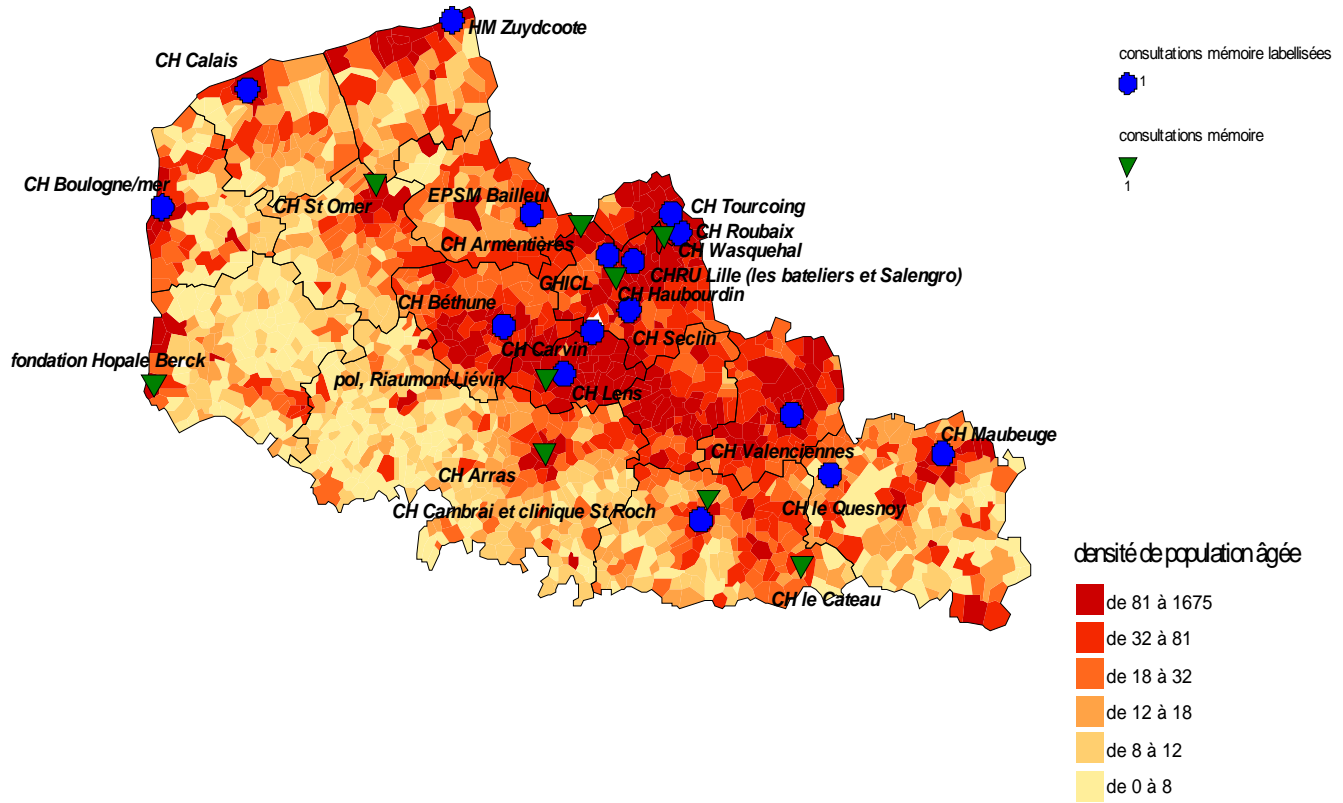
**Annexe III – Population âgée de 75 ans et plus en 2006
dans les zones de proximité du Nord – Pas-de-Calais**



Source : Insee - Projections de population Omphale

Annexe IV – Répartition régionale des consultations mémoire – Février 2009

la labellisation est donnée pour toute consultation dont la file active dépasse 400 patients



