

Qui fait quoi ?

auprès des
personnes âgées
en Seine-Saint-Denis



**Différencier
et orienter vers**

37 partenaires

- de l'accompagnement à la vie sociale
- de l'aide et du soin à domicile
(évaluateurs & opérateurs)
- de l'accompagnement
de la complexité
- de la prise en charge
en établissement de santé
- de l'accueil et l'hébergement
des personnes âgées



MAIA

Seine-Saint-Denis
Sud Est

Comment ça marche ?

Vous avez en main un Référentiel des Missions Différenciées.

- Chaque fiche correspond à un type de structure ou de professionnel. Elle est construite sur le même modèle. Les structures sont catégorisées dans une typologie qui a vocation à faciliter la recherche et la compréhension. L'outil peut s'utiliser d'un côté comme de l'autre :
 - au recto de chaque fiche une **description détaillée**, avec des pictogrammes ci-après, qui indiquent les différents types d'informations répertoriées ;
 - au verso, un schéma synthétise les motifs de recours au service en question, avec une fonction **d'aide-mémoire**.
- Le référentiel des missions différenciées est l'un des outils du guichet intégré qui vise à fédérer tous les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux chargés de l'information, de l'orientation et de la coordination des interventions sur le territoire. Le guichet intégré se construit autour de **pratiques, d'outils partagés et de processus articulés pour une harmonisation des réponses et des orientations, à tout endroit du territoire**.
- Il ne s'agit pas ici de décrire un service en particulier, mais bien un type de service. Par ailleurs, comme cet outil recense l'offre départementale, il se peut qu'un service décrit ne se retrouve pas disponible sur toutes les communes de Seine Saint Denis. Pour des informations spécifiques ou pour trouver la structure à même d'intervenir, vous êtes invités à vous reporter à l'**annuaire web** : www.maia93.org.
- Les fiches ont été élaborées lors de groupes de travail MAIA réunissant des professionnels de la Seine Saint Denis qui ont ainsi participé à se définir eux-mêmes à partir de leur cadre juridique, mais également au regard de leur pratique. Chaque fiche a été validée par un acteur représentant la structure décrite et par sa tutelle.
- Cet outil est le vôtre et est évolutif. Vos commentaires, propositions et modifications sont les bienvenus.

Partenaires

de l'accompagnement à la vie sociale

- CCAS
- Mandataire judiciaire à la protection des majeurs
- Service social départemental
- Service social CRAMIF

de l'aide et du soin à domicile (évaluateurs & opérateurs)

- EMS APA
- ESA
- Évaluateur Caisses de retraite
- HAD
- IDEL
- Médecin traitant
- Plateforme d'accompagnement et de répit
- SAAD
- SSIAD

de l'accompagnement de la complexité

- CLIC
- Équipe Mobile de Gériatrie Externe
- Équipe Mobile Géro-nto-Psychiatrie
- Équipe Mobile Psychiatrie Précarité
- Gestion de cas
- Réseau de santé cancer/maladies chroniques graves/précarité
- Réseau de santé géro-ntologique
- Réseau de santé soins palliatifs

de la prise en charge en établissement de santé

- Consultation mémoire
- EMG
- HDJ diagnostic
- HDJ SSR
- Service social hospitalier
- SSR gériatrique
- SSR polyvalent
- UCC
- UGA
- USLD

de l'accueil et l'hébergement des personnes âgées

- Accueil de jour
- EHPAD
- Hébergement temporaire
- PASA
- Résidence Autonomie
- UHR

Pictogrammes



Mission de la structure



Public accompagné



Critères d'admission



Coût pour la personne



Durée du service



Compétences disponibles
au sein de l'équipe



Autorité et financement



Cadre législatif

et sur certaines fiches :



Relations avec le juge



Activités proposées

Centre Communal d'Action Sociale - CCAS



MISSION DE LA STRUCTURE

Le Centre Communal d'Action Sociale constitue le relais entre les administrés de la commune et les autorités institutionnelles compétentes.

Pour soutenir les habitants de la commune, notamment les personnes âgées, le CCAS :

- développe des activités, comme par exemple la gestion de services à domicile ou d'établissements d'hébergement pour personnes âgées,
- met en œuvre des actions d'animation ou de soutien : lutte contre l'isolement, maintien du lien social, accès à la culture et aux loisirs, actions de prévention,...
- attribue des aides financières, qui se déclinent en 3 types d'aide :
 - **L'aide sociale légale** : assure ainsi l'instruction d'un certain nombre de dossiers administratifs (ex : Allocation Chèque Taxi, Carte d'Invalidité et / ou station debout pénible et Macaron),
 - **L'aide sociale extra-légale** : elle ne revêt pas de caractère obligatoire. (ex : Fonds Solidarité Énergie et Aide à l'Eau),
 - **L'aide facultative** : varie en fonction des communes (ex : Aide alimentaire, Aide financière ponctuelle).



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Tout habitant de la commune.



CRITÈRES D'ADMISSION

Aucun coût direct pour la personne.



COÛT POUR LA PERSONNE

Accès et accompagnement du CCAS : pas de coût pour la personne.



DURÉE DU SERVICE

Indéterminée.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

En fonction des communes.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Le CCAS est un établissement public administratif doté d'un Conseil d'Administration présidé de plein droit par le Maire de la commune.



CADRE LÉGISLATIF

- Code de l'action sociale et des familles Art. L. 123-4 et s., Art. R. 123-1 et s.

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne âgée de la commune.

POUR

Bénéficier d'une évaluation de ses charges, solliciter une aide à l'ouverture de droits (ex : aide au remplissage d'un dossier d'APA), ouvrir un dossier d'aide sociale à l'hébergement (en vue d'une entrée en EHPAD).

En complément du CLIC si présent sur la commune, être renseigné et orienté en fonction de ses besoins.

OÙ ?

L'équipe du CCAS reçoit sur site et peut parfois, selon son organisation, se déplacer au domicile.

QUI PEUT ADRESSER ?

Une personne âgée peut être orientée vers le CCAS par tout acteur intervenant auprès d'elle.

PENSEZ À

*Centre Communal d'Action
Sociale - CCAS*

Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs



MISSION DE LA STRUCTURE

Ses missions sont définies par le juge des tutelles dans son ordonnance en fonction de la situation de la personne : du mandat spécial à la tutelle, en passant par la curatelle simple ou renforcée.

Elles vont ainsi du simple accompagnement dans la gestion du patrimoine, en passant par l'assistance dans la gestion des comptes courants, jusqu'à la représentation complète dans l'ensemble des actes administratifs et pour tout ce qui touche au bien-être de la personne.



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Pour une personne majeure ayant besoin d'être représentée de manière continue dans les actes de la vie civile :

- du fait de l'altération de ses facultés mentales,
- ou lorsqu'elle est physiquement incapable d'exprimer sa volonté,
- une altération des facultés physiques ayant des incidences sur les facultés intellectuelles,
- une altération momentanée du jugement.



CRITÈRES D'ADMISSION

En fonction du mandat, le mandataire informe le juge en cas de désaccord, ou demande l'accord du juge, notamment pour les actes importants (clôture de compte, vente de bien, la résiliation d'un bail, choix du lieu de vie) ou tout acte médical portant atteinte à l'intégrité physique.



COÛT POUR LA PERSONNE

% des ressources, selon barème.

Pas de rémunération en cas de nomination d'un membre de la famille, mais une indemnisation des frais.



