



Mot d'accueil

Florence Sarthou,

Directrice de la Prévention et de l'Action Sociale
(DPAS), Département de la Seine-Saint-Denis

seine-saint-denis
LE DÉPARTEMENT



Ouverture

Frédéric Espenel,

Directeur par intérim du Groupe Hospitalier
Universitaire Paris Seine Saint-Denis (AP-HP)





Les PASS en Seine Saint Denis : bilan d'activité et problématiques de fonctionnement

Jean-Philippe Horreard,
Délégué territorial de l'ARS en Seine-Saint-
Denis



Les PASS en Seine Saint Denis

— 19 Mars 2015

— SOMMAIRE

- **1) Etats des lieux**
 - Rappel des textes sur les PASS
 - Les PASS en France
 - Les PASS en Région Ile de France
 - Les PASS en Seine St. Denis
- **2) Travaux en cours au niveau de la coordination régionale**
 - Accompagnement territorial / transversal
 - Plan de travail à poursuivre



— SOMMAIRE

- 1) Etats des lieux

- **Rappel des textes sur les PASS**
- Les PASS en France
- Les PASS en Région Ile de France
- Les PASS en Seine St. Denis

- 2) Travaux en cours au niveau de la coordination régionale

- Accompagnement territorial / transversal
 - Plan de travail à poursuivre

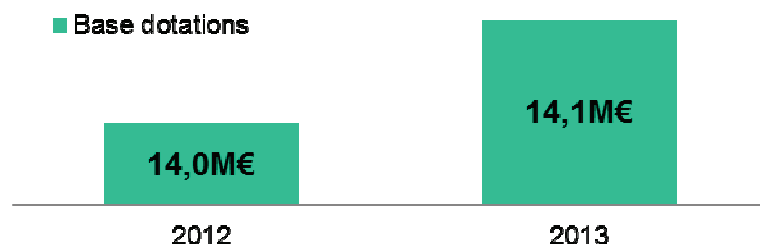
— Rappel des textes sur les PASS

- Des dispositifs d'accès aux soins pour les personnes précaires existent depuis 1992
- La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (n°98-657 du 29 juillet 1998) : l'origine des PASS.
 - *Des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont été mises en place dans les établissements publics de santé, avec la mission d'accueillir et de prendre en charge les publics en situation de précarité.*
 - *Ce dispositif médico-social vise à leur faciliter l'accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches de reconnaissance et d'ouverture de leurs droits sociaux.*
- D'autres textes viennent encadrer les fonctionnements et les missions des PASS : en 2008 « Organiser une permanence d'accès aux soins de santé. Recommandations et Indicateurs »
- La circulaire du 18 juin 2013 réaffirme le rôle et les missions des PASS et propose un modèle d'affectation de crédit selon plusieurs critères dont l'activité.

MIG PASS et MIG Précarité

Financement contribuant à l'ensemble des frais engagés par l'hôpital dans la prise en charge ambulatoire des publics démunis

Dotations PASS



MIG PASS

(dispositif adaptés aux personnes en situation de précarité, visant à leur faciliter l'accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits)

- ➔ Pilotage régional
- ➔ Dotations historiques
- ➔ Enveloppe stable
- ➔ Périmètre : Prise en charge et accompagnement (hors hospitalisation et consultations facturables) de patients en situation de précarité visant à **faciliter leur accès au système de santé**, et à les **accompagner** dans les **démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits**

MIG Précarité

(compense les surcoûts organisationnels et structurels générés par la présence, dans une proportion plus forte que la moyenne, de patients précaires au sein de la population prise en charge dans l'ES)

➔ Modèle national

➔ Indicateurs actuels :

1. proportion des séjours CMU, CMUC, AME (seuil fixé à 10,5% de la patientèle, montant réparti au prorata du nombre de séjours CMU, CMUC, AME d'après les données CNAMTS)
2. seuil plancher à 40 K€ pour éviter les dispersions de financements ;
3. paramètres identiques aux secteurs publics et privés

Le modèle transitoire 2014-2015 *(actuellement en construction)*

- ➔ l'introduction de nouveaux critères de modulation de la MIG (notamment l'introduction des codes Z et des critères géopopulationnels) ;
- ➔ la disparition progressive des critères de l'ancien modèle et la montée en charge des nouveaux critères (dont certains restent à fiabiliser)

— Les obligations pour les PASS

- Participation à la mission de lutte contre les exclusions sociales et les inégalités de santé :
 - Faciliter l'accès aux soins des plus démunis
 - Apporter une prise en charge sans délai, si possible sans rendez-vous préalable et veiller à la continuité des soins
 - Offrir un accompagnement spécifiquement dirigé vers un accès aux soins de droit commun
 - Engager une approche pluridisciplinaire (sociale et médicale) des problématiques de santé du patient et s'assurer que tout patient dispose des conditions d'existence suffisantes pour poursuivre son traitement
 - Développer des liens en interne avec les différents services hospitaliers et activer en externe un travail partenarial au bénéfice de la personne sur le bassin de vie de celle-ci .
- Les PASS sont incluses dans la fiche d'engagement dans les CPOM des établissements de santé.

— SOMMAIRE

- **1) Etats des lieux**
 - Rappel des textes sur les PASS
 - **Les PASS en France**
 - Les PASS en Région Ile de France
 - Les PASS en Seine St. Denis
- **2) Travaux en cours au niveau de la coordination régionale**
 - Accompagnement territorial / transversal
 - Plan de travail à poursuivre



— Les PASS en France

- 430 PASS recensées par une enquête de la DGOS en 2013 dont 368 généralistes, 18 dentaires et 44 en milieu psychiatrique.
- Un lien fort avec les urgences (rattachement au pôle urgence dans un cas sur 2)
- 1,92 ETP en moyenne dont 0,94 de travailleur social
- PASS encore peu médicalisées (1/3 non médicalisées et 1/5 avec un temps médical < 0,1 ETP)
- 22 régions en métropole dont 14 ont une coordination
5 régions en outremer dont une a une coordination
 - Une coordination régionale en Ile de France depuis décembre 2013

— Des constats généraux dès 2007

- Des disparités dans les moyens mis en œuvre sur le terrain par les établissements de santé pour remplir leurs obligations dans la cadre de la mission PASS qui leur est confiée.
- Des besoins de connaissance / reconnaissance des dispositifs PASS que ce soit en interne (dans le milieu hospitalier) qu'auprès des partenaires publics et associatifs.
- Des besoins de mobilisation des partenaires dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale afin que chacun joue son rôle dans l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis.

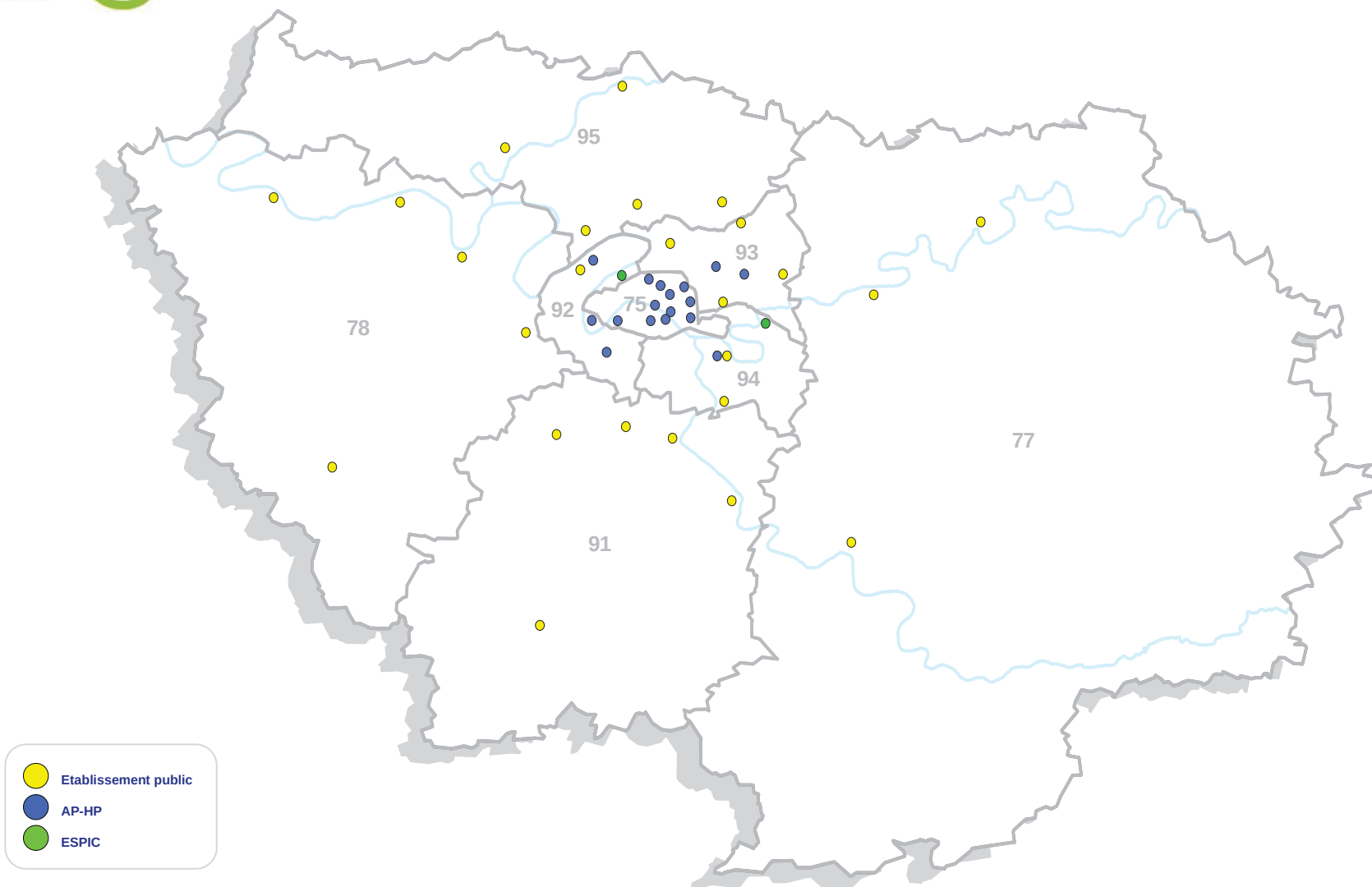
— Des critères qui se précisent en juin 2013 (circulaire DGOS)

- Une coordination médicale ET sociale (= nécessité d'un référent médical et d'un référent social)
- Permettre l'accès à l'ensemble des consultations spécialisées de l'hôpital + au plateau technique + médicaments de la pharmacie hospitalière
- La Pass doit être connue au sein de l'établissement de santé (= information / communication dans l'ensemble des services) ainsi qu'à l'extérieur
- La PASS doit être facilement accessible / visible / identifiée pour les patients
- Chaque PASS doit se doter d'un comité de pilotage (réunion au moins 1 fois par an) qui impulse la visibilité et inscrit la PASS dans le réseau médico social local

— SOMMAIRE

- **1) Etats des lieux**
 - Rappel des textes sur les PASS
 - Les PASS en France
 - **Les PASS en Région Ile de France**
 - Les PASS en Seine St. Denis
- **2) Travaux en cours au niveau de la coordination régionale**
 - Accompagnement territorial / transversal
 - Plan de travail à poursuivre

Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) (Dotations MIG) Ile-de-France



— En Ile de France: plusieurs études et états de lieux

- En 2012: une enquête construite par un groupe de travail PASS avec différents acteurs en lien avec une équipe transversale de l'ARS : premier recensement quasi exhaustif (4 non répondants) / données 2011
 - En 2013: l'enquête est reprise et simplifiée par la DGOS (2 non répondants en Région d'Ile de France) / données 2012
 - En 2014: mise en place d'un rapport d'activité standardisé régional pour les PASS généralistes et bucco-dentaires (100% de répondants) / données 1^{er} semestre 2014
- = *les PASS regroupent des entités très diverses tant par le profil des personnes reçues que par leur mode de fonctionnement.*



— Recensement des dispositifs

- 47 sites hospitaliers ont reçu en 2013 et 2014 des MIG PASS.
- 6 sites hospitaliers regroupent plusieurs dispositifs PASS (équipes différentes)
 - St. Louis (75): MCO + dermatologique
 - Pitié Salpêtrière (75): MCO + buccodentaire
 - Louis Mourier (92): MCO + buccodentaire
 - Max Fourestier (92) : MCO + Psy
 - Delafontaine (93) MCO + fauteuil buccodentaire
 - H. Mondor (94) : MCO + buccodentaire + psy
- Au total 59 dispositifs PASS :
 - 48 MCO + 11 spécialisées

— Les PASS « spécifiques »

- 2 PASS **dédiées externes** à l'hôpital (Créteil 94 et Pontoise 95)
- 1 PASS spécialisée en **dermatologie** (à St. Louis, Paris)
- 1 PASS avec **action mobile** : maraudes dans le Bois de Boulogne (Ambroise Paré 92)
- 4 PASS **buccodentaires**:
 - Pitié Salpêtrière (75) : opérationnelle
 - Louis Mourier (92) opérationnelle depuis le 4^o trim. 2013
 - Henri Mondor (94) opérationnelle
 - *-Une nouvelle PASS buccodentaire au sein de la PASS PSY de Paris non encore opérationnelle*
- 6 PASS **PSY** (Financement DAF)
 - Maison Blanche / St. Anne (75)
 - Barthelemy Durand (91)
 - Max Fourestier (92)
 - Ville Evrard (93)
 - H. Mondor (94)
 - Les Murets (94)