Annexe V – Grille d’entretien type

- Quels sont les dispositifs déjà existants dans le domaine de la PEC des patients Alz.
- Quelle finalité pour les MAIA ?
- Quelle sera selon vous la plus-value de la MAIA par rapport aux dispositifs existants ?
- Impact des MAIA sur la coordination locale
- Quel est l'intérêt d'une coordination régionale en :
 - de l'expérimentation MAIA
 - du dispositif MAIA à terme
- Quelle organisation pour les MAIA afin de permettre une coordination performante ?
- Rôle du médecin-traitant dans le dispositif
- Quelles modalités d'intégration du sanitaire dans la coordination MAIA ? Collaboration entre professionnels de santé et médico-social, entre structures, sur des projets
- Emergence de nouveaux métiers :
 - Lesquels
 - Quelle formation
 - Quel financement
- Quelle évaluation pour le dispositif MAIA
 - Quoi évaluer
 - Quels indicateurs et quelles modalités
 - Organisation d'évaluations intermédiaires
- Quels sont selon vous les facteurs de réussite / les freins à :
 - la mise en place du dispositif MAIA
 - un fonctionnement optimal de la MAIA en terme de PEC
- Voyez-vous d'ores et déjà des axes d'amélioration ? Lesquels ?
- Quel devenir pour les MAIA ?
 - Vers un élargissement à l'ensemble des PA ,
 - Vers à l'ensemble de la dépendance dans le cadre de la création du 5ème Risque ?
 - MAIA – CLIC- RESEAU ?

REFLEXION AUTOUR DE LA MISE EN PLACE DE LA MAISON DE L'AUTONOMIE EXPERIMENTALE
TERRITOIRE DU MONTREUILLOIS
- ETAT DES LIEUX -

En tant que professionnels impliqués au quotidien dans la prise en charge des personnes âgées et/ou handicapées, vous avez la connaissance et le maîtrise des dispositifs existants et des outils utilisés, c'est pourquoi nous avons besoin de votre contribution pour dresser un bilan de l'existant sur le territoire du Montreuillois, notamment sur : la concertation entre professionnels (p 1 à 3), les points d'accueil, d'information et d'orientation des publics âgés et handicapés (p 4), les outils d'évaluation et les plans d'aide et de soins utilisés (p 5 et 6), les outils d'information et de communication partagés (p 7), la gestion de situations individuelles complexes (p 8 et 9). Vos éléments nous permettront d'affiner le diagnostic de la situation actuelle afin de définir le fonctionnement de la Maison de l'autonomie expérimentale sur la base des forces en présence sur le territoire. Nous vous remercions de bien vouloir compléter ce questionnaire au titre des outils que vous représentez au sein du Comité de Pilotage MAIA et de le remettre lors de la réunion du 19 avril 2009. *Merci de votre contribution.*

LA CONCERTATION

1) Existe-t-il des réunions **stratégiques** réunissant les autorités compétentes et financeurs de services, établissements ou prestations en direction des publics âgés et / ou handicapés à l'échelle du territoire ?
 Oui Non

