

Etude prospective relative à l'organisation des structures de coordination

Rapport intermédiaire de diagnostic Ex-territoire franc-comtois



**Etude réalisée pour l'Agence Régionale de
Santé de Bourgogne-Franche-Comté**

Juin 2016

Par ALCIMED

Sommaire

Préambule.....	3
Synthèse de l'étude.....	7
1. Définition et orientations institutionnelles relatives à la coordination.....	10
1.1 Définition de la coordination et de l'intégration	10
1.2 Evolutions nationales et régionales relatives à la coordination	11
1.3 Orientations prévues par les schémas pour les bénéficiaires	13
2. La coordination territoriale d'appui en Franche-Comté	16
2.1 Les structures dans le périmètre de l'étude et leurs spécificités	16
2.2 Bénéficiaires.....	29
2.3 Types d'interventions réalisées	34
2.4 Organisation par département.....	44
3. Notoriété des structures de coordination, réseau et satisfaction des professionnels.....	62
3.1 Degré d'identification des structures en Franche-Comté	62
1.1 Degré de satisfaction à l'égard du service rendu	63
3.2 Degré de connaissance des structures.....	68
3.3 Besoin de clarification et de communication lisible	72
Conclusion.....	75
Annexe 1 – Tableau synoptique de l'offre de coordination au 1^{er} mars 2016	76

Préambule

Contexte

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Bourgogne-Franche-Comté a identifié les **principaux dispositifs de coordination, qui appuient les professionnels sanitaires et médico-sociaux dans la prise en charge des usagers complexes pour permettre leur maintien à domicile et dont elle assure la tutelle** :

- Association du Réseau de Santé de Proximité et d'Appui (Arespa)
- Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)
- Réseau gérontologique bisontin (RGB)
- Réseau gérontologique de Baume les Dames
- Equipe mobile de gérontologie du CHI de Haute Comté (EMG CHIHC)
- Expérimentations Parcours de Santé de la Personne Agée (PSPA) soutenues par le Centre Hospitalier de Gray, le Centre Hospitalier de Morteau (Coordination d'Appui aux Personnes Agées - CAPA Morteau), le Centre Hospitalier d'Ornans et la Coordination de Gérontologie du Pays de Montbéliard (PSPA de l'Aire Urbaine)

Cartographie des structures de coordination (sièges sociaux) de l'étude



Ayant identifié des problématiques liées à l'absence de définition partagée, au caractère expérimental de certains de ces dispositifs, au manque de lisibilité des missions et du périmètre d'action des structures pour les professionnels et les

usagers et aux limites organisationnelles et opérationnelles des structures, l'ARS a souhaité investiguer des pistes de structuration de l'offre et d'amélioration de la performance de ces dispositifs.

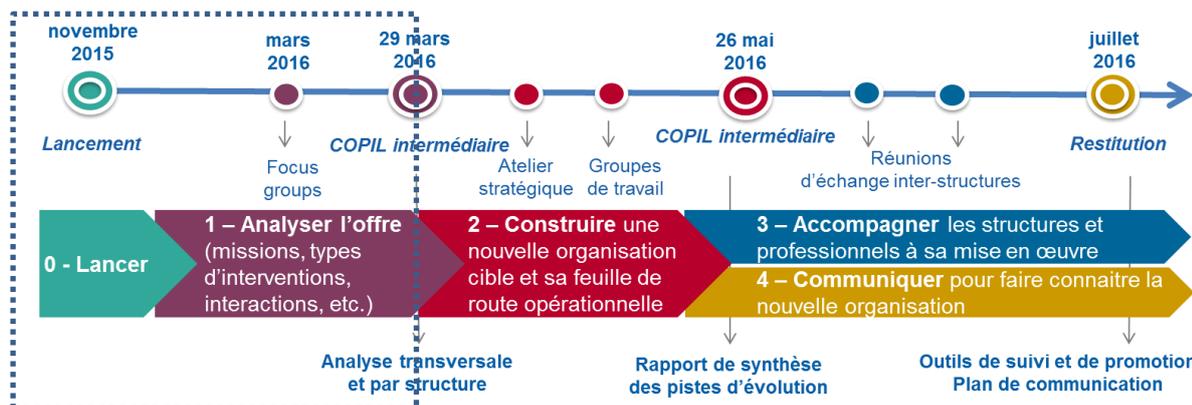
L'objectif de l'étude est de compléter et d'affiner le premier état des lieux des structures de coordination d'appui et d'accompagner une démarche participative pour améliorer la lisibilité des dispositifs et gagner en efficacité, en efficience et en qualité de prise en charge.

Il s'agit en particulier **d'évaluer la lisibilité** de ces structures pour les professionnels, les partenaires et les usagers et le **niveau de satisfaction à l'égard du service rendu**, ceci afin d'identifier les **leviers d'amélioration à actionner**.

Méthodologie de l'étude

Ce rapport présente les **conclusions de la première étape de l'étude**, qui visait à réaliser un diagnostic de l'offre de coordination sur le territoire franc-comtois en réalisant un état des lieux de l'organisation des 9 dispositifs et de leur environnement partenarial :

- **Définition des zones d'intervention thématiques et géographiques** des structures (population prise en charge, zone géographique d'intervention, missions, etc.) et analyse transversale des éventuelles zones de chevauchement/redondances ou zones blanches ;
- **Diagnostic de leur organisation** (équipe d'intervention et de pilotage, organisation hiérarchique et fonctionnelle, coûts, etc.) ;
- **Analyse des modalités d'accès des professionnels, partenaires et usagers**, de la notoriété des structures et du niveau de satisfaction des professionnels au regard du service rendu ;
- **Analyse des modalités d'intervention** des structures et de leur impact ;



Ce diagnostic s'est fondé sur les éléments suivants :

- **Analyse des données** sociodémographiques, cartographiques et rapports d'activité, CPOM et autres documents communiqués par l'ARS et les structures ;
- **Réalisation d'une enquête auprès des structures** visant à collecter des informations comparables sur les structures, leurs missions, leurs effectifs, l'opérationnalité et l'impact de la coordination, leurs atouts et points d'amélioration (voir questionnaire en annexe) ;

- **Conduite d'entretiens individuels et collectifs** sur site avec l'encadrement et les équipes de chaque structure, ainsi que la direction de la structure porteuse (voir liste des personnes interrogées en annexe) ;
- **Réalisation d'une enquête de notoriété auprès des professionnels, partenaires et usagers/aidants** (voir questionnaire en annexe) ;
- Conduite d'environ **15 entretiens complémentaires avec des partenaires clés au niveau départemental et régional** (voir liste des personnes interrogées en annexe).

L'analyse des pratiques des structures n'a pas fait l'objet d'une investigation spécifique au domicile des usagers en raison de contraintes méthodologiques – l'accompagnement des professionnels lors de visites à domicile étant en effet peu adapté, du fait de la situation complexe des usagers.

Périmètre du diagnostic (phase 1)

Le périmètre du diagnostic a été défini en 2015, en amont de la fusion des régions Bourgogne et Franche-Comté. Le diagnostic concerne uniquement la région de Franche-Comté.

Le diagnostic a visé, à travers les informations fournies par les structures et leurs partenaires, à **mettre en exergue les liens entre les structures et leurs interventions respectives de façon à éclairer les discussions relatives à la lisibilité et à la complémentarité des missions de l'ensemble des dispositifs visant la coordination sanitaire, médico-sociale et sociale, à destination ou non des personnes âgées.**

Il s'est concentré sur les structures de coordination généralistes ou spécialisées « personnes âgées » dont l'ARS assure la tutelle sur la région de Franche-Comté, à savoir les 9 structures mentionnées plus haut.

*NB : dans ce document, par commodité d'écriture, on entend par « **structures géronto-gériatriques** » les réseaux gérontologiques, l'équipe mobile de gérontologie de Pontarlier et les PSPA, en raison de leur expertise pluridisciplinaire et de leurs spécificités de prise en charge, et ce bien qu'une part importante de la file active de l'Arespa et de la MAIA soit également constituée de personnes âgées de plus de 60 ans, voire de 75 ans.*

Les PSPA sont des dispositifs expérimentaux basés sur un cahier des charges franc-comtois allégé par rapport aux expérimentations nationales de Parcours de Santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA).

*La MAIA a été intégrée à l'étude en raison de son **activité de gestion de cas**, qui inclut des missions de coordination. L'étude prend cependant en considération la **spécificité de la mission d'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie visée par le dispositif MAIA.***

Le diagnostic se concentrant sur les structures dont l'ARS assure la tutelle, **les dispositifs suivants ont été exclus du périmètre** :

- Les réseaux de santé thématiques (oncologie, etc.) ;
- Les dispositifs de coordination sociale financés par les Conseils départementaux et autres collectivités locales (Pôles Handicap et Dépendance PH/D, CLIC, CCAS, CIAS, maisons de l'autonomie, etc.) ;

Cette **offre « complémentaire »** fait cependant partie intégrante de notre diagnostic et est présentée dans la seconde partie de ce document par département. Du fait de la proportion importante de personnes âgées dans les files actives des structures de coordination, un focus spécifique a été fait sur l'offre à leur intention.

L'estimation des **besoins potentiels en coordination sur les territoires n'entre pas dans le périmètre de cette étude**. Lorsque des « zones blanches »/difficultés pour adresser des patients à des structures de coordination sur certains territoires sont mentionnées, cela est basé uniquement sur les retours des professionnels et partenaires.

Structure du document

La **première partie** de ce rapport intermédiaire introduit le **contexte** dans lequel se situe ce projet : définition(s) de la coordination, orientations institutionnelles relatives à la coordination au niveau national et régional, schémas régionaux et départementaux de l'offre.

Les **parties suivantes** présentent les **conclusions transversales de l'étude** sur les bénéficiaires, les structures et organisations par département, les interventions et outils de la coordination et l'impact de la coordination. La troisième partie est spécifiquement dédiée à la **notoriété des structures de coordination** et à la **lisibilité de l'offre** pour les professionnels et usagers. Elle reprend les principales conclusions de l'enquête de notoriété auprès des professionnels et des usagers.

En **annexe** de ce document, est inclus un **tableau comparatif des structures**.

Ce rapport est complété par des **fiches structures** détaillées présentant les structures et indiquant pour chacune :

- ➔ Leurs missions et types d'interventions ;
- ➔ Les publics cibles et territoires d'exercice ;
- ➔ Leur organisation et la composition de leur équipe ;
- ➔ Une synthèse des points forts et des points d'amélioration identifiés par les structures et leurs partenaires.

Une synthèse de ce travail est présentée dans la seconde partie de cette étude. Les fiches détaillées ne sont pas communiquées dans ce rapport.

Synthèse de l'étude

1. L'offre de coordination, ses bénéficiaires et son organisation sur les territoires

- ➔ **La coordination territoriale d'appui en matière de parcours de soins** rassemble tous les professionnels de santé et du médico-social et social dont la coordination permet une prise en charge complète du patient, sans rupture des soins dispensés. **Elle peut évoluer vers une méthode d'intégration (dispositif MAIA)** lorsqu'il s'agit de répondre à des situations de degré de complexité encore plus élevé et plus incertaines, ce qui génère une interdépendance forte entre professionnels.
- ➔ L'offre en Franche-Comté distingue **3 types de structures de coordination** en fonction des publics pris en charge :

1. La coordination généraliste de l'Arespa, tout public, basée sur 14 coordinatrices d'appui au médecin traitant, assurant un maillage territorial de toute la région pour toute situation complexe nécessitant une intervention au domicile. « **Porte d'entrée unique de recours pour le médecin traitant** », l'Arespa couvre toute la région. Sa saisine au moyen d'un **numéro unique régional** facilite le recours à la structure et les **coordinatrices d'appui** sont localisées dans des maisons de santé pluridisciplinaires ou équipes de services à domicile, renforçant les liens de proximité avec la ville.

2. La coordination plus spécialisée en géro-geriatrie accompagnant les personnes âgées à domicile (plus de 75 ans en majorité) :

- i) **Réseaux de gérontologie de Besançon et Baume les Dames (plus de 60 ans) et de l'équipe mobile de gérontologie de Pontarlier (plus de 65 ans)** permettant une évaluation pluridisciplinaire globale de la personne âgée ; les réseaux assurant également un suivi des situations ;
- ii) **Parcours de Santé de la Personne Agée (PSPA) de Gray, Ornans, Morteau et Aire Urbaine**, coordonnant les retours en sortie d'hospitalisation et intervenant en prévention et en appui au maintien à domicile.

La présence de « **guichets uniques pour la personne âgée** » et d'**équipes pluridisciplinaires**, où sont également intégrés les gestionnaires de cas MAIA, à Pontarlier, Baume les Dames, Ornans (PSPA), Montbéliard-Belfort et au sein de l'hôpital de Gray, est considérée comme un atout, facilitant l'inter-connaissance entre les professionnels médico-sociaux, le regard global pluridisciplinaire sur la personne, le repérage des situations complexes, l'adressage réciproque et les prises en charge complémentaires.

3. La gestion de cas MAIA autour des situations les plus complexes, notamment de personnes présentant des troubles cognitifs ou des maladies neurodégénératives, et dont la situation, très chronophage, compromet fortement le maintien à domicile. **Dispositif d'intégration**, la MAIA se déploie de façon homogène sur toute la région grâce à son pilotage régional et local, à l'exception du Jura (pilote en poste depuis septembre 2015 et pilotage véritablement en déploiement depuis janvier 2016) et du Doubs où il est plus récent (mai 2016). Les spécificités de la Haute-Saône (appui de l'Association Hospitalière de Franche-Comté AHBFC à la prise en charge de la santé mentale) et de l'Aire Urbaine-Villersexel (groupes de travail sur la prise en charge des pathologies frontalières et sur les pratiques professionnelles, protocoles et outils) sont un atout pour la région.

- ➔ Echelon intermédiaire entre les prescripteurs et les intervenants au domicile, **les structures de coordination appuient le soin et le maintien à domicile à deux niveaux :**

1 – Prise en charge de situations individuelles, de l'évaluation initiale à la

proposition/l'adaptation de plans d'accompagnements individuels, au suivi, à l'accompagnement des usagers, à la coordination des intervenants et à la prévention des ruptures sur la durée.

2 – Travail partenarial, en appui à la prise en charge individuelle, formation et information collective (intégration, concertations cliniques, tactiques et stratégiques, guichets uniques personnes âgées, etc.)

- ➔ Les 9 structures interviennent auprès de **4500 personnes en situation complexe** (situations comprenant des facteurs de complexité médicale et/ou psycho-sociale et/ou « ressenties comme complexes » par les professionnels – données ne tenant pas compte de possibles doublons de prise en charge) sur toute la région, dont **plus de 60 % de plus de 75 ans et 99 % vivant à domicile**.
- ➔ Du fait de leur diversité, les **indicateurs collectés** dans le cadre de cette étude n'ont pas permis à ce jour une mesure satisfaisante et comparable de leur performance et de leur impact.

2. La notoriété des structures et la lisibilité de l'offre

- ➔ Les **professionnels travaillent** le plus avec l'Arespa (64 % des répondants à l'enquête) et la MAIA (51 %), puis avec le réseau gérontologique bisontin et l'équipe mobile de Pontarlier (17 %). Les structures sont **plutôt bien identifiées** – la MAIA et l'Arespa très bien au niveau régional, les autres plutôt bien sur leur zone d'intervention, malgré une connaissance moindre des PSPA, plus récents.
- ➔ L'action des structures de coordination est **plébiscitée par les professionnels**, qui les perçoivent comme un relai important à domicile. Leur intervention correspond ainsi « plutôt bien » ou « tout-à-fait » à leurs attentes.
 - **L'Arespa** est identifiée comme un appui au médecin traitant, pour sa réactivité, ses visites à domicile et sa capacité à coordonner les intervenants, ainsi que pour son cœur de métier historique (soins palliatifs).
 - **Les réseaux gérontologiques** et **l'équipe mobile de Pontarlier** sont appréciés pour leur expertise pluridisciplinaire et leur capacité à effectuer des évaluations gériatriques complètes, à domicile ou non, et également pour leur activité de formation.
 - Les **PSPA** répondent de façon variable au cahier des charges initial, axant davantage leur action soit sur la prévention à domicile (PSPA d'Ornans, CAPA de Morteau), soit sur la sécurisation des retours à domicile en sortie d'hospitalisation (PSPA de l'Aire Urbaine, PSPA de Gray).
 - La **MAIA** est principalement reconnue pour sa disponibilité, sa capacité d'accompagnement, sa proximité avec l'entourage et la personne et sa capacité à suivre les situations et à mettre en place des solutions durables dans les situations les plus complexes.
- ➔ En revanche, les répondants à l'enquête et les personnes interrogées dans le cadre de l'étude indiquent une **absence de clarté des interventions des structures et de leur mission, des zones de chevauchement et une augmentation du nombre de structures qui génère 4 types de difficultés** :
 - difficulté à adresser les patients aux structures lorsque leurs zones d'interventions, publics et missions se recoupent – en particulier sur le **Grand Besançon** et le **département du Doubs** ;
 - **doublons de prise en charge** entre les structures, d'autant que l'absence de

partage des files actives ne permet pas aux structures de les identifier ;

- **multiplication** des intervenants au domicile sans « résoudre les problèmes » ;
- parfois la « **déresponsabilisation** » des structures positionnées.

→ **A l'inverse, sans la présence forte de l'Arespa, et parfois de la MAIA, certains territoires ne sont pas couverts, ou a minima – plusieurs cantons du Jura, de Haute-Saône, du Doubs central et du Haut-Doubs : pas d'expertise géro-nto-gériatrique pluridisciplinaire d'évaluation à domicile en proximité, peu de structures de coordination intervenant sur le territoire, des capacités réduites, difficultés d'accès et temps de trajet limitant les interventions à domicile pouvant générer des évaluations de situation jugées moins qualitatives par téléphone, etc.**

→ **En outre, certaines situations très complexes à domicile ne peuvent pas toujours faire l'objet d'un adressage** en raison de la situation de la personne, de ses problématiques médico-sociales ou des capacités perçues de prise en charge des structures de coordination en proximité.

→ **Les professionnels et les partenaires sont ainsi en attente très forte de lisibilité de l'offre de coordination et de clarification des missions, publics et zones d'intervention.** Cela s'accompagne d'une **demande de communication** sur les structures et d'un **souhait de disposer d'interlocuteurs adaptés, de proximité, sur chaque territoire** pour leurs principales problématiques.

→ **Les professionnels sont également en attente d'une amélioration des suivis et réévaluations, et d'une anticipation accrue des besoins à venir (en particulier la fin du maintien à domicile).** Des points d'amélioration propres à chaque structure sont également identifiés.

3. Les perspectives d'évolution

→ **Les orientations nationales visent l'organisation des parcours à partir de la médecine de 1^{er} recours, ainsi qu'une évolution vers des plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes. En Franche-Comté, ces orientations sont confortées par des schémas régionaux et départementaux** qui prévoient un appui renforcé au maintien à domicile dans de bonnes conditions, pour les personnes âgées et handicapées.

→ **Ces orientations génèrent un besoin accru de structuration de la coordination pour améliorer la lisibilité de l'offre et son efficacité. Des gains d'efficacité peuvent notamment être opérés** en clarifiant les missions et en favorisant la transparence des files actives pour éviter que plusieurs structures n'interviennent sur une même situation, voire au même moment. Des évolutions sont ainsi à envisager à 4 niveaux :

- **Définition d'une organisation cible à atteindre ;**
- **Engagement d'une réflexion entre les structures sur des axes transversaux communs, dont le partage d'informations ;**
- **Amélioration de la lisibilité du dispositif et communication sur les structures aux professionnels, partenaires et usagers/aidants ;**
- **Appui à l'évaluation de la qualité de la prise en charge, de l'activité et de l'impact (indicateurs communs).**

→ **Les réflexions en cours sur les parcours des personnes âgées constituent une opportunité pour engager ce travail** avec les Conseils départementaux.

1. Définition et orientations institutionnelles relatives à la coordination

1.1 Définition de la coordination et de l'intégration

→ Coordination

La coordination est une méthode de travail fondée sur les interactions entre plusieurs professionnels autour d'une problématique individuelle donnée. Selon le Rapport IGAS 2014, la **coordination territoriale d'appui en matière de parcours de soins** « rassemble tous les acteurs (professionnels de santé et du médico-social et social) dont la coordination permet une prise en charge complète du patient, sans rupture des soins qui lui sont dispensés », en lien avec la personne, son entourage (famille, aidants proches, aidants professionnels, etc.). Il s'agit d'un complément et d'un appui à l'exercice clinique pour un suivi du parcours de soins, visant à la fois la prévention et l'amélioration de l'état de santé global (selon la définition de l'OMS).

Les structures de coordination existantes s'appuient en général sur les acteurs d'un territoire donné et ont été créées sur la base de leur bonne volonté ponctuelle. De ce fait, la coordination se réalise souvent par secteur : par exemple, les réseaux de santé qui coordonnent les acteurs du soin ou les CLIC dans le champ social et médico-social.

→ Intégration

Premier niveau d'articulation partenariale, la coordination peut évoluer vers une méthode « **d'intégration** » proprement dite, comme c'est le cas avec le **dispositif MAIA**, lorsqu'il s'agit de répondre à des situations où il y a encore davantage d'incertitudes et de complexité, ce qui génère une interdépendance forte entre professionnels de plusieurs secteurs. Dans ce cas, chaque acteur « intégré » participe également, en **coresponsabilité** et à son niveau, au dispositif global de prise en charge à travers une gouvernance commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes pour coordonner leurs interdépendances dans le but de réaliser un projet collectif (Constandriopoulos et Denis, 2001), à un triple échelon :

- Stratégique
- Tactique
- Opérationnel / gestion de cas

La méthode repose sur 4 principes fondateurs : subsidiarité, coresponsabilité, formalisation des processus et transversalité de l'offre.

Coordination et intégration :

2 niveaux graduels d'amélioration de la prise en charge

	COORDINATION	INTEGRATION
Entrée	<ul style="list-style-type: none"> • Guichet unique : parfois 	<ul style="list-style-type: none"> • Guichet intégré
Visée	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle • Interventions coordonnées • Rencontres ponctuelles entre 	<ul style="list-style-type: none"> • Collective/organisationnelle • Intervention collective subsidiaire et graduée en co-responsabilité

	acteurs et coordination médicale et sociale sur les situations	<ul style="list-style-type: none"> • Interconnaissance des ressources • Gestion de cas sur les situations les plus complexes
Principe d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de l'offre existante sans la changer 	<ul style="list-style-type: none"> • Structuration différente et amélioration de l'offre
Impact	<ul style="list-style-type: none"> • Curatif (résolution d'une situation), parfois préventif sur une situation donnée 	<ul style="list-style-type: none"> • Curatif (résolution d'une situation) • Préventif sur l'organisation globale (action sur les causes)

 Complexité croissante de la situation individuelle

1.2 Evolutions nationales et régionales relatives à la coordination

➔ Organisation de la médecine de parcours et coordination (cas complexes)

Sous l'impulsion de la stratégie nationale et de la loi de modernisation de notre système de santé, **l'environnement dans lequel les structures de coordination conduisent leurs missions est en cours d'évolution**. La loi confère ainsi au médecin généraliste de 1^{er} recours un rôle pivot dans l'organisation et le suivi du parcours du patient.

La stratégie nationale impulse **i) l'organisation des parcours** des patients en décloisonnant la médecine de ville, l'hôpital et le médico-social, **ii) la coordination à 2 niveaux** (au niveau du parcours clinique pour garantir une cohérence et une continuité de prise en charge sanitaire entre différents intervenants et du parcours de santé pour garantir une prise en charge globale), et **iii) la structuration de la médecine de parcours à partir des soins de 1^{er} recours**.

Dans ce contexte, le **Guide de la DGOS « Orientations nationales pour la coordination des soins issues du projet de loi de santé »** de novembre 2014¹ appelle à une évolution des missions des réseaux de santé vers une plus grande coordination des soins et une **mission d'appui à la coordination polyvalente de proximité au service des équipes de 1^{er} recours sur un territoire donné** (dispositif lisible et réactif) et sans imposer de modèle unique (configuration adaptée aux acteurs présents), en garantissant le service rendu par l'évaluation et la contractualisation (CPOM) intégrant des objectifs d'activité.

En outre, la loi de modernisation de notre système de santé (Chapitre VII Art. L. 6327-2) prévoit que pour assurer la mission d'appui aux professionnels, notamment à ceux dispensant des soins de premier recours, qui assurent **une prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes** et pour lesquels l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux, est nécessaire en raison de leur état de santé ou de leur situation sociale, l'ARS peut constituer, par convention, avec un ou plusieurs acteurs du système de santé, une ou plusieurs **plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes**. De telles plateformes visent la coopération concrète entre les structures de coordination existantes et ont pour missions :

¹ Les réseaux régionaux de cancérologie et de périnatalité ne sont pas concernés par le guide car ils remplissent des missions spécifiques, traités dans des cahiers des charges distincts.

- **d'évaluer les besoins des professionnels** en matière d'appui et d'identifier l'ensemble des ressources disponibles localement ;
- **d'apporter aux professionnels qui en expriment le besoin les informations utiles pour la coordination** des parcours de santé complexes de leurs patients ;
- le cas échéant, **de contribuer à l'orientation et d'organiser la prise en charge** des patients qui relèvent de parcours de santé complexes.

➔ ***Multiplication des coordinations sanitaires et sociales et enjeu de lisibilité***

Outre ces évolutions réglementaires, le rapport de l'IGAS 2014 a identifié **une multiplication des structures de coordination financées au niveau régional et départemental**, qui engendre plusieurs problématiques :

- Multiplicité des structures financées et coût ;
- Tendance des structures à coordonner les professionnels d'un seul champ (sanitaire ou médico-social et social) ;
- Recouvrements de missions sur des territoires, en lien avec les populations prises en charge ;
- Lien parfois limité avec les professionnels de premier recours.