— Les 48 PASS généralistes en Région d'Ile de France en 2014

- 8 PASS généralistes sont rattachées au pôle des Urgences, et 12 ont une articulation formalisée avec le SAU
- La dimension sociale reste prédominante (ETP). Les référents médicaux sont clairement identifiés dans 36 PASS.
 - *En 2012 elles étaient 27 à avoir un référent médical*
- L'ensemble des PASS permet l'accès à l'ensemble des consultations spécialisées de l'hôpital, au plateau technique et aux médicaments de la pharmacie hospitalière
 - *En 2012 elles étaient 39*
- 29 PASS ont un Comité de Pilotage constitué
 - *En 2012 elles étaient 20*

— Le fonctionnement des PASS

- 18 PASS ont organisé des actions de sensibilisation/ communication / information pour faire connaître la PASS auprès des acteurs externes lors du 1^{er} semestre de 2014
- 21 PASS ont des conventions formalisées avec des partenaires dont 11 concernant la domiciliation administrative
- 3 PASS peuvent domicilier à l'hôpital pour l'AME
- 12 ont signé une convention avec la CPAM de leur département
- 14 connaissent les modes d'adressage
- 5 ont des moyens / outils pour estimer le nombre d'orientation en ville

— La patientèle des PASS

- La file active globale estimé pour 2014 est de 47 000 personnes environ
 - Dont 44% sont primo consultants
- Majoritairement des hommes
- Une patientèle « jeune » (20-40)
- Majoritairement originaire des pays hors UE
- Dont le principal mode d'hébergement / logement est la famille / amis
- Qui arrive en PASS sans aucune couverture médicale
- Et sans revenu déclaré

— SOMMAIRE

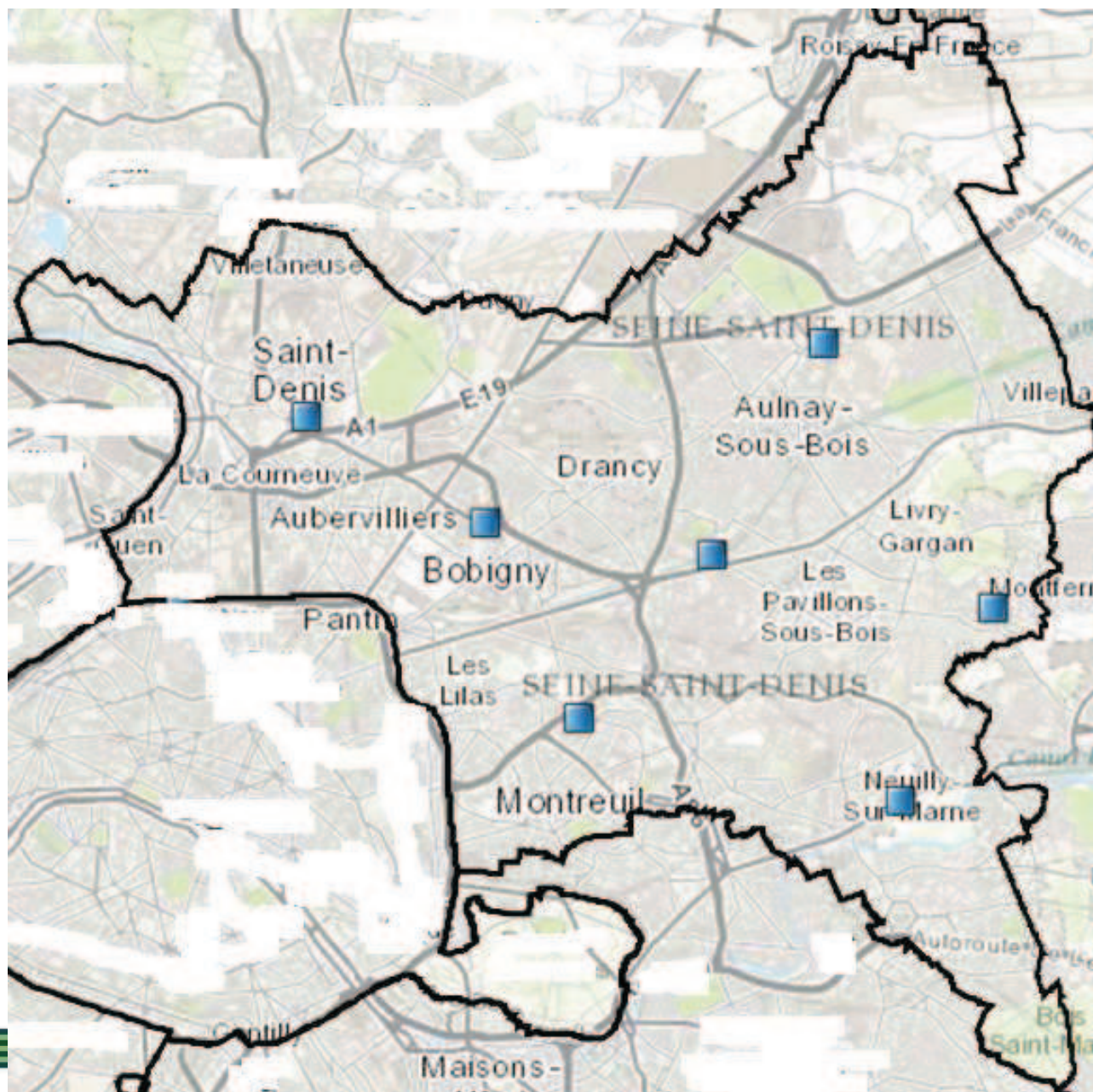
- **1) Etats des lieux**
 - Rappel des textes sur les PASS
 - Les PASS en France
 - Les PASS en Région Ile de France
 - **Les PASS en Seine St. Denis**
- **2) Travaux en cours au niveau de la coordination régionale**
 - Accompagnement territorial / transversal
 - Plan de travail à poursuivre



**Les
PASS
de
Seine
Saint
Denis**

- CH Robert Ballanger – Aulnay
- CHU Avicenne - Bobigny
- CHU Jean Verdier -Bondy
- CH Raincy Montfermeil
- CH André Grégoire - Montreuil
- CH Delafontaine -St. Denis
- CH Ville Evrard- Neuilly /Marne
(PASS PSY)

Les PASS de Seine Saint Denis



L'annuaire

3 PASS du 93 ont fourni l'ensemble des éléments

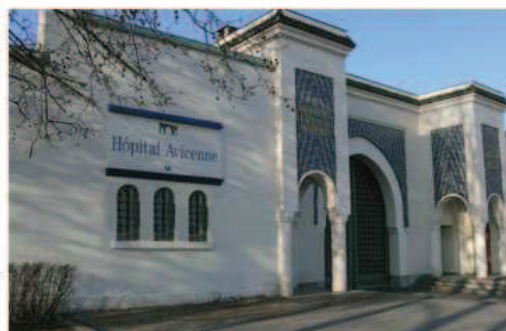


« Vous avez besoin de soins ? Vous n'avez pas d'assurance maladie et vous avez des difficultés financières ? Vous pouvez vous rendre à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé.

PASS VILLERME

de l'Hôpital Avicenne
125 rue de Stalingrad
93000 Bobigny

Une équipe médicale, paramédicale et sociale vous accueillera et évaluera votre situation médicale et sociale pour vous accompagner vers les soins et vous conseiller dans les démarches administratives à suivre ».



« Les soins ne sont pas gratuits ! En fonction d'une évaluation médicale et sociale la PASS pourra vous aider à trouver une prise en charge financière de tout ou partie des soins »

Comment contacter la PASS ?



assistante de service social de la PASS Villermé : 01.48.95.54.81
Accueil de la polyclinique : 01.48.95.11.06

Où trouver la PASS ?

Entrer par le bâtiment Larrey, Porte 1. L'accueil de la polyclinique se situe en face.

Comment venir à l'hôpital ?

Métro : La Courneuve - 8 mai 45 (ligne 7) - Pablo Picasso (ligne 5)
Tramway 1 au départ des stations de métro (arrêt Hôpital Avicenne)

Comment fonctionne la PASS ?

Vous avez plus de 18 ans, vous avez besoin de voir un médecin :
vous pouvez être accueilli à la PASS Villermé.

- Les consultations de médecine générale sont sans rendez-vous : lundi, mercredi et vendredi de 14h à 17h; mardi et jeudi de 9h à 12h.
- Après avoir vu le médecin, l'assistant(e) social(e) de la PASS vous recevra sans rendez-vous.
- Après votre première consultation médicale, si nécessaire, le médecin pourra vous adresser à une consultation médicale spécialisée de l'hôpital accessible sur rendez-vous.

Quelles sont les prestations accessibles à travers la PASS ?

Consultations de médecine générale
Consultations de médecine spécialisée
Accompagnement social et aide à l'ouverture de droits à l'assurance maladie
Possibilité de remise de médicaments sur ordonnance médicale du médecin du service
Prise de sang
Radios



— Le Rapport d'activité annuel

— 5 PASS (généralistes) du 93 ont participé aux réunions en DT de préparation pour valider les indicateurs du rapport d'activité (équipes et directions)

— Toutes les PASS du 93 ont rempli le Rapport d'Activité en ligne (pour le premier semestre 2014) *malgré quelques désagréments techniques! ;-)*

- L'ensemble des PASS (48 généralistes et 3 buccodentaires) a renseigné le rapport d'activité.
- *En 2012 elles étaient 26 à produire un rapport d'activité (pouvant être celui du Service Social)*

— L'organisation des 6 PASS généralistes du 93 en quelques chiffres

- 3 PASS ont des référents médicaux clairement identifiés
- 4 ont des outils informatiques pour capitaliser l'activité propre à la PASS
- 4 ont un comité de pilotage
- 3 ont des conventions partenariales formalisées
 - Dont conventions pour domiciliation administrative (1 PASS de Seine St. Denis domicilie à l'Hôpital /AME. (3 PASS en Région d'Ile de France)
- 5 (+ 1 en cours de négociation) ont des conventions partenariales formalisées avec la CPAM 93

— La patientèle des PASS généralistes du 93 en quelques chiffres

- Une file active globale pour le 1^{er} semestre 2014 estimée à 3475 personnes
 - Dont 1407 hommes
 - Dont 1287 femmes
 - Dont 781 non renseigné
- D'un âge compris entre 25 et 45 ans
- Principalement sans aucune couverture médicale à l'arrivée en PASS, ex.
 - 94% à St. Denis
 - 93% à Avicenne
 - 49% au Raincy Montfermeil
 - 48% à André Grégoire
- Sans ressource déclarée



— SOMMAIRE

- 1) Etats des lieux

- Rappel des textes sur les PASS
- Les PASS en France
- Les PASS en Région Ile de France
- Les PASS en Seine St. Denis

- 2) Travaux en cours au niveau de la coordination régionale

- Accompagnement territorial / transversal
 - Plan de travail à poursuivre

— A partir de 2015

- **Le guide annuaire des PASS: Un outil pour faciliter la communication et l'orientation des patients en interne et en externe**
- **Un rapport d'activité standardisée grâce à la mise en place d'un système d'information spécifique aux PASS.**



— Les travaux à poursuivre

Des thématiques liées aux axes prioritaires du PRAPS

— Visibilité et accès aux PASS

- un logo, signalétique, guide annuaire, plaquette....

— Echanges sur les pratiques et capitalisation

- Protocoles, contenu de convention, interprétariat (outils de communication)...

— Evaluation et valorisation du travail des PASS

- SI, rapport d'activité, études...

— Les publics / dispositifs spécifiques

- Mineurs, transgenres, Roms, grands exclus, sortants de prison, patients psychiatriques, pathologies chroniques, bucco-dentaires, périnatalité...