Dénomination de la réunion	Participants	Fréquence	Type de décisions prises	Y participez-vous ?
	<input type="checkbox"/> Conseil général <input type="checkbox"/> Etat (DDASS, ARH) <input type="checkbox"/> Région <input type="checkbox"/> Réseau de santé <input type="checkbox"/> CLIC <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> Professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Collectivités locales (CCAS...) <input type="checkbox"/> Représentants d'usagers <input type="checkbox"/> Etablissements hospitaliers (hôpitaux, cliniques, HAD...) <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux (EHPAC, Foyer logement, FAM, ESAT...) <input type="checkbox"/> Services médico-sociaux (SAD, SAVS, SSIAD...) <input type="checkbox"/> Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/> Tous les 3 mois <input type="checkbox"/> 2 fois par an <input type="checkbox"/> 1 fois par an		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Conseil général <input type="checkbox"/> Etat (DDASS, ARH) <input type="checkbox"/> Région <input type="checkbox"/> Réseau de santé <input type="checkbox"/> CLIC <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> Professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Collectivités locales (CCAS...) <input type="checkbox"/> Représentants d'usagers <input type="checkbox"/> Etablissements hospitaliers (hôpitaux, cliniques, HAD...) <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux (EHPAC, Foyer logement, FAM, ESAT...) <input type="checkbox"/> Services médico-sociaux (SAD, SAVS, SSIAD...) <input type="checkbox"/> Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/> Tous les 3 mois <input type="checkbox"/> 2 fois par an <input type="checkbox"/> 1 fois par an		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Conseil général <input type="checkbox"/> Etat (DDASS, ARH) <input type="checkbox"/> Région <input type="checkbox"/> Réseau de santé <input type="checkbox"/> CLIC <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> Professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Collectivités locales (CCAS...) <input type="checkbox"/> Représentants d'usagers <input type="checkbox"/> Etablissements hospitaliers (hôpitaux, cliniques, HAD...) <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux (EHPAC, Foyer logement, FAM, ESAT...) <input type="checkbox"/> Services médico-sociaux (SAD, SAVS, SSIAD...) <input type="checkbox"/> Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/> Tous les 3 mois <input type="checkbox"/> 2 fois par an <input type="checkbox"/> 1 fois par an		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Conseil général <input type="checkbox"/> Etat (DDASS, ARH) <input type="checkbox"/> Région <input type="checkbox"/> Réseau de santé <input type="checkbox"/> CLIC <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> Professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Collectivités locales (CCAS...) <input type="checkbox"/> Représentants d'usagers <input type="checkbox"/> Etablissements hospitaliers (hôpitaux, cliniques, HAD...) <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux (EHPAC, Foyer logement, FAM, ESAT...) <input type="checkbox"/> Services médico-sociaux (SAD, SAVS, SSIAD...) <input type="checkbox"/> Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/> Tous les 3 mois <input type="checkbox"/> 2 fois par an <input type="checkbox"/> 1 fois par an		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

2) Existe-t-il des réunions de concertation techniques (ex : comité de pilotage, groupe de travail...) qui réunissent l'ensemble ou un grand nombre d'acteurs du champ gériatrique et/ou du handicap (établissement, services...) à l'échelle locale ou à l'échelle du territoire ? Oui Non