DURÉE DU SERVICE

De 1 à 20 ans (le plus souvent 5 ans)

- **Renouvelable** autant de fois que nécessaire (sauf pour le mandat spécial, 1 seule fois) sur initiative du mandataire, par décision du juge prise au vu d'un certificat médical circonstancié par un médecin habilité et après audition de la personne, ou un certificat du seul médecin traitant en cas de renouvellement à l'identique,
- **Changement ou suspension de la mesure** à tout moment sur décision du juge, à la demande de la personne protégée ou de son entourage, avec certificat médical circonstancié et audition du majeur.

À l'expiration de la durée fixée en l'absence de renouvellement.

Au décès de la personne.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

En fonction du mode d'exercice du mandataire, libéral, en association ou en établissement, les ressources disponibles varient.

Il est possible de nommer 2 tuteurs/curateurs distincts : l'un aux biens, l'autre à la personne.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Préfet, Direction Départementale de la Cohésion Sociale.



CADRE LÉGISLATIF

- Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.
- Circulaire DACS n°CIV/01/09/C1 du 9 février 2009 relative à l'application des dispositions législatives et réglementaires issues de la réforme du droit de la protection juridique des mineurs et des majeurs.
- Charte des droits et libertés de la personne majeure protégée.

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne âgée présentant des troubles limitant sa capacité à gérer seule et correctement son budget, ses biens, sa situation personnelle.

POUR

Protéger, voire représenter, la personne âgée en application de la mesure de protection décidée par le Juge des tutelles.

OÙ ?

Au domicile ou en établissement.

QUI PEUT ADRESSER ?

La désignation d'un mandataire judiciaire se fait :

- soit après saisine du juge des tutelles par la personne elle-même, ou la personne avec qui elle vit en couple (c'est-à-dire l'époux, le partenaire ou le concubin) ; un parent ou un allié ; une personne entretenant avec le majeur des liens étroits et stables ou encore la personne qui exerce déjà une mesure de protection juridique (curateur ou tuteur)
- soit après signalement d'un professionnel au Procureur de la République.

PENSEZ À

*Mandataire Judiciaire
à la Protection des Majeurs*

**MISSION DE LA STRUCTURE**

Généraliste du social basé sur une approche globale de la situation des personnes, le service social de polyvalence est présent dans tout le Département de Seine-Saint-Denis. Il est organisé en circonscriptions, au niveau d'une seule ville ou en regroupement de 2 communes.

Leurs missions s'exercent sous la forme d'accompagnements individuels (en rendez-vous ou visites à domicile), ainsi que d'actions collectives menées avec et auprès des habitants.

Le service social de polyvalence travaille en lien avec les services sociaux spécialisés et les autres services ou structures ayant compétence à intervenir auprès de la personne âgée, afin de proposer à celle-ci des réponses complémentaires et adaptées.

**PUBLIC ACCOMPAGNÉ**

Tout public d'un territoire donné sans distinction d'âge de sexe, d'origine, de situation socio-économique, dans le respect des convictions politiques ou religieuses.

**CRITÈRES D'ADMISSION**

- Habiter sur la ville correspondant à la circonscription sociale,
- Accord de la personne bénéficiaire.

**COÛT POUR LA PERSONNE**

Accès et accompagnement du service social départemental : pas de coût pour la personne.

**DURÉE DU SERVICE**

Indéterminé.

OFFRES À CONNAÎTRE POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Les principaux domaines d'action du service qui concernent la personne âgée et son entourage sont :

- L'accès aux droits,
- L'évaluation budgétaire et l'accès à l'aide financière,
- Le logement (prévention de l'expulsion et soutien à l'accès),
- Le soutien à la préservation de l'autonomie dans le cadre du maintien à domicile,
- L'aide à la recherche en vue de l'admission en établissement d'hébergement,
- La protection des personnes majeures vulnérables
- La lutte contre l'isolement,
- Le soutien à l'aidant familial.

**COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE**

Les équipes sont composées de responsables de la circonscription, d'assistants sociaux et de secrétaires, ainsi que, selon les communes, de responsables adjoints et d'écrivains administratifs.

**AUTORITÉ ET FINANCEMENT**

Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis.

**CADRE LÉGISLATIF**

- Code de l'action sociale et des familles Chapitre VI.

POUR CONTACTER LE SERVICE SOCIAL
DE POLYVALENCE :

www.maia93.org

SYNTHÈSE

FACE À

Un habitant et/ou une famille rencontrant des difficultés (financières, familiales, accès aux droits, logement...).

POUR

Mener un accompagnement social individualisé.

OÙ ?

Les professionnels reçoivent dans les locaux de la Circonscription de Service Social, sur rendez-vous ou lors de permanence.
Des visites à domicile peuvent être organisées.

QUI PEUT ADRESSER ?

Tout professionnel en lien avec la personne, quel que ce soit son lieu d'exercice.

PENSEZ À

Service Social de Polyvalence

Service Social CRAMIF

(Caisse Régionale Assurance Maladie)



MISSION DE LA STRUCTURE

Le service social de l'Assurance Maladie informe, conseille les assurés dans leurs démarches et les accompagne pour trouver des solutions adaptées à leur situation.

- **Visite** : à domicile ou en structure
- **Entretien** individuel
- **Réunion** collective sur des thèmes diversifiés



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Le service s'adresse aux personnes **affiliées du régime général** (c'est-à-dire pas les artisans, les agents de la fonction publique, les commerçants, etc.) de **plus de 16 ans** qui :

- sont en arrêt de travail prolongé,
- sont en risque de désinsertion professionnelle,
- préparent leur retour à domicile après hospitalisation,
- sont en perte d'autonomie,
- en sortie d'hospitalisation,
- porteur de handicap.

N.B. : Les patients bénéficiant d'un suivi psychiatrique ne relèvent pas du service social de la CRAMIF.



CRITÈRES D'ADMISSION

Affilié au régime général de l'assurance maladie.

Les personnes âgées ciblées sont celles :

- sortant d'hospitalisation en perte d'autonomie et/ou handicap,
- personnes invalides passant à la retraite.



COÛT POUR LA PERSONNE

Pas de coût pour l'utilisateur (financement par le budget de l'Assurance maladie).



DURÉE DU SERVICE

Adapté au besoin de la personne accompagnée.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Responsables territoriaux, assistants de service social, secrétaires (référentes technique en service social).



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Caisse Nationale d'Assurance Retraite.



CADRE LÉGISLATIF

- Article D 451-29 du code de l'action sociale et des familles.

Circulaires

- Circulaire CIR 26/2011 du 19/12/2011 : Missions et priorités du Service social des CARSAT/CRAM/CGSS.
- Circulaire CIR 27/2010 du 27/09/2010 : Plan de Préservation de l'Autonomie des Personnes Âgées - Orientation et priorité en matière de populations cibles et d'offres de service (PAPA) modifié par la lettre d'intention du 20 novembre 2013 : Lancement du Plan de proximité Autonomie de l'Avancer en Âge (2P3A).
- Circulaire CIR 28/2017 du 21/06/2007 : Missions et priorités du Service social des CRAM et CGSS.

POUR CONTACTER LE SERVICE
SOCIAL CRAMIF :

www.maia93.org



MAIA

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne en activité professionnelle, affiliée au régime général, rencontrant des difficultés en lien avec sa situation de santé ou au moment de son départ en retraite.

POUR

Un accompagnement individualisé ou un accès à des actions collectives (ex : ateliers de prévention, groupes de parole).

OÙ ?

Dans les locaux de la CRAMIF ou lors d'actions délocalisées sur le territoire.

QUI PEUT ADRESSER ?

Tout professionnel en lien avec la personne, quel que ce soit son lieu d'exercice.