— Réflexions sur les besoins d'évolution des dispositifs

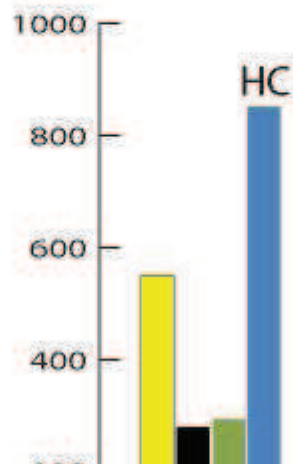
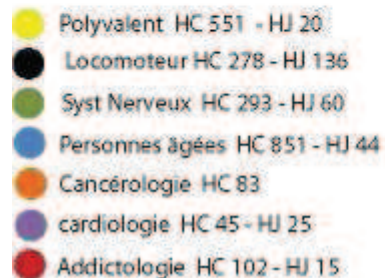
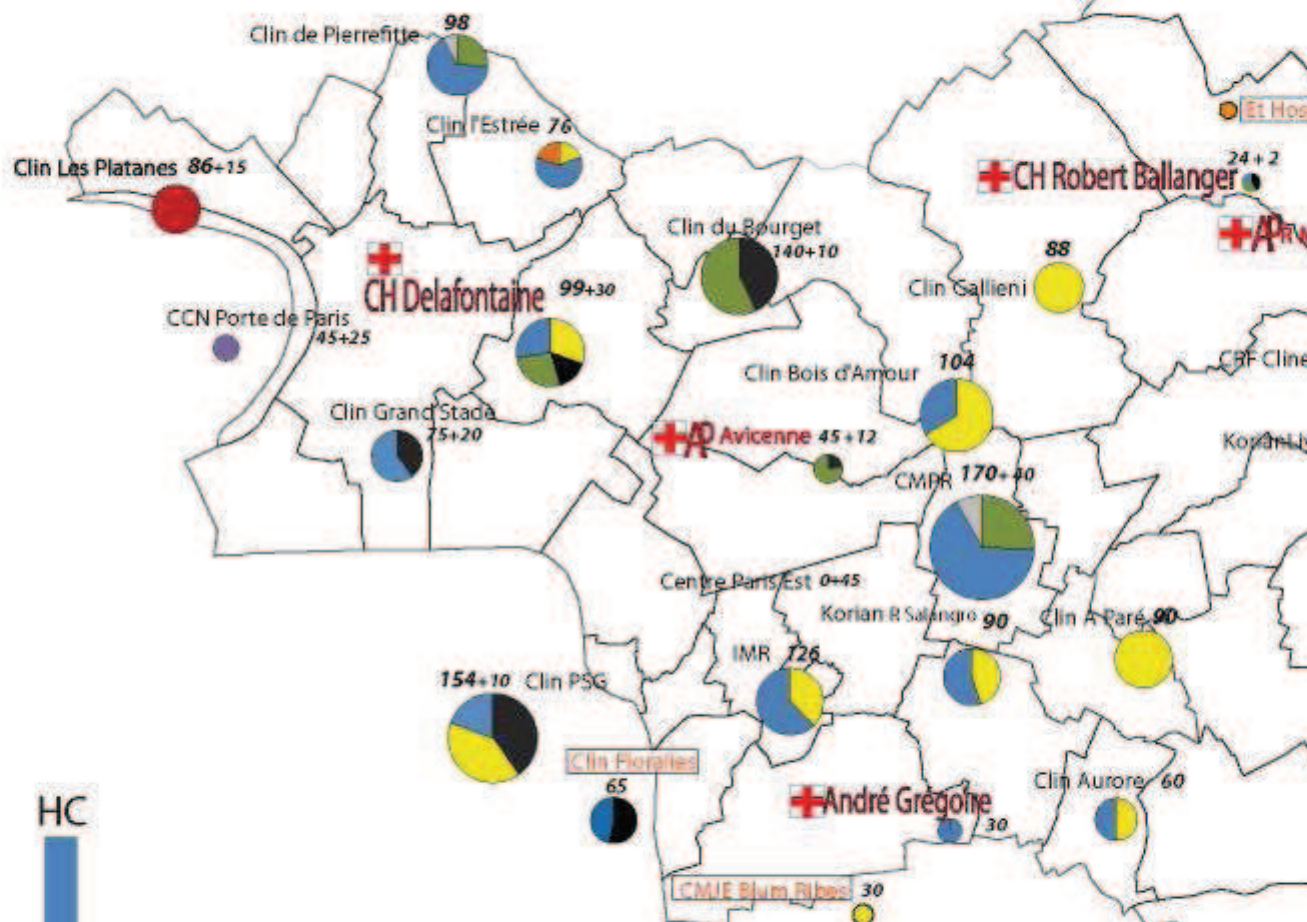
- Liens avec les autres dispositifs spécifiques (LAMPES et PASS ambulatoires et autres)
- Inscription des recommandations régionales et nationales de santé publique (prévention, dépistage, orientations...)

— Des actions de communication / échanges / restitution des travaux :

Journée des PASS franciliennes, expérimentations, la place des usagers...

— ***MERCI DE VOTRE
ATTENTION***







Présentation croisée des missions du Service Social Départemental et du Service Social Hospitalier

Graziella Jaccod, responsable de la circonscription
de service social de Montfermeil/Coubron
et

Catherine Ribaille, cadre socio-éducatif au GHI
Le Raincy-Montfermeil

seine-saint-denis
LE DÉPARTEMENT

Groupe Hospitalier Intercommunal
Le Raincy-Montfermeil 



Cadre légal et positionnement de ces deux services publics

Service Social Départemental

- Les lois de décentralisation désignent le département comme chef de file de l'action sociale
- Le service social départemental se charge de la mise en œuvre des orientations définies en la matière
- Les circonscriptions de service social de polyvalence de secteur sont des services généralistes

Service Social Hospitalier

- Les hôpitaux de Seine-Saint-Denis sont en offre de soins sur le territoire
- Le décret 93-652 du 26.03.1993 définit les missions du service social hospitalier
- Le service social hospitalier est spécialisé auprès des patients



Les missions sont communes

- Accueil, écoute, information, évaluation et orientation
- Accompagnement social de la personne et de sa famille/entourage
- Actions de prévention auprès du public



Le public

Service Social Départemental

- Habitant sur le territoire de la circonscription.
- Si pas d'ancrage sur celui-ci, désignation possible d'une circonscription de référence en charge de l'accompagnement social

Service Social Hospitalier

- Patient venant aux urgences, en consultation ou hospitalisé
- Pas de notion de territoire



Porte d'entrée

Service Social Départemental

- Tous les domaines de la vie quotidienne
- De l'accès aux droits à l'insertion en passant par la prévention et protection de l'enfance, des personnes vulnérables...

Service Social Hospitalier

- Accès aux droits et aux soins avec des intrications dans tous les domaines de la vie quotidienne du patient



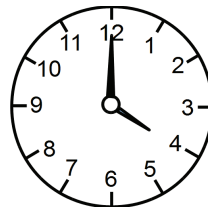
La temporalité

Service Social Départemental

- Pas de durée
- Rythmée par la demande de la personne et les besoins identifiés par l'assistant social
- Possibilité de contractualiser l'accompagnement

Service Social Hospitalier

- Durée de l'hospitalisation
- Adaptée-ajustée en fonction de la situation du patient et des services spécifiques



L'assistant social est autorisé à partager des informations

- Dans l'intérêt de la personne et avec son accord
- Strictement nécessaires à la compréhension de sa situation

Réunions pluri-
professionnelles (RPP)

Réunions d'Évaluation
de Situations d'Adultes
en Difficulté (RESAD)



Synthèses

Staff médico psycho
social



Regards croisés et complémentaires
Prise en charge globale de la personne



- Le patient/l'utilisateur doit rester au cœur de nos interventions et ce dans le souci d'un accompagnement global
- Nous souhaitons réaffirmer l'engagement de nos services respectifs à travailler en partenariat tout en gardant nos spécificités



Le staff médicopsychosocial dans le cadre d'un suivi de grossesse et d'une sortie de maternité

Céline COLBEAU, assistante sociale,
Maternité de Jean Verdier - APHP

Hélène DECROIX, médecin responsable Bureau
Protection maternelle/périnatalité Service de PMI
Conseil général de Seine-Saint-Denis

Valérie THÉODORE, sage-femme cadre de suites de
couches et coordinatrice du staff de parentalité
Maternité de Jean Verdier





Objectifs des staffs médicopsychosociaux

- Améliorer la prise en charge globale des femmes vulnérables en articulant la ville et l'hôpital
- Organiser le suivi conjoint des grossesses
- Anticiper les difficultés à toutes les étapes du parcours périnatal (prénatal, accouchement, suites de couches et sortie de maternité)



Composition du staff

- Personnel hospitalier
 - => Sages-femmes cadre de consultation, de suites de couches, de grossesse à risque, assistantes sociales, pédopsychiatre et psychologue
- Professionnels de PMI
 - => Sages-femmes toujours et puéricultrices, selon les situations présentées, responsable de circonscription de PMI
- Animation par la coordinatrice du réseau

*Nécessité d'un référent hospitalier qui assure le suivi des propositions
et des décisions*



Quel type de situations ?

- Ne sont pas éligibles les femmes ayant un problème strictement médical ou social
- Critères de présentation au staff :
 - ✓ Histoires obstétricales lourdes (MFIU, dépression post natale...)
 - ✓ Mineures
 - ✓ Troubles « psy »
 - ✓ Antécédents de violences
 - ✓ Addictions
 - ✓ Isolement social
 - ✓ Difficultés dans la création du lien mère/enfant

=> Le plus souvent ces facteurs sont associés



Pré requis pour la présentation d'un dossier au staff

- Les patientes doivent toujours être informées de la présentation de leur dossier au staff, de la raison et du contenu de cette présentation
- Les différents professionnels présents ne doivent partager que les informations nécessaires et utiles à la prise de décision sur la situation des patientes



Quel intérêt pour la femme ?

- Être accompagnée par des professionnels se connaissant et travaillant ensemble
- Être confiée par le professionnel qui suit sa grossesse à l'équipe de la maternité
- Être attendue par les hospitaliers et prise en charge dans sa globalité
- Savoir que son histoire est connue et ne pas être obligée de la répéter



Quel intérêt pour la maternité ?

- Connaissance de l'environnement des patientes (contexte de vie, hébergement...)
- Meilleure qualité de la prise en charge globale
- Anticipation des situations difficiles
- Durée d'hospitalisation possiblement raccourcie par le travail en amont



Quel intérêt pour la ville?

- Préparation du retour à la maison très en amont de celui-ci
- Espace privilégié d'attention porté par les hospitaliers aux difficultés des patientes
- Prise en compte par l'hôpital des spécificités des services extérieurs : connaissance de la population, de l'environnement, visites à domicile...
- Liens privilégiés avec les professionnels du plateau technique



Conclusion

- Le staff médicopsychosocial est devenu un outil essentiel à la prise en charge globale des femmes, tant sur le plan médical, que social, psychique ou familial.
- Il amène les professionnels de formation et d'institutions différentes à réfléchir ensemble, à confronter leurs points de vue et à s'ajuster, afin d'offrir un accompagnement de qualité à des femmes en situation de grande vulnérabilité.



Présentation

Situation traitée au staff de la maternité de Jean Verdier

- Coordinatrice du staff de parentalité : Valérie Théodore
- Assistante sociale de la maternité : Céline Colbeau

=> Le prénom « Marion » est donné pour préserver l'anonymat de la patiente



Présentation au Staff Médicopsychosocial

- Orientée vers le Staff médicopsychosocial à 20 SA+1
- Présentée pour la première fois au staff à 23 SA ½.
⇒ Décision de présenter la situation de Marion tous les mois pour s'assurer des modalités de prise en charge de la patiente.
- Deuxième présentation à 27 SA
- Troisième présentation à 33 SA



Première présentation en staff à 23 SA ½

- Marion est informée par le médecin de la présentation de sa situation au Staff. Elle a signé l'accord de consentement.
- Présentation du dossier permet l'élaboration d'un partenariat avec les différents professionnels concernés par la situation : la sage-femme et la puéricultrice de PMI, l'assistante sociale de secteur, le secteur psychiatrique, la pédopsychiatre et l'assistante sociale de maternité
- Proposition de synthèse
- Décision de présenter la situation de Marion mensuellement jusqu'à l'accouchement.



Première rencontre avec le service social de la maternité

Agée de 23 ans, Marion est enceinte d'environ 5 mois. Nous la rencontrons suite à l'orientation par le médecin de la maternité de l'hôpital au staff médicopsychosocial pour :

- Des violences conjugales, ayant mené à une rupture d'hébergement. Elle attend une prise en charge hôtelière par le 115, après avoir été accueillie deux semaines par l'association SOS Femme.
- Une addiction au cannabis arrêtée en début de grossesse.
- Un trouble psychiatrique sous traitement.

Marion rencontre régulièrement l'assistante sociale de polyvalence de secteur depuis sa séparation d'avec son concubin. Marion n'a aucune ressource et sa sécurité sociale n'est pas à jour.



Deuxième présentation en staff à 27 SA

- Retour sur la synthèse organisée dans les locaux de la maternité où étaient présents la sage-femme et la puéricultrice de la PMI, l'assistante sociale de secteur, des représentants du secteur psychiatrique, l'assistante sociale et la pédopsychiatre de la maternité.
- Poursuite de la prise en charge globale de la situation.
- L'instabilité de Marion par rapport au logement met en péril certains projets.



Suivi social pendant la grossesse

- L'assistante sociale de polyvalence de secteur informe que des demandes d'accueil en centres maternels ont été transmises mais que Marion maintient son souhait d'intégrer un logement autonome.
- L'accouchement approchant, Marion sollicite une hospitalisation en service de psychiatrie parce que dit-elle, elle « *ne se sent pas bien, et ne veut pas rester seule en ce moment* ».
- Une hospitalisation en unité prénatale à l'hôpital Le Vésinet est envisagée. Un accord est donné pour une admission mais Marion la refuse, expliquant être trop préoccupée par ses démarches à mener et ne pas souhaiter s'éloigner de son secteur.