Détermination de la réunion	Participants	Fréquence	Type de décisions prises	Public	Y participez-vous ?
	<input type="checkbox"/> Conseil général <input type="checkbox"/> Etat (CCASS, ARH) <input type="checkbox"/> Région <input type="checkbox"/> Réseaux de santé <input type="checkbox"/> CLIC <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> Professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Collectivités locales (CCAS...) <input type="checkbox"/> Représentants d'usagers <input type="checkbox"/> Etablissements hospitaliers (hôpitaux, cliniques, HAD...) <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux (EHPAD, Foyer logement, FAM, ESAT...) <input type="checkbox"/> Services médico-sociaux (SAD, SAVS, SSIAD...) <input type="checkbox"/> Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les 3 mois <input type="checkbox"/> 2 fois par an <input type="checkbox"/> 1 fois par an		<input type="checkbox"/> Personnes âgées <input type="checkbox"/> Personnes handicapées <input type="checkbox"/> Les deux publics	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Conseil général <input type="checkbox"/> Etat (CCASS, ARH) <input type="checkbox"/> Région <input type="checkbox"/> Réseaux de santé <input type="checkbox"/> CLIC <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> Professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Collectivités locales (CCAS...) <input type="checkbox"/> Représentants d'usagers <input type="checkbox"/> Etablissements hospitaliers (hôpitaux, cliniques, HAD...) <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux (EHPAD, Foyer logement, FAM, ESAT...) <input type="checkbox"/> Services médico-sociaux (SAD, SAVS, SSIAD...) <input type="checkbox"/> Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les 3 mois <input type="checkbox"/> 2 fois par an <input type="checkbox"/> 1 fois par an		<input type="checkbox"/> Personnes âgées <input type="checkbox"/> Personnes handicapées <input type="checkbox"/> Les deux publics	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Conseil général <input type="checkbox"/> Etat (CCASS, ARH) <input type="checkbox"/> Région <input type="checkbox"/> Réseaux de santé <input type="checkbox"/> CLIC <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> Professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Collectivités locales (CCAS...) <input type="checkbox"/> Représentants d'usagers <input type="checkbox"/> Etablissements hospitaliers (hôpitaux, cliniques, HAD...) <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux (EHPAD, Foyer logement, FAM, ESAT...) <input type="checkbox"/> Services médico-sociaux (SAD, SAVS, SSIAD...) <input type="checkbox"/> Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les 3 mois <input type="checkbox"/> 2 fois par an <input type="checkbox"/> 1 fois par an		<input type="checkbox"/> Personnes âgées <input type="checkbox"/> Personnes handicapées <input type="checkbox"/> Les deux publics	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Conseil général <input type="checkbox"/> Etat (CCASS, ARH) <input type="checkbox"/> Région <input type="checkbox"/> Réseaux de santé <input type="checkbox"/> CLIC <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> Professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Collectivités locales (CCAS...) <input type="checkbox"/> Représentants d'usagers <input type="checkbox"/> Etablissements hospitaliers (hôpitaux, cliniques, HAD...) <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux (EHPAD, Foyer logement, FAM, ESAT...) <input type="checkbox"/> Services médico-sociaux (SAD, SAVS, SSIAD...) <input type="checkbox"/> Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les 3 mois <input type="checkbox"/> 2 fois par an <input type="checkbox"/> 1 fois par an		<input type="checkbox"/> Personnes âgées <input type="checkbox"/> Personnes handicapées <input type="checkbox"/> Les deux publics	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Conseil général <input type="checkbox"/> Etat (CCASS, ARH) <input type="checkbox"/> Région <input type="checkbox"/> Réseaux de santé <input type="checkbox"/> CLIC <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> Professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Collectivités locales (CCAS...) <input type="checkbox"/> Représentants d'usagers <input type="checkbox"/> Etablissements hospitaliers (hôpitaux, cliniques, HAD...) <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux (EHPAD, Foyer logement, FAM, ESAT...) <input type="checkbox"/> Services médico-sociaux (SAD, SAVS, SSIAD...) <input type="checkbox"/> Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les 3 mois <input type="checkbox"/> 2 fois par an <input type="checkbox"/> 1 fois par an		<input type="checkbox"/> Personnes âgées <input type="checkbox"/> Personnes handicapées <input type="checkbox"/> Les deux publics	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3) Existe-t-il des réunions cliniques réunissant les professionnels de terrain autour de ces cliniques individuelles? Oui Non