PENSEZ À

*Service Social CRAMIF
(Caisse Régionale Assurance Maladie)*

Évaluateur Médico-Social

Allocation Personnalisée d'Autonomie



MISSION DE LA STRUCTURE

L'équipe départementale d'évaluation médico-sociale :

- **Réalise l'évaluation** médico-sociale au domicile du niveau de perte d'autonomie de la personne âgée, de ses besoins ainsi que ceux, le cas échéant, de l'aidant présent au domicile et qui donne lieu à l'établissement du GIR (groupe iso-ressources),
- **Transmet une proposition** de plan d'aide aux personnes évaluées de GIR 1 (dépendance très élevée) à GIR 4 (dépendance modérée) pouvant prévoir :
 - des prestations d'aide à domicile,
 - du matériel (installation de la téléassistance, barres d'appui...),
 - des fournitures pour l'hygiène (protections...),
 - du portage de repas,
 - des travaux pour l'aménagement du logement,
 - un accueil temporaire, à la journée ou avec hébergement,
 - des dépenses de transport,
 - les services rendus par un accueillant familial.



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Personne âgée désireuse de rester vivre à domicile malgré la perte d'autonomie.



CRITÈRES D'ADMISSION

Évaluation ouverte à toute personne de 60 ans ou plus devant :

- résider à domicile en Seine-Saint-Denis de façon stable et régulière (dont hôtels, foyers, résidences autonomie...),
- être en perte d'autonomie, c'est-à-dire avoir un degré de perte d'autonomie (évalué comme relevant du GIR 1, 2, 3 ou 4).



COÛT POUR LA PERSONNE

- Plan d'aide : **0 à 90 % de participation financière au plan d'aide en fonction des ressources** de la personne,
- L'allocation financière est attribuée sous forme de Chèques Emploi Service Universel (CESU).



DURÉE DU SERVICE

Visite initiale au domicile par l'évaluateur.

Suivi annuel.

Réévaluation sollicitée par l'utilisateur.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Responsable d'Équipe et Évaluateurs APA (de formation initiale : infirmier, médecin, assistant socio-éducatif : AS / CESF / Éducateur spécialisé).



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis.



CADRE LÉGISLATIF

- Code de l'action sociale et des familles Article L232-6.

TROUVER UN CLIC OU LE CCAS :

www.maia93.org

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne de 60 ans ou plus, vivant ou souhaitant retourner au domicile, en perte d'autonomie nouvelle ou croissante (conséquence du vieillissement, liée à une pathologie...).

POUR

Financer tout ou partie des aides à domicile pour réaliser ou accompagner des actes de la vie quotidienne ainsi que certains matériels.

OÙ ?

L'évaluateur intervient au domicile.

QUI PEUT ADRESSER ?

À la demande des usagers prioritairement (dossier d'ADPA à déposer et signer).

Intervention pouvant être initiée avec l'aide de tout professionnel en lien avec la personne, quel que soit son lieu d'exercice.

PENSEZ À

*Évaluateur Médico-Social
Allocation Personnalisée d'Autonomie
au domicile*

**MISSION DE LA STRUCTURE**

L'ESA intervient à domicile et vise à améliorer ou à préserver l'autonomie de la personne dans les activités de la vie quotidienne.

Cette intervention a pour objectif le maintien des capacités préservées par l'apprentissage de stratégies de compensation, l'amélioration de la relation patient-aidant et une adaptation de l'environnement.

L'ESA joue également un rôle d'orientation suite à sa prise en charge.

**ACTIVITÉS PROPOSÉES****Évaluation initiale,**

Séances d'accompagnement (durée d'une heure),

Soins de réhabilitation et d'accompagnement à domicile : accompagnement de l'annonce du diagnostic, mise en situation dans les actes de la vie quotidienne, mise en place d'aides d'adaptation simples et stimulation des fonctions cognitives,

Orientation : Accompagnement, information, conseil aux aidants.

**PUBLIC ACCOMPAGNÉ**

Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée diagnostiquée à un stade léger à modéré de la maladie : MMS > = 15.

Pas de critère d'âge.

**CRITÈRES D'ADMISSION**

- Accord de la personne,
- Sur prescription par un médecin généraliste ou hospitalier : « 12 à 15 séances de soins d'accompagnement et de réhabilitation à domicile »,
- Attestation de sécurité sociale.

**COÛT POUR LA PERSONNE**

Pas de coût pour l'utilisateur (intervention de l'ESA financée à 100 % par l'assurance maladie).

**DURÉE DU SERVICE**

12 à 15 séances sur 3 mois consécutifs (possibilité de renouvellement l'année suivante).

**COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE**

Psychomotricien et/ou ergothérapeute, assistants de soins en gérontologie, infirmière coordinatrice.

**AUTORITÉ ET FINANCEMENT**

Agence Régionale de Santé.

**CADRE LÉGISLATIF**

- Cahier des charges national des équipes spécialisées Alzheimer à domicile (Annexe 1 de la circulaire DGCS/SD3A/2011/110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer 2008-2012 / mesure 6).
- Modalités de mise en œuvre de la tranche 2012 des équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESA) : assouplissement du seuil capacitaire (Annexe 5 de la circulaire n°DGCS/5C/DSS/1A/2012/148 du 5 avril 2012 relative aux orientations de l'exercice 2012 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées).

POUR CONTACTER L'ESA INTERVENANT
SUR LA VILLE :

www.maia93.org

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée diagnostiquée se trouvant à un stade léger à modéré de la maladie, au début de répercussion sur sa vie quotidienne (ex : troubles de la mémoire que le patient n'arrive plus à gérer, appauvrissement de la vie sociale, environnement à adapter, modification du comportement).

POUR

Pour compenser les répercussions de la maladie,
Pour maintenir ou développer les capacités préservées,
Pour accompagner les aidants et la famille.

OÙ ?

L'équipe se rend au domicile de la personne.

QUI PEUT ADRESSER ?

Un médecin de ville ou hospitalier (sur prescription).
Peut-être conseillé par tout professionnel en lien avec la personne, quel que ce soit son lieu d'exercice.

PENSEZ À

Équipe Spécialisée Alzheimer - ESA

**MISSION DE LA STRUCTURE**

Il procède à l'**évaluation globale des besoins à domicile** (informations et conseils personnalisés, aides à la vie quotidienne, maintien du lien social...) et des aides personnalisées diversifiées peuvent être octroyées :

- **des informations et des conseils pour bien vivre sa retraite,**
- **des programmes d'actions collectives de prévention pour bien vieillir sous forme d'ateliers : atelier équilibre, nutrition, mémoire...**

Leurs objectifs : favoriser la participation sociale des personnes âgées et leur permettre d'adopter des comportements favorables en santé ; un accompagnement renforcé lorsqu'un retraité est fragilisé à l'occasion d'un événement de rupture, comme le veuvage ou le retour à domicile après hospitalisation, et qu'il rencontre des difficultés à continuer à vivre à domicile.

**PUBLIC ACCOMPAGNÉ**

Retraité en situation de fragilité.

**CRITÈRES D'ADMISSION**

Avoir 55 ans ou plus, être **retraité CNAV ou du régime général** à titre principal,

Résidence **stable et régulière** en Seine-Saint-Denis.

**COÛT POUR LA PERSONNE**

L'évaluation globale et personnalisée des besoins à domicile est gratuite pour la personne.

À l'issue de l'évaluation, en fonction des ressources et de la fragilité, les caisses de retraite proposent une participation financière pour la mise en place d'aides au domicile ou la réalisation d'activités.