Troisième présentation en staff à 33 SA

- Le suivi de Marion se maintient. Marion honore tous les rendez-vous proposés internes ou externes à l'hôpital.
- Le projet d'unité mère-bébé est mis à mal par une absence de logement fixe.
- Une réunion pluriprofessionnelle a été fixée.
- La conduite à tenir en suites de couches est évoquée. Il est alors convenu d'en reparler lors du prochain staff, un mois plus tard.
- Mais à 8 mois de grossesse, quelques jours avant le prochain staff, Marion se présente en travail spontané. On diagnostique une hypotrophie et des anomalies doppler rendant le bébé fragile. Elle accouche par césarienne pour anomalies du rythme : le bébé hypotrophe est transféré dans le service de néonatalogie de l'hôpital.



Suivi post accouchement

- Rencontre avec le père du bébé de Marion.
- Quelques jours après la naissance du bébé, une RPP (Réunion Pluri-Professionnelle) est tenue. Une TISF Prévention est accordée au vu des inquiétudes et de la fragilité de la situation.
- Un accueil au sein de la structure d'accueil d'urgence mère-enfant CDEF Georges Sand à Saint-Denis est envisagé pour la sortie de la maternité mais elle le refuse.
- Elle n'adhère pas non plus au projet d'hospitalisation en unité mère-bébé car elle dit « *se sentir bien sur le plan psychique* ».
- Un secteur psychiatrique est défini pour assurer en ambulatoire le suivi de Marion.



Projets

- Hôpital Le Vésinet – Service de soins en périnatalité :

Le service de soins en périnatalité est spécialisé dans le suivi médical, psychologique et social de la mère et de l'enfant avant et après la naissance, ce service comprend deux secteurs essentiels à la vie des jeunes femmes : un secteur d'hospitalisation pré et post natale et des consultations externes.

- Foyer d'Urgence Georges Sand (Centre Départemental de l'Enfant et de la Famille du 93)

Financé par le Conseil Général, il a pour principale mission celle de l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance). Il accueille des mères et des enfants (de 0 à 3 ans), en rupture d'hébergement, pour une mission d'évaluation de la relation mère/enfant(s) et d'orientation dans le service le plus adapté pour la famille.

Sortie de la maternité - Projets

- La sortie de l'hôpital se fait environ un mois après la naissance de l'enfant. Les observations transmises par les équipes médicales font part d'une relation mère-enfant adaptée.
- Marion et son bébé sont accueillis au domicile de ses parents. Mais elle espère intégrer rapidement son propre logement.
- Elle dit essayer de maintenir un lien entre son enfant et son ex-compagnon.
- Marion prendra de nouveau contact à deux reprises avec le service social de la Maternité après sa sortie de l'hôpital pour annoncer que « *les choses se sont arrangées* » : un logement se libère prochainement, proposé par le bailleur qu'elle avait contacté plusieurs fois, et elle l'intégrera d'ici environ un mois. Ses prestations de la CAF et sa Sécurité Sociale sont à jour.
- A ce jour, une TISF Prévention intervient deux fois par semaine au domicile de ses parents. La PMI poursuit également le suivi de Marion et l'enfant.

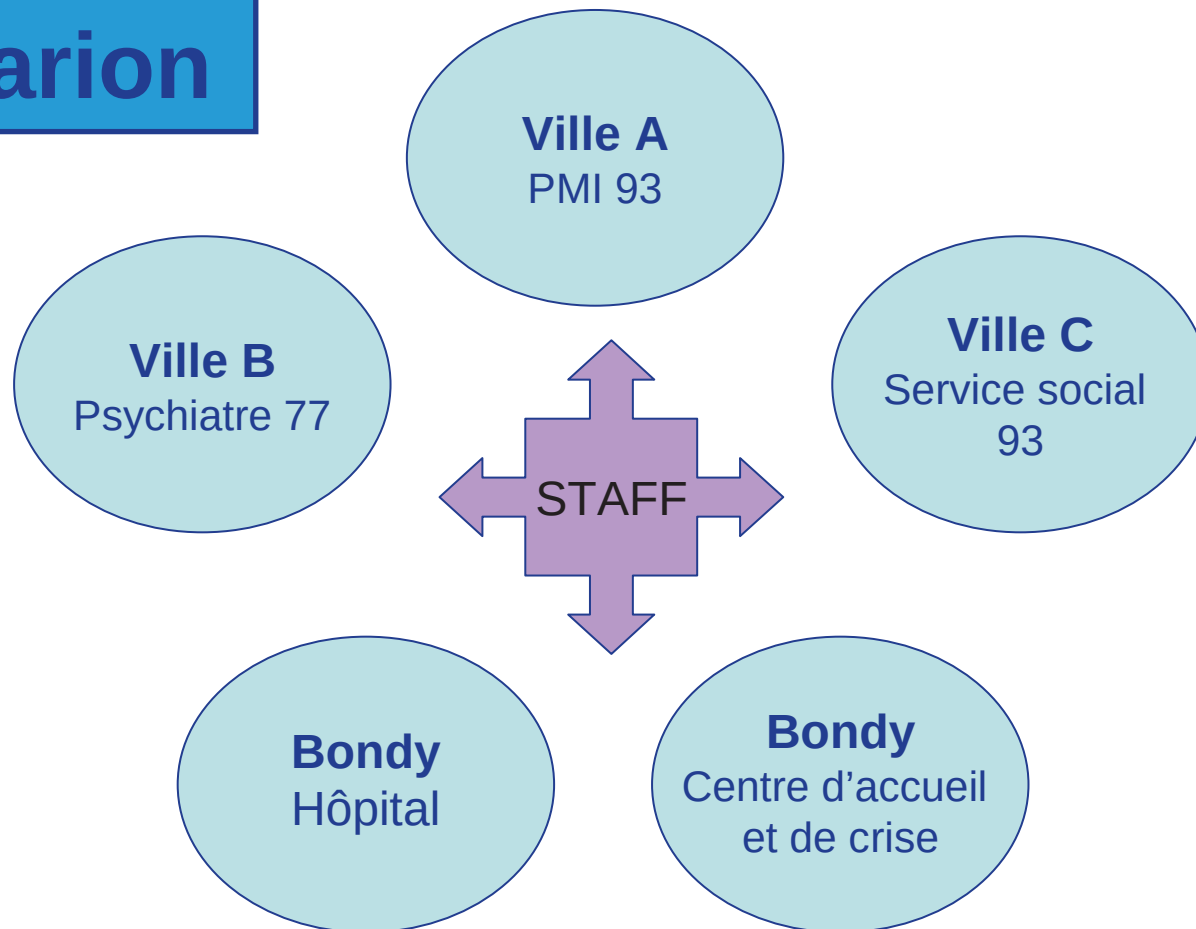


Continuité de la prise en charge pluri-professionnelle

- Suivi par les services PMI avec visites à domicile
- Mise en place d'une TISF Prévention (Technicien(ne) d'intervention sociale et familiale)
- Suivi Psychiatrique en ambulatoire
- Information Préoccupante transmise à la CRIP



Marion



Conclusions

- Dans cette situation, les professionnels n'ont eu de cesse de se mettre en contact les uns les autres. Le staff médico-psycho-social, où la situation a été présentée 3 fois, a permis de faire régulièrement le point sur l'avancée et les modalités de prise en charge de la patiente.
- En conclusion, pour les professionnels que nous sommes, présenter la situation d'une patiente au staff, c'est considérer que la relation mère-enfant nécessite une évaluation, un accompagnement et un étayage précoce. Cela requiert une solide coordination interprofessionnelle des actions menées autour de la patiente.



Le staff médicopsychosocial dans le cadre d'un suivi de grossesse et d'une sortie de maternité

Céline COLBEAU, assistante sociale,
Maternité de Jean Verdier - APHP

Hélène DECROIX, médecin responsable Bureau
Protection maternelle/périnatalité Service de PMI
Conseil général de Seine-Saint-Denis

Valérie THEODORE, sage-femme cadre de suites de
couches et coordinatrice du staff de parentalité
Maternité de Jean Verdier - APHP





L'accompagnement d'une femme souhaitant accoucher sous le secret

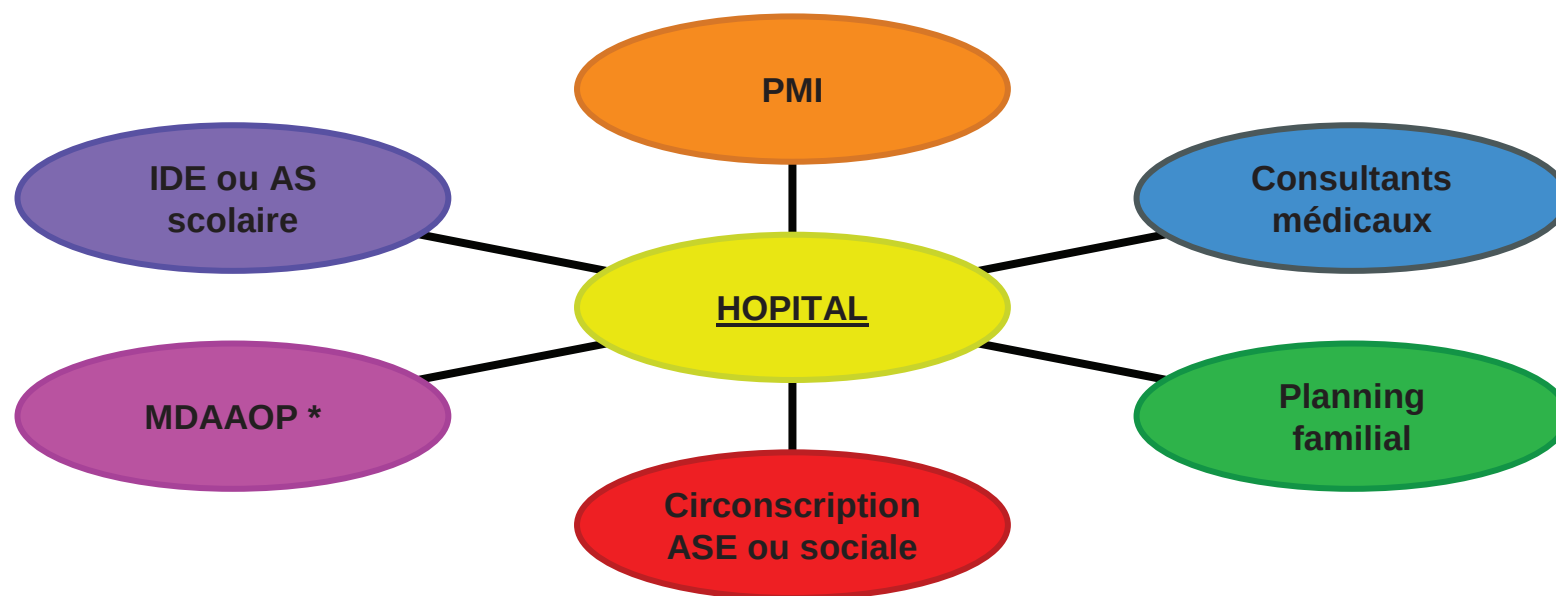
Mélanie Kerhervé, Assistante Sociale
CHI Robert Ballanger

et

Chantal Prononce-Poyol, Psychologue
Maison de l'Adoption, de l'Accès aux Origines et des
Parentalités (MDAOP) - Aide Sociale à l'Enfance
Conseil Général de Seine-Saint-Denis



Orientation des femmes ... par :



* **MDAAOP** : Maison de l'Adoption, de l'Accès aux Origines et des Parentalités



Orientation des femmes ... vers qui ?

Evaluation partagée avec l'interlocuteur pour l'orientation du 1^{er} rendez-vous en fonction de la situation générale et du terme :

- Gynécologue / sage-femme
- Psychologue
- Assistante sociale

4 femmes suivies par le CHIRB en 2014



Missions SSH avant accouchement (1/2)

- **Information générale** sur l'accouchement sous le secret ou la remise de l'enfant à l'ASE
- **Organisation des consultations** au CH : *sage-femme référente avec suivi plus fréquent (env. 2x/mois) et constitution d'un dossier anonyme*
 - *Consultations anonymes et gratuites*
 - *Accouchement pris en charge par l'ASE*
- Interpellation de la MDAAOP ; mise en place du suivi et élaboration de la stratégie de travail
- Si besoin, organisation d'une **mise à l'abri** pendant la grossesse



Missions SSH avant accouchement (2/2)

La collaboration entre les services permet une **prise en charge globale** de la situation de la femme, cependant la question de l'**anonymat** soulève diverses problématiques dans l'accompagnement :

- Travail maintenu dans l'anonymat complet même si l'identité est souvent connue lors de la première rencontre
- Protection de l'enfance ?
- Certaines situations nécessitent des échanges en **synthèses** ou **staff Médico-Psycho-social** (MPS) afin de coordonner l'accompagnement et d'organiser la prise en charge en suite de couches



Missions de la MDAAOP (1/3)

La loi de Janvier 2002 :

- Création du CNAOP (Conseil National d'Accès aux origines Personnelles) : Des correspondants départementaux sont désignés pour informer la femme et recueillir les éléments qu'elle souhaite laisser pour son enfant. Organisation de la réversibilité du secret.
- Accompagnement psychologique
- Accompagnement social



Missions de la MDAAOP (2/3)

Collaborer c'est...