Ainsi, **plusieurs acteurs autres que les structures de coordination dans le périmètre de cette étude intègrent de plus en plus dans leur activité des fonctions de suivi et de coordination des aides et soins de proximité** : infirmiers coordinateurs de SSIAD (mission des infirmiers coordonnateurs, plans individuels d'intervention), services d'aide à domicile (mission des responsables de secteur, plans individuels d'intervention), HAD, réseaux de santé thématiques, etc.

Des structures départementales/interdépartementales et communales/intercommunales ont également des **missions de coordination sociale** : CLIC de niveau 3, conseillères en gérontologie du Territoire de Belfort, CCAS, CIAS, Maisons de l'Autonomie, Maisons des Séniors.

Face à ces problématiques, un **enjeu croissant d'organiser la « coordination de la coordination » dans une logique d'efficacité et de lisibilité est soulevé.**

➔ ***Travaux engagés au niveau national et régional en vue de l'évolution des expérimentations PAERPA, de l'expérimentation de coordination des aides et soins à domicile et des territoires de soins numériques***

Dans le cadre d'une dynamique d'évolution régionale Bourgogne-Franche-Comté de la coordination, une **articulation est également pertinente avec** :

- **Le programme territoire de soins numérique**, qui vise à faire émerger des solutions organisationnelles et techniques innovantes pour les parcours ;
- **L'évaluation en cours de l'expérimentation de SPASAD dotés d'une équipe intégrée** dans le département du Doubs avec l'ADMR, l'association Eliad et Soli'cités (financement ARS, Conseil départemental, CNSA) ;

- **L'évaluation en cours des indicateurs recueillis par les dispositifs PSPA** dans le cadre d'un travail avec le Réseau Qualité des Etablissements de Santé de Franche-Comté (RéQua) (résultats attendus pour mi-2016) ;
- Le **dispositif PAERPA**, pour les personnes âgées de 75 ans et plus dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social, qui a pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes âgées en mettant fin aux difficultés ou ruptures dans leur prise en charge. Il est expérimenté par 9 ARS depuis septembre 2013 sur la base d'un cahier des charges national. L'expérimentation de Parcours de Santé Personnes Agées (PSPA) en Franche-Comté s'inscrit dans cette dynamique. En outre, le **projet PAERPA Nord Bourgogne** a été lancé en janvier 2014 sur un territoire fortement rural, de faible densité de population, comprenant près de 9000 personnes de plus de 75 ans pour plus de 60 000 habitants et 14,3 % de personnes âgées parmi sa population. La Direction de la sécurité sociale a publié en mars 2016 le cahier des charges relatif à l'extension d'un territoire pilote PAERPA 2^{ème} génération par nouvelle région en application de l'article 48 de la loi de financement de la Sécurité Sociale, qui concentre le modèle sur le premier recours et l'articulation nécessaire pour éviter les ruptures de prise en charge au sein et entre les secteurs ambulatoire, hospitalier, médico-social et social. La démarche promeut une action en amont du risque de perte d'autonomie en agissant notamment sur les 4 motifs majeurs d'hospitalisation de la personne âgée : dépression, iatrogénie médicamenteuse, dénutrition et chutes.

1.3 Orientations prévues par les schémas pour les bénéficiaires

Au niveau régional et départemental en Franche-Comté, les plans stratégiques et schémas départementaux vont dans le sens d'un **appui renforcé au maintien à domicile des personnes âgées et handicapées** (lorsque leur état de santé le permet et dans de bonnes conditions) et d'une diversification graduée des modalités d'accompagnement des personnes (solutions intermédiaires entre le domicile et la mise en établissements, développement des séjours de répit, modalités d'hébergement temporaire, etc.). **Ces orientations créent un besoin renforcé de coordination structurée.**

Orientations du PSRS 2012-2016 :

La **priorité 4 du Plan stratégique régional de santé (PSRS) est de permettre le maintien (le soutien) à domicile des personnes âgées et handicapées dès lors que leur état de santé le permet**, de développer l'aide aux aidants, de promouvoir la bientraitance et de développer des dispositifs de prise en charge adaptés pour des publics spécifiques : patients atteints d'Alzheimer, d'autisme et personnes handicapées vieillissantes.

Face à l'évolution de la dépendance (allongement de l'espérance de vie notamment des personnes handicapées, dépendance plus importante sur une période plus longue, nombre de personnes atteintes d'Alzheimer, etc.), le **Volet Personnes Agées du SROMS 2012-2015** vise à optimiser le maintien à domicile et améliorer la qualité de vie en EHPAD, à travers les objectifs spécifiques suivants :

- Privilégier des solutions intermédiaires entre domicile et EHPAD qui contribuent à soutenir l'implication des aidants et à assurer une certaine qualité de vie de la personne âgée ;
- Prendre en compte la spécificité de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ;
- Initier des dispositifs de suivi coordonnés par les soins de premier recours ;
- Garantir la continuité de la prise en charge soins ;
- Développer les démarches qualité à domicile ;
- Poursuivre l'organisation des sorties d'hospitalisation des personnes âgées ;
- Renforcer les dispositifs d'aide aux aidants ;
- Structurer la filière gériatrique.

Par ailleurs, le **Projet régional de Santé (PRS) de Franche-Comté 2012-2016** souligne l'importance des dispositifs de coordination d'appui (ARESPA, équipes mobiles de géronto-psychiatrie et de gériatrie et dispositif « sorties d'hospitalisation » créé par le GIE IMPA (CARSAT), etc.), développés pour répondre à un constat de fragmentation de la prise en charge des personnes, et les identifie comme clé de voute de l'amélioration des relations ville/hôpital : faciliter et préparer les sorties d'hospitalisations, permettre une continuité des soins pour les patients ayant des pathologies lourdes et complexes. Une prise en compte accrue des « nouveaux métiers » et de la formation des personnels existants pour faire face à l'évolution de la dépendance est également anticipée.

Schémas départementaux pour les personnes âgées :

Les Conseils départementaux en Franche-Comté ont une politique plutôt volontariste en faveur de l'accueil et de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes et les volets Personnes Agées des Schémas départementaux d'organisation médico-sociale pointent l'importance du maintien à domicile des personnes âgées :

Département	Période de validité	Principales orientations du schéma
Doubs (25)	2013-2017	<p>Le Schéma Directeur d'Organisation Sociale et Médico-sociale SDOSMS / Plan d'Action « Solidaires au service de l'autonomie de tous » est structuré autour de 7 orientations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la proximité et l'accessibilité des services sur les territoires • Valoriser l'usager –acteur de son projet de vie • Affirmer l'enjeu de l'inclusion et des solidarités de proximité • Développer les leviers de la prévention • Favoriser la cohérence et la continuité des accompagnements (dont développer des solutions adaptées pour les personnes handicapées vieillissantes) • Construire des réponses intermédiaires entre le domicile et les différentes formes d'accueil afin de s'adapter aux besoins évolutifs des personnes accompagnées (dont développer les solutions alternatives à l'accueil en établissement, expérimenter le rapprochement entre aide et soin à domicile en alternative à l'hospitalisation ou au placement en établissement) • Articuler le soin et l'intervention sociale, notamment sur les problématiques psychiques

Jura (39)	2012-2016	<p>Le Schéma départemental Handicap et Dépendance à tous les âges de la vie prévoit 4 axes d'actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordonner, mutualiser, favoriser le partenariat • Sensibiliser, renforcer la prévention, améliorer la communication • Accompagner, former, soutenir et innover (dont améliorer l'offre d'accompagnement à domicile, accompagner le projet de vie du domicile à l'établissement selon les besoins et désirs de la personne et les aidants, mieux adapter l'accueil et l'accompagnement en établissement aux besoins des personnes et le dispositif aux besoins / diversifier l'offre d'accueil) • Inclure (accès au logement, à la culture, aux sports, aux loisirs et aux transports)
Haute-Saône (70)	2008-2012	<ul style="list-style-type: none"> • Faire jouer aux CLIC un rôle moteur dans la coordination entre intervenants à domicile et structures d'accueil • Ouvrir davantage l'offre de services destinée aux personnes âgées à domicile
Territoire de Belfort (90)	2012-2016	<p>Les Schémas départementaux pour les Personnes retraitées et âgées et handicapées adultes proposent 7 orientations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciliter les parcours de vie par une information, un accompagnement de proximité et la coordination des intervenants. Continuer à favoriser la participation à la vie sociale des personnes âgées • Soutenir et développer l'aide à domicile à but non lucratif • Favoriser l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés • Favoriser une offre de logements adaptés aux besoins • Prendre en compte les besoins des personnes handicapées liés à l'avancée en âge • Poursuivre les démarches pour la qualité de vie et l'adaptation des réponses (établissements et services) • Promouvoir et optimiser les solutions de répit et l'aide aux aidants

En synthèse

- ➔ La **coordination territoriale d'appui en matière de parcours de soins** rassemble tous les acteurs (professionnels de santé et du médico-social et social) dont la coordination permet une prise en charge complète du patient, sans rupture des soins qui lui sont dispensés.
- ➔ Premier niveau d'articulation partenariale, **elle peut évoluer vers une méthode d'intégration proprement dite (dispositif MAIA)** lorsqu'il s'agit de répondre à des situations de degré de complexité encore plus élevé et avec davantage d'incertitudes, ce qui génère une interdépendance forte entre professionnels de plusieurs secteurs.
- ➔ Les **orientations nationales visent l'organisation des parcours** (de soins et de santé) et leur structuration à partir de la médecine de 1^{er} recours, ainsi qu'une **évolution vers des plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes**.
- ➔ Ces orientations sont confortées en Franche-Comté avec des **schémas régionaux et départementaux** qui prévoient un appui renforcé au maintien à domicile, dans de bonnes conditions, pour les personnes âgées et les personnes handicapées.
- ➔ Parallèles à la multiplication des « coordinations » sanitaires et sociales, ces évolutions créent cependant **un besoin accru de structuration de la coordination, afin d'accroître la lisibilité de l'offre et son efficience**.

2. La coordination territoriale d'appui en Franche-Comté

2.1 Les structures dans le périmètre de l'étude et leurs spécificités

Cette partie présente les principales structures de coordination généralistes en Franche-Comté sous tutelle de l'ARS, à travers les éléments suivants :

- Le public pris en charge ;
- Leur zone d'intervention ;
- Leurs principales missions ;
- Leurs points forts (identifiés par les professionnels et les partenaires) ;
- Leurs spécificités.

2.1.1 L'Arespa, Association du Réseau de Santé de Proximité et d'Appui

Public pris en charge et zone d'intervention

L'Arespa (Association du réseau de santé de proximité et appui), créée en 2001 à l'initiative de médecins libéraux (URPS-ML), propose des services aux professionnels de santé, le plus souvent de soins primaires, qui souhaitent recourir à des compétences complémentaires pour co-organiser, dans le système de santé, les parcours complexes de patients, quels que soient leur âge et la pathologie en cause.

La structure se caractérise par une **zone d'intervention régionale**, soutenue par son organisation interne : présence d'un numéro unique pour toute la Franche-Comté, secrétariat commun à Besançon et équipe opérationnelle de 14 coordinatrices d'appui réparties sur toute la région (dont 1 mise à disposition de la CAPA).

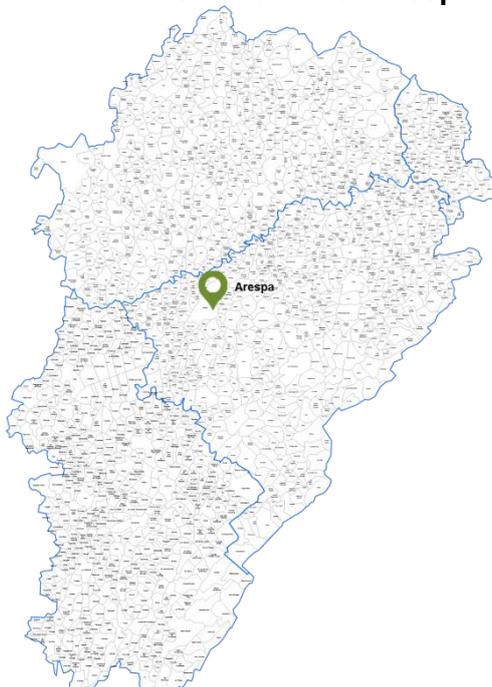
L'assistance au parcours constitue le cœur de métier de l'Arespa. Elle repose sur les compétences de la coordinatrice d'appui. Sa mission consiste à aider le médecin traitant et l'équipe de soins primaires à trouver des solutions concrètes pour répondre aux besoins des patients et des familles, dans un délai rapide. La coordinatrice Arespa est sollicitée sur appel téléphonique pour tout parcours identifié comme complexe en raison du retentissement de la maladie sur la vie quotidienne du patient. A la demande du médecin traitant, elle rencontre le patient à son domicile pour identifier ses besoins. Des solutions adaptées à chaque situation sont proposées par la coordinatrice d'appui qui mobilise et active les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire de façon personnalisée. Son travail nécessite de solides connaissances du système de santé et de son fonctionnement : quels sont les dispositifs et professionnels existant sur le territoire ? Pour quels actes et quelles aides ? A qui sont-ils destinés et pourquoi ? Comment les mobilise-t-on ? Il repose également sur une posture spécifique et des pratiques construites avec les professionnels de santé libéraux pour répondre à leurs attentes : disponibilité, réactivité, proximité, respect des pratiques, concertation, visites régulières au domicile du patient pour ajuster le plan personnalisé de santé avec le médecin traitant et l'équipe de soins primaires. La saisie des données dans un système d'information spécifique (vt-Arespa) permet le suivi de l'évolution du parcours et la traçabilité des actions menées. L'Arespa participe à la création et à l'alimentation du DMP. La diversité des parcours accompagnés reflète la polyvalence du service : oncologie, maladies neurologiques dégénératives ou

vasculaires, maladies chroniques, risque de perte d'autonomie ou dépendance, santé mentale, addictologie, orthopédie, maladies orphelines et oncologie pédiatrique, handicap. L'Arespa peut être sollicitée par les professionnels des établissements de santé, des services sociaux et médico-sociaux ou tout acteur engagé dans l'organisation des parcours de soins ou de santé. Le médecin traitant est immédiatement informé et impliqué.

3 missions principales indiquées par la structure

- Organisation des parcours complexes en lien direct avec le médecin traitant
- Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire
- Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles

Zone d'intervention de l'Arespa



Principales spécificités

L'Arespa joue un **rôle d'appui fonctionnel au médecin généraliste et aux professionnels de santé libéraux** pour l'adaptation du domicile et la coordination des parcours de soins complexes : coordination de l'intervention des différents acteurs, permettant au médecin traitant, pivot de la coordination, de gérer l'organisation des parcours de soins ou de santé, suivi de l'évolution de la situation, échange permanent avec les autres acteurs, adaptation réactive des solutions initialement proposées.

Sa structuration et sa politique de prise en charge visent à **assurer une très grande réactivité**, ainsi qu'un **niveau de service équivalent sur toute la région et à pouvoir répondre à des demandes de prise en charge pour tous types de publics médicalement complexes, sans restriction, en particulier lorsque la situation est « ressentie comme complexe » par les professionnels**. Elle peut donc être activée dans toute situation pour laquelle aucune autre structure de coordination plus spécialisée ne peut intervenir, soit que la situation ne corresponde pas à ses critères de prise en charge, soit

qu'elle ne corresponde pas à son territoire d'exercice. Elle joue de ce fait un **rôle important dans le maillage territorial** en permettant la couverture de toute la région par une structure de coordination généraliste non-pluridisciplinaire.

2.1.2 Les structures de coordination « géronto-gériatriques »

Les réseaux gérontologiques : évaluation, orientation et suivi

Réseau gérontologique de Baume les Dames

Public pris en charge et zone d'intervention

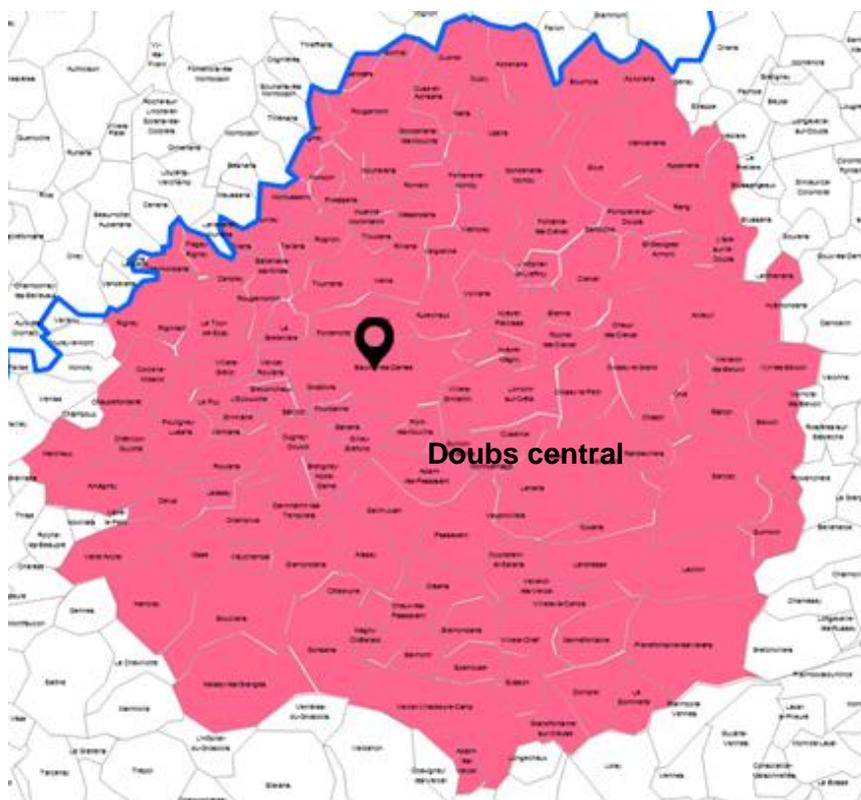
Le réseau a pour **mission d'aider les personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans à rester à leur domicile dans les meilleures conditions possibles, en coordonnant les différents intervenants du domicile pour un meilleur accompagnement de la personne**. Il peut également aider exceptionnellement les personnes de moins de 60 ans présentant une pathologie évolutive nécessitant la coordination des interventions.

3 missions principales indiquées par la structure

- Accompagner la personne âgée à domicile dans les meilleures conditions en coordonnant les prises en charge
- Faciliter les échanges pluridisciplinaires
- Répondre aux besoins de la population sur des situations complexes

Sa zone d'intervention est infra-départementale.

Zone d'intervention du réseau



Principales spécificités

Le réseau a été mis en place en 2000 sous l'impulsion de l'ALPS, de la MSA et des élus locaux, avec l'appui des professionnels libéraux. Le réseau s'appuie également sur et s'inscrit dans une dynamique de territoire existante favorisant l'interdisciplinarité entre les professionnels (formations communes). Il s'appuie à la fois sur sa proximité avec le CH de Baume les Dames (réalisation de bilans infirmiers, hébergement temporaire, répit pour les aidants, usage du DMP, etc.) et sur sa structure porteuse, l'Espace Séniors de Baume les Dames, qui accueille également le CLIC et la gestion de cas MAIA. L'Espace Séniors a également développé des actions de prévention en santé pour les séniors.

La pluridisciplinarité de l'équipe opérationnelle d'expertise gérontologique (infirmière, assistante sociale du CLIC, recours à des compétences complémentaires en ergothérapie, psychologie, aide médico-psychologique) et sa procédure d'admission (bilan infirmier, médical, social et réunion de coordination) visent à permettre une évaluation/réévaluation globale de la personne âgée en vue de proposer des solutions adaptées. Ces solutions incluent l'aménagement physique du domicile, l'appui et le soutien médical de l'aidant, l'accompagnement psychologique de la personne et des aidants, l'anticipation et la veille de leur potentiel de dépendance, la prise de recul par rapport aux problématiques visibles pour le premier recours et la mise en lumière de nouvelles problématiques, etc.

Le réseau vise la mise à disposition des professionnels et partenaires du territoire d'un guichet unique à 3 niveaux de recours pour les personnes âgées. Sa double proximité, avec les professionnels libéraux d'une part, et avec le CH local d'autre part, doit également le mettre en capacité de jouer pleinement un rôle de coordination en entrée et en sortie d'hospitalisation.

Réseau gérontologique bisontin

Public pris en charge et zone d'intervention

L'objectif du réseau, qui intervient à **Besançon intra-muros**, est de **permettre le maintien, ou au mieux, l'amélioration de l'état de santé, de l'autonomie des personnes âgées de plus de 75 ans (polypathologiques et/ou dépendantes et/ou fragiles, en situation complexe) et de leur qualité de vie à domicile par une prise en charge coordonnée et globale.**

Ses missions sont :

- **Améliorer la prise en charge à domicile** grâce à une évaluation gérontologique globale et faciliter l'accès aux soins ;

Zone d'intervention du réseau



- **Proposer une coordination territoriale d'appui** en apportant un soutien aux médecins traitants (synthèse très détaillée), aux autres professionnels de proximité (coordination de leurs interventions) et aux personnes âgées et à leur entourage ;
- **Réévaluer les situations instables**, afin de pouvoir, dans la mesure du possible, anticiper les situations aiguës évitables ;
- **Assurer un suivi et proposer une éducation à la santé à domicile** ;
- **Organiser des actions de formation et d'information** à destination du grand public et des professionnels.

3 missions principales indiquées par la structure

Favoriser une prise en charge globale de la personne âgée à domicile et faciliter l'accès aux soins par :

- L'évaluation géro-geriatrique de la personne âgée à domicile
- La coordination et le suivi des PPS en lien avec les partenaires et l'entourage
- La réévaluation des situations instables et la prévention par l'éducation à la santé

Principales spécificités

Le réseau met à disposition des professionnels une **expertise gérontologique** reconnue par les médecins généralistes de Besançon car appuyée sur une analyse des évaluations gérontologiques globales de la personne (médecin gériatre, infirmière) et une équipe pluridisciplinaire basée sur un trinôme (médecin gériatre, infirmière, assistante sociale). Cela permet **l'évaluation, la prise en charge et le suivi au domicile des personnes vulnérables**, l'anticipation et la veille de leur potentiel de dépendance, la prise de recul par rapport aux problématiques initialement repérées par les médecins traitants qui le sollicitent et la mise en lumière de nouvelles problématiques, etc.

L'équipe mobile : évaluation, orientation et appui à l'intervention au domicile

Equipe mobile de gérontologie de Pontarlier

Public pris en charge et zone d'intervention

L'EMG de Pontarlier intervient sur un **territoire infra-départemental** auprès :

- des **personnes âgées de plus de 65 ans présentant une perte d'autonomie physique ou décisionnelle** nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels et pour lesquelles le maintien à domicile est compromis, du fait de l'un des facteurs suivants : problème d'autonomie fonctionnelle, problème médical, problème d'autonomie décisionnelle, ou si les aides ou les soins mis en place ne sont pas adaptés, épuisement de l'aidant ;
- des **patients de plus de 75 ans** nécessitant une **évaluation onco-gériatrique**.

Elle intervient sur un territoire infra-départemental avec une équipe pluridisciplinaire (médecin gériatre, infirmier, psychologue, secrétaire médicale, ergothérapeute et assistante sociale) intégrée à une forme de guichet unique pour les personnes âgées sur le territoire (CLIC, gestion de cas MAIA et équipe mobile de soins palliatifs) localisé à Pontarlier.

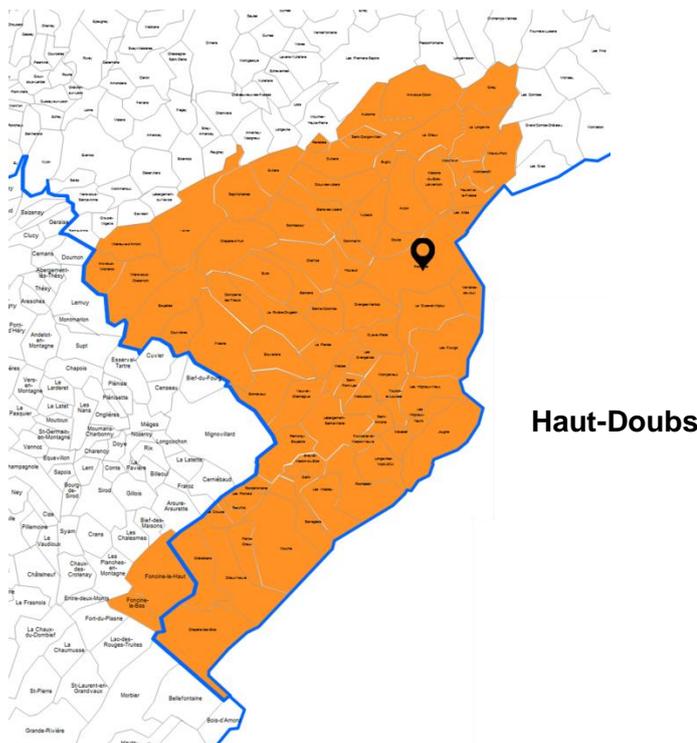
Son objectif est de participer par une **action pluridisciplinaire intégrant les dimensions médicales, psychologiques et sociales** à l'amélioration de la prise en charge **globale et transversale** des personnes âgées du Haut-Doubs, en tenant compte de la diversité des problématiques posées, de la multiplicité des services intervenant dans la prise en charge et du nombre de personnes concernées :

- Réalisation d'évaluations globales médico-sociales par l'équipe ;
- Coordination avec les professionnels acteurs autour de la personne (volonté d'y inclure activement le patient et son entourage) ;
- Notion de prévention.