Denomination de la réunion	Participants	Fréquence	Type de décisions prises	Public	Y participez-vous ?
<input type="checkbox"/> Conseil général <input type="checkbox"/> Réseaux de santé <input type="checkbox"/> Professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Collectivités locales (CCAS...) <input type="checkbox"/> Etablissements hospitaliers (hôpitaux, cliniques, HAD...) <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux (EHPAD, Foyer logement, FAM, ESAT...) <input type="checkbox"/> Services médico-sociaux (SAD, SAVS, SSIAD...) <input type="checkbox"/> Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/> Etat (DDASS, ARH) <input type="checkbox"/> CLIC <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Représentants d'usagers <input type="checkbox"/> Région <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Représentants d'usagers	<input type="checkbox"/> Toutes les semaines <input type="checkbox"/> Une fois par quinzaine <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les 3 mois <input type="checkbox"/> 2 fois par an <input type="checkbox"/> 1 fois par an		<input type="checkbox"/> Personnes âgées <input type="checkbox"/> Personnes handicapées <input type="checkbox"/> Les deux publics <input type="checkbox"/> Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées <input type="checkbox"/> Patients atteints de pathologie chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Conseil général <input type="checkbox"/> Réseaux de santé <input type="checkbox"/> Professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Collectivités locales (CCAS...) <input type="checkbox"/> Etablissements hospitaliers (hôpitaux, cliniques, HAD...) <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux (EHPAD, Foyer logement, FAM, ESAT...) <input type="checkbox"/> Services médico-sociaux (SAD, SAVS, SSIAD...) <input type="checkbox"/> Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/> Etat (DDASS, ARH) <input type="checkbox"/> CLIC <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Représentants d'usagers <input type="checkbox"/> Région <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Représentants d'usagers	<input type="checkbox"/> Toutes les semaines <input type="checkbox"/> Une fois par quinzaine <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les 3 mois <input type="checkbox"/> 2 fois par an <input type="checkbox"/> 1 fois par an		<input type="checkbox"/> Personnes âgées <input type="checkbox"/> Personnes handicapées <input type="checkbox"/> Les deux publics <input type="checkbox"/> Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées <input type="checkbox"/> Patients atteints de pathologie chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Conseil général <input type="checkbox"/> Réseaux de santé <input type="checkbox"/> Professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Collectivités locales (CCAS...) <input type="checkbox"/> Etablissements hospitaliers (hôpitaux, cliniques, HAD...) <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux (EHPAD, Foyer logement, FAM, ESAT...) <input type="checkbox"/> Services médico-sociaux (SAD, SAVS, SSIAD...) <input type="checkbox"/> Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/> Etat (DDASS, ARH) <input type="checkbox"/> CLIC <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Représentants d'usagers <input type="checkbox"/> Région <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Représentants d'usagers	<input type="checkbox"/> Toutes les semaines <input type="checkbox"/> Une fois par quinzaine <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les 3 mois <input type="checkbox"/> 2 fois par an <input type="checkbox"/> 1 fois par an		<input type="checkbox"/> Personnes âgées <input type="checkbox"/> Personnes handicapées <input type="checkbox"/> Les deux publics <input type="checkbox"/> Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées <input type="checkbox"/> Patients atteints de pathologie chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Conseil général <input type="checkbox"/> Réseaux de santé <input type="checkbox"/> Professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Collectivités locales (CCAS...) <input type="checkbox"/> Etablissements hospitaliers (hôpitaux, cliniques, HAD...) <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux (EHPAD, Foyer logement, FAM, ESAT...) <input type="checkbox"/> Services médico-sociaux (SAD, SAVS, SSIAD...) <input type="checkbox"/> Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/> Etat (DDASS, ARH) <input type="checkbox"/> CLIC <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Représentants d'usagers <input type="checkbox"/> Région <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Représentants d'usagers	<input type="checkbox"/> Toutes les semaines <input type="checkbox"/> Une fois par quinzaine <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les 3 mois <input type="checkbox"/> 2 fois par an <input type="checkbox"/> 1 fois par an		<input type="checkbox"/> Personnes âgées <input type="checkbox"/> Personnes handicapées <input type="checkbox"/> Les deux publics <input type="checkbox"/> Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées <input type="checkbox"/> Patients atteints de pathologie chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Conseil général <input type="checkbox"/> Réseaux de santé <input type="checkbox"/> Professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Collectivités locales (CCAS...) <input type="checkbox"/> Etablissements hospitaliers (hôpitaux, cliniques, HAD...) <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux (EHPAD, Foyer logement, FAM, ESAT...) <input type="checkbox"/> Services médico-sociaux (SAD, SAVS, SSIAD...) <input type="checkbox"/> Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/> Etat (DDASS, ARH) <input type="checkbox"/> CLIC <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Représentants d'usagers <input type="checkbox"/> Région <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Représentants d'usagers	<input type="checkbox"/> Toutes les semaines <input type="checkbox"/> Une fois par quinzaine <input type="checkbox"/> Tous les mois <input type="checkbox"/> Tous les 3 mois <input type="checkbox"/> 2 fois par an <input type="checkbox"/> 1 fois par an		<input type="checkbox"/> Personnes âgées <input type="checkbox"/> Personnes handicapées <input type="checkbox"/> Les deux publics <input type="checkbox"/> Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées <input type="checkbox"/> Patients atteints de pathologie chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