... se faire confiance

... définir les champs d'action de chacun

... élaborer ensemble des stratégies de travail

Missions de la MDAAOP (3/3)

- **Une collaboration prise dans une temporalité singulière**
 - Le Temps de la grossesse
 - Le Temps de la déclaration de naissance (*dans les 3 jours qui suivent le jour de l'accouchement*)
 - Le Temps du délai légal de rétractation (*2 mois à partir de l'établissement des documents auprès de la mère*)
 - **Une collaboration dans le cadre du secret**
...ou comment penser ensemble ce qui n'existe pas.
- => *Expérience (2008-2010) - Réseau psychologues : maternités 93, MDAAOP et Centre départemental enfants et familles (CDEF)*

**PROTEGER, ACCUEILLIR, LUTTER CONTRE LA DISCONTINUITÉ,
TRANSMETTRE SON HISTOIRE AU NOUVEAU-NÉ...
... ENSEMBLE**

Coordination autour de l'accouchement

Parfois les femmes arrivent à l'hôpital pour accoucher sans avoir eu de suivi anténatal. La prise en charge Centre Hospitalier / MDAAOP commence donc directement à cette étape

- Contact avec la MDAAOP pour que le correspondant CNAOP vienne établir l'attestation ou le PV de remise avec la patiente
Délai de 3 jours : déclaration de naissance
- Bébé maintenu en nursery ou néonatalogie en attendant le placement familial adoption ou pouponnière
- Réalisation du journal de naissance de l'enfant par l'équipe de soins en lien avec la MDAAOP
- Possible accompagnement de la femme par le psychologue de la MDAAOP durant le délai de rétractation (2 mois), voire au-delà



L'accompagnement d'une femme souhaitant accoucher sous le secret

Mélanie Kerhervé, Assistante Sociale
CHI Robert Ballanger

et

Chantal Prononce-Poyol, Psychologue
Maison de l'Adoption, de l'Accès aux Origines et des
Parentalités (MDAOP) - Aide Sociale à l'Enfance
Conseil Général de Seine-Saint-Denis





Accompagnement social et sanitaire d'une personne atteinte de tuberculose

Sandra BRETER et Raffaëlla BONASIA

Assistantes sociales, Service de la Prévention et des
Actions sanitaires

Conseil Général de Seine-Saint-Denis

Et

Dr Hugues CORDEL

Praticien Hospitalier, Service de pneumologie et de
maladies infectieuses et tropicales, CH de Saint-Denis





Qu'est-ce que la Tuberculose ?

- La maladie, et les facteurs favorisant la maladie
- **Le dépistage**
 - Systématique
 - Autour d'un cas
- **La prévention**
- Par la vaccination
- Les gestes du quotidien pour éviter la transmission de la maladie



Présentation d'une situation autour de la tuberculose (1/3)

- **Maladie sociale**
- **Travail en équipe** (interne : Direction – Centre départemental de dépistage et de Prévention sanitaire (CDDPS) et le Service départemental des Aides Financières (SDAF)
- **Travail en partenariat**
 - Avec les services hospitaliers
 - Avec les partenaires locaux
- **Importance de la Médiation socio-sanitaire**

Présentation d'une situation (2/3)

- Réception d'une Déclaration Obligatoire
- Visite au lit du malade en binôme Infirmier(ère) /Assistant(e) Social(e)
- Mère enceinte, seule avec ses deux jeunes enfants (vivaient en Allemagne)
- Situation précaire
- Enfants confiés  Malades de la tuberculose
- * Hospitalisation des enfants à Necker
- * Contamination des enfants de la famille hébergeante
- Mère transférée en Sanatorium
- * Sortie  acceptée en qualité d'accompagnatrice
- * Problème d'accès au traitement
- Transmission Information Préoccupante par le service social de l'Hôpital Necker



Présentation d'une situation (3/3)

- * Problème d'hébergement de la maman : transfert des enfants en convalescence
- - Madame à la rue
- * Stabilisée à l'hôtel pour observance du traitement
- * Menaces d'accouchement prématuré ➡ intervention médecin direction pour hospitalisation
- - Hospitalisation de Madame
- * Accouchement
- - Sortie de Madame (AS hospitalière : 115)
- * Reprise des enfants
- * Soutien financier (alimentaire et vestimentaire) à la famille
- - Retour en Allemagne

SIGLES

- BCG : Bacille de Calmette et Guérin
- BK : Le Bacille de Kocch (BK), responsable de la tuberculose
- ITL : Infection Tuberculose Latente
- SC: Sujet Contact, personne de l'entourage proche d'une personne atteinte de tuberculose contagieuse
- Tubertest (vaccin) Quantiféron (prise de sang) : moyens de dépistage de la maladie
- SPAS : Service de la Prévention et des Actions Sanitaires (Cg 93)
- SDAF : Service Départemental des Aides Financières (Cg 93)
- CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
- IP : Information Préoccupante
- CDDPS : Centre Départemental de Dépistage et de Prévention Sanitaire



Accompagnement social et sanitaire d'une personne atteinte de tuberculose

Sandra BRETER et Raffaëlla BONASIA

Assistantes sociales, Service de la Prévention et des
Actions sanitaires

Conseil Général de Seine-Saint-Denis

Et

Dr Hugues CORDEL

Praticien Hospitalier, Service de pneumologie et de
maladies infectieuses et tropicales, CH de Saint-Denis





PLANIR

Présentation

Georgette Laudon, Cheffe de projet PLANIR,
Direction générale adjointe (CPAM)





Contexte

Le Plan Local d'Accompagnement du Non-recours, des Incompréhensions, des Ruptures

- La lutte contre le non-recours aux droits et la prévention des ruptures
 - ✓ répond aux attentes des pouvoirs publics dans le plan quinquennal de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale
 - ✓ s'inscrit dans les objectifs de la convention d'objectifs et de gestion Etat/Assurance Maladie 2014-2017 et la Stratégie Nationale de Santé
- L'Assurance maladie déploie la démarche PLANIR
 - ✓ En collaboration avec les partenaires externes
 - ✓ En mobilisant ses 3 composantes internes : service social, service médical, CPAM

Objectifs

- Repérage des situation de vulnérabilité
 - ✓ De non-recours
 - ✓ De rupture
 - ✓ D'incompréhension
- Mise en place d'actions permettant :
 - ✓ d'anticiper les situations à risque
 - ✓ de proposer des traitements attentionnés des situations dites complexes
 - ✓ d'accompagner l'assuré par des « parcours » appropriés



Formalisation

Une démarche conduite par le service social de la Cramif, le service médical et la CPAM

- **Un diagnostic local** permettant de repérer les situations à risques les plus fréquentes dans le département
- **Des actions** conçues en réponse à ces risques, en s'appuyant si besoin sur **des partenariats externes**
- L'expérimentation et l'évaluation de ces actions

=> En soutien de toutes ces actions, une préconisation de déployer progressivement **l'accueil sur rendez-vous**

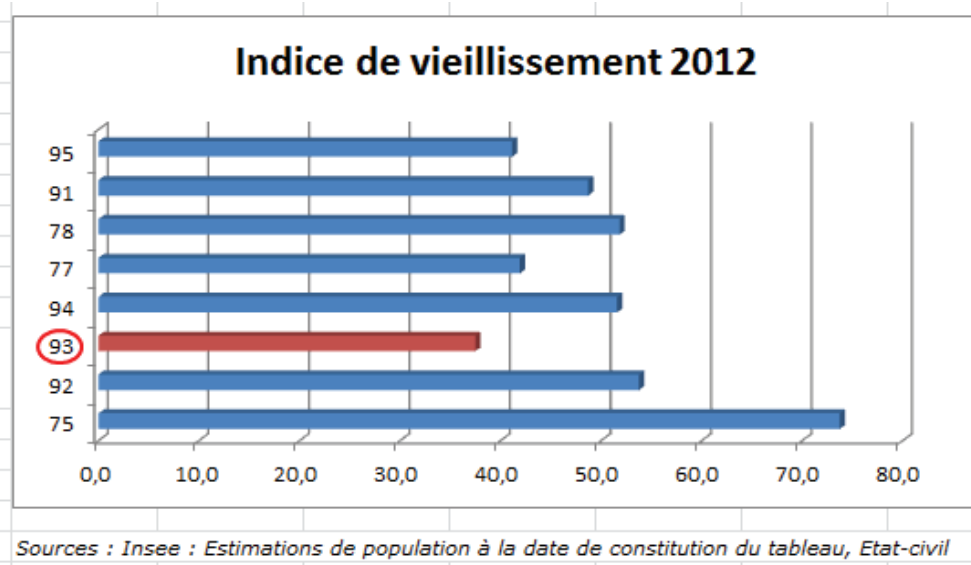


Diagnostic local

Un département jeune :

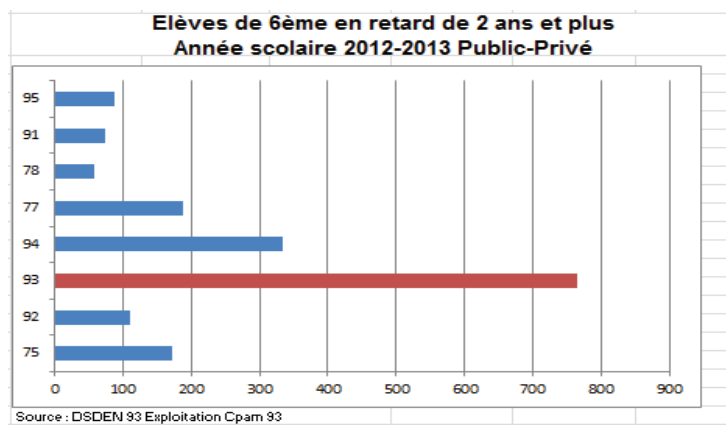
Le nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans.

Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions sur le territoire; plus l'indice est faible plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé plus il est favorable aux personnes âgées.

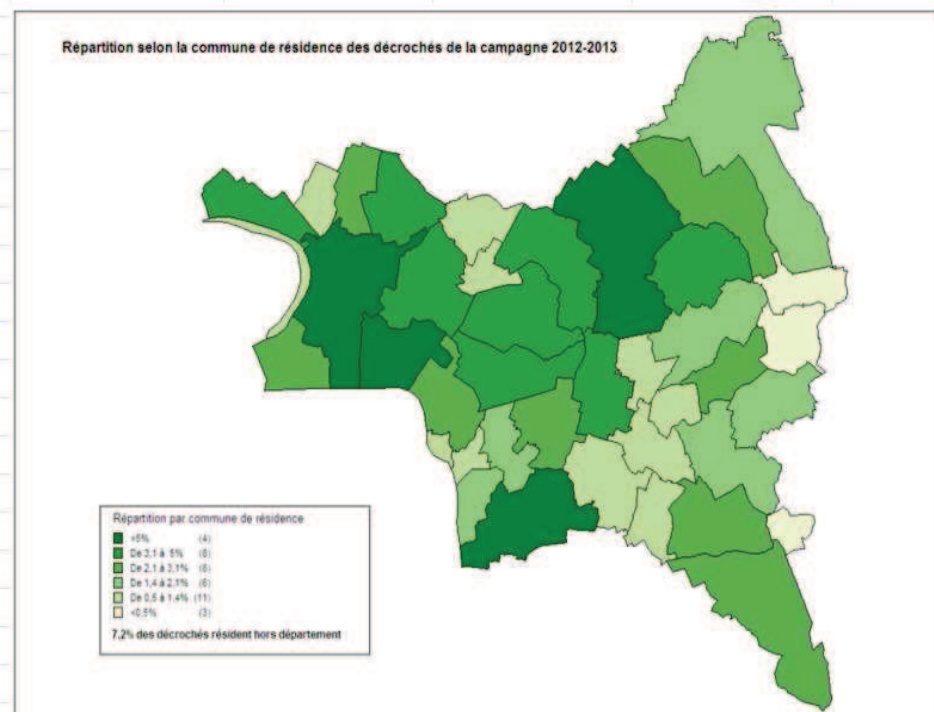
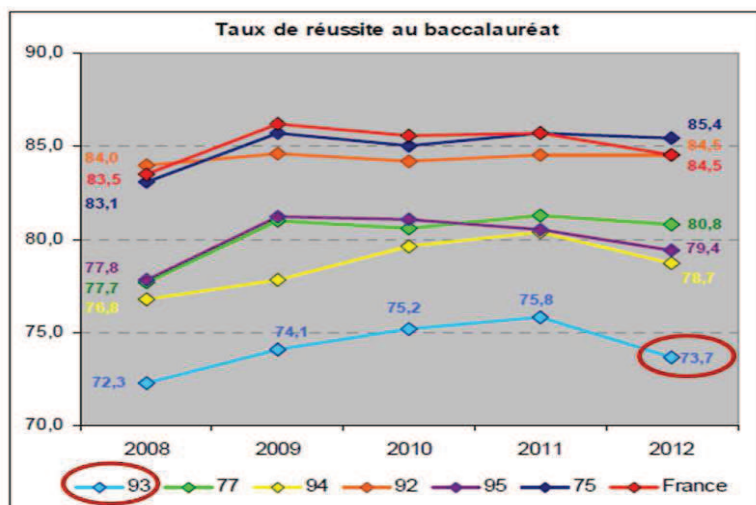


Diagnostic local (suite)

Des difficultés dès l'école :