3 missions principales indiquées par la structure

- Organiser les retours à domicile depuis les services hospitaliers et SSR ;
- Organiser le maintien à domicile ; et
- Mettre en place des actions d'aide aux aidants et de soutien psychologique, par des actions d'évaluation globale médico-socio-psychologique et de coordination des acteurs (professionnel et aidants)

Zone d'intervention de l'équipe mobile



Principales spécificités

L'EMG CHI HC dispose d'une équipe pluridisciplinaire d'intervention pour l'appui aux interventions à domicile, dont l'organisation favorise la gestion de nombreuses situations, l'échange d'information, l'appui en urgence ou non au domicile et la capacité reconnue de l'équipe à élaborer une évaluation médico-socio-psychologique de la personne. Cette organisation implique des réunions quotidiennes, une dynamique de travail interne, des pratiques et une organisation adaptée des locaux favorisant la communication entre les professionnels, etc.

L'EMG participe également à la formation des professionnels sur le territoire et met à disposition du temps dédié pour des consultations gériatriques à la CAPA de Morteau. L'équipe est également intégrée à un guichet unique pour la personne âgée à Pontarlier incluant le CLIC, l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) et la gestion de cas MAIA.

Les PSPA : sorties d'hospitalisation et appui au maintien à domicile

Cette partie présente les 4 Parcours de Santé des personnes Agées d'Ornans, de Gray, de Morteau (Coordination d'Appui aux Personnes Agées) et de l'Aire Urbaine, dispositifs expérimentaux mis en place sur la base d'un cahier des charges allégé par rapport aux expérimentations nationales PAERPA. Selon le cahier des charges régional (2013), **l'objectif des PSPA est de mieux organiser le parcours de santé et de soins des personnes âgées en risque de rupture et de préserver leur bien-être et leur autonomie sur des zones géographiques délimitées.** Tout en s'appuyant sur les ressources existantes, ces expérimentations visent à proposer des solutions innovantes favorisant une meilleure coordination de l'offre de santé, ainsi que le maintien à domicile.

4 résultats sont attendus :

- **Améliorer la qualité de vie** des personnes âgées, notamment celles en perte d'autonomie ;
- **Favoriser le maintien à domicile** des sujets âgés dans des conditions environnementales adaptées et reposant sur des solutions innovantes ;
- **Eviter les ruptures de prise en charge**, spécialement lors de problèmes aigus de santé et de risque d'hospitalisation ;
- **Organiser au domicile et sur le territoire de proximité la prise en charge** dans ses composantes « santé », « médico-sociale » et « sociale » en favorisant une meilleure coordination de tous les acteurs professionnels et de l'entourage.

Leur évaluation, sur la base des indicateurs recueillis avec l'appui du RéQua, est en cours (résultats attendus mi-2016).

Parcours de Santé des Personnes Agées d'Ornans

Public pris en charge et zone d'intervention

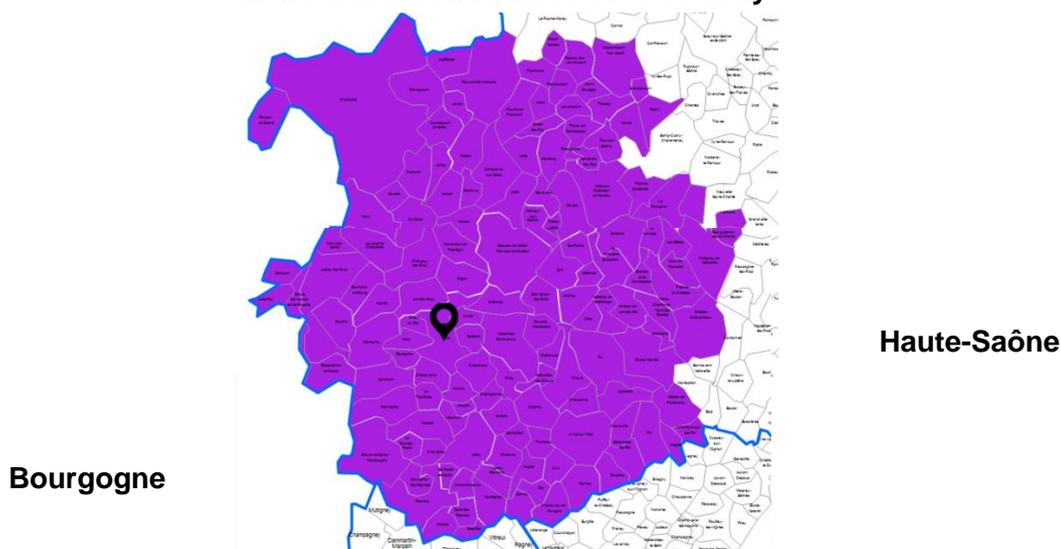
Hébergé par la **Maison des Services à Ornans**, le PSPA d'Ornans contribue au maintien à domicile dans les meilleures conditions de qualité de vie et de bien-être des **personnes âgées de plus de 75 ans** présentant des problèmes de santé (fragilités menaçant le maintien ou le retour à domicile) sur le Pays d'Ornans.

En raison de leurs habitudes d'hospitalisation, le PSPA intervient également auprès de personnes domiciliées dans les 3 communes d'Orain, Fontaine-Française et Talmay en Bourgogne.

3 missions principales indiquées par la structure

- Organiser et sécuriser les retours à domicile
- Améliorer les pratiques et les organisations
- Coordonner les acteurs de terrain

Zone d'intervention du PSPA de Gray



Principales spécificités

Le PSPA se caractérise par sa grande réactivité (délai d'intervention à 1,1 jour) et ses retours systématiques aux médecins généralistes.

Parcours de Santé des Personnes Agées de l'Aire Urbaine (Montbéliard/Belfort)

Public pris en charge et zone d'intervention

Le PSPA prend en charge des personnes âgées de plus de 75 ans, polyopathologiques avec retentissement sur les actes de la vie quotidienne, sur sa zone d'intervention interdépartementale. Cette zone regroupe des secteurs urbanisés, des zones péri-urbaines et des communes rurales et recouvre le territoire couvert par le CLIC de Montbéliard (25) - anciens cantons de l'arrondissement de Montbéliard, le Territoire de Belfort (90) et les 2 anciens cantons d'Héricourt Est et Ouest (70).

3 missions principales indiquées par la structure

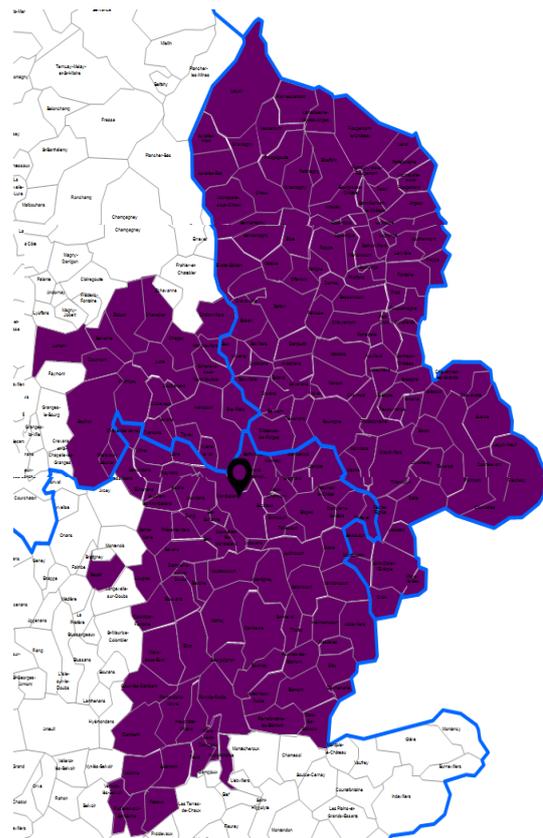
- Mettre du lien entre les acteurs pour favoriser le maintien à domicile dans de bonnes conditions en amont et en aval de l'hôpital
- Limiter les hospitalisations en urgence et favoriser les entrées directes en court-séjour gériatrique ou en SSR
- Anticiper les sorties pour réduire les DMS et éviter les réhospitalisations, repérage aux urgences du CH, promotion des alternatives à l'hospitalisation, promotion de l'information auprès des personnels des EHPAD

Zone d'intervention du PSPA de l'Aire Urbaine

Principales spécificités

Sur le pays de l'Aire Urbaine de Belfort-Montbéliard (bassin de vie organisé en syndicat mixte) où la densité médicale est forte, le PSPA de l'Aire Urbaine travaille principalement à partir des sorties d'hospitalisation : l'équipe participe aux réunions de synthèse du service court-séjour de gériatrie de l'hôpital et organise le retour à domicile des patients âgés en amont de la sortie, en lien avec le service social de l'hôpital et les services intervenant pour le maintien à domicile et en faisant le lien avec le médecin traitant pour l'informer des actions mises en place.

Les professionnels et les partenaires l'identifient surtout pour sa capacité à faire le lien entre le domicile et l'hôpital, à **gérer les situations complexes à domicile de personnes de plus de 75 ans en sortie d'hospitalisation** et à faciliter la coordination pour améliorer la prise en charge. Sa **réactivité** est également soulignée. Il est davantage identifié sur le **Pays de Montbéliard** que sur le Territoire de Belfort.



Perception du PSPA par les professionnels



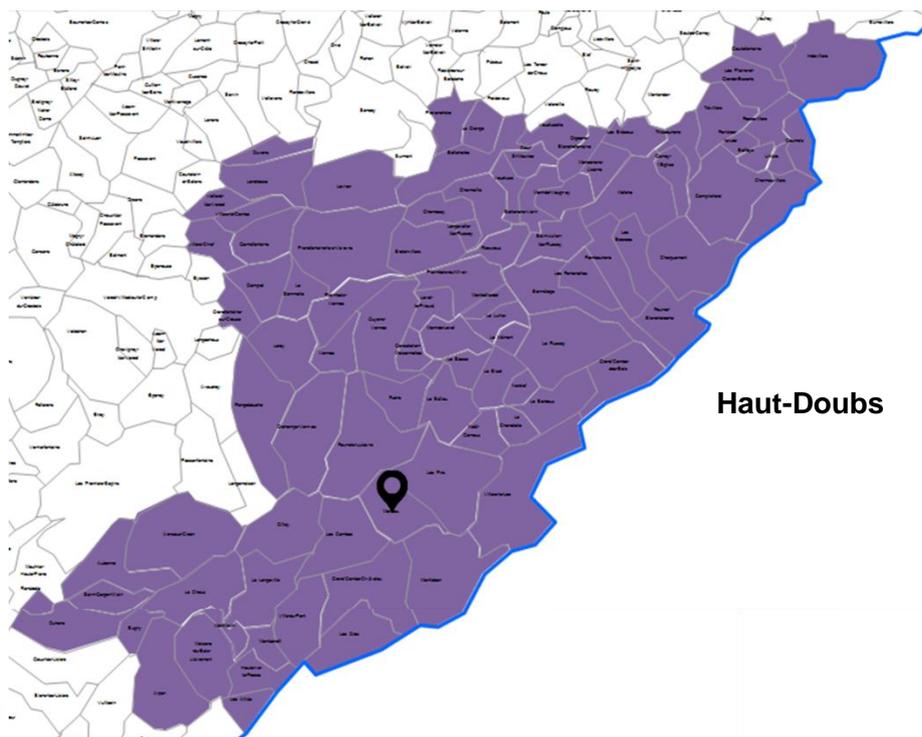
Source : enquête de notoriété auprès des professionnels et partenaires. 2015

Parcours de Santé des Personnes Agées de Morteau (CAPA Morteau)

Public pris en charge et zone d'intervention

Le **Coordination d'Appui aux Personnes Agées (CAPA)**, partenariat entre l'**Arespa** (mise à disposition d'une coordinatrice d'appui) et le **CH de Morteau**, intervient auprès des **personnes âgées de plus de 75 ans au domicile en perte d'autonomie** sur le Pays Horloger avec un binôme assistante sociale/infirmière de coordination localisé au CH de Morteau.

Zone d'intervention de la CAPA de Morteau



3 missions principales indiquées par la structure

- Repérage des situations de fragilité
- Evaluation des besoins médico-sociaux et mise en œuvre des actions proposées
- Limitation des hospitalisations (actions de prévention, organisation du maintien à domicile) et organisation des hospitalisations
- Suivi des sorties d'hôpital
- Organisation de séjours de répit

Principales spécificités

La CAPA a proposé des places d'alternative à l'hospitalisation pour éviter une hospitalisation non justifiée médicalement à une personne qui ne peut rester seule à domicile lors d'une hospitalisation de l'aidant (place d'hébergement temporaire avec prise en charge des frais dans le cadre de l'expérimentation). Le dispositif cherche également à mesurer son effet sur les réhospitalisations au CH de Morteau.

2.1.3 La MAIA, méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

Public pris en charge

La MAIA distingue le public qui relève de sa **mission globale de mise en œuvre de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie**², du public qui relève de sa mission spécifique de gestion de cas.

La population ciblée par la MAIA est celle des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, et plus largement, toutes les personnes âgées en perte d'autonomie. En **Franche-Comté**, la population concernée par le dispositif MAIA est celle préconisée par le cahier des charges national. Parmi celle-ci, sont prises en charge en gestion de cas les situations dites complexes : *« personnes adultes souffrant de troubles cognitifs et comportementaux d'origine neurologique, ayant un statut d'ALD ou nécessitant un suivi médical régulier et dont les troubles ont un retentissement sur la vie quotidienne, pour qui le maintien à domicile est compromis. »*. Les **critères d'admission en gestion de cas définis en 2015 par la CNSA sont des personnes** : *« 1. Dont le maintien à domicile est compromis en raison de problèmes d'autonomie fonctionnelle ET de problèmes médicaux ET de problèmes d'autonomie décisionnelles (que la personne elle-même ou son environnement en soit à l'origine. 2. Pour lesquelles les aides et soins mis en place sont insuffisants ou inadaptés. 3. Pour lesquelles il n'y a personne dans l'entourage pour mettre en place et coordonner de façon intensive et dans la durée la réponse aux besoins »*.

Zone d'intervention de la MAIA



² Objectif de construction de nouveaux modes de travail partenariaux avec les partenaires d'un territoire afin de simplifier les parcours, de réduire les doublons d'évaluation et ruptures de continuité dans les interventions auprès des personnes malades et d'améliorer la lisibilité du système de soin et d'aide.

Missions principales indiquées par la structure

- Mise en œuvre de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
- Mission spécifique de gestion de cas auprès d'un public plus ciblé qui se distingue de la coordination

Principales spécificités

La MAIA de Franche-Comté se distingue des autres MAIA en France par le choix d'un portage régional unique par le Groupement de Coopération Sanitaire ADN (Alliance pour le Développement de la Neuropsychiatrie) et un pilotage régional depuis sa création en 2011 permettant d'assurer le déploiement d'un service équivalent et l'équité territoriale sur la région. Elle est organisée à l'échelon régional et départemental avec un pilotage régional à Besançon et 6 MAIA locales qui se sont organisées au niveau fonctionnel sur 4 territoires :

- MAIA du Doubs (anciennement MAIA interdépartementale et du Haut-Doubs) (copilote basé à Besançon)
- MAIA de la Haute-Saône (copilote basé à Vesoul)
- MAIA de l'Aire Urbaine-Villersexel (copilote basé à Montbéliard)
- MAIA du Jura (copilote basé à Dole)

Elle se distingue des autres structures de coordination sur le territoire du fait des **spécificités de sa mission d'intégration des services** et de construction de nouveaux modes de travail partenariaux au service du public qu'elle prend en charge. Elle se distingue également par les **compétences spécifiques (DIU de gestion de cas, spécificité de la prise en charge des troubles cognitifs et maladies neurodégénératives) et capacités d'accompagnement des gestionnaires de cas**. Les gestionnaires de cas sont intégrés, le plus souvent, à des structures de coordination géro-geriatriques, afin de favoriser l'intégration des structures et l'adressage à la MAIA des situations les plus complexes. L'une de ses spécificités est de prendre en charge les « **malades jeunes** » relevant de son champ.

Au-delà de la **réactivité** et de la **capacité de coordination** de la structure, les professionnels et les partenaires perçoivent les **spécificités de la gestion de cas en termes de visites à domicile fréquentes, de temps dédié d'accompagnement, de proximité auprès de la personne et de son entourage et de suivi des situations sur la durée**. Ils apprécient également ses capacités spécifiques de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de maladies neurodégénératives ou de troubles cognitifs, ou pour les situations les plus complexes.

➔ « **de complexité médicale** :

- association de plusieurs pathologies et/ou cumul de plusieurs affections de longue durée (ALD)
- degré de sévérité des pathologies
- équilibre non acceptable depuis plusieurs mois
- hospitalisations répétées dans l'année pour la même problématique

➔ **et/ou de complexité psycho-sociale** :

- personne ayant un faible recours aux soins
- isolement social
- vulnérabilité sociale
- pratiques de santé inadaptées
- intrication de plusieurs pathologies et d'une situation de dépendance associée à la nécessité de faire intervenir plusieurs acteurs
- troubles cognitifs de la personne*
- problématiques psychologiques ou psychiatriques ou troubles du comportement chez la personne*
- refus de soins et/ou d'aide*
- épuisement des aidants*
- entourage complexe (maltraitance, situation familiale complexe, difficultés psychologiques de l'entourage, etc.)*
- problématiques financières importantes ne permettant pas un recours adapté aux aides et soins à domicile*
- logement inadapté (salubrité, hygiène, confort, adaptation au niveau de fragilité de la personne, etc.)*.

➔ **et/ou de complexité « ressentie par les professionnels »***.³

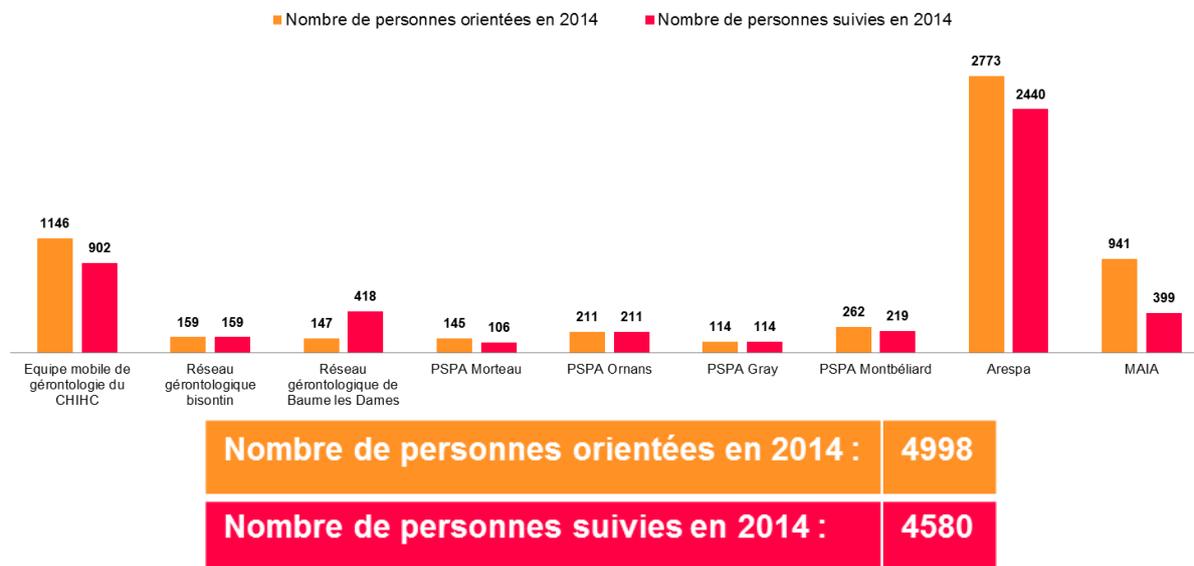
Aucun de ces éléments n'est cependant limitatif. Les structures de coordination de Franche-Comté répondent à la plupart des demandes qui leur sont faites, considérant que leur intervention est justifiée dès lors que les professionnels en ressentent le besoin.

³ Les éléments marqués d'un * ne sont pas listés dans le guide de la DGOS mais constituent des facteurs de complexité importants pouvant déclencher le recours à une structure de coordination pour une situation donnée.

➔ **Nombre de bénéficiaires⁴**

Environ **4500 personnes** sont prises en charge par des structures de coordination sur toute la région, soit **près de 92 % des personnes orientées vers ces structures**.

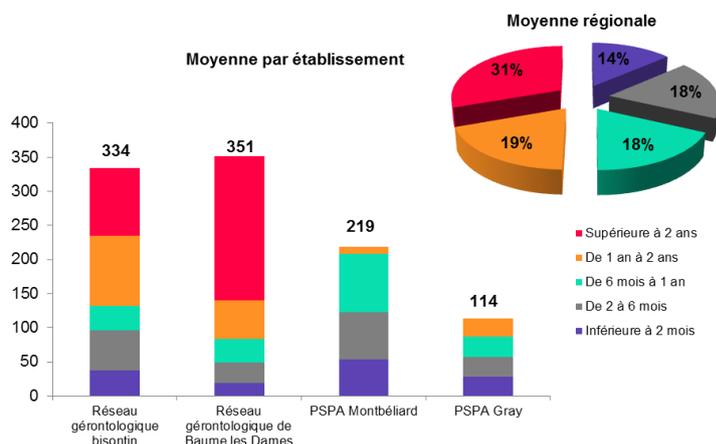
Bénéficiaires de la coordination en Franche-Comté (2014)



Source : enquête ALCIMED auprès des structures. 2015, données ARS

Les usagers des structures de coordination sont **suivis sur des durées variables**, pouvant aller de moins de 2 mois à plus de 2 ans pour les structures qui ont communiqué cette information dans le cadre de l'étude.⁵

Exemples de durées moyennes de suivi communiquées par des structures



Source : enquête ALCIMED auprès des structures. 2015, données ARS

⁴ Dans le cadre de l'enquête auprès des structures, les définitions suivantes ont été utilisées :

- Personnes « **orientées** » : personnes qui ont été adressées aux structures ou orientées vers les structures.
- Personnes « **suivies** » : usagers actuels des structures de coordination.
- Personnes dites « **réorientées** » : personnes qui ont été orientées vers une structure mais que la structure ne suit pas ou plus ou a réorientées immédiatement ou après un temps de suivi vers une autre structure.

⁵ Seules 4 structures ont répondu à cette question.

Interrogées sur leurs **motifs de sortie ou de réorientation des personnes orientées** vers leurs dispositifs, les structures indiquent en majorité une « orientation vers le CLIC, la MAIA ou une autre structure de coordination plus adaptée » (9 structures sur 11). Le second motif de sortie ou de réorientation le plus fréquent est « l'entrée en EHPAD ou en établissement ». En troisième, arrivent les « décès » et « l'absence de nécessité de coordination d'appui (situation jugée « insuffisamment complexe » par la structure) ».

Principaux motifs de sortie ou de réorientation de bénéficiaires potentiels par les structures	Arespa	MAIA interdépartementale	MAIA de l'Aire Urbaine-Villersexel	MAIA de Haute-Saône	Réseau gérontologique bisontin	Réseau gérontologique de Baume les Dames	Equipe mobile de gérontologie CHHC	PSPA de l'Aire Urbaine	PSPA d'Ornans	PSPA de Gray	PSPA de Morveau (CAPA)
Orientation vers le CLIC, la MAIA, une autre structure de coordination plus adaptée											
Entrée en EHPAD ou en établissement											
Décès											
Pas de nécessité de coordination d'appui / situation jugée "insuffisamment complexe" par la structure											
Hors secteur											
Refus de la personne ou de son entourage de suivi par la structure											
Incapacité de la structure à prendre en charge											
Evolution de la situation											
Autre											

Source : enquête 2015 auprès des structures, données ARS. Pour les 3 structures ayant indiqué « autre », l'Arespa a indiqué « information et orientation », le RGB a indiqué « patients hospitalisés avant son intervention » et le PSPA d'Ornans a indiqué une réorientation pour satisfaire ses critères d'âge (personne de moins de 75 ans).

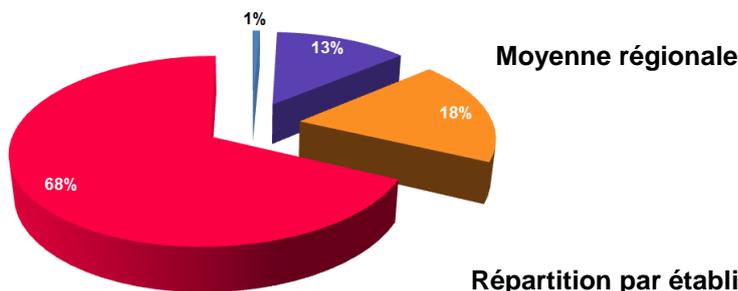
➔ Répartition du public par âge et par lieu de résidence

Toutes les structures prennent en charge des **adultes de plus de 18 ans**. L'Arespa prend également en charge des **enfants et adolescents de moins de 18 ans** en situation complexe.

