

A. DIAGNOSTIC

DES TRAVAUX NATIONAUX SUR LA COOPÉRATION

Zoom sur des guides de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux pour mieux mettre en place les coopérations :

❖ "Les coopérations dans le secteur médico-social" publié en 2012

Les principaux objectifs de cette publication sont :

- ❖ De partager des expériences de coopérations mises en place par des acteurs médico-sociaux
- ❖ D'identifier et élaborer des démarches méthodologiques communes et duplicables pour des coopérations en gestation ou à

venir en portant une attention particulière à la performance des organisations et à la valeur ajoutée des coopérations

- ❖ De contribuer au mouvement d'adaptation du secteur médico-social aux évolutions des besoins des usagers et des politiques publiques ainsi qu'à la contraction de la dépense publique.

❖ Guide "Comprendre pour agir mieux dans les ESMS" publié en 2013

Les groupes de travail ont permis d'évoquer de très nombreuses pistes potentiellement portées par les gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux pour adapter l'offre de prestations aux évolutions des besoins de la population dans un contexte de contraction générale de la dépense publique. Celles-ci s'organisent en un triple mouvement :

1. Mettre en place une dynamique collective :

- ❖ Action 1 : Connaître son territoire et positionner ses prestations
- ❖ Action 2 : Investir les instances de démocratie de santé

2. Coopérer avec les partenaires de son territoire :

- ❖ Action 1 : Développer les coopérations "efficacité"
- ❖ Action 2 : Développer les coopérations "parcours"

3. Outiller les établissements et services :

- ❖ Action 1 : Outiller la fonction "ressources humaines"
- ❖ Action 2 : Améliorer la performance des organisations

L'ensemble est décliné sous forme de plan d'actions avec un prisme d'adaptation de l'offre de service médico-sociale qu'elle concerne les établissements pour personnes âgées ou pour personnes handicapées, qu'ils soient publics, privés à but non lucratif ou privés commerciaux.

AU NIVEAU RÉGIONAL, QUELS OUTILS MIS EN PLACE PAR L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DU CENTRE ?

Le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) précise les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation médico-sociale.

Le plan territorial de santé en Loir-et-Cher avec des actions liées à la coopération et à la coordination.

AU NIVEAU DÉPARTEMENTAL, QUELS OUTILS MIS EN PLACE POUR FAVORISER LA COOPÉRATION DES ACTEURS ET LEUR COORDINATION ?

Un Centre Local d'Information et de Coordination Départemental:
La plateforme "Vivre Autonome 41"

Cette plateforme, portée par le Conseil général en partenariat avec la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), la mutualité sociale agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI), remplit deux missions principales :

La coordination des professionnels : accueil, information, orientation et apporter un soutien aux professionnels, promouvoir, soutenir et animer les coordinations territoriales pour l'autonomie sur l'ensemble du territoire.

Finalité : Améliorer l'accompagnement des personnes âgées et/ou malades en favorisant les interactions pluridisciplinaires des professionnels et des bénévoles dans les domaines sociaux, médicaux, environnementaux et culturels.

C'est un lieu de concertation et d'échange avec des professionnels d'horizons divers, ayant pour ambition d'aboutir à une meilleure connaissance des rôles de chacun, de trouver une réponse pertinente, et ainsi d'intervenir au mieux localement autour de l'usager.

Les coordinations territoriales pour l'autonomie se réunissent tous les mois ou tous les deux mois. La plateforme Vivre Autonome 41 est garante des échanges, apporte un appui technique et logistique, anime les réunions et réalise les comptes-rendus.

Des réunions de synthèse sont organisées. Elles concernent une situation qui, par ses aspects ou son évolution, présente une complexité particulière. C'est une rencontre entre les professionnels concernés, la famille et/ou la personne elle-même afin de faire le point sur les interventions, d'améliorer le plan d'accompagnement global et de réfléchir au devenir de la personne.

L'information du public :
accueil, apporter à la personne âgée ou handicapée et à son entourage une information diversifiée et personnalisée sur tous les aspects de la vie quotidienne et orienter.

 Pour aller plus loin sur cet outil, vous pouvez vous rendre sur le site internet du Conseil général

Un dispositif
"Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer" (MAIA)

Finalité:

- ❖ Éviter les entrées aux urgences dites évitables dans les établissements de soins,
- ❖ Mettre tout en œuvre pour un retour au domicile dans les meilleures conditions après une hospitalisation
- ❖ Décloisonner et coordonner les professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires pour concourir au soutien à domicile des personnes dites en "situation complexe".

La concertation, vers une co-responsabilité des acteurs :

La concertation a pour objet l'élaboration d'espaces collaboratifs spécifiques entre les décideurs et financeurs au sein d'une table de concertation stratégique et les responsables des services et des établissements d'aide et de soins au sein d'une table de concertation tactique.

Le guichet intégré, pour une réponse aux personnes qui soit harmonisée, complète et adaptée :

Le guichet intégré est un mode d'organisation partagé entre tous les partenaires chargés de l'information, de l'orientation de la population et de la coordination sur le territoire. Il réunit autour de pratiques, d'outils partagés et de processus articulés les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux. En partageant référentiels, pratiques et données, le guichet intégré est une organisation essentielle à l'accessibilité des services et à la définition des besoins d'un territoire.

La gestion de cas, une réponse individualisée aux situations complexes :

Les "gestionnaires de cas" interviennent dans les situations complexes de personnes subissant de graves atteintes cognitives ou de lourdes pertes d'autonomie fonctionnelle, afin de coordonner le travail des différents intervenants. Le gestionnaire de cas est responsable de la prise en charge globale des personnes qu'il suit, référent et interlocuteur direct de la personne, de sa famille et de son médecin traitant. Il garantit le soutien et l'accompagnement des personnes et des aidants informels et développe un partenariat entre les professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux concernés. Il évalue les situations dans une approche multidimensionnelle, définit un plan de services individualisé, basé sur les besoins dûment identifiés et dans lequel s'inscrit chacun des professionnels. Il planifie le recours aux services adéquats et effectue les démarches pour l'admission des personnes en établissement ou service médico-social.

↘ Pour aller plus loin sur cet outil, vous pouvez vous rendre sur le site internet du Conseil général