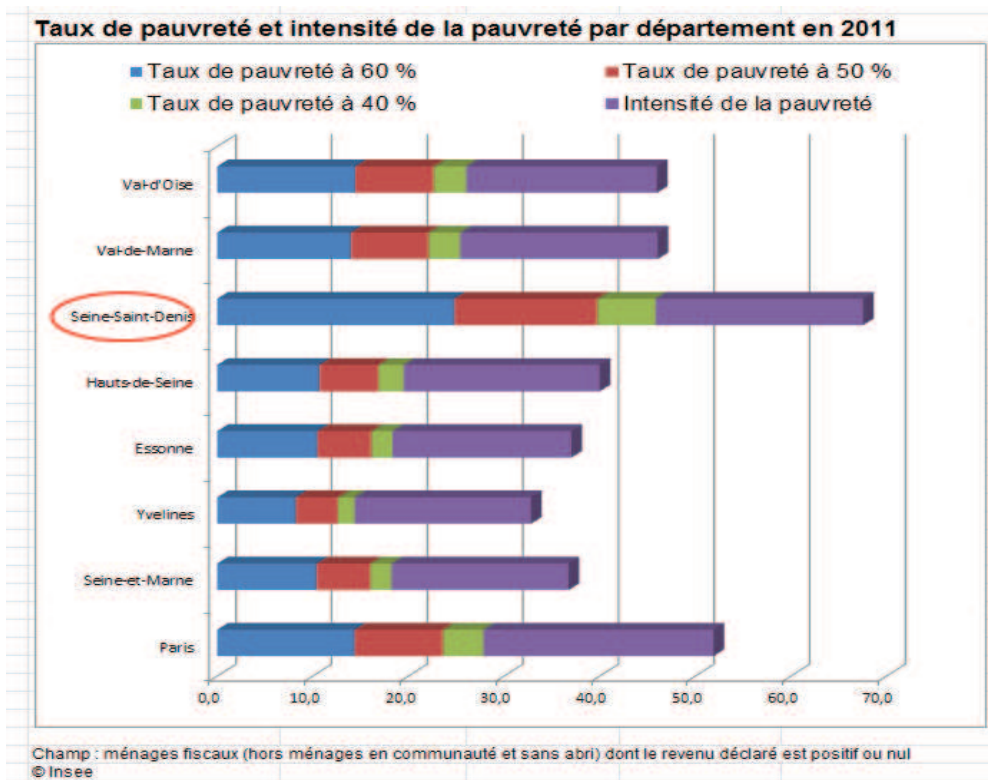


Le décroché de l'éducation nationale, est un jeune de plus de 16 ans non diplômé, qui a rompu sa scolarité depuis moins d'un an (soit du fait d'une interruption de parcours, soit du fait de l'échec à l'examen) et qui n'est plus inscrit dans un établissement au moment où l'on prend en considération sa situation

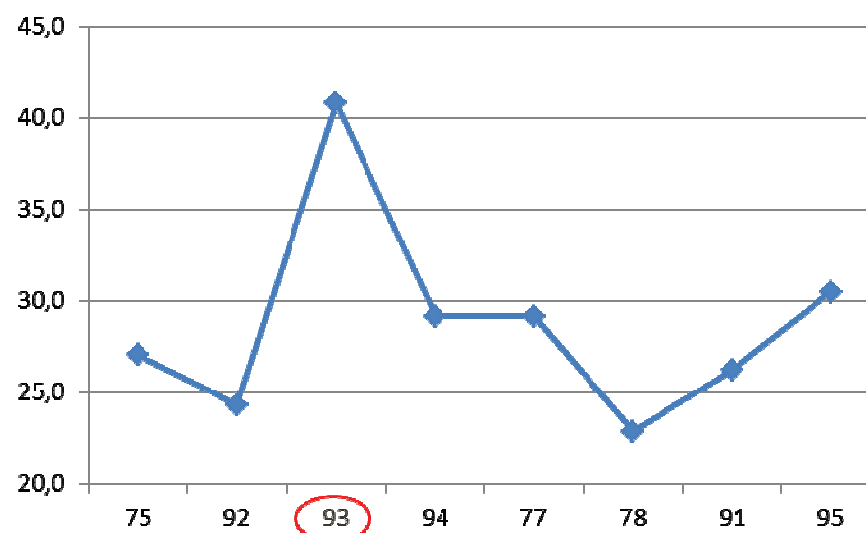


Diagnostic local (suite)

Le plus fort taux de pauvreté de l'île de France :



Part des ménages fiscaux non imposés en 2011 (%)

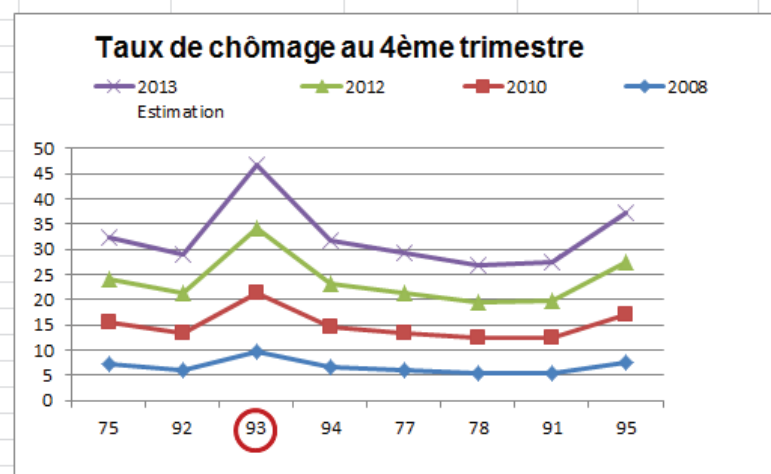


Diagnostic local (suite)

Fort taux de chômage (12,7%) particulièrement chez les jeunes

Les difficultés que rencontre la population pour l'emploi trouvent d'abord leur source dans le niveau de qualification professionnelle. Le département est celui qui présente le plus petit nombre de personnes classées dans la catégorie des cadres et artisans.

Les difficultés d'emploi concernent toutes les tranches d'âges et en premier lieu les moins de 25 ans.



Note : données CVS en moyenne trimestrielle.

Source : Insee, taux de chômage localisés.

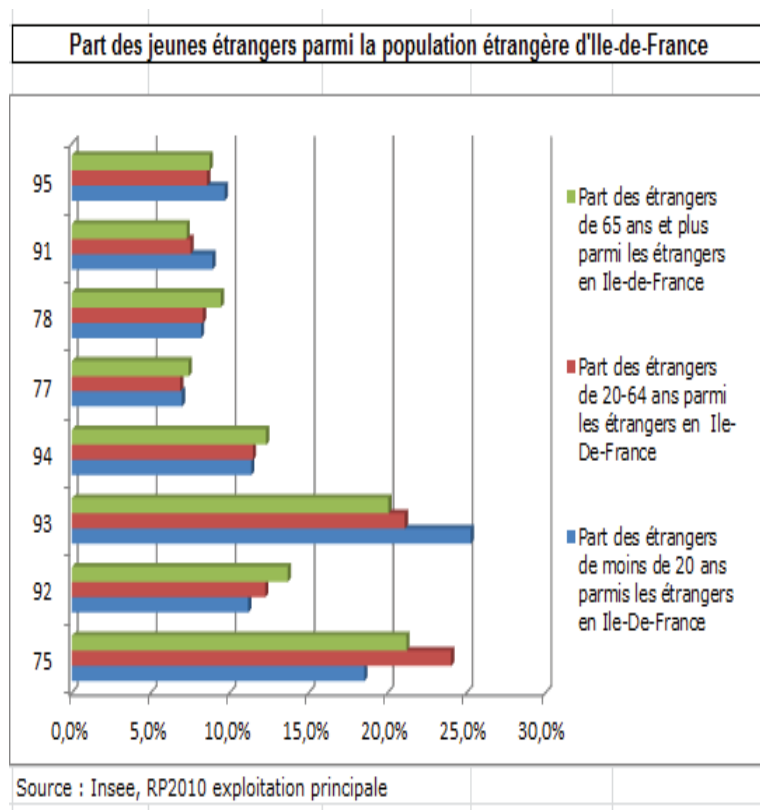
Part des demandeurs d'emploi de moins de 25 ans, cat ABC, dans les départements de la région IDF au 1er février 2014

Dept	75	77	78	91	92	93	94	95
Cat ABC								
Part moins 25 ans en IDF	12,8%	14,6%	10,5%	11,1%	9,4%	17,6%	11,0%	13,1%

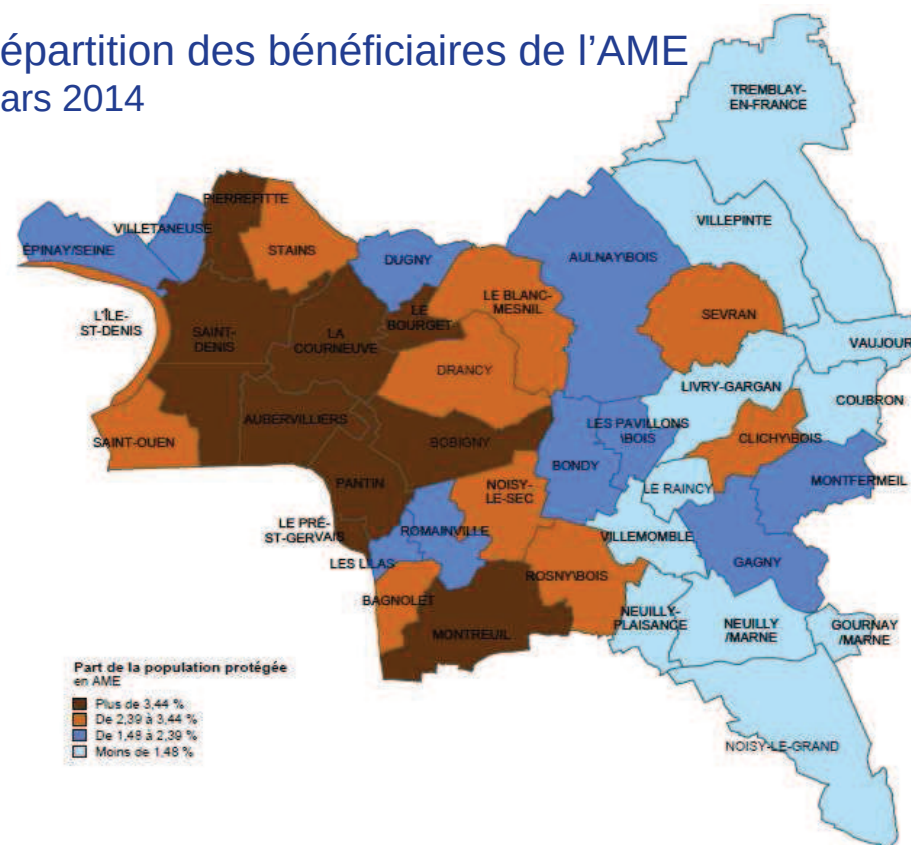
STMT - Pôle emploi, Dares - calcul des CVS : Direccte Ile-de-France

Diagnostic local (suite)

Département, terre d'asile devant relever le défi de l'intégration de populations jeunes et vulnérables :



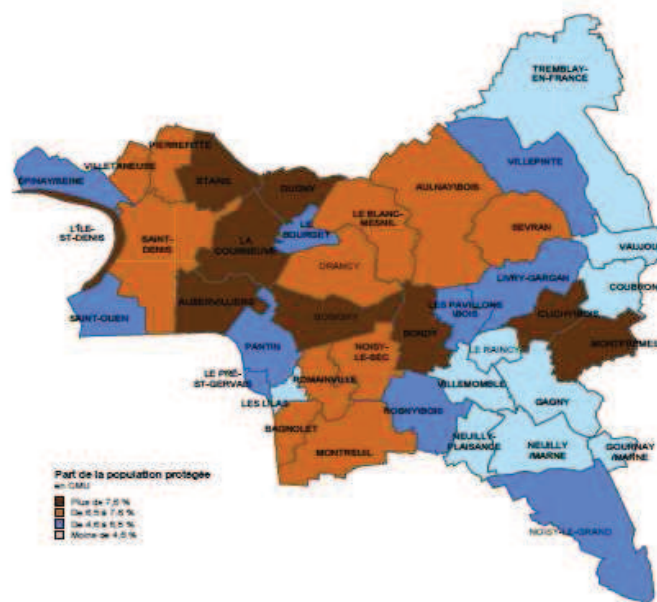
Répartition des bénéficiaires de l'AME
mars 2014



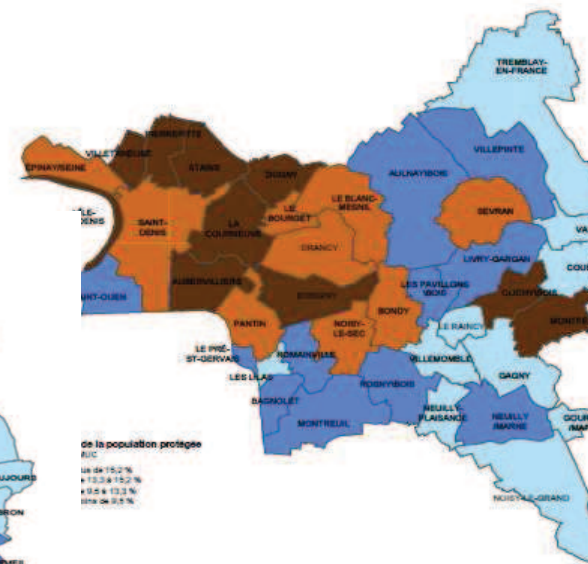
Diagnostic local (suite)