**DURÉE DU SERVICE**

Indéterminée, dans l'attente d'un relais.

En effet, l'équipe n'assure pas de suivi et privilégie une orientation vers une structure de prise en charge au long court.

Elle peut cependant intervenir à plusieurs reprises, et être ré-interpellée plus tard dans le temps.

**COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE**

Variable en fonction des équipes.

**CADRE LÉGISLATIF**

- Code de l'Action Sociale et des Familles : article L 113-1, R 231-1 à R 231-6.

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne de 55 ans ou plus, retraitée CNAV ou du régime général en début de perte d'autonomie, ou rencontrant une perte temporaire de ses facultés avec perspective de récupération.

POUR

Évaluer la perte d'autonomie temporaire,
Accéder à des aides financières et matérielles (financement d'aides techniques comme des barres d'appui ou des marches antidérapantes, financement de l'intervention d'une aide à domicile...),
Permettre au retraité de continuer à vivre chez lui le mieux possible et d'être soutenu lorsqu'il rencontre des difficultés (besoin d'aide à domicile, hospitalisation...).

OÙ ?

Les évaluateurs se rendent au domicile de la personne.

QUI PEUT ADRESSER ?

À la demande de la personne elle-même ou son entourage.
La mise en relation peut toutefois être sollicitée par tout professionnel en lien avec la personne, quel que ce soit son lieu d'exercice.

PENSEZ À

Évaluateur Caisses de retraite

Hospitalisation À Domicile - HAD



MISSION DE LA STRUCTURE

L'HAD est une alternative à l'hospitalisation en établissement, offrant au patient une possibilité de **prise en charge hospitalière au domicile**.

L'HAD y dispense des soins médicaux et paramédicaux **continus et coordonnés**, caractérisés par la **complexité et la fréquence des actes** (ex : pansements de plus de trente minutes par jour, soins d'hygiène corporelle de plus d'une heure par jour...).

L'HAD intervient à domicile ou au sein d'établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement (EHPAD, résidence autonomie, foyer de travailleur migrant, hôtel).



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Toute personne malade avec :

- **pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables**,
- soins techniques spécifiques de type hospitalier,
- au moins un projet thérapeutique ou projet de vie.

MAIS ne sont pas admis en HAD, les malades qui relèvent uniquement de soins à l'acte, non coordonnés ou de soins infirmiers à domicile.



CRITÈRES D'ADMISSION

- Accord de la personne,
- Habitant sur le territoire d'intervention,
- Sur prescription par un médecin hospitalier ou libéral (peut être initiée du domicile sans passer par l'hôpital),
- Après évaluation par le service HAD,
- Accord du médecin traitant.



COÛT POUR LA PERSONNE

Pas de coût pour l'utilisateur (Prise en charge à 100 % par l'assurance maladie).

Toutes les prestations, interventions, consultations, le matériel et les produits sont à **la charge de l'HAD**.



DURÉE DU SERVICE

La durée de la prise en soins est fonction du projet thérapeutique.

Permanence de soins 24/24 & 7/7 : astreinte de nuit avec déplacement en fonction des HAD.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Au minimum : cadre de santé, infirmières, médecin coordonnateur,

Auxquels peuvent s'ajouter : aides-soignantes, psychologue, assistant social, diététicien, masseurs kinésithérapeute, ergothérapeute, stomathérapeute, orthophonistes, intervenants sociaux,... (salariés de l'établissement ou externes avec lesquels est passée convention).



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé.



CADRE LÉGISLATIF

- Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'HAD et son complément du 11 décembre 2000.
- Circulaire DHOS/O n° 44 du 4 février 2004 relative à l'HAD.
- Circulaire DHOS/O3/2006/506 du 01/12/2006 relative HAD.
- Circulaire DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des HAD dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social.
- Circulaire DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD.
- Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'HAD.

POUR CONTACTER L'HAD QUI INTERVIENT SUR LA VILLE :

www.maia93.org

SYNTHÈSE

FACE À

Toute personne malade avec :

- pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables,
- soins techniques spécifiques de type hospitalier,
- au moins un projet thérapeutique ou projet de vie.

MAIS ne sont pas admis en HAD, les malades qui relèvent uniquement de soins à l'acte, non coordonnés ou de soins infirmiers à domicile.

POUR

Pour des soins paramédicaux et médicaux complexes, longs ou fréquents.
Pour des personnes relevant des soins palliatifs.

OÙ ?

L'équipe se rend au domicile ou au sein d'établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement (EHPAD, résidence autonomie, foyer de travailleur migrant, hôtel...).

QUI PEUT ADRESSER ?

Un médecin de ville, d'EHPAD ou hospitalier.

Peut être conseillé par tout professionnel en lien avec la personne, quel que ce soit son lieu d'exercice.

PENSEZ À

Hospitalisation À Domicile - HAD

**MISSION DE LA STRUCTURE**

Le professionnel infirmier libéral assure au cabinet ou au domicile de la personne soignée les actes prescrits par le médecin (hospitalier ou de ville).
Il peut s'agir de :

- soins techniques : injections, pansements, prélèvements, perfusions...
- soins chroniques tels ceux relevant de la prise en charge du diabétique insulino-dépendants, de la pathologie cancéreuse,
- prise en charge de la dépendance (hygiène, nursing, surveillance clinique ou d'éducation.).

**PUBLIC ACCOMPAGNÉ**

Aucune limite d'âge.

**CRITÈRES D'ADMISSION**

À la demande des personnes soignées : ces derniers ont la liberté de choisir leur professionnel de santé. L'IDEL intervient sur prescription médicale et dans le cadre de la nomenclature de l'Assurance maladie.

L'IDEL est en droit de prescrire certains matériels et dispositifs médicaux. Il peut assurer le renouvellement la vaccination contre la grippe.

**COÛT POUR LA PERSONNE**

La prise en charge par l'Assurance Maladie couvre 60 % des frais et la mutuelle (ou l'usager) assume les 40 % restants.

Si le patient est en ALD, les soins sont pris en charge à 100 %.

Les soins hors nomenclature de l'Assurance maladie sont à la charge du patient.

Un IDEL ne peut intervenir en même temps qu'un SSIAD ou une HAD, sauf dans le cadre d'une convention. Dans cette situation, le SSIAD ou l'HAD rémunère le professionnel libéral.

**DURÉE DU SERVICE**

L'IDEL peut intervenir jusqu'à 7 jours sur 7, aussi bien sur des durées brèves (soins techniques en lien avec un problème de santé ponctuel) que sur du très long terme.

**COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE**

Infirmier Diplômé d'État.

Obligation de Formation continue dans le cadre du DPC (Développement Professionnel continu).

**AUTORITÉ ET FINANCEMENT**

Agence Régionale de Santé.

Conseil Départemental de l'Ordre Infirmier.

**CADRE LÉGISLATIF**

- Convention Nationale IDEL et Assurance Maladie / JO du 25 Juillet 2007 et actualisée en Mars 2014.
- Code de Déontologie des Infirmiers/ Décret de 25 Novembre 2016.

SYNTHÈSE

FACE À

Toute personne ayant besoin de soins infirmiers.

POUR

Pour des soins paramédicaux isolés ou en série.
Pour des soins complexes, chroniques longs ou fréquents.
Pour des personnes relevant des soins palliatifs, ou de la dépendance.

OÙ ?

Au domicile, au cabinet ou au sein d'établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement (résidence autonomie, foyer de travailleur migrant, hôtel...).

QUI PEUT ADRESSER ?

Un médecin de ville ou hospitalier (sur prescription).