LES POINTS D'ACCES				
	Cui	Partiellement	Non	Description de la mission
Assurez-vous des fonctions d'accueil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Ex : accueil physique, téléphonique, M ^o anique...)
Assurez-vous des fonctions d'information ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>→ Précisez les supports d'information utilisés</p>
Assurez-vous des fonctions de gestion de situations individuelles complexes ? (évaluation, accompagnement, suivi, coordination des intervenants...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

✓ Après de quel public ?

- Personnes âgées
- Personnes handicapées
- Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées
- Patients atteints de pathologie chronique
- Autres Précisez _____

OUTIL D'ÉVALUATION GLOBALE

1) Utilisez-vous un outil d'évaluation multidimensionnelle ?

Oui Non Lequel : _____

2) Comprend-il un volet :

	Oui	Non
Santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psycho-comportemental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Environnement architectural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familial et social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation économique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Cet outil est-il utilisé et **parlé** par d'autres professionnels à l'échelle du territoire ?

Oui Partiellement Non

• Si oui, lesquels ?

- Collectivités locales (CCAS...)
- CUC
- MDPH
- Réseaux de santé
- Établissements hospitaliers (hôpitaux, cliniques, HAD...)
- Établissements médico-sociaux (EHPAD, Foyer logement, FAM, ESAT...)
- Services médico-sociaux (FAD, SAVS, SSAD...)
- Professionnels de santé libéraux
- Services du Conseil Général
- Caisses de retraite
- Services sociaux
- Autres (Précisez) _____

4) Apporte-t-il **satisfaction** ?

Toutement En grande partie Partiellement Pas du tout

Pour quelles raisons ? _____

PLAN D'AIDE ET DE SOINS

1) Utilisez-vous un **plan d'aide et de soins** ?

Oui Non

2) Comment est-il **structuré** ?

	Oui	Non
Problématiques identifiées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan de l'existant en termes d'interventions autour de la personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnes repérées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Objectifs à atteindre complétés de critères d'évaluation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planification des moyens / actions à mettre en œuvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Ce plan d'aide et de soins est-il **partagé avec d'autres professionnels** ?

Oui Partiellement Non

• Si oui, lesquels ?

- Collectivités locales (CCAS...)
 - CLIC
 - MDPH
 - Réseaux de santé
 - Etablissements hospitaliers (hôpitaux, cliniques, HAD...)
 - Etablissements médico-sociaux (EHPAD, Foyer logement, FAM, ESAT...)
 - Services médico-écoles (SAC, SAVS, SSAD...)
 - Professionnels de santé libéraux
 - Services du Conseil Général
 - Coïsees de répit
 - Services tutélaires
 - Autres
- Précisez _____

4) Apporte-t-il **satisfaction** ?

Totallement En grande partie Partiellement Pas du tout

Pour quelles raisons ? _____

OUTIL DE PARTAGE DE L'INFORMATION

1) Quels sont les outils pour le partage de l'information entre professionnels à l'échelle du territoire ?