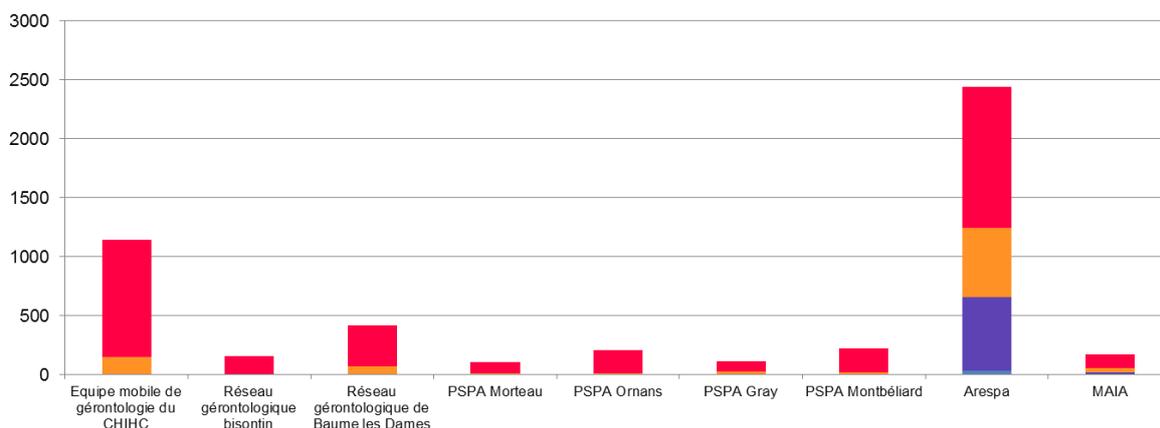
Structure de coordination	Tranche d'âge de prise en charge
Arespa	Tout âge
MAIA	Plus de 18 ans
Réseau gérontologique bisontin	Plus de 75 ans
Réseau gérontologique de Baume les Dames	Plus de 60 ans
Equipe mobile de gérontologie de Pontarlier	Plus de 65 ans
Parcours de Santé de la Personne Agée PSPA	Plus de 75 ans

Répartition du public pris en charge par tranche d'âge (2014)

■ Moins de 18 ans ■ 18-60 ans ■ 60-75 ans ■ Plus de 75 ans



Répartition par établissement

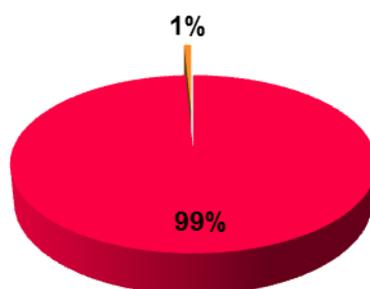


Source : enquête ALCIMED auprès des structures. 2015

La quasi-totalité (99 %) des usagers des structures de coordination réside à domicile.⁶

Lieu de vie des usagers de la coordination (2014)

■ A domicile ■ En établissement



Source : enquête ALCIMED auprès des structures. 2015

➔ Niveaux de complexité et vulnérabilité des publics pris en charge

Les structures indiquent prendre en charge des personnes en situation complexe relevant de tous les types de facteurs de complexité mentionnés plus haut. Si les

⁶ Parmi les personnes « à domicile » suivies par la MAIA interdépartementale sont recensées quelques personnes résidant en logement foyer.

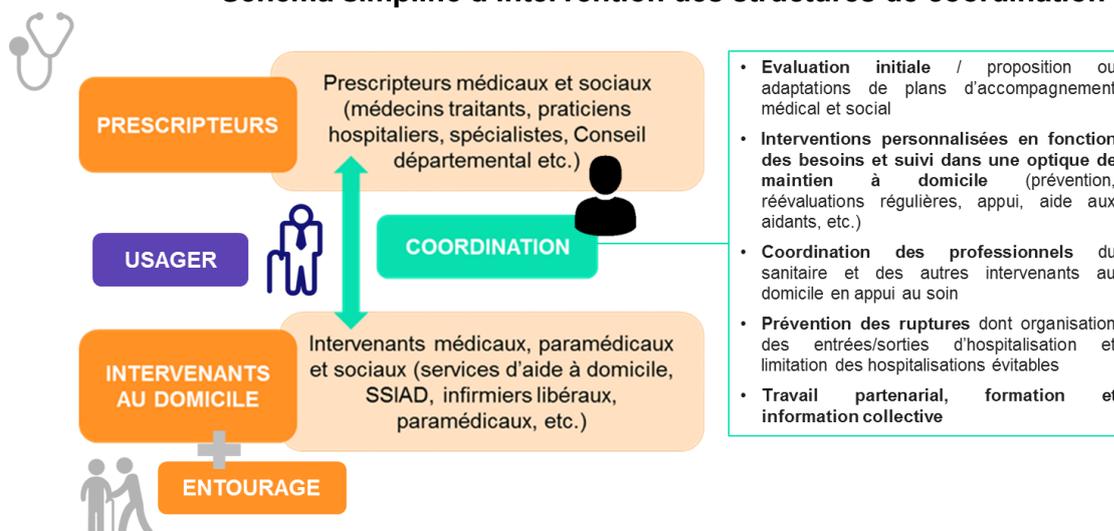
structures géro-nto-gériatriques utilisent la grille SEGA⁷ comme mesure du niveau de fragilité des personnes prises en charge, c'est seulement à titre indicatif – aucune structure n'a véritablement de critère d'inclusion autre que la demande qui leur est faite. Certaines structures utilisent également d'autres outils d'évaluation de l'état de la personne prise en charge (grille AGGIR, MMS, MNA, grilles spécifiques utilisées en onco-gériatrie, etc.).

2.3 Types d'interventions réalisées

Les **objectifs et missions** des structures de coordination ne sont pas les mêmes, de même que les **équipes** dont elles disposent. Ainsi, les **types d'interventions qu'elles proposent à leur public varient sensiblement**. En revanche, les réponses des structures à l'enquête indiquent un **socle commun d'interventions entre toutes**, distinguant l'intervention des **coordonnateurs** de celles :

- Des **prescripteurs** des interventions à domicile (sanitaires : médecins traitants, praticiens hospitaliers, spécialistes, etc. / sociaux : Conseil départemental) ; et
- Des **intervenants** médicaux, paramédicaux et sociaux à domicile (aide/soins : SSIAD, services d'aide à domicile, infirmiers libéraux, paramédicaux, etc.).

Schéma simplifié d'intervention des structures de coordination

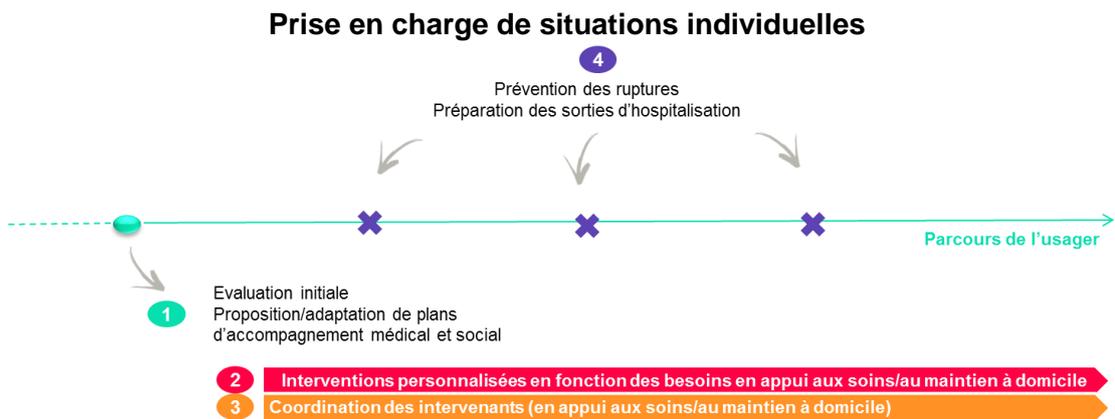


L'action des structures recouvre ainsi le déploiement spécifique et adapté d'interventions auprès de personnes individuellement en situation complexe. Il s'agit notamment auprès des personnes âgées d'améliorer la qualité des interventions au domicile en vue du maintien durable et dans une visée d'anticipation.

⁷ La grille SEGA est un outil d'évaluation de la fragilité des personnes âgées à domicile qui a pour particularité d'être utilisable par tout acteur du champ gérontologique formé, pour déterminer un niveau de fragilité initial de la personne sur la base de 13 items reconnus comme susceptibles d'influencer le déclin fonctionnel. L'évaluation est fondée sur des questions posées à la personne âgée et/ou à l'aidant principal et détermine un score.

L'intervention des structures s'effectue donc à 2 niveaux :

NIVEAU 1 - Prise en charge de situations individuelles, de **(1)** l'évaluation initiale (bilans visant à évaluer les facteurs de complexité de la situation) à la proposition/l'adaptation de plans d'accompagnements individuels, **(2)** au suivi, à l'accompagnement des usagers (dont la mise en place d'aides humaines et techniques et d'aménagements du domicile, l'aide aux aidants, l'appui au remplissage de dossiers administratifs, la prévention des ruptures, la préparation des sorties d'hospitalisations, la prévention et le repérage des fragilités, etc.), **(3)** à la coordination des intervenants et à la **(4)** prévention des ruptures sur la durée en appui aux soins / au maintien à domicile.



NIVEAU 2 (en appui au NIVEAU 1) - Travail partenarial (intégration des services, organisation de guichets uniques pour la personne âgée, animation de concertations, etc.), **formation et information collective**, en appui à la prise en charge individuelle.

Aperçu des interventions des structures de coordination

Types d'interventions	MAIA	Arespa	RGB	Réseau gériatologique de Baume les Dames	EMG de Pontarlier	PSPA de Gray	PSPA d'Ornans	CAPA Morteau	PSPA de l'Aire Urbaine
I. PRISE EN CHARGE DE SITUATIONS INDIVIDUELLES									
1. Evaluation initiale / Proposition et adaptation de plans d'accompagnement médical et social individuels ⁸									
• Bilan infirmier et/ou médical (gériatrique)	1	4						15	17
• Bilan de la situation psycho-sociale									
• Bilan des aides sociales dont bénéficie/peut bénéficier l'utilisateur									
• Evaluation et proposition d'aménagements du domicile / d'aides techniques et humaines								16	
• Participation à l'élaboration/la révision de plans personnalisés de santé (PPS/PSI)					8				
• Participation à l'élaboration/la révision de projets personnalisés d'accompagnement (volet médical et social)									
2. Interventions personnalisées en fonction des besoins et suivi en appui aux soins et au maintien à domicile									
SUIVI DE L'USAGER									
• Accompagnement aux démarches administratives/remplissage de dossiers (orientation en EHPAD, mise sous tutelle, demandes d'aide APA, etc.)									
• Appui à la mise en place des aménagements et aides techniques/humaines									
• Réévaluation régulière de la situation					9				
• Connaissance de l'environnement psycho-social des usagers (à travers un suivi très régulier à domicile, l'entourage, etc.)									
• Suivi psychologique des usagers		5							
• Appui aux soins (de support, palliatifs, etc.)					10				
• Gestion de cas									

⁸ Selon les situations, les bilans initiaux peuvent être réalisés à domicile (le plus souvent), par téléphone ou à l'hôpital.

Types d'interventions	MAIA	Arespa	RGB	Réseau gériatologique de Baume les Dames	EMG de Pontarlier	PSPA de Gray	PSPA d'Ornans	CAPA Morteau	PSPA de l'Aire Urbaine
AIDE AUX AIDANTS									
• Information et sensibilisation des aidants									
• Organisation d'actions collectives pour les aidants (groupes de parole, ateliers collectifs, etc.)	2						11		
• Prise en charge personnalisée des aidants (suivi psychologique individuel, bilan médical et social, etc.)							12		
• Mise en place de solutions de répit (séjours de répit, hébergement temporaire, accueil de jour, etc.)						8	13		
PREVENTION									
• Education thérapeutique/éducation à la santé à domicile									
• Information sur les actions de prévention existantes									
• Sensibilisation et accompagnement personnalisé pour la mise en place d'actions de prévention									
• Promotion des consultations gériatriques									
• Actions de prévention individuelles et/ou collectives (ateliers nutrition, mémoire, gymnastique, équilibre, motricité, actions bénévoles de lutte contre l'isolement, etc.)									
3. Coordination des professionnels en appui aux soins et au maintien à domicile									
• Lien avec le médecin traitant/appui fonctionnel du médecin traitant									
• Lien avec les médecins spécialistes (ophtalmologie, gynécologie, oncologie, etc.)									
• Coordination des intervenants sociaux et médico-sociaux au domicile									
• Coordination des soins et des intervenants paramédicaux au domicile									
• Suivi de prise en charge globale à travers la coordination de tous les intervenants médicaux, paramédicaux, médico-sociaux, sociaux									
• Organisation de réunions de concertation pluridisciplinaires							14		

Types d'interventions	MAIA	Arespa	RGB	Réseau gériatologique de Baume les Dames	EMG de Pontarlier	PSPA de Gray	PSPA d'Ornans	CAPA Morteau	PSPA de l'Aire Urbaine
4. Prévention des ruptures									
• Gestion des situations aiguës									
• Avis d'expertise pour améliorer le mode de recours aux soins hospitaliers			7						
• Anticipation et préparation amont des hospitalisations en urgence et hors urgence (hospitalisations programmées ou directes, transmission des documents, lien avec le service social, etc.)									
• Promotion des alternatives à l'hospitalisation (hébergement temporaire lorsqu'il n'y a pas de problème médical et accompagnement psychologique)									
• Préparation précoce en anticipation des sorties d'hospitalisation ou de courts séjours pour faciliter le retour à domicile, réduire les DMS et éviter les réhospitalisations									
• Essais de retour à domicile en sortie d'hospitalisation ⁹									
• Limitation des hospitalisations en urgence (appui aux entrées directes en court séjour gériatrique ou en SSR)									
• Visite à l'hôpital pour évaluer le patient et sa situation		6							
• Visite au domicile du patient en amont de la sortie ou juste après pour évaluer le domicile et proposer des ajustements									
II. TRAVAIL PARTENARIAL									
1. Travail partenarial									
• Animation de la concertation clinique (entre partenaires d'un territoire sur une situation donnée)									
• Animation de la concertation tactique entre partenaires d'un territoire									

⁹ Accompagnement de la personne à son domicile pour lui faire tester son niveau de fragilité.

• Guichet unique pour les personnes âgées									
• Animation de la concertation stratégique, de la co-responsabilité et du partage des pratiques									
• Structuration et pilotage d'un guichet intégré									
• Mise en place d'outils d'intégration									
• « Sentinelle » / remontée des problématiques de territoire au niveau départemental et régional									
2. Formation, information collective et sensibilisation									
• Sensibilisation à l'usage des consultations gériatriques									
• Formation et information collective aux professionnels	3								
• Formation et information grand-public (usagers et aidants familiaux)	3								

Source : enquête 2015 auprès des structures.

Ces données ont été communiquées par les structures. Selon les définitions nationales et au regard du diagnostic territorial, les interventions « gestion de cas », « animation de concertations stratégiques », « structuration et pilotage d'un guichet intégré » et « mise en place d'outils d'intégration » ne relèvent que de la MAIA.

Un travail collectif sur les missions respectives et types d'intervention des structures de coordination sera effectué durant la phase 2 de l'étude (mars-juin 2016).

¹Démarche de récupération des évaluations infirmières, médicales, sociales existantes – la MAIA ne fait pas les bilans infirmiers et médicaux. ²Participation aux actions collectives. ³Information seulement. ⁴Démarche de récupération des évaluations infirmières, médicales, sociales existantes – l'Arespa ne fait pas les bilans infirmiers et médicaux. ⁵En collaboration avec des professionnels libéraux (convention partenariale). ⁶Intervention exceptionnelle, sur demande spécifique de l'établissement. ⁷Sur demande du gériatre, pour avis avant orientation en HDJ ou hospitalisation directe en SSR. ⁸En cours de mise en place. ⁹Prise de nouvelle après hospitalisation. ¹⁰Conseil technique à la manutention, à la toilette, etc. ¹¹Pas de groupes de parole. ¹²Bilan social seulement. ¹³Séjours de répit seulement. ¹⁴En interne seulement. ¹⁵Pas d'évaluation gériatrique sauf intervention Dr Lapierre. ¹⁶Pas de proposition d'aides humaines. ¹⁷Bilan gériatrique.

→ Outils d'adressage, d'évaluation, de suivi et de partage d'information

La plupart des structures visent une **prise en compte globale médico-sociale des besoins des personnes** (situation médicale et facteurs psychologiques, environnementaux et sociaux impactant leur état de santé).

En ce sens, les structures géro-geriatriques utilisent différents **outils d'évaluation gériatrique ou gérontologique globale de la personne à domicile** – la plupart utilisant la grille SEGA, certaines utilisant également la grille GIR et le modèle PATHOS.

Les structures d'aide à domicile pointent cependant leur difficulté à adapter les interventions aux besoins des usagers et aux préconisations proposées par les structures de coordination sur la base de ces évaluations en raison d'un **manque d'alignement entre les outils d'évaluation sociaux utilisés pour l'attribution des aides et la programmation des interventions sociales au domicile et les outils de repérage des fragilités (grille SEGA)** utilisés par les structures géro-geriatriques.

Certaines structures ont également développé ou souhaitent développer des **outils facilitant le repérage et l'adressage des situations complexes, la communication et la fluidification des entrées et sorties d'hospitalisation. Exemples d'outils :**

- RGB, réseau gérontologique de Baume les Dames : procédure formelle d'intervention des réseaux gérontologiques ;
- PSPA de Gray : check-list pour faciliter la prise en charge lors des hospitalisations de nuit, en complément du DLU, élaborée avec le service des urgences du CHU, donnant au praticien hospitalier les éléments de connaissance nécessaires à la situation spécifique du patient ;
- PSPA de l'Aire Urbaine : fiche de repérage au S.A.U pour l'orientation vers les infirmiers de liaison ;
- EMG CHI HC : Fiche de liaison domicile/hôpital et hôpital/domicile, dossier commun de demande SSR (avant le déploiement de ViaTrajectoire), dossier d'EHPAD commun à l'ensemble des structures EHPAD du département (avant la mise en place du dossier national CERFA), fiche de signalement aux urgences, projet de carnet de suivi et liaison à domicile (non abouti), réflexion sur le dossier communiquant partagé avec le secteur sanitaire, social et médico-social ;

Dans l'attente d'un cadrage national, la **MAIA** dispose d'un outil de gestion de cas permettant le suivi individuel. La MAIA de l'Aire Urbaine-Villersexel fait également usage d'un outil commun de partage d'informations entre les services portés par la Coordination de gérontologie du Pays de Montbéliard (CLIC et PSPA) disposant de différents niveaux de confidentialité.

L'**Arespa** n'a pas formalisé d'outils d'évaluation des personnes (plan personnalisé de santé formalisé) et d'adressage.

Si certaines structures incitent à l'ouverture de **DMP** (Arespa, réseau gérontologique de Baume les Dames, etc.), la majorité des structures de coordination pointe le **besoin d'outils informatisés de gestion des situations individuelles suivies, mais également de partage d'informations avec l'ensemble des intervenants médicaux, paramédicaux et**

sociaux autour de la personne comme un frein à leur activité. En effet, elles soulignent le besoin de disposer d'outils permettant une approche globale de la personne, le partage des planning et la génération d'alertes instantanées.

➔ **Mesure de l'activité et impact de la coordination**

La collecte d'indicateurs de mesure de l'activité et de l'impact de la coordination (typologie des personnes orientées et usagers suivis, taux d'adressage sur la zone d'intervention, impact de la coordination sur la prévention des réhospitalisations évitables, autres mesures d'activité et d'impact pertinentes, etc.) dans le cadre de cette étude montre que **chaque structure a ses propres indicateurs, pouvant faire l'objet ou non d'un suivi dans le cadre d'une contractualisation CPOM avec l'ARS.**

En outre, toutes les structures ne disposent pas **d'outils de suivi** leur permettant de fonctionner en **file active**, de **suivre et d'analyser rétrospectivement leur activité** dans une visée d'amélioration des pratiques. Lorsqu'elles en ont, ils ne sont **pas paramétrés de la même façon**, ne permettant pas de générer des données comparables sur les typologies des usagers, les zones d'intervention, etc. Enfin, les indicateurs à date et le **suivi des files actives actuel** de l'ensemble des structures ne permettent pas de donner une vision précise sur les durées de suivi usagers et leur intensité, ainsi que le nombre de dossiers « actifs » ou « dormants ».

Dans ces conditions, les éléments recueillis dans le cadre de cette étude ne permettent pas une comparaison fine des interventions des structures, de leur performance et de leur impact.

En revanche, l'étude met en exergue les missions propres à la coordination et les types d'interventions réalisées par les structures de coordination (voir parties précédentes), ainsi que des **thématiques communes** qui pourront faire l'objet d'indicateurs d'activité et d'impact, en particulier pour la personne âgée :

- Limiter l'isolement social des personnes âgées ;
- Limiter le risque d'hospitalisation aux urgences de personnes âgées dépendantes ;
- Limiter le risque de réhospitalisation des personnes quand il est évitable (à définir)
- Travailler sur la prévention et le repérage des fragilités en amont pour prévenir les situations aigües, etc.

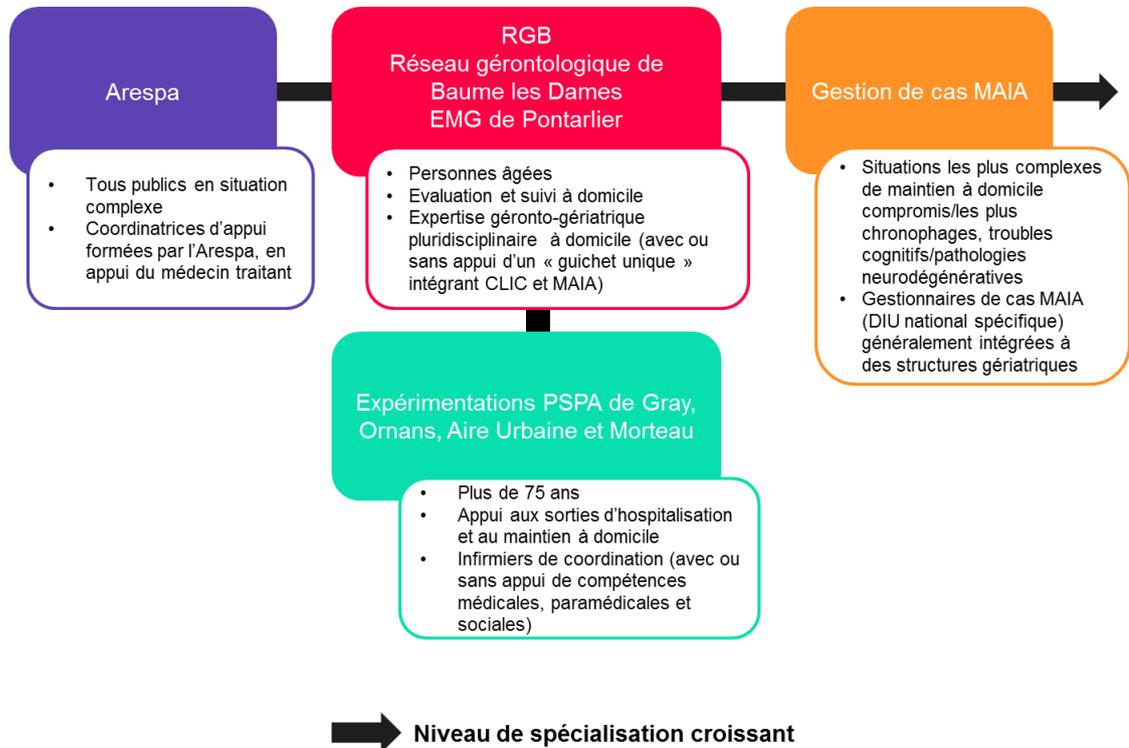
Ainsi, pour les personnes âgées en particulier, **des indicateurs de suivi et d'impact** peuvent porter sur la prévention et le repérage des fragilités, le suivi des parcours, le nombre de réhospitalisations évitées, la mise en place de formules de répit pour les aidants, la facilitation et l'accompagnement des hébergements temporaires et de l'usage des accueils de jour, le nombre de prescriptions modifiées à la suite de réunions de concertation pluridisciplinaires, les types d'aménagements du domicile réalisés et aides personnelles et humaines mises en place, l'accompagnement administratif des personnes, le nombre de mises sous tutelle, la formation, etc.

Un travail sur le **développement d'indicateurs communs minimum pertinents** permettant de rendre compte des missions propres des structures de coordination et de leur impact peut s'appuyer sur les **travaux en cours avec le REQUA pour l'évaluation des PSPA** devraient

donner une plus grande visibilité sur leurs impacts respectifs, en particulier en ce qui concerne la réduction des réhospitalisations et hospitalisations évitables.

Synthèse

L'offre en Franche-Comté distingue **3 types de coordinations** en fonction des typologies de prise en charge et des compétences des structures :



→ Les structures interviennent auprès de **4500 personnes en situation complexe** (facteurs de complexité médicale et/ou psycho-sociale et/ou ressenti des professionnels, données ne tenant pas compte des doublons de prise en charge éventuels) sur toute la région, dont **plus de 60 % de personnes de plus de 75 ans, 99 % vivant à domicile.**

→ Leur prise en charge constitue **l'échelon intermédiaire entre la prescription et l'intervention des aides et des soins à domicile en appui au soin et au maintien à domicile à deux niveaux :**

NIVEAU 1 – Prise en charge de situations individuelles, de l'évaluation initiale à la proposition/l'adaptation de plans d'accompagnements individuels, au suivi, à l'accompagnement des usagers, à la coordination des intervenants et à la prévention des ruptures sur la durée en appui aux soins et au maintien à domicile.

NIVEAU 2 – Travail partenarial, en appui à la prise en charge individuelle, formation et information collective (intégration, concertations cliniques, tactiques et stratégiques, guichets uniques pour la personne âgée, etc.)

- **Les durées de suivi et les types d'interventions réalisées sont variables**, en fonction des missions et des compétences propres à chaque structure.
- Les structures disposent **d'outils et protocoles divers d'adressage et d'évaluation**, toutes n'ayant pas fait le choix de formaliser de tels outils.
- **Les indicateurs collectés dans le cadre de cette étude ne permettent pas une mesure comparable fine de la performance des organisations**, un suivi de l'activité, une mesure de l'impact de la coordination en Franche-Comté et une analyse rétrospective, du fait de leur diversité.

Atouts et spécificités propres à chaque structure

- **L'Arespa** est identifiée par les professionnels comme un appui au médecin traitant et pour sa réactivité, ses visites à domicile et sa capacité à coordonner les intervenants, ainsi que pour son cœur de métier historique (soins palliatifs à domicile).
- Les **réseaux gérontologiques** et **l'équipe mobile** sont appréciés pour leur expertise pluridisciplinaire et leur capacité à effectuer des évaluations gériatriques complètes, à domicile ou non, et font également des formations. Le **réseau de Baume les Dames** est reconnu pour ses réunions de concertation pluridisciplinaires, sa capacité à faire le lien avec le CH local et sa connaissance des partenaires locaux. Le **RGB** fait de l'éducation en santé un pilier de son travail de prévention. L'**équipe mobile** ajoute une dimension forte de lien ville-hôpital et une expertise onco-gériatrique.
- Les **PSPA** répondent de façon variable au cahier des charges initial, certains axant davantage leur action sur la prévention à domicile (PSPA d'Ornans, CAPA de Morteau), les autres davantage sur la sécurisation des retours à domicile en sortie d'hospitalisation (PSPA de l'Aire Urbaine, PSPA de Gray).
- La **MAIA** est principalement identifiée par les professionnels pour sa disponibilité, sa capacité d'accompagnement, sa proximité avec l'entourage et la personne et sa capacité à suivre les situations et à mettre en place des solutions durables dans les situations les plus complexes.