PENSEZ À

Infirmier(e) Libéral(e) - IDEL

Médecin Traitant



MISSION DE LA STRUCTURE

Généraliste ou spécialiste, exerçant en ville (libéral, centre de santé) ou à l'hôpital, le médecin traitant joue un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins.

Il diagnostique, soigne et organise le suivi des pathologies, il assure le lien avec les établissements sanitaires.

Le choix d'un médecin traitant est vivement conseillé pour l'accompagnement de personnes fragiles (connaissance de l'historique, articulation entre les différents spécialistes, renouvellement des prescriptions...).

Il est également responsable de la demande de reconnaissance d'une affection de longue durée (ALD).

Pour des personnes dont les déplacements sont difficiles, le choix d'un médecin effectuant des visites à domicile est recommandé.

En EHPAD, le médecin traitant est en charge du suivi du résident et travaille en étroite collaboration avec le médecin coordonnateur.



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Aucune limite d'âge.



CRITÈRES D'ADMISSION

Déclaration à faire au cabinet en télétransmission ou par formulaire Ameli (disponible en ligne) signé par le médecin. Le patient reste à tout moment en liberté de changer de professionnel.



COÛT POUR LA PERSONNE

L'Assurance Maladie rembourse 70 % du coût de la consultation de son médecin traitant et la mutuelle (ou le patient) assume les 30 % restants.

Certains médecins (secteur 2) sont autorisés à demander des dépassements d'honoraires.

Le fait d'avoir déclaré un médecin traitant permet un meilleur taux de remboursement dans le cadre de « parcours de soins coordonné ».



DURÉE DU SERVICE

Pas de limitation dans le temps.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin en exercice.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé.

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.



CADRE LÉGISLATIF

- Convention Nationale des Médecins Généralistes et Spécialistes avec l'Assurance Maladie.

POUR TROUVER UN PROFESSIONNEL
LIBÉRAL SUR VOTRE TERRITOIRE :

annuaire.sante.ameli.fr

POUR TROUVER UN CENTRE DE SANTÉ :

www.maia93.org



SYNTHÈSE

FACE À

Toute personne âgée.

POUR

Le diagnostic et le traitement de tout nouveau problème de santé.
Un suivi et un appui à la coordination des soins.

OÙ ?

Le diagnostic et le traitement de tout nouveau problème de santé.
Un suivi et un appui à la coordination des soins.

QUI PEUT ADRESSER ?

Choix de la personne prioritairement.

Peut être conseillé par tout professionnel en lien avec la personne, quel que ce soit son lieu d'exercice.

PENSEZ À

Médecin Traitant

Plateforme d'Accompagnement et de Répit



MISSION DE LA STRUCTURE

La plateforme est dédiée à l'accompagnement et au répit des aidants des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée. Elle propose de l'information, un soutien aux proches aidants (ex : soutien psychologique par téléphone), la recherche de solutions de répit...

Les objectifs sont :

- de prévenir les risques d'épuisement et de diminuer le stress et l'anxiété des aidants,
- de permettre au couple aidant/aidé de vivre des moments conviviaux : sorties, ateliers divers...

D'une manière générale, les plateformes d'accompagnement et de répit apportent :

- de l'information pour aider les proches à faire face à la prise en charge d'une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer et de toute autre maladie entraînant une perte d'autonomie : l'objectif est de mieux comprendre la maladie et l'impact qu'elle peut avoir,
- un soutien aux proches aidants qui peut être :
 - individuel (soutien psychologique, conseils...),
 - en groupe pour partager les expériences, se soutenir, rompre l'isolement, pour renforcer des liens entre familles confrontées à la même situation ;
- des solutions de répit pour donner du temps libre au proche, lui permettant de vaquer à ses occupations, de prendre soin de sa santé et de se reposer.



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Le critère d'accessibilité est celui de la situation d'aidant (conjoint, enfant, ami...) d'une personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée **vivant à domicile. Il n'y a pas de limite d'âge.**



CRITÈRES D'ADMISSION

À la demande des usagers prioritairement.

La mise en relation peut toutefois être sollicitée par un professionnel de santé ou de l'action sociale.



COÛT POUR LA PERSONNE

Pas de participation financière de la personne, à l'exception d'une participation possible à certaines activités (ex : sorties) ou solutions de répit (mise en place ou renforcement des aides à domicile).



DURÉE DU SERVICE

Pas de limitation dans le temps mais arrêt progressif de l'accompagnement en cas d'entrée en EHPAD ou de décès.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Infirmière coordinatrice, psychologue, aide médico-psychologique ou assistant de soins en gérontologie.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé.



CADRE LÉGISLATIF

- Circulaire N° DGCS/SD3A/2011/261 du 30 juin 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer 2008-2012 (mesure 1).

POUR CONTACTER UNE PLATEFORME
SUR VOTRE TERRITOIRE :

www.maia93.org



MAIA

SYNTHÈSE

FACE À

Des proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie atteintes de maladie de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée.

POUR

Accompagner les aidants s'occupant d'un proche en perte d'autonomie et ainsi prévenir les risques d'épuisement et de diminuer le stress et l'anxiété des aidants.

OÙ ?

Les activités et soutien s'organisent principalement au sein de la plateforme.

QUI PEUT ADRESSER ?

À la demande de la personne concernée prioritairement.

La mise en relation peut toutefois être sollicitée par tout professionnel en lien avec la personne, quel que ce soit son lieu d'exercice.

PENSEZ À

*Plateforme d'Accompagnement
et de Répit*



MISSION DE LA STRUCTURE

Le service d'aide et d'accompagnement à domicile intervient notamment auprès de personnes âgées avec des prestations de :

- **services ménagers,**
- **aide** pour les **activités de la vie quotidienne**, concourant ainsi au soutien à domicile, à la préservation de l'autonomie et d'activités sociales.

Les prestations sont destinées à **favoriser le maintien des personnes âgées dans leur cadre de vie habituel** dans les meilleures conditions possibles.

Remarque : les SAAD intervenant auprès du public fragile (personnes âgées/personnes en situation de handicap) relèvent d'une autorisation du Conseil Départemental.



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Les services dits « autorisés » sont habilités à accompagner des personnes fragiles : personnes âgées et personnes en situation de handicap.



CRITÈRES D'ADMISSION

Sur sollicitation de l'utilisateur, de sa famille, d'un professionnel.



COÛT POUR LA PERSONNE

Le coût horaire est variable en fonction du SAAD, le cas échéant :

- réduction & crédits d'impôt,
- si plan d'aide : participation du Conseil Départemental (GIR 1 à 4) ou des caisses de retraite (GIR 5 & 6),
- prestations des assurances & mutuelles,
- aide sociale du conseil départemental pour les personnes sans ressources, si le service est habilité.



DURÉE DU SERVICE

Sans limite.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Directeur de structure, responsable ou assistant au responsable de secteur, auxiliaire de vie sociale.

Auxquels peuvent s'ajouter : aide médico-psychologique, accompagnateur à la mobilité, assistante de vie au domicile, opérateur de téléassistance.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Conseil Départemental.



CADRE LÉGISLATIF

Textes de référence :

- L. 311-4, L. 311-5, L. 311-5-1, L. 312-1 II ; L. 313-1-2 et L313-1-3 ; L. 313-11-1 du code de l'action sociale et des familles.
- Décret n° 2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile et modifiant le code d'action sociale et des familles.

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne, vivant ou souhaitant retourner au domicile, en perte d'autonomie nouvelle ou croissante (conséquence du vieillissement, liée à une pathologie...).