Recours aux dispositifs sociaux :

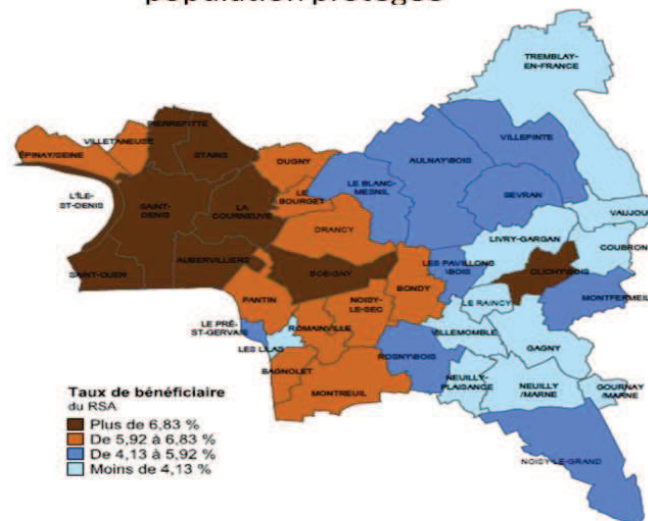
Bénéficiaires de la CMU de base en mars 2014



Bénéficiaires de la CMU C en mars 2014



Part de bénéficiaires du RSA dans la population protégée

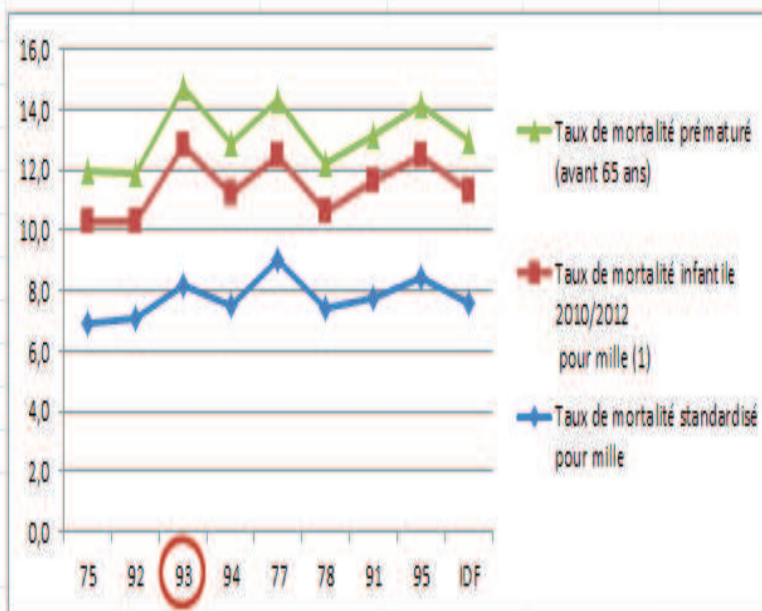




Diagnostic local (suite)

Taux de mortalité prématurée et infantile importants

Taux de mortalité



(1) : nombre de décès de moins d'un an / nombre d'enfants nés vivants sur les 3 années 2010 - 2011 - 2012.

Champ : décès domiciliés au domicile du défunt.

Source : Insee, état civil (données domiciliées), estimations de population.

LES PRINCIPALES CAUSES DE DECES SEINE SAINT DENIS EN 2011	Part dans les causes de DC	Part dans les ALD en 2013
Tumeurs	32,7	10,7%
Maladies de l'appareil circulatoire	20,6	16,5%
Maladies de l'appareil respiratoire	6,5	4,8%
Maladies du système nerveux et des organes des sens	5,0	3,4%
Accidents	4,2	0,5%
Maladies de l'appareil digestif	4,0	1,9%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	3,7	33,7%
Maladies infectieuses et parasitaires	2,8	3,3%
Troubles mentaux et du comportement	2,8	10,7%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1,6	6,8%
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	0,7	5,5%
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0,5	1,1%
Malformations congén. et anom. chromosomiques	0,3	1,2%

Source : CepDIC 2011, ELSM93, Traitement Cpm



Actions prioritaires - exemples

Pour l'accès aux droits :

Lutter contre le non-recours à la CMUB, à la CMUC ou à l'ACS

- Détection du droit au cours d'un entretien (Accueil, Centre d'examen de santé, offre PRADO ou Santé Active, service social, service médical)
- Requêtes sur des catégories d'assurés à faibles revenus (invalides, handicapés, indemnités journalières de faible montant)

Agir en priorité vers les jeunes de 16 à 25 ans

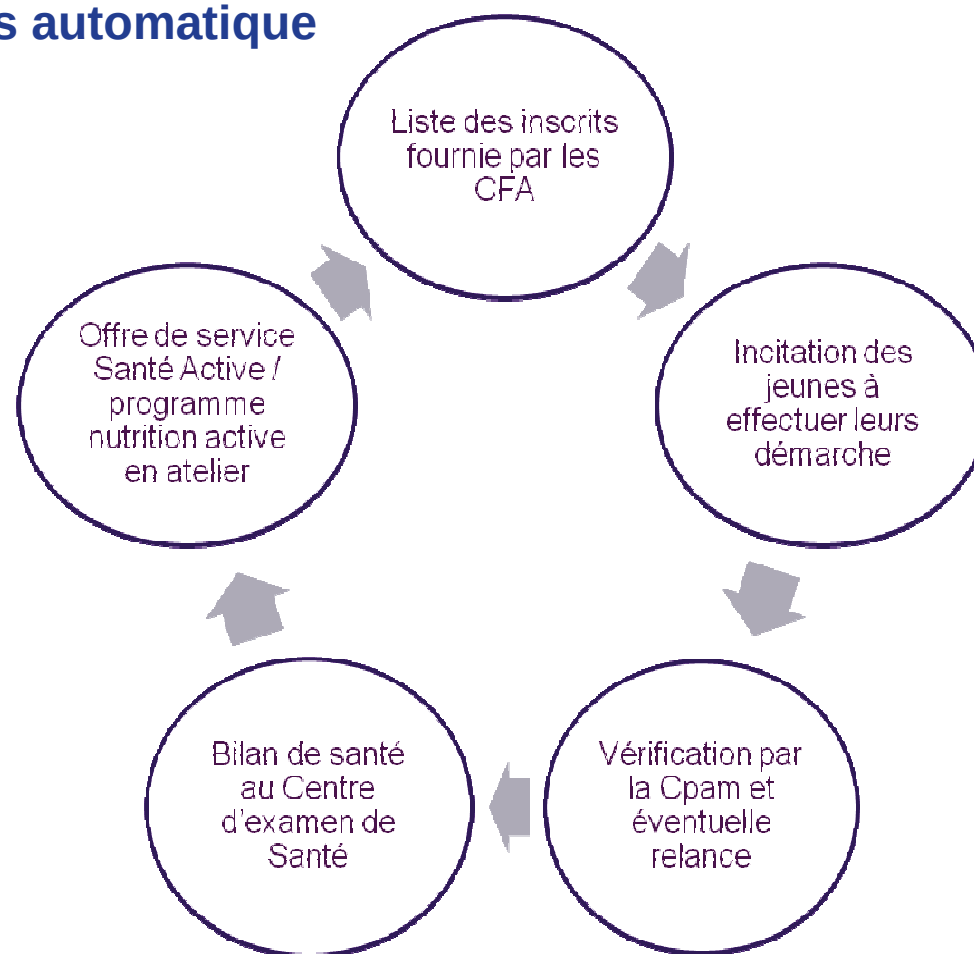
- En s'appuyant sur les partenaires tels que les Missions Locales Jeunes et les Centres de Formation et d'Apprentissage
- Pour l'affiliation notamment, avec orientation possible au Centre d'Examen de Santé

Zoom sur... un parcours jeune

La sécu, c'est pas automatique

Prévention

Accès aux
soins



Actions prioritaires – exemples (suite)

Pour éviter les ruptures de versement des indemnités journalières :

- Favoriser le traitement attentionné des situations complexes ou délicates
 - ✓ Versement d'indemnités journalières provisoires
 - ✓ Grille d'entretien pour améliorer la complétude des dossiers
 - ✓ Partenariat avec les entreprises mandataires pour les salariés multi employeurs
- Sensibiliser les employeurs
 - ✓ Au remplissage des attestations
- Offrir des accompagnements avec nos partenaires internes
 - ✓ Accompagnement au moment de la consolidation d'un accident de travail ou du passage en invalidité

Actions prioritaires – exemples (suite)

Contre les incompréhensions :

- Dans le domaine de la santé
 - ✓ Promouvoir le service SOPHIA
 - ✓ Renforcer les campagnes de prévention (cancer du sein, EBD)
 - ✓ Expérimenter un parcours santé active
- Dans le domaine de l'accompagnement
 - ✓ Chercher une couverture complémentaire, notamment en cas de risque de renoncement aux soins
 - ✓ Signaler les situations au service social en vue d'une offre attentionnée
 - ✓ Mettre en place une procédure d'urgence, avec proposition d'un rendez-vous permettant l'analyse globale de la situation
 - ✓ Comprendre pourquoi nos aides financières ne sont pas toujours utilisées



Zoom sur...la détection du droit au cours d'un entretien

La situation globale de l'assurée est étudiée dans son intégralité, quelque soit le motif et le lieu de l'entretien afin d'anticiper toute rupture :

Ouverture de
droit

Médecin traitant

Complémentaire
santé

Compte ameli

Au téléphone

Dans les accueils

Au centre d'examen de santé

Lors des convocations au Service médical

En chambre, dans le cadre de Prado Maternité

Lors d'ateliers, forums, réunions collectives avec le Service Social



Un partenariat élargi

De nombreux partenariats externes, caractéristiques de la Seine-Saint-Denis, concernant notamment :

- l'accès au droit, avec généralement, signature de conventions prévoyant la formation des partenaires, la désignation de référents, un engagement de traitement rapide des dossiers constitués par le partenaire (ASE, PJJ, CCAS, Centres de santé, Hôpitaux...). Création d'un « kit partenaire ».
- l'accompagnement et l'information des employeurs, dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle par exemple (ADDEVA, CCIP...)
- la promotion des programmes santé de l'Assurance Maladie (santé active, programmes nationaux de prévention, examens de santé) : forums santé organisés en lien avec les Ateliers Santé Ville et diverses associations



Éléments de calendrier

- **Déploiement :**

- ✓ 2014 : Diagnostic, démarrage des actions
- ✓ 2015 : 1ères évaluations des actions déployées
- ✓ En fonction de l'impact, réorientation ou renforcement des actions, ou mise en œuvre de nouvelles expérimentations

- **Généralisation :**

- ✓ 2016- 2017 : Déploiement des actions locales les plus pertinentes sur l'ensemble du territoire



Partenariat interne

Katia Gauthier, Responsable d'Unité Service Social
CRAMIF





Service Social de la Caisse d'assurance Maladie de l'Ile-de-France (CRAMIF)

Ses missions :

- Accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité du Régime Général
- Prévention de la désinsertion professionnelle des assurés malades ou handicapés
- Prévention et traitement de la perte d'autonomie des personnes malades, handicapées ou âgées



Georgette Laudon, Cheffe de projet PLANIR,
Direction générale adjointe (CPAM)

et

Katia Gauthier, Responsable d'Unité Service Social
CRAMIF





Coopération entre le service social de la CRAMIF et le Service social hospitalier dans l'accompagnement du parcours d'un patient

Amel Ben moussa, assistante sociale au service
social de la Caisse régionale d'assurance maladie
d'Ile-de-France (CRAMIF)

et

Véronique Thiandoum, assistante sociale au GHI
Le Raincy-Montfermeil





Retour d'expérience de coopération entre le service social d'oncologie et le service social CRAMIF

Interrogations communes sur l'accompagnement d'un patient en service d'oncologie pour favoriser le retour à domicile avec l'accord du patient et de son entourage,

Et mise en place d'un plan d'aide tant en individuel qu'en collectif.



Projet mutuel d'actions collectives en faveur de patients atteints de cancer sur leurs droits

Constats du service social hospitalier et du service social de la CRAMIF :

- Rupture de droits
- Problème de couverture complémentaire santé
- Problème de retour et de maintien à domicile
- Isolement de l'aidant face à cette situation



**Projet de réunion-débat sur le thème:
« Comment organiser ma vie au quotidien pendant et après le
traitement ? »**

- Avec qui ?
- Pour qui ?
- Pourquoi ?
- Comment ?