2.4 Organisation par département

Note méthodologique

Cette partie synthétise les **conclusions de notre analyse territoriale transversale de l'offre de coordination**. Elle présente les **principaux atouts et spécificités de chaque territoire et les points d'amélioration/pistes d'évolution**.

Pour chaque département, sont inclus :

- ➔ Les **structures** de coordination locales et leurs **capacités** d'intervention ;
- ➔ **L'organisation** de l'offre de coordination autour des parcours des usagers ;
- ➔ La synthèse des éléments pertinents d'organisation de l'offre **départementale** de coordination sociale (CLIC, Maisons de l'Autonomie, Maisons des Seniors, etc.). Les éléments de l'offre communale (CIAS, CCAS, SIAS) ne sont pas inclus ;
- ➔ Les **spécificités locales** en terme de réflexion stratégique (travaux en cours pour une formalisation des parcours de santé des personnes âgées, une organisation en filière gériatrique, etc.) et de concertation ou de coordination tactique (organisation de réunions de coordination entre les partenaires locaux pour échanger sur des situations (représentants de SSIAD, aides à domicile, structures de coordination, ESMS de proximité, etc.), organisation de concertations thématiques (MAIA) ;
- ➔ Les **principaux enjeux de lisibilité et d'équilibrage territorial**.

L'estimation des **besoins potentiels en coordination sur les territoires n'entrent pas dans le périmètre de cette étude**. Lorsque des « zones blanches »/difficultés pour adresser des patients à des structures de coordination sur certains territoires sont mentionnées, cela est basé uniquement sur les retours des professionnels et partenaires.

2.3.1 Haute-Saône (70)

Données de cadrage

Territoire à dominante rurale, le département comptait 6150 personnes âgées dépendantes en 2011, soit 10,3 % de la population âgée, dont environ 4000 à domicile (incluant 1500 personnes lourdement dépendantes) – un taux supérieur à la moyenne franc-comtoise (9,6 %). En 2009, 31 % des personnes âgées de 65 ans ou plus vivaient seules – cette part est surtout importante sur les bassins de vie de Vesoul et Luxeuil-les-Bains. Le nombre de personnes de 60 ans ou plus est appelé à progresser de 19 % entre 2011 et 2020. Les USLD sont peu développées (30 places seulement). En 2009, 3,2 % de la population de Haute-Saône était couverte par l'allocation adulte handicapé. La Haute-Saône dispose de 2,5 places pour 1000 personnes de 20 à 59 ans.

Le territoire se caractérise par une **bonne dynamique partenariale et territoriale**, en lien avec un **nombre limité d'acteurs** qui se connaissent, facilitant les collaborations.

Offre de coordination sur le territoire

Le territoire de la Haute-Saône est couvert par les dispositifs de coordination suivants :

- 3 coordinatrices d'appui de l'**Arespa** localisées à Gray (zone d'intervention : Champlitte, Gray et Marnay), Vesoul (zone d'intervention : Vesoul, Rioz, Port sur Saône et nord-ouest de Baume les Dames) et Quers (zone d'intervention : Saint

Loup sur Semousse, Luxeuil les Bains, Lure et Villersexel). La coordinatrice d'appui localisée à Vesoul couvre également le nord-ouest de Baume les Dames ;

- 4 gestionnaires de cas de la **MAIA** localisés à Gray, Vesoul (2) et Lure-Luxeuil. Le territoire relève de la MAIA de Haute-Saône (portage local de l'AHBFC) qui dispose d'une co-pilote à mi-temps, également pilote de la Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé mentale. La MAIA de l'Aire Urbaine-Villersexel intervient également sur les anciens cantons d'Héricourt Est et Ouest et de Villersexel ;
- Deux **expérimentations de structures de coordination « géronto-gériatrique spécialisée »** interviennent pour les personnes âgées de plus de 75 ans:
 - sur le territoire de proximité du CH local de Gray, le **PSPA de Gray**¹⁰ composé d'un temps plein infirmier, qui se caractérise par sa grande réactivité par rapport aux autres PSPA (délai d'intervention de 1,1 jour) et qui a axé son action autour de la diminution de la durée des hospitalisations ;
 - sur le canton d'Héricourt, le **PSPA de l'Aire Urbaine** composé de 2 infirmiers, qui travaille plus particulièrement à partir des sorties d'hospitalisation, organise le retour à domicile des patients âgés et fait le lien avec le médecin traitant ;

Le **PSPA de Gray** couvre 3 communes de Bourgogne (Côte d'Or) en raison des habitudes d'hospitalisation de leurs habitants à l'hôpital de Gray : Orain, Fontaine-Française et Talmay.

A date, les compétences des CLIC de Gray, Luxeuil les Bains et Vesoul ont été internalisées au sein du Conseil départemental (réalisation d'évaluations à domicile pour instruire les demandes d'aide, pas d'actions collectives). Le CMS d'Héricourt réalise également des interventions.

Lisibilité et effectivité de la coordination sur le territoire

L'Arespa couvre l'ensemble du département. La **MAIA 70** couvre le département, à l'exception des anciens cantons de Héricourt et Villersexel, rattachés à la MAIA de l'Aire Urbaine-Villersexel. Le **portage de l'Association Hospitalière de Franche-Comté (AHBFC)** est un atout spécifique, qui peut être activé comme pôle ressources via un accompagnement médical sous forme d'avis, d'aide à l'orientation vers des spécialités, et une facilitation de la prise en charge par des structures ambulatoires et/ou hospitalières lorsque la dimension psycho-comportementale de la symptomatologie arrive au 1er plan. Le co-portage MAIA/Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale et le **pilotage local effectif de la MAIA 70** ont également permis l'animation de groupes de travail territoriaux visant à mener une **réflexion commune sur la filière du sujet âgé souffrant de détérioration cognitive**.

Cette étude visait à évaluer les enjeux de lisibilité de l'offre de coordination et n'a donc pas fait une analyse spécifique des besoins potentiels en coordination sur les territoires ; les professionnels ont cependant pointé dans l'enquête des difficultés d'adressage sur certains secteurs (par exemple Port sur Saône, Jussey, Saint Loup sur Semousse) et l'absence de structure d'appui à la coordination gérontologique à domicile de type réseau gérontologique

¹⁰ Le pays Graylois se caractérise par une prévalence importante des **problématiques de démence sur un terrain d'éthylisme chronique**.

ou équipe mobile. Ainsi, quelques professionnels pointent des difficultés d'adressage en Haute-Saône :

- « Les dispositifs MAIA et Arespa ont été mis en place récemment sur notre commune. Les situations que nous rencontrons ne rentrent pas forcément dans les critères de ces dispositifs, ce qui engendre une impossibilité de suivi. », CCAS de la ville de Vesoul

Les tables tactiques locales organisées par la MAIA sont une instance où les partenaires réfléchissent à la coordination, à l'articulation des dispositifs et à l'évolution des pratiques par territoire. Le constat de l'absence d'instance réunissant l'ensemble des partenaires du département positionnés sur le champ de la gérontologie y a été posé et conduit à un projet de création d'une association (Géronto70) regroupant les acteurs pour la prise en charge des personnes de plus de 60 ans, à l'initiative du GCSMS Prévoir Naturellement l'Avenir.

Du fait de l'absence d'associations de coordination de gérontologie, les habitudes de travail en collaboration sont moins anciennes que sur d'autres territoires de la MAIA de l'Aire Urbaine-Villersexel. La MAIA invite les représentants du Conseil départemental de Haute-Saône, le CCAS d'Héricourt, les SAD et les SSIAD de la zone à participer à son instance de concertation tactique. L'Arespa intervient très fréquemment sur ce secteur.

2.3.2 Doubs (25) et Territoire de Belfort (90)

Données de cadrage

➔ *Doubs (25)*

Le Doubs a une **population en croissance mais vieillissante**, des **demandes d'aides sociales en hausse malgré un niveau de vie élevé** et des taux de pénétration hauts en matière de prestations liées à la dépendance et à la perte d'autonomie, mais qui connaissent des évolutions variables. L'objectif de maintien à domicile est poursuivi par le département tant auprès des personnes handicapées (offre de prestations garantissant le libre choix de leur projet de vie et développement du soutien à domicile) que dans la politique gérontologique qui consiste à agir pour le maintien dans la vie citoyenne et à prévenir la perte d'autonomie.

Près des ¾ des cantons du Doubs ont un indice supérieur à 70, les pôles de Besançon et Pontarlier enregistrant des indices de vieillesse inférieurs à la moyenne départementale, respectivement de 60,3 et 56,7. La part des 60 ans et plus atteint 19,6 % et devrait atteindre 25,6 % en 2030. 48,6 % des personnes âgées de 80 ans ou plus vivent seules en 2009.

Le **pôle de Montbéliard** comprend le nombre le plus élevé de seniors relativement à sa population de moins de 20 ans avec un **indice de vieillissement de 72,7** et le taux de pénétration de l'allocation pour adultes handicapés le plus élevé du département. Mis à part Amancey, les cantons aux revenus les plus faibles se situent dans le pôle de Montbéliard, qui cumule des problématiques sociales, de chômage, etc.

Le Doubs compte **plus de 9600 bénéficiaires de l'APA** dont 67 % vivent à domicile, le département menant une politique volontariste de maintien à domicile. L'allocation pour adultes handicapés est attribuée à 24,8 pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans, dont environ 1/3 dans le canton de Besançon, et les taux de pénétration de l'allocation

compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap sont relativement importants (plus de 2000 personnes).

Le département dispose d'une **offre importante en hébergement temporaire et accueil de jour, qui ont été largement développés ces dernières années**, et de 19 services de SSIAD maillant l'ensemble du territoire (taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale). Il dispose également de 762 places de SAVS, de 45 places de SAMSAH et d'un fort taux d'équipement en SESSAD (642 places).

➔ **Territoire de Belfort (90)**

Le **Territoire de Belfort** compte **plus de 30 000 personnes âgées de 60 ans et plus** soit 21,4 % de la population totale, dont 3200 de 85 ans et plus, soit 2,3 % de la population totale. Il assiste à une diminution du potentiel des proches aidants. Le territoire compte environ 1800 bénéficiaires de l'APA à domicile, dont plus de $\frac{3}{4}$ sont des femmes, avec un âge moyen de 83 ans. 8 services d'aide à domicile couvrent le département et les SSIAD disposent de 265 places dédiées aux personnes âgées.

Offre de coordination

Le département du Doubs regroupe le plus de dispositifs de coordination :

- **5 coordinatrices d'appui de l'Arespa** localisées à Besançon (2) (zone d'intervention : Besançon, Saint Vit, Avanne, Ecole Valentin, Devecey, Thise, une partie de Baume les Dames), Morteau (2 dont 1 mise à disposition de la CAPA de Morteau. Zone d'intervention : Maïche, Morteau, Valdahon, Saône, Clerval), Levier (Ornans, Doubs, Mouthe, Pontarlier). Couverture du Canton de Baume les Dames par Vesoul, des anciens et nouveaux cantons de l'Isle sur le Doubs, Pont de Roide, Valentigney, Bavans et Montbéliard par Montbéliard;
- La **MAIA interdépartementale** couvrant la grande agglomération de Besançon, le Doubs central (territoire d'exercice de l'Espace Senior de Baume les Dames), le Nord Jura (territoire CLIC Dole et Arbois correspondant au triangle d'or Arbois-Poligny-Salins). La **MAIA de l'Aire Urbaine-Villersexel** couvrant le territoire couvert par le CLIC du Pays de Montbéliard. La **MAIA du Haut-Doubs** couvrant tout le département sauf les territoires couverts par la MAIA interdépartementale et la MAIA de l'Aire Urbaine-Villersexel. Les MAIA sont en cours de réorganisation pour un alignement sur les départements (sauf la MAIA de l'Aire Urbaine-Villersexel).
- Le **réseau gérontologique bisontin (RGB)** (voir ci-dessous) ;
- Le **réseau gérontologique de Baume les Dames** (voir ci-dessous) ;
- Les expérimentations **PSPA de Morteau et d'Ornans** (voir ci-dessous);
- **L'équipe mobile de gérontologie (EMG) de Pontarlier** (voir ci-dessous) ;
- La coordination sur le **territoire de Montbéliard** fait l'objet d'une analyse spécifique en lien avec le Territoire de Belfort dans la partie suivante.

Outre le **Pôle Handicap et Dépendance** du Conseil départemental, le Doubs est couvert par **3 CLIC**, dont 2 portés par des organismes disposant d'autres structures de coordination :

- **CLIC du Pays Doubs Central** (Espace Senior, avec le réseau gérontologique de Baume les Dames et la gestion de cas MAIA)

- **CLIC/Maison des Seniors de la Ville de Besançon**
- **CLIC du Pays de Montbéliard** (Coordination de gérontologie du Pays de Montbéliard, avec le PSPA de l'Aire Urbaine et la gestion de cas MAIA)
- **CLIC du Pays du Haut-Doubs** (CHHC, avec l'EMG et la gestion de cas MAIA)

Par ailleurs, une **expérimentation de coordination de l'aide et des soins à domicile (mise en place de services polyvalents d'aide et de soins à domicile SPASAD dotés d'une équipe intégrée pour améliorer la qualité de la prise en charge de la personne âgée ou handicapée à domicile)** est soutenue par l'ARS, la CNSA, la CPAM et le département du Doubs, est déployée par la Fédération ADMR du Doubs (Baume les Dames, Rougemont et Maïche), l'association Eliad (quartier de Planoise, Besançon) et Soli'cités pour le territoire de Montbéliard. L'objectif est une amélioration de la coordination entre l'aide et les soins à domicile, en réponse aux 3 problématiques identifiées :

- **Le partage d'information** (outils de partage d'information en temps réel et de télégestion) ;
- **La coordination entre les équipes** d'aide et de soins intervenant au domicile (interventions les weekends/congés, sorties d'hospitalisations non-anticipées, etc.) ;
- **L'information et l'éducation du médecin traitant** sur les missions des structures d'aide et de soins à domicile permettant d'adapter les **prescriptions** initiales et de faciliter l'évolution des prescriptions lors de réévaluations.

Une évaluation est prévue en mars 2016.

Éléments d'appréciation de la lisibilité et de l'effectivité de la coordination

En lien avec l'abondance des structures de coordination sur le département et leur inégale répartition, les professionnels et partenaires identifient :

- **Un enjeu de lisibilité et une difficulté à comprendre l'offre et à orienter les patients** en fonction de leur lieu de domiciliation (en particulier sur les zones où les patients peuvent relever de plusieurs structures de coordination selon leurs difficultés et leur lieu de domiciliation) ;
- « Ces structures sont connues principalement sur la ville ou les environs proches de leur installation mais peu identifiées dans les zones rurales. Il apparaît aussi nécessaire que les coordinations couvrent de petits territoires afin de bien en connaître les ressources et leur fonctionnement et d'établir des liens de proximité avec les professionnels de terrain. Certains territoires ne sont pas couverts par des structures de coordination. Sur certains territoires, les structures de coordination ne sont pas connues. » Service social, CH (25)
- **Un enjeu d'équité d'accès** aux services de coordination à domicile sur le département et à leurs prestations et des « **zones blanches** ». ¹¹
- « Les structures n'ont pas les mêmes organisations et compétences. Je constate une inégalité des prestations proposées dans le Doubs selon les territoires. Par exemple, sur Besançon et Pontarlier un suivi médical est possible pour les personnes âgées avec le RGB, mais pas sur les territoires ruraux. De même, un ergothérapeute est présente au PSPA d'Ornans, mais pas sur les cantons limitrophes. », Service social, CH (25)

¹¹ Voir ci-dessous le détail des enjeux de lisibilité et d'équité d'accès par infra-territoire.

- Une **plus-value limitée de l'intervention des structures de coordination pour les structures d'aide à domicile** en appui et identification de solutions dans les situations les plus complexes auxquelles elles sont confrontées au domicile des personnes, notamment sur les **territoires ruraux**.
 - « *Les situations complexes (maltraitance, problématiques géro-psycho-geriatriques, etc.), notamment en zones rurales, représentent environ 20 % de nos situations, qui créent un épuisement des équipes. Sur certaines, plusieurs structures de coordination sont intervenues mais n'ont pas apporté une solution. Nous rencontrons de telles situations surtout sur le canton de Maîche et le Doubs central.* », Service d'aide à domicile, Doubs (25)

La MAIA est encore peu identifiée ou identifiée comme une structure récente sur certaines parties du département (déploiement récent de la gestion de cas à Pontarlier et Ornans, évolution de la structuration de la MAIA interdépartementale vers une départementalisation, prise de fonction du pilotage du Doubs prévue en mai 2016, gestionnaire de cas sur la zone Maîche-Morteau en cours de recrutement).

→ **Grand Besançon**

Offre de coordination

Le Grand Besançon se caractérise par **l'abondance des besoins, mais également de l'offre de soins, notamment à destination des personnes âgées**. Ce territoire se caractérise également par la **présence de plusieurs structures de coordination, dont les missions, publics et spécificités de prise en charge ne sont pas clairement discernées par les interlocuteurs** de ces structures, ainsi que l'ont indiqué la plupart des répondants à l'enquête de notoriété.

Le territoire est couvert par les dispositifs de coordination suivants :

- 2 coordinatrices d'appui de l'**Arespa**, qui ont vocation à prendre en charge toute personne en situation complexe selon la définition de l'Arespa ;
- 2 gestionnaires de cas de la **MAIA**. Le territoire relève de la MAIA interdépartementale, qui dispose d'une pilote à mi-temps, également pilote régionale ;
- Le **réseau gérontologique bisontin**, qui dispose d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée en géro-geriatrie intervenant auprès des personnes âgées de plus de 75 ans et qui couvre Besançon intra-muros. Le réseau intervient également à domicile ponctuellement hors Besançon intra-muros, sur demande du SSR, de l'HDJ du CDS Les Tilleroyes ou de l'équipe mobile de gériatrie du CHU, en sortie d'hospitalisation.

Le **CLIC/Maison des Seniors de la Ville de Besançon n'est pas intégré à une structure de coordination d'expertise géro-geriatrique**. En revanche, une convention (2010) donne un cadre aux actions communes du RGB et du CLIC/Maison des Seniors ayant pour but une prise en charge globale, sanitaire et sociale de la personne âgée dans un cadre d'intervention partagé quel que soit son degré de dépendance.

D'autres structures assurent également des missions de coordination, notamment le **CLIC de niveau 3, la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) et le dispositif atelier de**

santé mentale du CCAS de Besançon (pour des publics en situation de précarité et de souffrance psychique).

Enfin, 3 équipes mobiles interviennent en intra-hospitalier ou à domicile :

- **Equipe mobile de soins palliatifs EMSP** du CHRU qui intervient à domicile ;
- **Equipe mobile de Gériatrie EMoG** du CHRU, qui intervient en établissement ;
- **Equipe mobile de psychiatrie du sujet âgé E.M.P.A.A** du CH de Novillars intervenant sur prescription médicale d'un médecin du Pôle Psychiatrie de la Personne Agée pour les personnes de plus de 65 ans atteintes de pathologies psychiatriques sur l'intersecteur 25Z01 dans le but d'assurer le maintien de la personne âgée dans son lieu de vie (alternative à l'hospitalisation psychiatrique/suivi extrahospitalier au domicile ou en institution).

Éléments d'appréciation de la lisibilité et de l'effectivité de la coordination

Les répondants à l'enquête identifient des enjeux importants de lisibilité des missions réciproques des structures de coordination à Besançon. Exemples de cas cités :

- Ne pas savoir vers quelle structure orienter des personnes qui répondent aux critères de 2 ou 3 structures ;
- Doubles prises en charge sur un même parcours sans information respective des structures de leur intervention ;
- Sollicitation simultanée de plusieurs structures et/ou réalisation de plusieurs évaluations pour une même personne.

A l'inverse, la limitation de la zone d'intervention du **réseau gérontologique bisontin** à la zone de Besançon intra-muros crée une difficulté pour les professionnels et partenaires qui **souhaitent pouvoir adresser des usagers à cette structure pour des évaluations gérontologiques sur tout le Grand-Besançon**. C'est par exemple le cas pour la MAIA, qui fait parfois également appel au réseau gérontologique pour des suivis ponctuels ou des évaluations/réévaluations, en complément de son intervention.

Les structures de coordination du reste du département – notamment à Morteau, Gray et Ornans – indiquent des **difficultés à faire le lien en sortie d'hospitalisation du CHRU de Besançon et un manque d'information au retour à domicile de leurs usagers**. A l'inverse, le repérage des situations de fragilité par le CHRU et l'adressage à une structure de coordination à domicile sont également perçus comme complexes par le CHRU du fait des disparités territoriales de la coordination. Si le **service social de l'hôpital** a connaissance de certaines structures de coordination sur le territoire, lui permettant, lorsqu'il est saisi, de faire appel à elles pour faciliter les retours à domicile, **il ne les connaît pas toutes**. En outre, les structures indiquent que les **cadres de santé et le service des urgences**, qui peuvent saisir le service social en amont d'une sortie ou directement les structures de coordination, connaissent mal l'existence de ces relais.

Perspectives d'évolution

A la demande de l'ARS, une réflexion a été menée en avril 2015-janvier 2016 sur la **structuration de la filière gériatrique du Grand Besançon et l'amélioration des**

parcours de santé des personnes âgées dans une logique territoriale de proximité. Le canton de Quingey est pour l'instant intégré à cette réflexion.

L'objectif de cette démarche était de repérer et d'agir sur les points de rupture du parcours de santé des personnes âgées, de faire des propositions d'amélioration et d'établir un plan d'action, dans une visée de réplication de la démarche sur d'autres territoires de la région. Un enjeu de lisibilité de la coordination ayant été identifié, **un groupe de travail spécifique a réfléchi sur la thématique « Comment organiser la coordination à partir de l'existant ? Comment se coordonner autour des « cas complexes » ?**

Les conclusions de cette réflexion ne sont pas posées à date. Les pistes évoquées par certains partenaires visent à répondre à cette problématique, notamment :

- **Proposition de création d'une équipe mobile territoriale d'orientation gériatrique et gérontologique** qui facilitera le repérage des fragilités, permettra l'orientation rapide et adaptée des patients vers les structures existantes, apportera une expertise si nécessaire là où se trouve la personne âgée (domicile /EHPAD /SSR..) et contribuera à limiter le nombre de réhospitalisations ;
- **Proposition d'amélioration de l'accessibilité par la création d'une plateforme territoriale unique de coordination pour le territoire du Grand Besançon en faveur de l'autonomie des personnes âgées**, harmonisation et mutualisation des outils de communication et d'interfaçage entre structures.

➔ **Doubs central et territoire de Baume les Dames**

Offre de coordination

3 structures de coordination interviennent sur le territoire :

- Le **réseau gérontologique de Baume les Dames**, qui intervient sur une très grande partie du territoire (cantons de Baume les Dames, Clerval, Rougemont, Roulans, ainsi qu'une partie des cantons de l'Isle sur le Doubs, Marchaux, Vercel et Pierrefontaine-les-Varans) pour les personnes âgées de plus de 60 ans avec une équipe pluridisciplinaire localisée à Baume. Le réseau est porté par l'Espace Seniors de Baume les Dames, qui gère également le CLIC et la gestion de cas MAIA (1 gestionnaire). Il vise à faciliter le travail du CLIC en apportant un accompagnement personnalisé de la personne âgée dépendante ;
- Les coordinatrices d'appui de l'Arespa de Vesoul et Montbéliard ;

Éléments d'appréciation de la lisibilité et de l'effectivité de la coordination

Le **parcours de santé de la personne âgée sur le territoire du Doubs central** fait actuellement l'objet d'un travail de formalisation impliquant le CH de Baume les Dames et l'Espace Seniors, les médecins traitants, les services d'aides à domicile, etc. en vue de l'identification commune des difficultés et pistes de travail concernant l'échange d'information, les procédures d'urgence, l'orientation, la lisibilité de la prise en charge pour le patient, l'appui au domicile, etc.

Portés par l'Espace Seniors de Baume les Dames, le CLIC, la gestion de cas MAIA et le réseau gérontologique de Baume les Dames **forment un guichet unique d'orientation et d'évaluation pluridisciplinaire de la personne âgée dépendante**, permettant la mutualisation des ressources et le partage d'informations entre les équipes.

Des **réunions de coordination interservices mensuelles** (CH de Baume les Dames, ADMR, SSIAD, pôle handicap et dépendance, etc.), initiées en 2013, sont organisées à Baume les Dames, Clerval et l'Isle sur le Doubs. Le service social de l'hôpital pointe les sorties et services à mobiliser. Les professionnels indiquent qu'elles sont **facilitantes pour se tenir informés sur les situations qui posent problème**, mais sont limitées en termes de prise de décision, de développement de procédures et d'outils de coordination communs.

- « *Les réunions de coordination interservices organisées sont importantes. Elles permettent de se tenir informé. En revanche, elles ne sont pas structurées, chacun communique ses informations aux autres mais sans procédure pour décider en commun des pistes d'amélioration à domicile. Nous ne disposons pas de comptes rendus rapides et ne faisons pas le point sur toutes les sorties d'hospitalisation. Nos outils sont différents – nous utilisons la grille d'évaluation GIR et le réseau utilise la grille SEGA.* » Service d'aide à domicile (25)

Le **financement des réunions de concertation** pluridisciplinaires sur des situations individuelles facilite également l'implication des professionnels libéraux.