POUR

L'assister dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de sa demande (accompagnement à l'extérieur pour faire les courses, préparation des repas, entretien du logement, etc.).

OÙ ?

L'auxiliaire de vie sociale intervient au domicile, et peut accompagner la personne dans un déplacement extérieur.

QUI PEUT ADRESSER ?

À la demande de la personne concernée prioritairement.

Tout professionnel ou personne de l'entourage peut conseiller la personne dans son choix.

PENSEZ À

*Service d'Aide et d'Accompagnement
à Domicile - SAAD*

Service de Soins Infirmiers À Domicile - SSIAD



MISSION DE LA STRUCTURE

Le SSIAD vise à favoriser le maintien au domicile des personnes qui le souhaitent et à retarder ou prévenir l'hospitalisation ou l'entrée en institution. Il assure des prestations de soins infirmiers :

- **soins d'hygiène**, de confort et relationnels (Actes infirmiers de soins - AIS) ex : soins d'hygiène corporelle, prévention des escarres...
- **soins techniques** (Actes médico-infirmiers -AMI) ex : pansements, injections, prélèvements, perfusions, préparation et distribution des traitements...

Leurs interventions vont plus loin : les SSIAD assurent également une coordination avec les autres intervenants médicaux et paramédicaux : services d'aide à domicile, kinésithérapeutes, médecins...



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Personnes âgées de plus de **60 ans**.

Si autorisation, personnes malades de moins de 60 ans en ALD, et selon les SSIAD **également personnes en situation de handicap**.

La demande doit obligatoirement comporter des soins d'hygiène corporelle.

Le nombre d'interventions hebdomadaires dépend de l'évaluation des besoins.



CRITÈRES D'ADMISSION

- Accord de la personne,
- Habitant sur le territoire d'intervention,
- Vivant à domicile ou dans des établissements non-médicalisés (résidence autonomie, foyer de travailleur migrant, hôtel...),
- Prescription médicale : « Ex : Faire faire un soin d'hygiène corporelle par une infirmière ou une auxiliaire médicale » et pour le SSIAD de Nuit : « à partir de 20 h 00 »,
- Justificatif d'assurance sociale (sécurité sociale, AME, CMU...).

Une évaluation des besoins est réalisée à domicile par l'infirmier coordonnateur du SSIAD. À l'issue de l'évaluation, un rythme d'interventions est proposé à la personne.



COÛT POUR LA PERSONNE

Le coût des soins est pris en charge par l'assurance maladie si les droits sont ouverts. Les prestations des professionnels sont prises en charge, MAIS le matériel, les protections, les alèses restent **à la charge de la personne**.



DURÉE DU SERVICE

Ces interventions peuvent être de courte, de moyenne ou de longue durée selon l'état de santé et les besoins du patient.

Les SSIAD sont autorisés à intervenir auprès d'un nombre limité de personnes. Il est donc possible que le service ne puisse pas prendre en charge un patient au moment où la demande est faite. Il sera alors inscrit sur une liste d'attente.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Au minimum : infirmière coordinatrice ou cadre de santé, infirmières, aides-soignantes (intervenant en collaboration avec l'infirmière).

Auxquels peuvent s'ajouter : assistant de soins en gériatrie, ergothérapeute, psychomotricien.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé.



CADRE LÉGISLATIF

- Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des SAAD et SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile).
- Circulaire DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des SSIAD.

POUR CONTACTER LE SSIAD INTERVENANT
SUR LA VILLE :

www.maia93.org

SYNTHÈSE

FACE À

Personnes âgées de plus de 60 ans ou personnes de moins de 60 ans atteinte d'une pathologie chronique en ALD ou reconnue handicapée.

POUR

Bénéficier de soins de nursing (toilette...) ou d'actes infirmiers (pansements, distribution des médicaments, injections...).

Afin de :

- prévenir la perte d'autonomie,
- éviter une hospitalisation,
- faciliter le retour à domicile après une hospitalisation,
- retarder une entrée dans un établissement d'hébergement.

OÙ ?

Au domicile ou au sein d'établissements non-médicalisés (résidence autonomie, foyer de travailleurs migrants, hôtel...).

QUI PEUT ADRESSER ?

Un médecin de ville ou hospitalier (sur prescription médicale).

PENSEZ À

Service de Soins Infirmiers À Domicile - SSIAD

Centre Local d'Information et de Coordination - CLIC



MISSION DE LA STRUCTURE

Le CLIC assure :

- **l'accueil, l'information, l'orientation et le soutien du public âgé et de l'entourage** (niveau 1),
- l'évaluation des besoins et l'élaboration du plan d'aide personnalisé (niveau 2),
- la mise en œuvre, le suivi et l'adaptation du plan d'aide personnalisé (niveau 3),
- propose des activités collectives et de prévention,
- **coordonne** le réseau des professionnels de son territoire,
- joue un rôle d'observatoire des besoins en gérontologie sur le territoire.

En Seine Saint Denis, les CLIC assurent l'évaluation en vue de la mise en œuvre de l'APA et le suivi du plan d'aide.



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Personnes de plus de **60 ans** avec ou sans pathologie quelle que soit la problématique avec ou sans complexité, son entourage, ses accompagnants bénévoles ou professionnels.



CRITÈRES D'ADMISSION

Libre accès: le CLIC peut être interpellé par tous les publics habitant sur le territoire d'intervention du CLIC (en Seine-Saint-Denis, 8 communes sont couvertes).



COÛT POUR LA PERSONNE

Pas de coût pour l'utilisateur.



DURÉE DU SERVICE

Sans limite jusqu'à la fin du maintien à domicile.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Travailleurs sociaux, infirmier.

Auxquels peuvent s'ajouter ergothérapeute, psychologue, médecin gériatre.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Département (co-financement par les Villes et la Région).



CADRE LÉGISLATIF

- Circulaire DAS/RV2 n°2000/310 du 6 juin 2000 relative aux CLIC. Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-05.
- Circulaire DGAS/AVIE/2C n° 2001/224 du 18 mai 2001 relative aux CLIC. Modalités de labellisation pour 2001.
- Arrêté d'autorisation pour 15 ans (Président du CG depuis Loi 13/08/2004).
- Convention Conseil Général/Ville.

RETROUVER LES VILLES COUVERTES
PAR UN CLIC :

www.maia93.org

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne de plus de 60 ans avec ou sans pathologie quelle que soit la problématique avec ou sans complexité.

POUR

Pour les usagers et les professionnels : une information et une orientation locales, une information sur les dispositifs autour de la personne âgée.

Pour un accompagnement de la personne et l'organisation de son maintien à domicile.

Pour une concertation autour d'une situation en réunion pluriprofessionnelle périodique.

OÙ ?

L'équipe du CLIC reçoit le public dans ses locaux et peut se déplacer à son domicile ou au sein d'établissements non-médicalisés (résidence autonomie, foyer de travailleurs migrants, hôtel...).

QUI PEUT ADRESSER ?

Tout professionnel en lien avec la personne, quel que ce soit son lieu d'exercice.

PENSEZ À

**Centre Local d'Information
et de Coordination - CLIC**

Équipe Mobile de Gériatrie Externe



MISSION DE LA STRUCTURE

L'unité mobile extra-hospitalière plurithématique intervient **sur 3 axes** (soins gériatriques, géronto-psychiatriques & palliatifs) en EHPAD, et dispense :

- **évaluation médico-socio-psychologique,**
- **avis à visée diagnostique ou thérapeutique,**
- **participation à l'élaboration du projet de soins et de vie,**
- **réajustement et formulation de recommandations,**
- **conseils en soins palliatifs en EHPAD,**
- **participation aux réunions pluridisciplinaires hospitalières et libérales.**



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Personne âgée de 75 ans et plus.