Thématiques abordées

- Accès aux droits pour favoriser plus de soins
- Garde des enfants pendant et après les traitements
- Eviter la perte des ressources
- Prévenir la perte d'autonomie
- Prévenir la désinsertion professionnelle
- Orienter vers le « café des aidants »



Bilan et perspectives de la réunion-débat « Comment organiser ma vie au quotidien pendant et après le traitement ? »

Bilan :

- *25 Participants
- *Ambiance chaleureuse
- *Prise de parole facile et fréquente
- * Satisfaction générale

Perspectives :

- *Reconduction du projet
- *Poursuite de l'engagement et renforcement partenarial entre le service social du GHI et de la CRAMIF



Coopération entre le service social de la CRAMIF et le Service social hospitalier dans l'accompagnement du parcours d'un patient

Amel Ben moussa, assistante sociale au service social de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (CRAMIF)

et

Véronique Thiandoum, assistante sociale au GHI Le Raincy-Montfermeil





Coopération autour d'un patient chronique évoluant vers le handicap

Ghislaine Pinet-Ribeiro, cadre supérieur socio-éducatif GHUPSSD site Avicenne - Bobigny

Jordi Molto, médecin psychiatre - évaluateur MDPH, Conseil Général de Seine-Saint-Denis

Mohamed Ibnedahby, Conseiller technique social - Service des Personnes Handicapées, Conseil Général de Seine-Saint-Denis





Situation socio-professionnelle

Mr est âgé de 45 ans, il vit en couple.

Il n'exerce plus d'activité professionnelle depuis 2007.

En mars 2012, il est victime d'un accident de la voie publique, en lien avec un problème d'addiction.



Les suites de l'accident

Monsieur est hospitalisé en service d'orthopédie pour différentes interventions chirurgicales

Un premier contact est établi avec Monsieur par l'**ELSA** (**E**quipe de **L**iaison et de **S**oins en **A**ddictologie)

Monsieur entame un suivi en ambulatoire au **CSAPA** (**C**entre de **S**oins et d'**A**ccompagnement et de **P**révention en **A**ddictologie)



Tableau médical

Monsieur garde des séquelles dues à son accident associées et des troubles liés à son addiction :

- ☛ Altération de la motricité de la main dominante
- ☛ Labilité émotionnelle
- ☛ Asthénie
- ☛ Troubles cognitifs

Il est dans l'impossibilité de reprendre son activité professionnelle antérieure

Une évaluation pluri professionnelle réalisée par le médecin et l'assistante de service social du CSAPA

Envoi d'une demande de compensation du handicap à la MDPH en décembre 2013 afin d'obtenir :

- ☛ l'**AAH**(Allocation Adulte Handicapé)
- ☛ le complément de ressources
- ☛ La **RQTH** (**R**econnaissance de la **Q**ualité de **T**ravailleur **H**andicapé) avec formation
- ☛ La carte d'invalidité
- ☛ **Par anticipation**, une **PCH** (**P**restation de **C**ompensation du **H**andicap) pour une aide humaine à mettre en place à la sortie d'hospitalisation prévue au cours de l'été 2014



Demande de traitement prioritaire par un service médico-social

Début juin 2014, le service social hospitalier envoie un mail à la MDPH pour le traitement prioritaire de la demande sous 6 à 8 semaines.

La demande est examinée par un médecin de la MDPH sous 2 à 3 jours et des propositions sont faites en lien avec les demandes

Le traitement sur pièces est possible car le certificat médical est bien documenté et que le projet de vie est argumenté, un compte rendu d'hospitalisation est joint au certificat CERFA.

L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH prononce un taux d'incapacité entre 50 et 79 %

La **CDAPH** (**C**ommission des **D**roits et de l'**A**utonomie des **P**ersonnes **H**andicapées) se réunit en juillet 2014, elle apprécie le taux d'incapacité et notifie :

- ☛ Un refus de carte d'invalidité
- ☛ Un accord d'AAH (2 ans)
- ☛ Un refus de complément de ressources
- ☛ Un accord pour la RQTH (5 ans)
- ☛ Un accord pour l'**ORP** (**O**rientation **P**rofessionnelle) vers un **CRP** (**C**entre de **R**éinsertion **P**rofessionnelle) pour un stage de 6 mois sur une période de 5 ans
- ☛ Un accord de PCH – aide humaine - à raison d'une heure par jour 7 jours /7 pour stimuler le patient dans les actes quotidiens (hygiène, repas...)



La PCH (Prestation de Compensation du Handicap) en urgence

Elle concerne uniquement les primo-demandeurs

La situation est considérée comme urgente lorsque les délais d'instruction et ceux nécessaires à la CDAPH pour prendre la décision de l'attribution de la PCH sont susceptibles de compromettre :

- ☛ Soit le maintien ou le retour à domicile de la personne handicapée ;
- ☛ Soit le maintien dans l'emploi et amener la personne à supporter des frais conséquents pour elle et qui ne peuvent être différés.



La demande doit comporter :

- ☛ La nature des aides pour lesquelles la PCH est demandée en urgence
- ☛ Le devis (montant prévisible des frais)
- ☛ Tous les éléments permettant de justifier l'urgence
- ☛ Le document attestant de l'urgence de la situation délivré par un professionnel de santé ou par un service ou un organisme à caractère social ou médico- social (rapport social et certificat médical)
- ☛ Le RIB du bénéficiaire



Le circuit de la PCH en urgence

1. Réception de la demande de l'utilisateur, *évaluation et préconisations par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH*
2. Transmission au Service des Personnes Handicapées au Conseil Général de la demande par la MDPH
Avis technique Médical et Social, vérification de l'urgence, validation de la date de prise d'effet de la PCH en urgence, du montant des devis (tarif et nombre d'heures)
3. Retour de la décision à la MDPH par le SPH
Information des services demandeurs et du service prestataire
4. Mise en paiement par le Service des Personnes Handicapées
Au bénéficiaire, pendant 2 mois, en attente d'évaluation approfondie par la MDPH)



Coopération autour d'un patient chronique évoluant vers le handicap

Ghislaine Pinet-Ribeiro, cadre supérieur socio-éducatif GHUPSSD site Avicenne - Bobigny

Jordi Molto, médecin psychiatre - évaluateur MDPH, Conseil Général de Seine-Saint-Denis

Mohamed Ibnedahby, Conseiller technique social - Service des Personnes Handicapées, Conseil Général de Seine-Saint-Denis





Un travail partenarial de longue haleine autour de la situation complexe d'une personne âgée en perte d'autonomie

Catherine Ceyssset, Assistante sociale - évaluatrice médico-sociale ADPA, Service de la Population Agée
et

Vanessa Letellier, Assistante sociale, Service de Soins de Suite Gériatrique, Hôpital René Muret - APHP





Exposé de la situation lors des premières hospitalisations

Monsieur est âgé de 70 ans

Divorcé, Monsieur a 2 enfants avec qui il n'a plus de contact, **il est totalement isolé**

Monsieur se déplace en fauteuil roulant et malgré sa poly pathologie et une perte d'autonomie importante, **il ne bénéficie pas d'aide à domicile**

Monsieur est locataire d'un appartement au 3ème étage sans ascenseur donc **non adapté à son handicap**

Mise en échec par le patient de l'organisation d'aides lors des différents retours à domicile

Monsieur a été hospitalisé à différentes reprises au cours des six dernières années:

- du 04/12/2008 au 12/01/2009
- du 08/02/2010 au 21/06/2010
- du 03/05/2012 au 24/07/2012
- du 10/02/2014 au 11/03/2014



Les différentes tentatives de préparation d'un retour à domicile avec aides ont été mises en échec du fait de la complexité de la situation, du nomadisme médical, et des troubles du comportement de Monsieur qui compromettaient un travail constructif.

Organisation d'un retour à domicile à l'issue de l'hospitalisation de 2010

Devant les difficultés récurrentes lors des retours à domicile, l'équipe médico-sociale de René Muret propose un nouveau plan d'aide lors de l'hospitalisation du printemps 2010 qui comprend :

- La mise en place d'aides à domicile par le biais de l'ADPA (Aide Personnalisée à l'Autonomie à Domicile)
- Une demande de relogement
- Une demande de mise sous protection juridique



Organisation d'une visite à domicile afin...

- de s'assurer de l'adhésion du patient au plan d'aide,
- d'évaluer la faisabilité du retour à domicile,
- de faire le lien avec les différents partenaires,
- de récupérer les documents administratifs nécessaires à la constitution des dossiers administratifs.

Une visite à domicile coordonnée autour du patient

L'assistante de
service social de
l'hôpital René Muret

Le patient

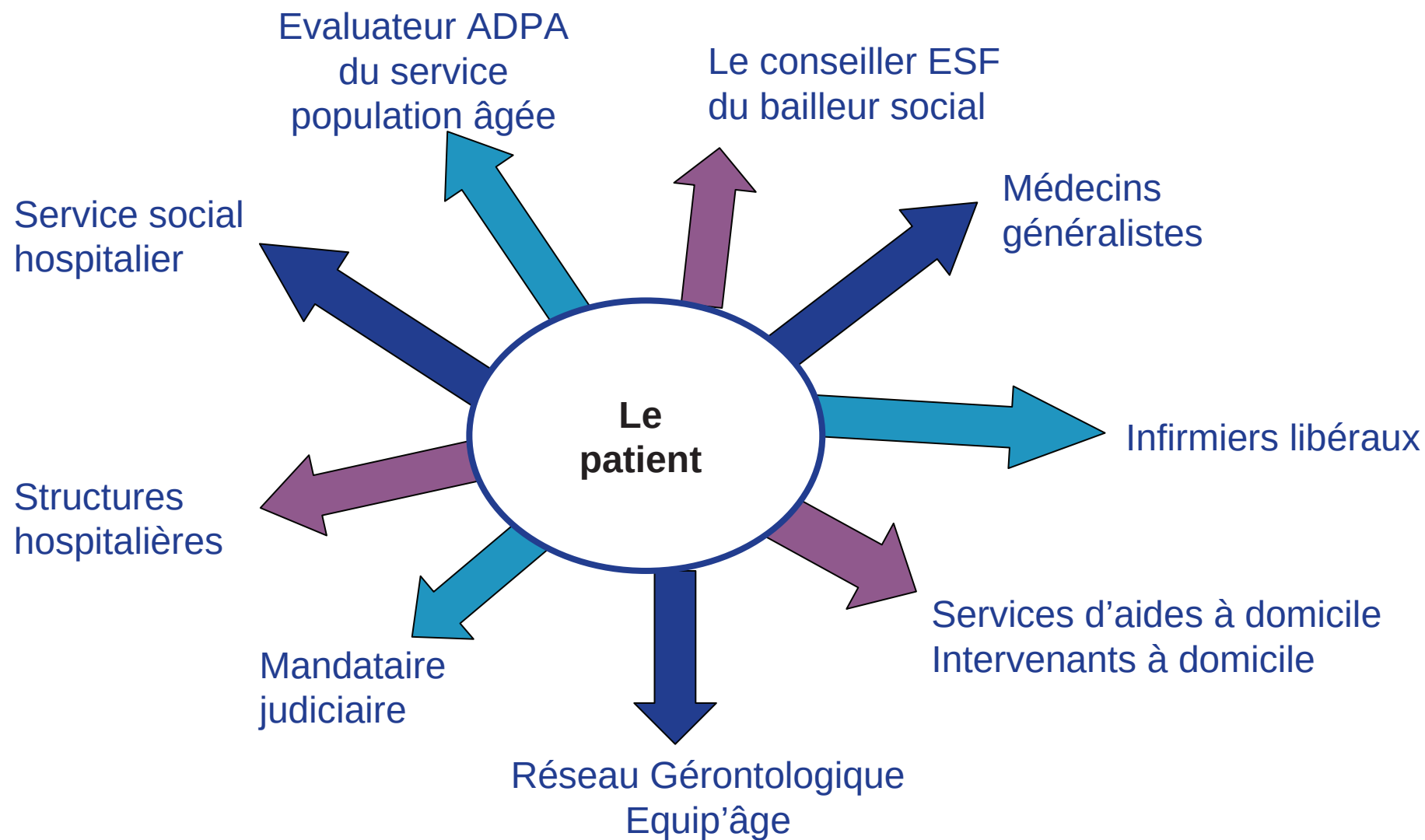
Le Conseiller en
économie sociale et
familiale (CSEF) du
bailleur social

Une évaluatrice
ADPA



Accompagnement social dans le cadre du suivi ADPA (Service Population Agée)

- Relogement effectif dans un appartement adapté après 1 an
- Sollicitation du Réseau de santé Equip'Age en vue d'une meilleure coordination des différents partenaires sanitaires et médico-sociaux
- Jugement de tutelle en aout 2013
- Maintien à son domicile jusqu'en décembre 2014 (soit 4 ans 1/2)
- Entrée en USLD (Unité de Soins de Longue Durée) en janvier 2015





Conclusion

Contacts :

Au bureau de l'évaluation et du développement (BED)

- Hélène Le Glaunec, Cheffe de bureau
- Cécilia Endrino Baranski et Florence Thomas-Julienne, Responsables des équipes d'évaluation médico-sociale

Une seule adresse mail : bed-spa@cg93.fr



Un travail partenarial de longue haleine autour de la situation complexe d'une personne âgée en perte d'autonomie

Catherine Ceyssset, Assistante sociale - Evaluatrice médico-sociale ADPA, Service de la Population Agée
et

Vanessa Letellier, Assistante sociale à l'Hôpital René Muret (AP-HP)





Conclusion et perspectives

Delphine Hammel,

Directrice Adjointe de la Population Agée et des
Personnes Handicapées, Département de la
Seine-Saint-Denis

seine-saint-denis
LE DÉPARTEMENT