Un **enjeu d'alignement des territoires d'intervention** des différentes structures de coordination de l'Espace Seniors (CLIC, MAIA, réseau gérontologique de Baume les Dames) a été identifié par l'Espace Seniors de Baume les Dames.

Les autres professionnels identifient un **enjeu plus global d'équité territoriale d'accès à la coordination sur le Doubs central, le premier plateau, le canton de l'Isle sur le Doubs et le territoire de proximité de Valdahon** (zones « blanches » d'intervention entre les zones d'intervention du réseau gérontologique de Baume les Dames, du PSPS de l'Aire Urbaine et du PSPA d'Ornans et l'Arespa). Pour appuyer la réponse à ces difficultés, l'Arespa a récemment recentré son activité sur le secteur de Valdahon.

- « *Le secteur d'intervention des réseaux est parfois un peu flou, par exemple pour les cantons de Baume les Dames, Ornans, etc. Nous manquons de cartes départementales lisibles et de portails d'entrée en fonction du lieu de domiciliation des personnes.* » Service social, CH (25)

➔ **Haut-Doubs et zones d'Ornans-Amancey-Quingey et Maîche-Morteau (25) :**

Offre de coordination

Les 5 structures de coordination présentes sur le Haut-Doubs sont :

- 3 coordinatrices de l'**Arespa** dont 2 localisées à Morteau (1 sur Maîche, Morteau, Valdahon, Saône, Clerval – et 1 mise à disposition de la CAPA) et 1 à Levier (Ornans, Doubs, Mouthe, Pontarlier) ;
- 2 gestionnaires de cas **MAIA** localisées à Pontarlier et Ornans (recrutement en cours du GDC du secteur de Maîche). L'activité de gestion de cas sur le **Haut-Doubs** est récente (depuis 2015) et le pilotage local sur le Doubs a été installé en mai 2016.
- Deux expérimentations PSPA pour les personnes âgées de plus de 75 ans :

- Le **PSPA de Morteau** (Coordination d'Appui aux Personnes Agées CAPA) intervenant sur les cantons de Morteau, Le Russey, Montbenoit, Maïche, Pierrefontaine-les-Varans) avec un binôme assistante sociale/infirmière de coordination localisé dans le CH de Morteau, qui a proposé des places d'alternative à l'hospitalisation non justifiée médicalement pour une personne dépendante lors d'une hospitalisation de l'aidant ;
- L'expérimentation du **PSPA d'Ornans** intervenant sur le canton d'Ornans, une partie du canton d'Amancey et de Quingey avec une équipe pluridisciplinaire centrée sur l'intervention à domicile du travailleur social, localisée à la Maison des services et appuyée sur le CH d'Ornans ;
- L'**EMG de Pontarlier**, intervenant à domicile pour les personnes âgées de plus de 65 ans sur les cantons de Pontarlier, Levier, Montbenoit et Mouthe avec une équipe pluridisciplinaire intégrée à une forme de guichet unique pour les personnes âgées sur le territoire (CLIC, gestion de cas MAIA et EMSP) localisée à Pontarlier. Sa zone d'intervention est alignée avec celle du CLIC et de la MAIA.¹²

Éléments d'appréciation de la lisibilité et de l'effectivité de la coordination

L'intervention des nombreuses structures de coordination sur la zone permet une bonne couverture des besoins, qui sont importants du fait de l'accessibilité difficile du territoire. Le Conseil départemental pointe ainsi que, par rapport au reste du Doubs, la **coordination est bien structurée sur le Haut-Doubs et le travail s'effectue en bonne complémentarité, surtout avec l'Arespa et l'EMG.**

Des **réunions de coordination entre les partenaires de secteur** concernés par l'intervention à domicile pour les personnes âgées (SSIAD, aides à domicile, structures de coordination, ESMS de proximité, etc.) sont organisées sur les secteurs de l'ADMR sur certaines zones de proximité, auxquelles participent toutes les structures de coordination :

- ➔ Outre ses propres réunions de coordination internes quotidiennes, l'**EMG de Pontarlier** participe, par l'intermédiaire du CLIC, aux **réunions de coordination des cantons de Mouthe et Levier** (EMG, PH/D de secteur, services d'aide à domicile, infirmiers libéraux, CLIC, SSIAD, quelques médecins et kinésithérapeutes en fonction des situations, etc.) et aux **réunions de coordination de l'Unité de vie de Frasne**, ainsi qu'à des **réunions de coordination avec les services hospitaliers** (réunions trimestrielles de la filière gériatrique pour échanger sur les pratiques communes entre les EHPAD, les projets communs, les transferts entre établissements, etc.) et aux **réunions de staff médical et SSIAD.**
- ➔ Sur le **canton de Maïche**, des réunions de coordination entre tous les partenaires du secteur qui interviennent auprès des personnes âgées (Pôle Handicap et Dépendance, associations d'Aide à Domicile, CAPA de Morteau et Hôpital de Morteau : assistante sociale, responsable de l'accueil de jour et IDE) ont été mises

¹² L'EMG couvre les 4 cantons du Haut-Doubs à l'exception de Gilley et de son Unité de Vie (secteur de Morteau / CAPA Morteau) et a ajouté à son secteur les communes de Foncine le Haut et Foncine le Bas, ainsi que l'hôpital de Nozeroy en raison des habitudes d'hospitalisation de ces secteurs limitrophes sur Mouthe et Pontarlier.

en place à l'initiative du SSIAD de Maîche de façon très régulière et permettent l'échange sur les points d'amélioration.

Le Conseil départemental pointe en revanche **un besoin de communication accrue entre le PSPA d'Ornans, la CAPA de Morteau, et dans une moindre mesure l'EMG, en amont de la proposition de plans d'aide** aux usagers, pour permettre un alignement et éviter les contacts multiples avec les services d'aides et de soins à domicile pour des réajustements.

Les professionnels et les structures de coordination pointent également un **enjeu de répartition territoriale de l'offre sur le Haut-Doubs et d'accès dans les zones rurales / « zones blanches »** (certaines communes des cantons de Maîche, Morteau, dont les environs de Saint-Hippolyte, où les CLIC de Pontarlier et de Baume les Dames n'interviennent pas et qui connaissent une désertification médicale).

- « Sur le **canton de Nozeroy**, la zone d'intervention de l'EMG de Pontarlier est limitée au Doubs et seulement à l'EHPAD de Nozeroy. Nous rencontrons des difficultés d'adressage sur tout le reste du canton. », Maison de santé (25)
- « Nous intervenons peu sur la **zone de Montbenoit**, qui est formellement dans notre zone d'intervention, car elle est couverte par l'EMG et nous adresse peu de situations en raison des habitudes d'hospitalisation à Pontarlier de la zone. En revanche, le **nord du canton de Maîche** et autour de **Saint-Hippolyte** est actuellement difficile d'accès et le PSPA de l'Aire Urbaine n'intervient pas sur la zone. Le lien avec le CHBM pour les retours à domicile est compliqué. » CAPA Morteau (25)
- « Je rencontre des difficultés d'adressage. Aucune **équipe mobile de gérontologie** n'intervient en articulation sur notre secteur trop éloigné de Pontarlier et de Besançon. », Médecin généraliste (Amancey)
- « Un **ergothérapeute** intervient au PSPA d'Ornans, mais pas sur les cantons limitrophes. », Service social, CH (25)
- « Nos plus grandes difficultés en termes de coordination sont sur la **zone de Morteau-Maîche-Saint-Hippolyte**, malgré la présence de la CAPA de Morteau et de l'Arespa. On peut pratiquement parler de « zone blanche ». Nous rencontrons particulièrement des difficultés pour les situations géranto-psychiatriques. » Conseil départemental

En l'absence de gestion de cas MAIA effective sur la zone Maîche-Morteau, les professionnels indiquent ne pas pouvoir orienter les situations complexes, notamment conjuguant troubles cognitifs et troubles d'origine psychiatrique, ou très chronophages.

Sur le Haut-Doubs, les professionnels **apprécient vivement l'intervention de l'Arespa et de l'EMG** (dont l'évaluation gériatrique est considérée comme une plus-value par rapport au regard porté par le Conseil départemental et les prescripteurs) et souhaitent que les structures travaillent en complémentarité. Les médecins gériatres de l'EMG sont également une **ressource locale de formation** en gériatrie, repérage des fragilités, bien vieillir, etc. La **collaboration entre les structures de coordination de Morteau et Pontarlier** permet ainsi la réalisation d'une journée de consultation mensuelle dans les locaux de la CAPA de Morteau par le médecin gériatre.

- « Nous travaillons depuis sa création avec l'EMG qui est pour moi l'exemple type de ce que doit être une structure de soutien pluridisciplinaire, respectueuse, interactive et permettant une coordination ville-hôpital vraiment efficace. La coordinatrice d'appui de l'Arespa vient de s'installer dans les locaux de la MSP et nous avons pu développer des partenariats performants sur certaines situations lourdes de polyhandicap (programmation et suivi de

certaines hospitalisations complexes). Nous en attendons un bénéfice important sur le plan du soutien médico-social mais nous sommes très attentifs à ce que le travail puisse se faire en parfaite harmonie et complémentarité avec l'EMG. » Médecin généraliste (Levier)

2.3.3 Aire Urbaine : Héricourt (70), Pays de Montbéliard (25),¹³ Territoire de Belfort (90)

Offre de coordination

Les structures de coordination présentes sur le territoire sont récentes :

- 2 coordinatrices d'appui de l'**Arespa** localisées à la HAD de Montbéliard (Delle, Grand Charmont, Beaucourt et une partie du département du Doubs, Champagny, Valdoie, Belfort et Bavilliers). Les cantons de L'Isle sur le Doubs, Pont de Roide, Valentigney, Bavans et Montbéliard sont couverts par la coordinatrice d'appui localisée à Montbéliard ;
- Le **PSPA de l'Aire Urbaine**, localisé à Montbéliard et porté par la Coordination de gérontologie du Pays de Montbéliard, intervenant sur le territoire couvert par le CLIC de Montbéliard (anciens cantons de l'arrondissement de Montbéliard), le Territoire de Belfort et les 2 anciens cantons d'Héricourt Est et Ouest avec une équipe infirmière formée au repérage des fragilités par le Chef du service court séjour en gériatrie de l'HNFC.
- 5 gestionnaires de cas **MAIA** localisés à Montbéliard (2), Héricourt (1), Belfort (2)¹⁴. La **MAIA de l'Aire Urbaine-Villersexel**, localisée à Montbéliard et portée par la Coordination de gérontologie du Pays de Montbéliard avec un co-pilotage local effectif, couvre les territoires couverts par le CLIC du Pays de Montbéliard (25), l'ensemble du Territoire de Belfort (90), ainsi que les anciens cantons d'Héricourt et Villersexel (70).

Leur activité se déploie dans un contexte local spécifique où l'**offre de coordination sociale est déjà bien structurée** :

- ➔ Sur le **Territoire de Belfort**, la **Maison de l'Autonomie de Belfort**¹⁵ constitue un guichet social unique et joue un rôle essentiel de « porte d'entrée » vers les structures de coordination. Les professionnels et partenaires ayant répondu à l'enquête indiquent y avoir fréquemment recours, en particulier lorsqu'ils ne savent pas quelle structure serait la plus adaptée à la situation individuelle qu'ils rencontrent. Les **conseillères en gérontologie** assurent des missions de coordination sociale et accompagnement global.¹⁶
- ➔ Sur le **Pays de Montbéliard**, la **Coordination de gérontologie du Pays de Montbéliard**, qui porte le CLIC, la MAIA locale et le PSPA de l'Aire Urbaine (en collaboration avec la Confédération de gérontologie du Territoire de Belfort). Outre sa

¹³ Le Pays de Montbéliard se caractérise par une population importante de **personnes âgées**, des **problématiques sociales importantes** et une prévalence importante des **problématiques de maladies neurodégénératives et démences**, dont des **démences toxiques sur un terrain d'addiction à l'alcool**.

¹⁴ L'un des deux gestionnaires de cas MAIA de Belfort est à mi-temps et a débuté son activité en 2015.

¹⁵ Il n'y a pas de CLIC sur le territoire. La Maison de l'Autonomie intègre le CCAS de la Ville de Belfort, la MDPH et le service personnes âgées du Conseil départemental.

¹⁶ Information/orientation entre les services, interventions ponctuelles de pré-évaluation sociale au domicile des personnes et de révision du plan d'aide APA en appui des évaluateurs APA, suivi et accompagnement social de long terme par des visites mensuelles ou plus rapprochées selon les besoins pour les personnes en situation complexe – mesures de mise sous tutelle, dossiers d'orientation en EHPAD, aide aux courriers, factures, etc.

mission de guichet d'information pour les personnes de plus de 60 ans, le CLIC engage des actions collectives d'information des personnes et des aidants pour faciliter le maintien à domicile.

L'organisation gériatrique hospitalière sur le territoire fait l'objet de **restructurations qui impactent la coordination d'appui au domicile** (site médian de Belfort-Montbéliard, difficultés à diminuer les DMS des SSR de Belfort et Montbéliard, initiatives des professionnels pour créer une filière gériatrique amont et aval).

Éléments d'appréciation de la lisibilité et de l'effectivité de la coordination

L'organisation d'une « **plateforme de services** » **portés par la Coordination de gérontologie du Pays de Montbéliard** permet la **mutualisation** des ressources et **favorise la dynamique pluridisciplinaire** et **l'accompagnement global des personnes âgées**. Le **portage par la Coordination de gérontologie du Pays de Montbéliard** et l'appui de la **Confédération de gérontologie du Territoire de Belfort** sont également un atout. Elles déploient des missions plus globales d'animation du réseau (groupes de travail thématiques et métiers, projets communs, projet de communication en cours pour donner de la visibilité à l'ensemble des structures, etc.).

Malgré la nouveauté du dispositif MAIA sur ce secteur, son **co-pilotage actif** a permis un déploiement rapide d'activités dédiées de pilotage (organisation de réunions de la **Table Tactique** et de groupes de travail thématiques sur la prise en charge des pathologies frontières, les pratiques professionnelles, les protocoles et les outils), l'usage d'un logiciel informatisé de suivi de gestion de cas et la formation des gestionnaires de cas sur des problématiques spécifiques du territoire (addictologie, prévention du risque suicidaire, etc.). Son **équipe de gestionnaires de cas de formation pluridisciplinaire (1 IDE, 1 psychologue clinicien, 3 assistants sociaux)** constitue une ressource propre à cette MAIA.

- « *La pilote de la MAIA Aire Urbaine-Villersexel impulse une vraie dynamique dans la coordination : réunions régulières, élaboration co-construite de conventions, réflexion sur des projets, etc.* » Confédération gérontologique (90)
- « *La MAIA est de plus en plus identifiée.* » Conseil départemental

L'expérimentation **PSPA de l'Aire Urbaine** travaille en collaboration étroite avec le Court séjour de gériatrie de l'HNFC et apporte une réponse aux enjeux de signalement en sortie de l'HNFC – site de Montbéliard, d'évaluation et de sécurisation des retours difficiles à domicile sur sa zone. Du fait de ses **capacités de réponse limitées au regard des moyens humains sur un territoire dense**, son activité permet surtout la préconisation d'aides. Les suivis des personnes sont assurés par le CLIC.¹⁷

En revanche, les répondants à l'enquête de notoriété identifient un **enjeu important de clarification des missions entre les différents dispositifs de coordination – CLIC, PSPA, MAIA, Arespa - en particulier pour les « publics frontières », de multiples interventions et de déresponsabilisation des structures :**

¹⁷ Le PSPA a refait un point sur l'ensemble des situations qui lui avaient été adressées et a effectué des visites à domicile pour mettre à jour les grilles SEGA lors de l'évaluation à 2 ans.

- « Le service social se trouve en situation de devoir coordonner les coordinations en sortie d'hospitalisation et à l'entrée car nous voyons arriver des personnes « suivies par de multiples partenaires » où chacun pense que l'autre a fait et tout le monde s'est déresponsabilisé (pas de mesure de protection aux majeurs démarrée, pas de lien avec le médecin traitant ni avec la famille..). Dans certains foyers, deux structures de coordination différentes interviennent pour un même couple. » Conseil départemental
- « Je ne parviens pas à comprendre qui fait quoi entre l'Arespa et le CLIC (que je suppose être un outil du PSPA ». Médecin généraliste (25)
- « A mon sens, les critères d'intervention trop flous ou se superposant pour les personnes qui ne travaillent pas régulièrement avec le PSPA, la MAIA et l'Arespa donnent cette impression souvent décriée de « millefeuille » inutile. » SSIAD (25)
- « Nous rencontrons un problème de lisibilité des missions et des limites et sommes obligés d'organiser des séquences de décryptage des spécificités de chacun. Par exemple, vers qui adresser un patient de 78 ans, très isolé, atteint d'Alzheimer et domicilié en Haute-Saône ? La MAIA est souvent identifiée quand les autres ne peuvent plus et qu'il y a des troubles cognitifs mais l'Arespa et le PSPA peuvent l'être également. » Service social HNFC
- « Je remarque que les praticiens hospitaliers - notamment les urgences, les médecins traitants et spécialistes et les infirmiers libéraux, ne connaissent pas forcément les nouveaux dispositifs (PSPA et MAIA), de même pour les étudiants en soins infirmiers ou aides-soignants. Nous avons le même problème pour l'ESA malgré toutes les communications réalisées. Les usagers connaissent mieux les dispositifs d'intervention au domicile que les médecins traitants... Nous avons besoin d'améliorer la connaissance des dispositifs MAIA et PSPA par les partenaires médicaux et paramédicaux, d'être plus actifs sur le plan de la prévention et de favoriser les prises en soins en urgence. » SSIAD (25)

En outre, les spécificités de la gestion de cas MAIA ne sont pas toujours bien comprises et les partenaires perçoivent des différences d'accompagnement entre les 3 départements. Sur le territoire de Belfort, la réactivité de l'Arespa est bonne mais son rôle et ses missions sont mal connues. L'expérimentation PSPA est également encore peu connue, notamment des médecins traitants (voir enquête de notoriété ci-dessous). Ayant récemment débuté l'extension de son activité sur le **Territoire de Belfort**, il y est encore peu présent et mal identifié. Enfin, les structures de coordination indiquent rencontrer parfois des **difficultés à faire le lien en sortie d'hospitalisation de l'HNFC – site de Montbéliard - pour les usagers du Doubs central et du Haut-Doubs**.

Du fait des **besoins importants de relais géro-geriatrique à domicile sur le territoire**, les partenaires locaux souhaitent **l'évolution du PSPA vers une équipe mobile pluridisciplinaire formée à la thématique de la personne âgée et/ou vulnérable avec appui médical** pour permettre un recours au médecin gériatre, faciliter la mise en œuvre des préconisations, l'échange et la communication avec les médecins traitants, la prévention et le suivi.

2.3.4 Jura (39)

Données de cadrage

Territoire en majorité rural, le département du Jura compte 260 740 habitants, soit 22,4 % de la population de Franche-Comté. Elle est surtout concentrée dans les grandes villes et autour de celles-ci (Dole, Lons-le-Saunier, Champagnole, Saint Claude). 25 % de la population est âgée de plus de 60 ans, dont 10 % de plus de 75 ans. Le Jura est confronté à un vieillissement de sa population. Plus de la moitié des personnes âgées de 80 ans et plus

(51,4 %) vivent seules. Le département recense environ 4800 bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé et 2200 bénéficiaires de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé. Outre les services d'aide à domicile, 15 SSIAD interviennent sur le département gérés par Prodesa et l'ADMR et 4 SAVS et 2 SAMSAH pour les adultes handicapés vivant en milieu ordinaire.

Offre de coordination

Les structures de coordination présentes dans le Jura sont :

- 4 coordinatrices d'appui de l'**Arespa** (3 ETP) localisées à Dole (zone d'intervention : cantons de Dole, Arbois, Chaussin et Salins les Bains), Bletterans (2) (zone d'intervention : cantons de Bletterans, Poligny, Lons le Saunier et Saint Amour) et La Chaux du Dombief (cantons de Saint Claude, Morez, Saint Laurent en Grandvaux, Champagnole et Orgelet)
- 4 gestionnaires de cas de la **MAIA du Jura**, disposant d'une co-pilote localisée à Dole en poste depuis septembre 2015 (pilotage véritablement effectif depuis janvier 2016). Elles sont localisées à Lons-le-Saunier (2), Saint Claude (1) et Champagnole (1). Le dispositif est renforcé par la présence de 2 gestionnaires de cas localisées à Dole, relevant de la MAIA interdépartementale dans le Nord Jura. Les MAIA sont en cours de réorganisation pour un alignement sur les départements.
- L'**EMG de Pontarlier**, intervenant à domicile pour les personnes âgées de plus de 65 ans sur les communes de Foncine le Haut et Foncine le Bas.

La mission CLIC du Jura a été internalisée au sein du Conseil départemental au 1^{er} janvier 2015 – 1 coordinatrice de CLIC est présente sur chaque territoire (Dole, Lons le Saunier, Champagnole, Saint-Claude) et un numéro unique de centrale d'écoute à Lons centralise et oriente toutes les demandes.

Éléments d'appréciation de la lisibilité et de l'effectivité de la coordination

L'Arespa est présente sur tout le département et assure un service de coordination important pour les partenaires locaux. Seul le triangle d'or est moins couvert.

Si l'activité de gestion de cas de la MAIA interdépartementale sur la zone est plus ancienne, le **pilotage local de la MAIA Jura Est et Ouest n'est véritablement effectif que depuis janvier 2016** et aucune activité de pilotage du dispositif d'intégration n'a pu être mise en place à date.

Le Jura constitue une « **zone blanche** » en termes d'expertise géranto-gériatrique pluridisciplinaire spécialisée à domicile (à l'exception des interventions de l'EMG de Pontarlier sur les communes de Foncine-le-Haut et Foncine-le-Bas).

Les professionnels de terrain n'ont pas mentionné l'existence de réunions de concertation entre structures intervenant au domicile. **Certains professionnels mentionnent des difficultés à adresser leurs usagers en situation complexe** mais les besoins de coordination n'ont pas fait l'objet d'une analyse fine dans le cadre de cette étude :

- « Aujourd'hui, j'oriente principalement les patients en soins palliatifs vers l'Arespa et les personnes âgées avec troubles cognitifs vers la MAIA. Pour toutes les autres pathologies, cela se complique. » Infirmière SSIAD (Dole)
- « Je rencontre des difficultés d'adressage du fait des caractéristiques du réseau local (Jura Nord/Bassin Dolois), dans la mesure où aucune structure de coordination n'intervient sur mon secteur sauf la MAIA. » Psychologue (39)
- « A notre connaissance, il ne semble pas y avoir de réflexions sur une éventuelle organisation en filière ou parcours de santé de la personne âgée et de l'offre de soins gériatrique sur le territoire, même si notre bon partenariat et notre proximité avec les différents acteurs et structures du territoire ne le justifie par forcément. » Prestataire de maintien à domicile (39)

En synthèse

- ➔ **La présence de l'Arespa sur toute la région** – dotée d'un numéro unique régional et de coordinatrices d'appui localisées dans des maisons de santé pluridisciplinaires ou services d'aide à domicile – assure une **porte d'entrée unique pour les médecins traitants** et une **couverture des territoires**. La **couverture des territoires difficiles d'accès reste cependant limitée**.
- ➔ Le **pilotage régional et local de la MAIA permet un déploiement et une gestion homogène du dispositif sur toute la région** (tables rondes stratégiques, échange de bonnes pratiques, formations mutualisées, etc.), avec cependant un pilotage pas encore effectif sur le Jura et une grande partie du Doubs. **Le repérage local du dispositif et son effectivité varient** (absence autour de Maïche-Morteau notamment) et la **capitalisation sur les spécificités locales**.
- ➔ **Sur 4 territoires – Baume les Dames, Pontarlier, Montbéliard-Belfort, Ornans - sont présents des guichets uniques pour la personne âgée et/ou des équipes pluridisciplinaires d'évaluation et de suivi à domicile**, de niveau de maturité variable, auxquelles sont intégrées la gestion de cas MAIA, facilitant l'interconnaissance entre les professionnels médico-sociaux, le regard global pluridisciplinaire sur la personne, le repérage des situations complexes et l'adressage réciproque et permettant d'éviter les doubles prises en charge. Des réflexions sont également en cours sur les parcours des personnes âgées dans certains de ces territoires.
- ➔ Malgré cette organisation, les **territoires d'exercice** des structures de coordination ne sont pas clairs et les **zones d'intervention et publics se recoupent** dans certaines zones – notamment le **Grand Besançon**, le **département du Doubs** et la **zone de Belfort-Montbéliard**.
- ➔ La **lisibilité des structures de coordination est très difficile pour des professionnels exerçant dans des « interzones »** - Pierrefontaine-les-Varans, Valdahon - et pour les **Centres Hospitaliers de Besançon, de Belfort-Montbéliard, Vesoul, Dole et Pontarlier**. Leurs patients peuvent relever de structures différentes selon leur lieu d'habitation, ce qui les oblige à les connaître toutes.
- ➔ A l'inverse, des **zones blanches ou insuffisamment couvertes** existent – **plusieurs cantons du Jura, de Haute-Saône, du Doubs central et du Haut-Doubs** – en particulier du fait de l'absence de structures géronto-gériatriques spécialisées d'évaluation à domicile en proximité.

Haute-Saône

- Le département a une **bonne dynamique partenariale, ce qui facilite la coordination**. Le constat, par les partenaires locaux, de l'absence d'instance réunissant l'ensemble des partenaires du département positionnés sur le champ de la gérontologie conduit à un projet de création d'une association (Géronto70) regroupant les acteurs.
- Les professionnels pointent **quelques difficultés d'adressage**.
- **L'Arespa assure un service important** sur le département, et en particulier sur toutes les zones difficiles d'accès.
- Le **pilotage local de la MAIA et son portage par l'AHBFC** constituent un atout important et spécifique du territoire et facilitent l'intégration.
- Le **PSPA de Gray** a axé son action sur la diminution de la durée des hospitalisations (concertations de sortie, prise en charge lors des hospitalisations de nuit).
- A date, une **maturité moindre du travail partenarial sur les anciens cantons d'Héricourt et Villersexel** est observée.