- Résident en EHPAD polyopathologique et vulnérable (soins palliatifs, expertise gériatrique & géronto-psychiatrique),
- Personne à domicile présentant des troubles du comportement.



CRITÈRES D'ADMISSION

Sur sollicitation des professionnels.

Accord du patient.

Accord du médecin traitant ou coordonnateur.



COÛT POUR LA PERSONNE

Pas de coût pour l'utilisateur (intervention financée par des budgets ARS).



DURÉE DU SERVICE

Sans limite.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Composition de l'équipe Équipe Mobile de Gériatrie Externe : médecin gériatre, infirmier, psychologue clinicienne.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé.



CADRE LÉGISLATIF

- Circulaire DHOS du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins.
- Circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.
- Circulaire N° SG/2013/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013.
- Circulaire DHOS/O2 n° 2008-99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

POUR CONNAÎTRE LES VILLES COUVERTES
PAR L'EMGE :

www.maia93.org

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne de plus de 75 ans en situation complexe, avec une problématique de santé.

POUR

Pour une évaluation médico-psycho-sociale, une expertise gériatrique.
Pour une médiation, un regard tiers sur une complexité ressentie par le professionnel.
Pour de la concertation, un soutien aux professionnels.

OÙ ?

Sur le lieu de vie de la personne :

- En EHPAD conventionnés du territoire de 93 Sud-Est
- ou
- à domicile (uniquement sur l'axe géro-psycho-geriatrique).

QUI PEUT ADRESSER ?

- Médecin traitant,
- Médecin coordonnateur.

En accord avec le médecin traitant, l'Équipe Mobile de Gériatrie Externe peut être mobilisée par tout professionnel en lien avec la personne, quel que ce soit son lieu d'exercice.

PENSEZ À

Équipe Mobile de Gériatrie Externe

Équipe Mobile Géronto-Psychiatrie



MISSION DE LA STRUCTURE

L'équipe mobile de géronto-psychiatrie assure :

- **Évaluation clinique** : établir un diagnostic (tableau psychiatrique atypique, expression somatique d'une pathologie psychiatrique, pathologie neurodégénérative débutante type Alzheimer, décompensation d'une pathologie organique s'exprimant uniquement par des troubles du comportement d'allure psychiatrique...),
- **Proposition thérapeutique** adaptée,
- **Orientation** des patients (retour à domicile ou dans l'institution d'origine, orientation vers une structure d'aval).

Ces équipes n'ont pas vocation à se substituer aux missions de droit commun des équipes de psychiatrie publique.

Elles n'interviennent pas sur les situations de crise ou d'urgence (appeler le 15).



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Personnes de plus de 60 ans, présentant des troubles du comportement récents, sans antécédent psychiatrique connu.



CRITÈRES D'ADMISSION

- Sur sollicitation d'un professionnel exclusivement, médecin de préférence,
- Fournir le numéro de sécurité sociale de la personne, sa date de naissance et son adresse,
- Être domicilié sur le territoire d'intervention d'une des équipes (tout le département n'est pas couvert).



COÛT POUR LA PERSONNE

Pas de coût pour l'utilisateur (prise en charge à 100 % par l'assurance maladie).



DURÉE DU SERVICE

Indéterminée, dans l'attente d'un relais.

En effet, l'équipe n'assure pas de suivi et privilégie une orientation vers une structure de prise en charge au long court.

Elle peut cependant intervenir à plusieurs reprises, et être ré-interpellée plus tard dans le temps.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin géronto-psychiatre, infirmier, assistante sociale.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé.



CADRE LÉGISLATIF

- Plan National « Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 et 2011-2015 ».
- Circulaire DHOS/O2 n°2004-507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du SROS III.
- Circulaire DHOS/O2 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

POUR CONTACTER L'ÉQUIPE MOBILE
DE GÉRONTO-PSYCHIATRIE :

www.maia93.org

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne de plus de 60 ans, présentant des troubles du comportement récents, sans antécédent psychiatrique connu.

POUR

Pour :

- établir un diagnostic,
- initier une prise en charge,
- orienter la personne vers les structures adéquates.

OÙ ?

L'équipe peut intervenir au domicile, en EHPAD, en résidence autonomie, dans les foyers de travailleurs migrants sur les territoires desservis par cette offre.

QUI PEUT ADRESSER ?

Un médecin de ville ou hospitalier.

Tout professionnel en lien avec la personne, quel que ce soit son lieu d'exercice.

PENSEZ À

Équipe Mobile Géro-nto-Psychiatrie

Équipe Mobile Psychiatrie Précarité



MISSION DE LA STRUCTURE

L'équipe mobile de psychiatrie précarité intervient pour :

- Une réponse adaptée aux besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion, des équipes de la psychiatrie publique se déplacent, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (population précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, personnes majeures, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...), afin de faciliter la **prévention**, le **repérage précoce**, l'identification des **besoins**, et, si nécessaire, l'**orientation** et l'**accès au dispositif de soins**,
- Assurer une fonction d'**interface** entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et médico-sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité.

Ces équipes n'ont pas vocation à se substituer aux missions de droit commun des équipes de psychiatrie publique.

Elles n'interviennent pas sur les situations de crise ou d'urgence (appeler le 15).



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Personne en situation de précarité et d'exclusion liée à des troubles psychiatriques sous-jacents ou à un parcours de vie.

Les acteurs sanitaires, sociaux, éducatif de première ligne en demande d'un étayage pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes.



CRITÈRES D'ADMISSION

Sur sollicitation d'un professionnel et/ou sur la base d'un repérage et d'une évaluation menée par l'équipe.



COÛT POUR LA PERSONNE

Pas de coût pour l'utilisateur (prise en charge à 100 % par la dotation annuelle de financement du secteur psychiatrique).



DURÉE DU SERVICE

Indéterminée, dans l'attente d'un relais.

Les interventions des Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité ont pour finalité l'identification d'une pathologie psychosociale, le repérage de situations aiguës ou de pathologies psychiatriques avérées, ainsi que la facilitation de l'émergence d'une adhésion aux soins. Pour ce faire, plusieurs interventions peuvent être nécessaires selon les situations.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin psychiatre, infirmier, psychologue.

Auxquels peuvent s'ajouter : cadre de santé, éducateur spécialisé, secrétaire.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé.



CADRE LÉGISLATIF

- Plan National « Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 et 2011-2015 ».
- Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

POUR CONTACTER UNE ÉQUIPE MOBILE
PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ :

www.maia93.org



SYNTHÈSE

FACE À

Personnes majeures en situation de précarité et d'exclusion, présentant une souffrance psychique et/ou psychiatrique, avérée ou non.

POUR

Pour la personne :

- écoute et soutien,
- évaluation de la situation,
- orientation vers les structures adéquates,
- faciliter l'accès aux soins et favoriser la prise en charge.

Pour les professionnels de première ligne :

Un soutien et une formation pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes, la mise en œuvre des premiers stades de l'écoute et du soutien.

OÙ ?

L'équipe peut intervenir dans la rue, dans les foyers de travailleurs migrants, en résidence autonomie ou au domicile.

QUI PEUT ADRESSER ?

Un médecin de ville ou hospitalier.

Tout professionnel en lien avec la personne, quel que ce soit son lieu d'exercice.