Type d'outils	Oui	Non	Professionnels concernés	Apporte-t-il satisfaction ?	Pour quelles raisons ?
Dossier partagé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Collectivités locales (CCAS...) <input type="checkbox"/> Réseaux de santé <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Etablissements hospitaliers (hôpitaux, cliniques, HAD...) <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux (E-PAI, Foyer logement, FAM, ESAT...) <input type="checkbox"/> Services médico-sociaux (SAD, SAVS, SSIAD...) <input type="checkbox"/> Professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/> Totallement <input type="checkbox"/> En grande partie <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Pas du tout	
Fiche de liaison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Collectivités locales (CCAS...) <input type="checkbox"/> Réseaux de santé <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Etablissements hospitaliers (hôpitaux, cliniques, HAD...) <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux (E-PAI, Foyer logement, FAM, ESAT...) <input type="checkbox"/> Services médico-sociaux (SAD, SAVS, SSIAD...) <input type="checkbox"/> Professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/> Totallement <input type="checkbox"/> En grande partie <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Pas du tout	
Système informatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Collectivités locales (CCAS...) <input type="checkbox"/> Réseaux de santé <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Etablissements hospitaliers (hôpitaux, cliniques, HAD...) <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux (EHPAD, Foyer logement, FAM, ESAT...) <input type="checkbox"/> Services médico-sociaux (SAD, SAVS, SSIAD...) <input type="checkbox"/> Professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/> Totallement <input type="checkbox"/> En grande partie <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Pas du tout	
Synthèse écrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Collectivités locales (CCAS...) <input type="checkbox"/> Réseaux de santé <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Etablissements hospitaliers (hôpitaux, cliniques, HAD...) <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux (EHPAD, Foyer logement, FAM, ESAT...) <input type="checkbox"/> Services médico-sociaux (SAD, SAVS, SSIAD...) <input type="checkbox"/> Professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/> Totallement <input type="checkbox"/> En grande partie <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Pas du tout	
Autres (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Collectivités locales (CCAS...) <input type="checkbox"/> Réseaux de santé <input type="checkbox"/> Services tutélaires <input type="checkbox"/> Etablissements hospitaliers (hôpitaux, cliniques, HAD...) <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux (EHPAD, Foyer logement, FAM, ESAT...) <input type="checkbox"/> Services médico-sociaux (SAD, SAVS, SSIAD...) <input type="checkbox"/> Professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/> Totallement <input type="checkbox"/> En grande partie <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Pas du tout	

Annexe VII – Grille des critères d'inclusion dans le réseau EOLLIS



Coordination Régionale des Réseaux
de Santé, de Soins et de Proximité
de la Région Nord Pas de Calais
3 place Navarin
Boulogne/Mer

CRITERES D'INCLUSION DANS LE RESEAU

CRITERE 1 OBLIGATOIRE <input type="checkbox"/>	AGE	<input type="checkbox"/> Supérieur 60 ans
CRITERE 2 <input type="checkbox"/>	ISOLEMENT OU PRECARITE SOCIALE (Au moins 1 item)	<input type="checkbox"/> Absence de référent familial OU Référent familial peu présent OU Référent familial peu fiable OU dépassé <input type="checkbox"/> Logement insalubre OU complètement inadapté <input type="checkbox"/> Couple dont le pilier référent commence à se dégrader
CRITERE 3 <input type="checkbox"/>	FRAGILITE (Au moins 2 items)	<input type="checkbox"/> Chutes <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs non suivis OU non bilantés <input type="checkbox"/> Plaies chroniques <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels sévères <input type="checkbox"/> Polyopathologies avec une pathologie instable <input type="checkbox"/> Troubles du comportement retentissant sur la vie quotidienne <input type="checkbox"/> Alcoolisme chronique retentissant sur le quotidien
CRITERE 4 <input type="checkbox"/>	HOSPITALISATION	<input type="checkbox"/> 2 hospitalisations non programmées dans l'année précédant la prise en charge
CRITERE 5 <input type="checkbox"/>	DEPENDANCE	<input type="checkbox"/> GIR 1 & GIR 4

4 critères présents = réseau
 3 critères présents
 dont
AU MOINS le critère 3 ou 4 OBLIGATOIRE
 Entraînent une prise en charge réseau
 Pour le critère 3, au moins 2 items nécessaires pour le valider

**Annexe VIII – Modélisation prospective de la coordination MAIA
dans le Nord-Pas-de-Calais**