Doubs

- De nombreuses structures de coordination sont présentes sur le département et les professionnels et partenaires font état d'un **manque de lisibilité** important et d'un **enjeu de clarification des missions et prises en charges respectives des structures de coordination**, en particulier pour les situations qui peuvent être adressées à toutes et pour éviter les « doublons » et la « déresponsabilisation ».
- Une **réflexion globale est à engager sur le rééquilibrage territorial**, prenant en considération à la fois :
 - les **zones disposant d'une offre abondante et peu lisible** (Grand Besançon et Doubs central) ;
 - les **« zones blanches » ou zones où la coordination n'est pas effective** (secteur de Maîche-Morteau-Saint-Hippolyte, communes « non couvertes » dans le Doubs central et le Haut-Doubs).
- La MAIA est moins identifiée sur certaines parties du Doubs que dans le reste de la région et est en cours de structuration (pilotage à compter de mai 2016, recrutement de gestion de cas récent sur Pontarlier, Ornans et en cours pour Maîche-Morteau).
- Outre **l'intervention de l'Arespa sur l'ensemble du département**, le Doubs dispose également de **2 réseaux permettant l'évaluation et l'orientation géronto-gériatrique à Besançon et Baume les Dames** sur le Doubs central, avec une forme de guichet unique pour les personnes âgées sur Baume les Dames.
- **L'EMG constitue une ressource d'appui à domicile et de formation et la collaboration avec la CAPA de Morteau** permet la réalisation d'une journée de consultation mensuelle du médecin gériatre dans les locaux de Morteau. Elle identifie **l'absence d'outils informatisés de partage d'information** comme une limite à ses activités.

Territoire de Montbéliard-Belfort

- **L'opérationnalité de la coordination est conditionnée** par la présence facilitante d'une offre de coordination sociale bien structurée, mais aussi par les restructurations en cours au sein de l'organisation des soins à l'HNFC.
- Le portage commun de certaines structures par la **Coordination de Gérontologie du Pays de Montbéliard** assure une connaissance mutuelle des équipes, l'adressage, le regard pluridisciplinaire et l'existence d'une forme de guichet unique pour les personnes âgées. En outre, le **pilotage actif de la MAIA locale, ainsi que son équipe pluridisciplinaire**, sont des atouts spécifiques.

- Cependant, le **Pays de Montbéliard** se caractérise par un **degré limité d'identification** des structures. La MAIA et l'expérimentation PSPA sont récentes et encore peu connues. Un **projet de communication de la Coordination de Gériatrie** est en cours pour donner de la visibilité aux structures sur le territoire.
- Malgré la présence de l'Arespa et du PSPA, le **Territoire de Belfort** fait relativement moins l'objet d'interventions que le territoire de Montbéliard. Le recours réactif à l'**Arespa** pour des situations complexes est effectif mais la plus-value et les retours aux professionnels adresseurs ne sont pas démontrés.
- Les partenaires locaux souhaitent l'évolution du PSPA vers une équipe mobile.

Jura

- **L'Arespa** et la MAIA assurent un service important sur tout le département.
- Le **co-pilotage local de la MAIA** est récent mais n'est pas effectif actuellement.
- Le **département est relativement moins pourvu en offre de coordination géronto-gériatrique spécialisée** que le reste de la région. Des professionnels indiquent **des difficultés d'adressage**.

3. Notoriété des structures de coordination, réseau et satisfaction des professionnels

Note méthodologique

Cette partie présente les résultats de l'enquête de notoriété sur les structures de coordination, qui a été adressée aux **professionnels de terrain, partenaires des structures et bénéficiaires** (usagers/aidants) en janvier-février 2016, de façon à identifier :

- le **degré d'identification** des structures sur leur zone géographique d'intervention et au niveau régional par les professionnels et bénéficiaires ;
- le **degré de connaissance** des publics ciblés, zones d'interventions, missions et types d'interventions des structures par les professionnels et bénéficiaires ;
- le **degré de satisfaction** vis-à-vis du service rendu, les **atouts** des structures (réponse aux attentes, délais, types d'interventions, modalités d'interactions avec les professionnels, lisibilité de l'offre, etc.) et leurs **points d'amélioration** ;
- le **besoin d'information** sur les structures et les **cibles de communication**.

L'enquête, diffusée auprès de 413 personnes, a reçu **142 réponses**, ce qui, rapporté au nombre de structures interrogées, constitue un **taux de réponse de 42 %**. Les réponses sont homogènes en termes de catégories de professionnels et de types de structures, elles sont également représentatives des 4 départements (avec toutefois une surreprésentation du Doubs – 90 répondants – où sont présentes la plupart des structures).

Les taux d'identification et de connaissance des structures sont indiqués à l'échelle régionale et départementale et non sur la zone d'intervention spécifique de chaque structure car les zones d'adressage sont plus larges que les zones d'intervention.

Compte tenu de son taux de réponse, l'enquête n'est pas représentative pour les médecins traitants. Pour les résultats détaillés de l'enquête, se référer à l'[Annexe](#).

3.1 Degré d'identification des structures en Franche-Comté

Etant les deux seules structures régionales, l'**Arespa** et la **MAIA** sont également les 2 structures les plus connues au niveau régional (par respectivement **91 % et 77 % des répondants**) pour environ **25-30 % de taux d'identification régional pour les réseaux gérontologiques et l'équipe mobile et moins de 20% pour les PSPA**. On note cependant un degré d'identification moindre de la MAIA dans le Doubs (74 %), qui peut être lié à son installation récente et à son absence d'actions de pilotage à date.

Dans le Doubs, où la plupart des structures sont localisées, le taux d'identification des structures locales augmente avec 36-37 % pour les réseaux gérontologiques et l'équipe mobile, 27 % et 21 % pour les **PSPA d'Ornans et de Morteau**, ce qui indique qu'elles sont davantage connues sur leur zone d'intervention.

Du fait de leur manque d'ancienneté, les **PSPA** sont encore peu connus et mal identifiés par les services, que ce soit au niveau régional ou local. Le **PSPA de Gray est le mieux identifié localement (taux d'identification de 50 % en Haute-Saône)**, mais n'est pas connu du service social du CHRU de Besançon au début de l'étude.

Le **PSPA de l'Aire Urbaine** est le moins connu au niveau régional – même s'il est bien identifié sur le Territoire de Belfort (taux d'identification de 50 %). Cela peut s'expliquer en partie par l'abondance des acteurs géronto-gériatriques sur le secteur, les limites de capacités de l'équipe et son intégration à un guichet unique. Cependant il n'est pas moins utilisé que les autres.

Synthèse du degré d'identification des structures

Structure de coordination	% des répondants qui connaissent la structure de nom				
	Région	Doubs (25)	Haute-Saône (70)	Jura (39)	Belfort (90)
Arespa	91 %	89 %	97 %	92 %	92 %
MAIA	77 %	74 %	84 %	100 %	100 %
EMG de Pontarlier	27 %	37 %		25 %	
Réseau gérontologique bisontin	27 %	36 %			
Réseau gérontologique de Baume les Dames	25 %	36 %			
PSPA d'Ornans	19 %	27 %			
PSPA de Gray	16 %	7 %	50 %		
PSPA de Morteau (CAPA)	13 %	21 %			
PSPA de l'Aire Urbaine	12 %	13 %	13 %		50 %

Source : enquête de notoriété auprès des professionnels et partenaires ALCIMED 2016. Les % sont indiqués au niveau régional et au niveau local seulement pour les zones où sont localisées les structures où elles interviennent.

1.1 Degré de satisfaction à l'égard du service rendu

La majorité des professionnels et partenaires ayant répondu à l'enquête travaille avec l'Arespa et la MAIA (respectivement 64 % et 51 %). Sur le Doubs, les 2 structures avec lesquelles les répondants travaillent le plus sont **l'Arespa et la MAIA**, pour respectivement 54 % et 44 % des répondants. Environ 25 % des répondants travaille avec un réseau gérontologique ou avec l'EMG de Pontarlier. Sur leur département, les PSPA avec lesquels les répondants travaillent le plus sont ceux **de Gray et de l'Aire Urbaine** (respectivement 35 % et 25 % des répondants).

Structures avec lesquelles les professionnels et partenaires travaillent le plus

	Région	Doubs (25)	Haute-Saône (70)	Jura (39)	Belfort (90)
Arespa	64 %	54 %	92 %	67 %	83 %
MAIA	51 %	44 %	59 %	83 %	67 %
EMG de Pontarlier	17 %	24 %		17 %	
Réseau gérontologique bisontin	17 %	26 %			
Réseau gérontologique de Baume les Dames	15 %	24 %			
PSPA d'Ornans	9 %	12 %			
PSPA de Gray	9 %		35 %		
PSPA de Morteau (CAPA)	6 %	10 %			
PSPA de l'Aire Urbaine	5 %	6 %	3 %		25 %

Source : enquête de notoriété auprès des professionnels et partenaires ALCIMED 2016. Les % sont indiqués au niveau régional et au niveau local seulement pour les zones où sont localisées les structures ou où elles interviennent. La question posée était « les 3 structures avec lesquelles les répondants travaillent le plus ».

Par ailleurs, une grande partie des médecins traitants adressent des usagers aux structures :

Structures de coordination	Taux d'adressage régional	Taux d'adressage local (en proximité)
Arespa	67,7 %	/
MAIA	<i>Données communiquées non comparables</i>	
EMG de Pontarlier	2,4 %	56 %
Réseau gérontologique bisontin	7,4 %	49 %
Réseau gérontologique de Baume les Dames	1,3 %	38 %
PSPA d'Ornans	1 %	69 %
PSPA de Gray	<i>Non communiqué</i>	8 %
PSPA de Morteau (CAPA)	1,2 %	38 %
PSPA de l'Aire Urbaine	1,3 %	6 %

D'après les résultats de l'enquête, les **principales attentes des professionnels et partenaires vis-à-vis des structures de coordination sont les suivantes** :

- Visites à domicile et connaissance du domicile des personnes ;
- Réactivité et rapidité d'intervention ;
- Disponibilité et écoute ;
- Rôle de référent unique / interlocuteur unique ;
- Capacité à partager l'information rapidement et à faire du lien entre les différents intervenants au domicile (notamment aides et soins) ;
- Connaissance des professionnels de terrain et structures ;
- Connaissance individuelle des personnes, de leur entourage et/ou de leurs conditions de vie et de fragilité à domicile ;
- Capacité de suivi ;
- Capacité à apporter des réponses « adaptées » et à « trouver des solutions » ;
- Bonne connaissance du réseau de partenaires locaux (structures, etc.).

Les **atouts des structures de coordination perçus par les professionnels et partenaires concordent bien avec ce qu'ils en attendent**. Les répondants à l'enquête se disent en effet « plutôt » ou « tout-à-fait » satisfaits de leur intervention par rapport à leurs attentes.

Degré de satisfaction des structures par rapport aux attentes

Structure de coordination	Degré de satisfaction			
	Non	Pas tout-à-fait	Plutôt bien	Tout-à-fait
Arespa	5 %	3 %	17 %	75 %
MAIA	3 %	0 %	26 %	72 %
EMG de Pontarlier	0 %	0 %	50 %	50 %
Réseau gérontologique bisontin	0 %	0 %	38 %	62 %
Réseau gérontologique de Baume les Dames	0 %	0 %	58 %	42 %
PSPA d'Ornans	0 %	0 %	50 %	50 %
PSPA de Gray	0 %	0 %	50 %	50 %
PSPA de Morteau (CAPA)	0 %	17 %	33 %	50 %
PSPA de l'Aire Urbaine	0 %	0 %	83 %	17 %

Source : enquête de notoriété auprès des professionnels et partenaires ALCIMED 2016. Données basées sur le nombre de répondants ayant répondu pour chaque structure

Ainsi, les répondants à l'enquête et les personnes interrogées soulignent tous la plus-value importante de ces structures dans l'amélioration de la prise en charge, la résolution des problématiques complexes et le maintien durable à domicile, liée notamment au temps dont ils disposent par situation par rapport aux autres acteurs.

Ils indiquent que ces structures sont un **appui utile, facilitant notamment le travail des services d'aide à domicile** et permettant une **réactivité plus grande pour des situations complexes** qui mettent l'ensemble des intervenants individuellement en difficulté ou pour lesquelles les intervenants tardent à trouver des solutions, faute de temps pour se rendre au domicile des patients, échanger avec la famille et les autres professionnels, recueillir des informations complémentaires, etc.

- « Ces structures sont très utiles pour aider les professionnels intervenant au domicile des usagers, surtout lors de situations difficiles et complexes. », SSIAD (25)
- « Elles constituent un maillon indispensable du maintien à domicile en terme d'expertise et d'accompagnement des soins. », Cabinet infirmier (25)
- « En tant qu'établissement hospitalier de chirurgie, les patients restent très peu de temps hospitalisés. Aussi, les structures de coordination sont pour ma pratique un soutien indispensable afin d'assurer un suivi une fois le patient rentré à domicile. Leur expertise et leur connaissance du territoire favorisent un accompagnement au plus juste des besoins du patient, notamment en cas d'isolement familial, social ou géographique. », Clinique (25)

Perception des atouts des structures de coordination par les professionnels



Source : Enquête de notoriété ALCIMED. 2016

Ainsi, l'Arespa et la MAIA répondent « tout-à-fait » aux attentes pour respectivement 75 % et 72 % des répondants (elles ne répondent pas bien aux attentes pour 8 % des cas pour l'Arespa et 3 % des cas pour la MAIA). L'EMG et les réseaux répondent également bien aux attentes. Pour les PSPA, **seule la CAPA de Morteau n'a « pas tout à fait » répondu aux attentes, pour 17 % des répondants.**

Le taux de réponse très faible à l'enquête auprès des usagers et aidants ne permet pas de tirer des enseignements détaillés. Pour les réponses reçues, les **usagers et aidants connaissent seulement la structure de coordination qui les prend en charge**. Ils ont tendance à être **adressés par le médecin traitant**. Interrogés sur la réactivité, l'effectivité du suivi et de la coordination des professionnels, le lien avec le médecin traitant et le lien avec l'hôpital le cas échéant et la plus-value du service rendu, ils se disent « **très satisfaits** » de l'ensemble des interventions.

L'enquête identifie par ailleurs des points d'amélioration propres à chaque structure, ainsi qu'un point d'amélioration de la prise en charge commun à toutes les structures (développer les suivis, les réévaluations et l'anticipation des besoins à venir, en particulier la fin du maintien à domicile):

- « *L'objectif de toute coordination est de prendre en charge globalement un patient, effectuer des relais pertinents avec tous les professionnels concernés, veiller aux besoins de la personne maintenant et d'anticiper les besoins à venir : Il y a encore trop de personnes arrivant à l'hôpital, dont le maintien à domicile n'est plus possible et sans qu'aucune demande de protection pour personnes vulnérable n'ai été faite, ni aucun projet d'admission en établissement travaillé et parlé avec la personne âgée et son entourage.* », Conseil départemental

Synthèse des principaux atouts et points d'amélioration de chaque structure selon les professionnels et les partenaires

Structure de coordination	Principaux atouts	Principaux points d'amélioration
Arespa	<ul style="list-style-type: none"> • Réactivité et souplesse dans les interventions • Adaptabilité et individualisation des réponses proposées • Capacité à prendre en charge tous les publics en situation complexe, sur toute la région, sans critères limitatifs • Qualité des intervenants • Forte disponibilité et écoute • Connaissance du domicile, de la personne et de son entourage • Capacité à coordonner les intervenants pour répondre aux besoins et appuyer le maintien à domicile • Capacité à mettre en place les aides demandées par le médecin traitant en collaboration avec l'entourage et la personne • Connaissance de la prise en charge médicale et du suivi des patients en soins palliatifs • Réseau / connaissance des dispositifs locaux • Prise en charge parfois sur une longue durée • Interlocuteur unique 	<ul style="list-style-type: none"> • « Ne rien changer » • Communication accrue sur la structure pour la faire connaître encore davantage • Retours plus systématiques à l'ensemble des intervenants sur les actions menées • Davantage d'information sur la formation, le rôle / les missions et les fonctions des coordinatrices d'appui • Une transmission plus détaillée d'informations sur la situation des personnes aux services sociaux hospitaliers saisis

<p style="text-align: center;">MAIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Appui apprécié de la gestion de cas (visites à domicile fréquentes, temps dédié d'accompagnement, proximité auprès de la personne et de son entourage, suivi des situations sur la durée) • Réactivité, efficacité, disponibilité, accompagnement intensif des personnes • Compétences spécifiques sur la prise en charge des personnes avec Alzheimer, maladies neurodégénératives, troubles cognitifs et situations les plus complexes du fait du nombre important de ces suivis • Prise en charge globale par une personne ressource pour l'ensemble des intervenants tenant compte de la famille et partageant l'information 	<ul style="list-style-type: none"> • Situations non prises en gestion de cas, délais d'intervention et difficultés de continuité de prise en charge pendant les remplacements (à remettre en perspective toutefois du fait de la mission spécifique de la MAIA – file active qui doit être limitée pour appuyer l'accompagnement chronophage en GDC des cas les plus complexes) • Communication accrue sur la structure, son rôle et ses missions aux usagers et professionnels • Davantage de retours aux professionnels sur le suivi
<p style="text-align: center;">Réseau gériatologique de Baume les Dames</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expertise géronto-gériatrique • Prises en charge globales à domicile • Evaluations (ou, plus rarement, des réévaluations) globales des besoins de la personne âgée • Coordination dans le cas de situations très complexes ou de patients devenant dépendants • Aide importante pour les démarches administratives 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des suivis et réévaluations dans le temps • Clarification des missions et amélioration des outils de transmission avec les partenaires pour éviter les redondances
<p style="text-align: center;">Réseau gériatologique bisonotin</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Points forts similaires à ceux du réseau de Baume • Expertise géro-gériatrique • Capacité d'évaluation et de prise en charge • Equipe pluridisciplinaire • Connaissance du domicile 	<ul style="list-style-type: none"> • Plus grande réactivité et constance dans les délais de réponse
<p style="text-align: center;">Equipe mobile de gérontologie de Pontarlier</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expertise gériatrique • Grande réactivité et grande qualité des interventions • Capacité d'évaluation et de prise en charge à domicile • Equipe pluridisciplinaire • Capacité à faire le lien ville-hôpital • Compétences spécifiques d'évaluation onco-gériatrique • Très grande satisfaction des intervenants qui ont fait appel à l'EMG – « l'exemple de ce que doit être une structure de soutien » • Interface ville-hôpital très efficace • Coordination pluriprofessionnelle respectueuse, interactive, qui permet une anticipation et une mobilisation • Formations à destination des professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> • Extension des missions et de la zone d'activité de l'EMG pour appuyer les zones peu couvertes • Encore davantage d'échanges avec les médecins traitants et le CD pour bien s'assurer que les interventions ne font pas « doublon »

PSPA d'Ornans	<ul style="list-style-type: none"> • Visites à domicile auprès des personnes âgées • Connaissance des professionnels de terrain • Capacité à faire le lien avec l'hôpital d'Ornans • Capacité à mettre à disposition des personnes l'expertise d'un ergothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> • Davantage d'information sur les missions, le suivi • Davantage d'information sur l'impact que peut avoir l'intervention de l'ergothérapeute sur l'aménagement du domicile, qui n'est pas toujours perçu par les professionnels • Davantage d'information sur l'impact des actions de lutte contre la réhospitalisation, qui n'est pas toujours perçu par les professionnels
PSPA de Gray	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité de coordination des professionnels et des soins • Interventions à domicile en sortie d'hospitalisation, facilitant les retours 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication plus importante aux médecins généralistes
CAPA de Morteau	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité de coordination des professionnels et des soins • Intervention en tant que relais auprès des personnes âgées fragiles à domicile, essentiellement dans la zone de proximité de Morteau 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication sur l'action de la CAPA hors zone de proximité de Morteau • Davantage de concertation avec le CD avant la proposition de plans d'aide aux usagers
PSPA de l'Aire Urbaine	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité à faire le lien entre domicile et hôpital • Capacité à gérer des situations complexes au domicile de personnes de plus de 75 ans en sortie d'hospitalisation • Capacité à faciliter la coordination pour améliorer les prises en charge • Réactivité 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication renforcée auprès des médecins traitants • Poursuite de l'augmentation des interventions sur le Territoire de Belfort

3.2 Degré de connaissance des structures

Du fait de leurs contacts avec une seule structure de coordination, les usagers et aidants ont tendance à connaître une seule structure. Ils ne sont pas en demande d'information sur l'ensemble des structures. En revanche, ils pointent leur **difficulté à distinguer leurs missions de celles des autres intervenants au domicile (SSIAD, aides à domicile, etc.)**. Les partenaires interrogés dans le cadre de l'étude indiquent également que les usagers leur signalent fréquemment avoir « trop d'interlocuteurs à leur domicile » :

- « Nous avons besoin de clarté, mais ce sont surtout les usagers et les familles qui en ont besoin. Ils nous disent avoir trop d'interlocuteurs à leur domicile, y compris de structures de coordination, qui leur donnent des informations différentes sur les aides auxquelles ils peuvent prétendre et ne communiquent pas assez bien entre eux. » Conseil départemental

En revanche, la **majorité des répondants à l'enquête adressée aux professionnels et partenaires** identifie un manque de clarté dans les missions, publics (pathologie, âge, complexité de la situation, etc.) et zones d'intervention des structures de coordination, ainsi qu'une méconnaissance des structures, générant des difficultés d'adressage. Si 61 % des répondants n'a jamais **hésité entre plusieurs structures** pour adresser des situations

individuelles, ils sont **22 % à avoir hésité** (voir détail des situations p 64). Cela crée une **impression de « millefeuille »** chez les interlocuteurs.

Exemples de situations pour lesquelles les répondants à l'enquête ont hésité à adresser la personne à plusieurs structures :

Haute-Saône :

- **MAIA/Arespa** : situation « complexe » (psychologue, assistante sociale).
- **MAIA/Arespa/PSPA de l'Aire Urbaine** : patient de 78 ans, très isolé, atteint de maladie d'Alzheimer à Héricourt (médecin).
- **MAIA/Arespa/PSPA de Gray** : en fonction de l'âge des personnes à adresser à une structure de coordination. Si la problématique recouvre plusieurs domaines (IDE).
- **Arespa/PSPA de Gray** : absence de clarté dans les missions (assistante sociale).

Doubs :

- **MAIA/RGB à Besançon** en raison d'une méconnaissance des différences et du mode de saisie officiel des 2 structures (CCAS).
- **Arespa/RGB/MAIA à Besançon** : missions respectives perçues par l'interlocuteur comme peu claires. Certains patients remplissent toutes les conditions pour accéder à tous les réseaux de santé exerçant à Besançon (assistante sociale, IDE).
- **Arespa/PSPA d'Ornans** en raison du caractère récent de l'installation du PSPA d'Ornans et d'une méconnaissance de sa zone d'intervention (SSIAD).
- **MAIA/Arespa/PSPA d'Ornans** : l'interlocuteur indique son manque de compétences pour déterminer la pathologie et le service adapté (CIAS).
- **MAIA/Arespa/Réseau gérontologique de Baume les Dames/PSPA de l'Aire Urbaine/EMG** : incertitude sur l'adressage en fonction de l'âge du patient, de son lieu de résidence, des problématiques rencontrées (médecin).
- **MAIA/Arespa/réseaux gérontologiques/PSPA/EMG** : en fonction de l'âge du patient, de l'existence ou non de troubles cognitifs réellement diagnostiqués, des territoires d'intervention de chaque structure et de leur lisibilité, des compétences professionnelles des intervenants au sein des structures, de leur réactivité (délai d'intervention) (Clinique).

Montbéliard/Territoire de Belfort :

- **MAIA/Arespa sur le secteur de Montbéliard** : personne avec démence temporo-frontale (MAIA) mais en situation médicale évolutive sur une fin de vie et un besoin de prise en charge possible par l'équipe mobile de soins palliatifs (Arespa) (CCAS).
- **MAIA/PSPA de l'Aire Urbaine** : critères communs (personnes âgées de plus de 75 ans, risque d'hospitalisation et maintien au domicile compromis) mais avec pathologie type DTA. Par défaut l'interlocuteur a fait une demande d'orientation en MAIA et la décision a été prise en réunion d'orientation (association d'usagers). **Sur le Territoire de Belfort**, l'interlocuteur soulignant sa mauvaise connaissance des rôles des structures (assistante sociale).
- **MAIA/Arespa/PSPA** : situation complexe d'une personne âgée atteinte de troubles neurologiques (Territoire de Belfort) (médecin).

L'enquête montre ainsi que des **zones importantes de chevauchement existent entre les publics pris en charge.**

Les professionnels et les partenaires identifient les effets négatifs suivants :

- Une **difficulté à adresser les patients** aux structures ;
 - Des **doublons de prise en charge** entre les structures, d'autant que **l'absence de partage des files actives ne permet pas aux structures d'identifier les doubles prises en charge, sauf lorsqu'on les en informe** ;
 - La **multiplication des intervenants au domicile** sans « résolution des problèmes » ;
 - Parfois la « **déresponsabilisation** » des structures positionnées.
- *« Le service social se trouve en situation de devoir coordonner les coordinations en sortie d'hospitalisation et à l'entrée nous voyons arriver des personnes « suivies par de multiples partenaires » où chacun pense que l'autre a fait et...tout le monde s'est déresponsabilisé (pas de mesure de protection aux majeurs démarrée, pas de lien avec le médecin traitant ni avec la famille...). De plus l'effet « millefeuille » de ces dispositifs provoque des aberrations : il est ainsi possible que dans le même foyer interviennent deux structures différentes pour un même couple. » Conseil départemental*

Lorsque l'interlocuteur de coordination le plus adapté est mal identifié par le professionnel ou partenaire qui souhaite adresser une situation individuelle, 3 types de pratiques émergent :

- Solliciter son interlocuteur habituel de proximité :
 - *« Mon problème : comprendre « qui fait quoi » entre l'Arespa, le CLIC et le PSPA. J'appelle la coordinatrice de l'Arespa, qui active la structure qui paraît la mieux adaptée. » Médecin généraliste (90)*
 - *« Quand nous ne savons pas vers qui adresser la personne, nous contactons la MAIA ou le CLIC ou l'Arespa pour nous orienter. » UDAF (25)*
 - *« En cas d'hésitation, l'équipe mobile de Pontarlier centralise nos demandes et nous oriente vers la structure adaptée. » Praticien hospitalier (25)*
 - *« Je ne contacte que deux structures que je connais vaguement. » Médecin généraliste (70)*
- Solliciter les structures de proximité fonctionnant en « guichet unique » et leur laisser le choix sur le niveau de recours adapté :
 - *« La MAIA et le PSPA ont des critères communs (>75 ans, risque d'hospitalisation et maintien à domicile compromis mais avec pathologie de type DTA). Dans ce cas, je remplis une fiche d'orientation MAIA et c'est en réunion d'orientation MAIA que la décision se prend, d'où l'avantage que le PSPA et la MAIA soient gérés par la même association et soient dans les mêmes locaux ». SSIAD (25)*
 - *« En cas d'hésitation entre MAIA et RGB, j'appelle les collègues du RGB qui orientent au mieux selon la situation. » Service social (25)*
 - *« Ce sont les collègues du réseau gérontologique de Baume les Dames et du CLIC qui m'orientent des situations, sauf pour les malades jeunes. » MAIA (25)*
- Définir ses propres critères « simplifiés » pour distinguer à quelle structure adresser en priorité selon les types de personnes :
 - *« J'ai des difficultés à adresser les patients en fonction de l'âge du patient, de l'existence ou non de troubles cognitifs réellement diagnostiqués, des territoires d'interventions des structures pas toujours très lisibles, des compétences professionnelles des intervenants au sein de ces structures. La réactivité de la structure est également un problème : si elle ne peut pas intervenir avant 1 mois, c'est un réel frein en sortie d'hospitalisation. » Service social (25)*
 - *« Je fais le constat d'un manque de lisibilité entre les missions du CLIC, des services sociaux hospitaliers, de l'Arespa et de la MAIA. » Aide à Domicile (39)*

- « Nous rencontrons un problème de lisibilité des missions et des limites de chacun et sommes obligés d'organiser des séquences de décryptage des spécificités de chacun. Par exemple, vers qui adresser un patient de 78 ans, très isolé, atteint de la maladie d'Alzheimer et domicilié en Haute-Saône ? La MAIA est souvent identifiée quand les autres ne peuvent plus et qu'il y a des troubles cognitifs mais l'Arespa et le PSPA peuvent l'être également. » Service social HNFC
- « Nous ne discernons pas la différence entre CAPA/MAIA et ARESPA. Nous n'avons pas connaissance de leurs interventions auprès de notre public de personnes âgées sur les cantons de Maîche et Morteau. » SSIAS (25)
- « J'adresse les situations en soins palliatifs à l'Arespa, les pathologies neurodégénératives à la MAIA et pour tous les autres, je ne sais pas à qui m'adresser. » Médecin (39)

A l'inverse, **des situations très complexes** pour les services d'aides et de soins au domicile, nécessitant particulièrement l'appui de structures de coordination, **ne peuvent pas toujours faire l'objet d'un adressage, en raison de :**

- La **situation particulière** de la personne / la **problématique médico-sociale** faisant l'objet de l'adressage et son **lieu d'habitation** ;
- La **réactivité** des structures de coordination (délai d'intervention, liste d'attente, capacité à assurer une continuité de service pendant les weekend et congés, etc.)
- Les **compétences perçues** de la structure de coordination et d'appui en proximité.

Si 53 % des répondants à l'enquête n'a pas indiqué de **difficultés d'adressage** particulières, **25 % indique en rencontrer** : ce sont les cas où les professionnels ou partenaires ne pensent pas qu'une structure est en mesure de prendre en charge la situation individuelle qu'ils rencontrent (voir détail des situations p 64).

Certaines situations complexes cristallisent les difficultés. C'est le cas notamment lorsque malgré l'intervention d'une ou plusieurs structures de coordination sur le parcours de certaines de ces situations, aucune solution n'a pu être apportée par rapport aux interventions à domicile existantes.

- « Les situations complexes, notamment en zones rurales, représentent environ 20 % de nos situations, qui créent un épuisement des équipes. Sur certaines, plusieurs structures de coordination sont intervenues mais n'ont pas apporté une solution pour les équipes au domicile. J'ai en tête une situation dans le canton de Maîche pour laquelle et l'Arespa et la MAIA brièvement et la CAPA de Morteau sont intervenues mais n'ont pas pu nous aider à apporter une solution adaptée. Aujourd'hui la MAIA n'a plus de capacité sur Morteau. Nous rencontrons de telles situations surtout sur les cantons de Maîche et Baume les Dames.», Service d'aide à domicile, Doubs (25)

Exemples de situations pour lesquelles les répondants à l'enquête n'ont pas identifié de structure à qui adresser :

Situation de la personne (problématique/lieu d'habitation) :

- **Géronto-psychiatrie** (tout le Haut-Doubs, surtout Maîche-Morteau-Saint-Hippolyte)
- **Addictions, troubles psychiatriques** (Belfort, Nozeroy).
- **Handicap** (zone de Nozeroy)
- **Refus de l'utilisateur.**
- **Personnes souffrant de troubles psychiques**, souvent opposées aux soins, mais pouvant causer des troubles de l'ordre public, nécessitant un accompagnement très chronophage et difficilement possible par les professionnels du dispositif de droit commun (Belfort).

- **Patients avec démences** sur un terrain d'éthylisme chronique jeunes (<61 ans) et isolés (Gray).
- **Démence et aide aux aidants** (Pierrefontaine-les-Varans).
- Couple mêlant **plusieurs problématiques sociales**, maintien à domicile du conjoint, etc. (Etalans).
- Pour une **situation ne relevant pas de la MAIA** (Jura Nord/Bassin Dolois).
- Structure pertinente pour toute pathologie autre que patients en soins palliatifs (Arespa) et troubles cognitifs (MAIA) (Dole).
- Environ **10 % des situations à orienter** / personnes dont les situations sont complexes (problèmes sociaux, maintien à domicile complexe mais refus de placement, tutelle pas forcément justifiée, problème relationnel intrafamilial rendant les prises en soins complexes ou en limite de « maltraitance »), sans problème médical grave donc pas de retentissement de la maladie, mais demandant du temps d'écoute et de recherche de solutions mais qui ne remplissent donc pas les critères pour l'un des 3 services MAIA/Arespa/PSPA (Montbéliard).
- Cas où la **pathologie du patient n'est pas connue**.

Réactivité des structures

- Liste d'attente trop longue pour les patients avec troubles cognitifs (médecin, Cussey sur l'Ognon).
- Interlocuteur à Besançon percevant les temps de réactivité du RGB et de la MAIA comme trop longs.

Compétences perçues de la structure

- Dans le **parcours de soins en cancérologie**, pour un suivi de l'observance thérapeutique, en raison de la méconnaissance du parcours par les structures de coordination.
- Besançon : cas rares d'**hospitalisation de l'aidant** pour lesquels la question se pose du relais pour la personne à domicile
- Pour certains publics ayant une problématique de santé et qui sont des **personnes isolées, qui ne formulent pas de demandes, des personnes hébergées de manière précaire, des individus jeunes (moins de 60 ans) en perte d'autonomie, dans la précarité et/ou la marginalité**. « *L'Arespa est en principe le seul recours mais nous n'avons pas de retours sur leurs interventions et ils n'ont pas systématiquement des professionnels formés pour certains actes professionnels tels que les mesures de protection.* » (Conseil départemental)
- **Cantons de Maïche et Morteau** : « *J'ai bien connaissance de l'existence de la CAPA à Morteau mais je ne fais pas appel à cette structure. Nous n'avons aucune information au SIAS sur sa mission, ses objectifs auprès du public âgé.* » (SIAS)
- Personnes de 50/60 ans avec des troubles cognitifs, pour lesquels le suivi MAIA ne remplace pas un manque perçu de places en structures adaptées.
- Hors Besançon, lorsque certains professionnels sont absents (ergothérapeute, psychologue) ou que des dispositifs n'existent pas.

3.3 Besoin de clarification et de communication lisible

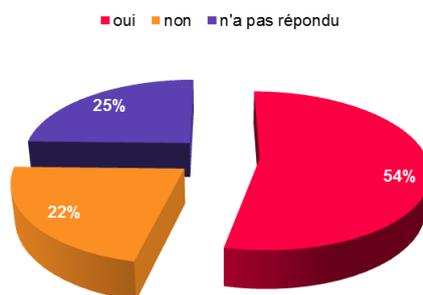
Ainsi, la majorité des personnes interrogées dans le cadre de l'étude et des répondants à l'enquête (54 %) est **en attente de lisibilité de l'offre de coordination, souhaite disposer d'un interlocuteur pertinent et qualifié en fonction du lieu d'habitation des usagers et de leurs problématiques et souhaite voir clarifiées les missions, publics et zones d'intervention des structures de coordination** sur le territoire.

- « *A mon sens, sur un même espace géographique, une seule coordination devrait suffire ou alors la spécificité de chacun devrait être clairement établie, sans chevauchements possibles. Sinon comment pouvons-nous orienter ? Qui prend la responsabilité ? Quel est l'interlocuteur positionné clairement ?* » Conseil départemental

Cela s'accompagne d'une **demande de communication par et sur les structures (information sur les missions, zones d'intervention, coordonnées, modalités de saisine, missions, plus-value et interventions, etc.)**, la plupart du temps sur l'ensemble des structures, de façon à disposer de référents de proximité :

- « Il est évident que nous aurions besoin de plus d'informations sur le rôle de chaque structure pour pouvoir orienter les usagers vers le bon organisme. » CCAS (25)
- « Je souhaite disposer de plus d'informations sur toutes les structures et d'interlocuteurs de proximité par territoire, notamment sur le PSPA de Gray, inconnu jusque-là et dont je ne trouve pas les coordonnées. Pour les autres, l'EMG a organisé une rencontre fin 2015 qui a permis de mieux se connaître et d'envisager des pistes de travail en commun. » Service social, CH (25)

Nombre de répondants souhaitant des informations sur les structures



Source : enquête auprès des professionnels et partenaires. 2015

Synthèse

- Les structures sont **plutôt bien identifiées** – les structures régionales, MAIA et Arespa, très bien au niveau régional, les autres plutôt bien sur leur zone d'intervention, malgré une connaissance moindre des PSPA, plus récents, par les interlocuteurs. Sur la région, les professionnels **travaillent le plus avec l'Arespa et la MAIA, puis avec les réseaux et l'équipe mobile sur le Doubs.**
- **Dans l'ensemble, l'action des structures de coordination est plébiscitée par les professionnels, qui les perçoivent comme un relai important dans la prise en charge à domicile. Les interventions des structures de coordination correspondent « plutôt bien » ou « tout-à-fait » aux attentes des professionnels.**
- En revanche, les répondants à l'enquête et les personnes interrogées dans le cadre de l'étude sont en **attente très forte de lisibilité de l'offre de coordination et de clarification des missions, publics et zones d'intervention des structures de coordination sur le territoire.**
- Cela s'accompagne d'une **demande de communication** sur l'ensemble des structures. Le besoin exprimé par les répondants est de **disposer d'interlocuteurs adaptés de proximité sur chaque territoire pour les principales problématiques.**
- **L'absence de clarté sur les interventions, les zones de chevauchement et la « multiplication des coordinations » génère 4 types de difficultés** pour les professionnels et partenaires :
 - Une **difficulté à adresser les patients** aux structures ;
 - Des **doublons de prise en charge** entre les structures, d'autant que **l'absence de partage des files actives ne permet pas aux structures d'identifier les doubles prises en charge, sauf lorsqu'on les en informe;**
 - La **multiplication des intervenants au domicile** sans « résolution des problèmes » ;
 - Parfois la « **déresponsabilisation** » des structures positionnées.
- En outre, l'enquête identifie des limites à la coordination : ainsi, malgré le nombre de structures de coordination existantes, des situations très complexes à domicile nécessitant leur appui ne peuvent pas toujours faire l'objet d'un adressage en raison de la **situation particulière** de la personne / la **problématique médico-sociale** faisant l'objet de l'adressage et son **lieu d'habitation**, de la **réactivité** des structures de coordination (délai d'intervention, liste d'attente, capacité à assurer une continuité de service pendant les weekends et congés, etc.), ou des **compétences perçues** de la structure de coordination et d'appui en proximité.
- Enfin, les répondants identifient un point d'amélioration transversal à toutes les structures : les suivis, les réévaluations et l'anticipation de l'évolution des situations (fin du maintien à domicile).

Conclusion

En conclusion, l'étude a mis en lumière **des évolutions à envisager à 4 niveaux** :

- **Définir une organisation cible de la coordination à atteindre par département et pour le Grand Besançon** dans une perspective d'amélioration de la lisibilité et de l'efficacité des structures, en adéquation avec les orientations nationales et régionales ;
- **Engager une réflexion entre les structures sur des axes transversaux communs** facilitant l'inter-connaissance, l'échange de pratiques et l'amélioration de la qualité de service : partage d'informations et d'outils de communication entre les structures et avec les partenaires, articulation des missions avec les services sociaux des CH de proximité, les services d'aides et de soins à domicile, le Conseil départemental, convergence des pratiques et outils d'évaluation de la personne âgée, amélioration des suivis et de l'anticipation, prises en charge spécifiques complexes (troubles du comportement, pathologies psychiatriques, démences éthyliques), etc.
- **Améliorer la lisibilité du dispositif et communiquer sur les structures, leurs missions, leurs publics cibles et leurs zones d'intervention aux professionnels** (médecins généralistes, paramédicaux, praticiens hospitaliers, travailleurs sociaux, services d'aides et de soins à domicile, etc.), **partenaires** (Conseil départemental, CH, UDAF, associations d'usagers, etc.) **et usagers/aidants**.
- **Appuyer l'évaluation de la qualité de la prise en charge, de l'activité et de l'impact de la coordination sur des indicateurs communs pertinents**.

Ces évolutions feront l'objet d'ateliers de travail avec les structures à la suite de la présentation de ce document de diagnostic au Comité de Pilotage de l'étude (document de travail présenté le 29 mars).

Annexe 1 – Tableau synoptique de l'offre de coordination au 1^{er} mars 2016

Département	Structure	Couverture territoriale Age du public	Missions	Equipe de pilotage et d'intervention à domicile
Région – Siège : Besançon / Bureaux locaux	MAIA de Franche-Comté	<p>Couverture régionale / public adulte</p> <ul style="list-style-type: none"> • MAIA interdépartementale : Grand Besançon, Doubs central (Espace Senior de Baume les Dames), Nord Jura (territoire CLIC Dole et Arbois). • MAIA de Haute-Saône : 70 sauf Héricourt et Villersexel • MAIA de l'Aire Urbaine-Villersexel : territoire du CLIC du Pays de Montbéliard, Territoire de Belfort (90) et anciens cantons d'Héricourt et Villersexel • MAIA du Jura : 39, sauf territoires de la MAIA interdépartementale • MAIA du Doubs : 25, sauf territoires de la MAIA interdépartementale et de la MAIA de l'Aire Urbaine-Villersexel <p><i>En cours de réorganisation pour aligner les territoires avec les départements.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Créer un partenariat co-responsable de l'offre de soins et d'aides sur un territoire donné, pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives et plus généralement pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle, quelle que soit la nature de leurs besoins. • Renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social autour de la personne en perte d'autonomie fonctionnelle et de ses aidants. • Simplifier les parcours, réduire les doublons en matière d'évaluation, éviter les ruptures de continuité dans les interventions auprès des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle et améliorer la lisibilité par l'organisation partagée des orientations. 	<p>Pilotage régional. 6 MAIA locales en cours de déploiement (pilotage local et GDC) – réorganisation vers 4 MAIA départementales (3 départementales et 1 Aire Urbaine-Villersexel)</p> <ul style="list-style-type: none"> • MAIA interdépartementale (5 GDC) : Besançon (2), Baume les Dames, Dole, Dole et Arbois. Début de l'activité de GDC : 2011 sauf Baume (2013). Pilotage ADNA • MAIA de Haute-Saône (4 GDC) : Gray, Vesoul (2), Lure-Luxeuil. Début de l'activité de GDC : fin 2013. Pilotage AHBFC • MAIA de l'Aire Urbaine-Villersexel (5 GDC): Montbéliard (2), Héricourt (1), Belfort (1,5). Début de l'activité de GDC : 2013. Pilotage Coordination de Gérontologie du Pays de Montbéliard • MAIA du Jura (4 GDC) : Lons le Saunier (2), Champagnole et Saint-Claude. Début de l'activité de GDC : 2015. Pilotage local depuis septembre 2015 • MAIA du Doubs (2 GDC) : Ornans, Pontarlier. GDC en cours de recrutement sur le secteur de Maîche-Morteau. Début de l'activité de GDC : 2015. Pilotage local depuis mai 2016.

Département	Structure	Couverture territoriale Age du public	Missions	Equipe de pilotage et d'intervention à domicile
Région - siège : Besançon	Arespa	Couverture régionale (répartition des territoires par coordinatrice localisée en proximité) Tous âges	<p>Faciliter le parcours des patients en situation complexe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordination d'appui autour de patients présentant un retour et/ou un maintien à domicile complexe en raison : <ul style="list-style-type: none"> - d'une maladie chronique, grave, évolutive, ou - en situation de perte d'autonomie, et/ou - porteurs d'un handicap permanent ou temporaire, et/ou - en situation jugée complexe par les professionnels de santé • L'ARESPA coordonne l'intervention des différents acteurs pour rendre possible ce maintien (service médicaux, paramédicaux, aide à domicile et préconisation d'adaptation du logement) 	<p>Directrice</p> <p>Adjointe de Direction</p> <p>Médecin, conseiller médical</p> <p>Secrétaire</p> <p>14 coordinatrices d'appui (+1 mise à disposition de la CAPA de Morteau)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haute-Saône (3 coordinatrices) : 1 à Gray, 1 à Vesoul et 1 à Quers. • Doubs (5 coordinatrices) : 2 à Besançon, 2 à Morteau dont 1 intégrée à la CAPA de Morteau, 1 à Levier, le Doubs central est couvert par Vesoul et Montbéliard. • Jura (4 coordinatrices) : 1 à Dole, 2 à Bletterans, 1 à La Chaux du Dombief. • Aire urbaine / Territoire de Belfort (2 coordinatrices à Montbéliard)

Département	Structure	Couverture territoriale Age du public	Missions	Equipe de pilotage et d'intervention à domicile
25	EMG de Pontarlier	<p>Infra-départementale Cantons de Pontarlier, Levier, Montbenoit et Mouthe</p> <p>Patients de plus de 65 ans, présentant une lourde perte d'autonomie, nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels, et pour lequel le maintien à domicile est compromis du fait de l'un des facteurs suivant : problème d'autonomie fonctionnelle, problème médical, problème d'autonomie décisionnelle, ou si les aides ou les soins mis en place ne sont pas adaptés, (épuisement de l'aidant).</p>	<p>Participer par une action pluridisciplinaire intégrant les dimensions médicales, psychologiques et sociales à l'amélioration de la prise en charge globale et transversale des personnes âgées du Haut-Doubs, en tenant compte de la diversité des problématiques posées, de la multiplicité des services intervenant dans la prise en charge et du nombre de personnes concernées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'évaluations globales médico-sociales par l'équipe ; • Coordination avec les professionnels acteurs autour de la personne ; la volonté d'y inclure activement le patient et son entourage ; • Notion de prévention ; • Evaluation onco-gériatrique de la personne de plus de 75 ans. <p>Participe également à des initiatives de formation et d'information.</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • médecin gériatre • infirmier • psychologue • secrétaire médicale • ergothérapeute • assistante sociale <p>Localisée dans un guichet unique pour les personnes âgées sur le territoire à Pontarlier : CLIC, gestion de cas MAIA, EMSP</p>
25	RGB	<p>Besançon intra-muros</p> <p>Personnes âgées de plus de 75 ans</p>	<p>Autour de la situation de la personne, établissement et appui à la mise en œuvre d'un plan personnalisé de santé à la fois sanitaire et social. Coordination des interventions des services médicaux, médico-sociaux et sociaux. La structure propose, en outre, des formations aux professionnels de santé, aux personnes âgées et aux aidants.</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Président (médecin gériatre) • Médecin gériatre • Infirmières (2) • Assistante sociale • Coordinatrice administrative

Département	Structure	Couverture territoriale Age du public	Missions	Equipe de pilotage et d'intervention à domicile
25	Réseau gérontologique de Baume les Dames	Infra-départementale : cantons de Baume les Dames, Clerval, Rougemont, Roulans, une partie des cantons de l'Isle sur le Doubs, Marchaux, Vercel et Pierrefontaine-les-Varans Personnes âgées de plus de 75 ans	Le réseau favorise l'action du CLIC en permettant un accompagnement spécifique au plus proche des personnes âgées les plus dépendantes par coordination avec les professionnels du domaine sanitaire et social à domicile. Il vise à aider les personnes âgées dépendantes à rester chez elles dans les meilleures conditions possibles. Il vise la coordination des différents intervenants pour favoriser une intervention optimale auprès de la personne.	Equipe pluridisciplinaire : <ul style="list-style-type: none"> • Responsable de coordination • Secrétaire / assistante de coordination • Infirmier – et mise à disposition d'1 infirmière pour les bilans hospitaliers par le CH de Baume les Dames • Aide médico-psychologique • Ergothérapeute (convention MDPH) • 2 psychologues par convention • Mise à disposition de 1 assistante sociale du CLIC Guichet unique pour les personnes âgées de plus de 60 ans de l'Espace Seniors

Département	Structure	Couverture territoriale Age du public	Missions	Equipe de pilotage et d'intervention à domicile
25	PSPA de l'Aire Urbaine	<p>Inter-départementale</p> <p>Territoire couvert par le CLIC de Montbéliard (anciens cantons de l'arrondissement de Montbéliard), Territoire de Belfort et 2 anciens cantons d'Héricourt Est et Héricourt Ouest</p> <p>Personnes âgées de plus de 75 ans, polyopathologiques avec retentissement sur les actes de la vie quotidienne</p>	<p>Sur le pays de l'aire urbaine de Belfort-Héricourt-Montbéliard où la densité médicale est forte, le PSPA de l'Aire Urbaine travaille principalement à partir des sorties d'hospitalisation : l'équipe participe aux réunions de synthèse du service court-séjour de gériatrie de l'hôpital et organise le retour à domicile des patients âgés en amont de la sortie, en faisant le lien avec le médecin traitant pour l'informer des actions mises en place.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 2 infirmiers de coordination (infirmier de parcours hospitalier et infirmier de parcours à domicile - SSIAD)
25	PSPA d'Ornans	<p>Infra-départementale</p> <p>Pays d'Ornans : 37 communes réparties sur 3 cantons – canton d'Amancey, canton de Quingey</p> <p>Personnes âgées de plus de 75 ans</p>	<p>Sur le Pays d'Ornans, qui ne dispose pas d'un tissu médical dense, c'est à partir de contacts directs avec les médecins traitants que le lien a été établi et ce sont eux qui adressent les patients vers le dispositif. Hébergé par la Maison des Services à Ornans, le PSPA d'Ornans contribue au maintien à domicile des personnes présentant des problèmes de santé à travers le lien entre les professionnels et les préconisations d'adaptation du domicile. Son objectif est de repérer les besoins et attentes le plus en amont possible afin d'anticiper. Il a développé des actions de prévention en santé.</p>	<p>Equipe pluridisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> Travailleurs sociaux (Conseillère en Economie Sociale et Familiale, gestion de cas MAIA) Infirmier Ergothérapeute Appui du médecin gériatre du CH d'Ornans par convention

Département	Structure	Couverture territoriale Age du public	Missions	Equipe de pilotage et d'intervention à domicile
70	PSPA de Gray	Infra-départementale Pays Graylois – 5 communautés de communes autour de Gray (communautés de communes des 4 rivières, du Val de Gray, de Pesmes, de la Vallée de l'Ognon et des Monts de Gy). Personnes âgées de plus de 75 ans	Sur le Pays Graylois, qui se caractérise par sa grande réactivité (délai d'intervention à 1,1 jour), le PSPA a axé son action autour de la diminution de la durée des hospitalisations et réalise des concertations de sortie en lien avec le CH, le médecin traitant et la famille. Une autre action a été mise en place, en lien avec les EHPAD, pour faciliter la prise en charge lors des hospitalisations de nuit.	<ul style="list-style-type: none"> • 1 infirmière
25	PSPA de Morteau (CAPA)	Infra-départementale Pays Horloger : cantons de Morteau, Le Russey, Montbenoit, Maiche, Pierrefontaine les Varans. Personnes âgées de plus de 75 ans	Sur le Pays Horloger, la CAPA a proposé des places d'alternative à l'hospitalisation pour éviter une hospitalisation non justifiée médicalement à une personne qui ne peut rester seule à domicile lors d'une hospitalisation de l'aidant (place d'hébergement temporaire avec prise en charge des frais dans le cadre de l'expérimentation). Le dispositif cherche également à mesurer son effet sur les réhospitalisations au CH de Morteau.	<ul style="list-style-type: none"> • 1 assistante sociale • 1 infirmier • Intervention d'un médecin gériatre (EMG de Pontarlier) par convention pour des consultations mensuelles à la CAPA de Morteau

Source : Enquête ALCIMED auprès des structures 2015. CPOM. Documents ARS. La composition des équipes est indiquée par types de professionnels et ne reflète pas le nombre d'ETP.