PENSEZ À

Équipe Mobile Psychiatrie Précarité



MISSION DE LA STRUCTURE

Le gestionnaire de cas

- **évalue** toutes les dimensions des besoins de santé d'une personne en situation complexe et identifie les problématiques prioritaires,
- sur la base de cette évaluation, **valide l'inclusion** et le suivi en gestion de cas,
- élabore et conduit un plan de service individualisé,
- **organise et coordonne** les interventions des différents acteurs (professionnel ou bénévole),
- assure le suivi du parcours de vie et de soins de la personne,
- **assure un suivi intensif et continu** depuis le signalement jusqu'au décès de la personne ou son entrée en institution,
- est le référent de la personne,
- joue un rôle d'observatoire des dysfonctionnements et des ruptures dans le parcours de la personne âgée.



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Personne de 60 ans ou plus, souhaitant continuer à vivre à son domicile.
Exception : les personnes atteintes de pathologies neurodégénératives de type Alzheimer et apparentées de moins de 60 ans peuvent être accompagnées en gestion de cas.



CRITÈRES D'ADMISSION

Les 3 Critères obligatoires d'orientation :

- Situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile, avec problématiques relatives à l'autonomie fonctionnelle et au champ médical et à l'autonomie décisionnelle,
- Aides et soins insuffisants ou inadaptés,
- Absence de personne ressource, d'entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner les réponses aux besoins.



COÛT POUR LA PERSONNE

Pas de coût pour l'utilisateur (financé par des budgets ARS).



DURÉE DU SERVICE

Jusqu'à la fin du maintien à domicile.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Gestionnaires de cas, salariés du porteur de la MAIA.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé.



CADRE LÉGISLATIF

- Plan Alzheimer 2008-2012 – mesure 5.
- Cahier des charges MAIA publié par Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011.
- Arrêté du 16 novembre 2012 fixant les référentiels d'activités et de compétences pour exercer le rôle et les missions du gestionnaire de cas dans les MAIA.

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne de plus de 60 ans souhaitant continuer à vivre à son domicile:

- problème dans l'autonomie fonctionnelle,
- relevant du champ médical,
- problème dans l'autonomie décisionnelle,
- aides et soins insuffisants et inadaptés,
- absence de personne ressource en mesure de mettre en place et de coordonner les réponses aux besoins.

Exception : les personnes atteintes de pathologies neurodégénératives de type Alzheimer et apparentées de moins de 60 ans peuvent être accompagnées en gestion de cas.

POUR

- Pour une évaluation multidimensionnelle de la situation,
- Pour un appui aux professionnels intervenants, l'adaptation des aides et soins et la structuration d'une équipe de soins en réponse aux souhaits et besoins de la personne,
- Pour un suivi intensif, régulier et au long cours.

OÙ ?

Le gestionnaire de cas se rend auprès de la personne à son domicile (logement, foyers, résidence autonomie,...) et poursuit l'accompagnement lors de séjours temporaires en EHPAD ou en cas d'hospitalisation.

QUI PEUT ADRESSER ?

Tout acteur du territoire accompagnant la personne, quel que ce soit son lieu d'exercice.

Le service ne peut pas être directement sollicité pour une demande d'accompagnement par la famille.

PENSEZ À

Gestionnaire de cas

Réseau de santé cancer maladies chroniques graves/précarité



MISSION DE LA STRUCTURE

L'équipe pluriprofessionnelle de ce réseau s'attache à :

- améliorer la qualité de la prise en charge globale des patients et de leurs proches,
- faciliter la continuité des soins ville/hôpital - hôpital/ville et un accompagnement de proximité lors de son retour à domicile,
- travailler en proximité avec les médecins traitants et les soignants libéraux,
- permettre l'accès pour tous aux soins de support individuels et/ou collectifs,
- proposer des ateliers d'éducation thérapeutique, des groupes de paroles...



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Personne atteinte par un cancer et/ou une maladie chronique grave et dont la situation sociale est fragile.



CRITÈRES D'ADMISSION

- Accord de la personne,
- Habitant sur le territoire.



COÛT POUR LA PERSONNE

Pas de coût pour l'utilisateur (financé par des budgets ARS).



DURÉE DU SERVICE

Jusqu'à stabilisation de la situation.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Directeur, infirmier, assistant de service social, psychologues (salariés ou libéraux), diététicien, TISF...



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé et autres appels à projets.



CADRE LÉGISLATIF

- Circulaire DHOS/02/03/UNCAM/2007/197 du 19 décembre 2002 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé.
- Circulaire DHOS/02/03/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé « personnes âgées ».
- Guide DGOS « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? » septembre 2012.

POUR CONTACTER LE RÉSEAU DE SANTÉ
DE VOTRE TERRITOIRE :

www.maia93.org

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne atteinte d'un cancer et/ou d'une maladie chronique grave (diabète,...) et en situation sociale précaire (accès aux droits, ressources...).

POUR

- Pour une évaluation pluriprofessionnelle de la situation, des préconisations et la mise en place des solutions possibles pour la personne.
- Pour les situations les plus complexes, la mise en place avec les partenaires du réseau de Réunions de Concertation Pluridisciplinaires Sociales (RCPS) avec l'accord et la présence de la personne concernée (ou personne de confiance).
- Pour de l'accompagnement et du soutien des proches de la personne.

OÙ ?

L'équipe peut intervenir au domicile, dans tout établissement tenant lieu de domicile (foyer, EHPAD, MAS, FAM...) ainsi que dans les établissements de santé adhérents du réseau.

QUI PEUT ADRESSER ?

L'équipe peut être mobilisée par la personne ou par un de ses proches et par tout professionnel en lien avec la personne, quel que ce soit son lieu d'exercice.

PENSEZ À

**Réseau de santé cancer
maladies chroniques graves/précarité**

**MISSION DE LA STRUCTURE**

L'équipe de coordination

- repère les personnes âgées en risque ou en situation de rupture socio-sanitaire,
- assure un diagnostic psycho-médico-social,
- propose le plan d'intervention le plus adapté et engage les démarches auprès des intervenants,
- propose un soutien psychologique au patient et à ses proches,
- apporte un soutien aux professionnels en proposant des réponses adaptées aux situations difficiles,
- favorise la concertation entre les intervenants sanitaires et sociaux afin d'optimiser le maintien à domicile, l'accès à une structure de soins, le retour à domicile,
- peut offrir un programme de formation et d'éducation thérapeutique,
- offre un appui à la coordination aux professionnels de santé de 1^{er} recours, dont le médecin généraliste.

**PUBLIC ACCOMPAGNÉ**

Personnes de plus de **75 ans** en situation complexe, avec une problématique de santé.

**CRITÈRES D'ADMISSION**

- Accord de la personne,
- Habitant sur le territoire,
- Accord du médecin traitant.

**COÛT POUR LA PERSONNE**

Pas de coût pour l'utilisateur (financé par des budgets ARS).

**DURÉE DU SERVICE**

Jusqu'à stabilisation de la situation.

**COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE**

Médecin, infirmiers coordinateurs.

Auxquels peuvent s'ajouter assistant de service social et intervention de psychologues (salariés ou libéraux).

**AUTORITÉ ET FINANCEMENT**

Agence Régionale de Santé.

**CADRE LÉGISLATIF**

- Circulaire DHOS/02/03/UNCAM/2007/197 du 19 décembre 2002 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé.
- Circulaire DHOS/02/03/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé « personnes âgées ».
- Guide DGOS « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? » septembre 2012.

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne de plus de 75 ans en situation complexe, avec une problématique de santé.

POUR

- Pour une évaluation médico-psycho-sociale, une expertise gériatrique et une préconisation dans la mise en place des solutions possibles,
- Pour une médiation, un regard tiers sur une complexité ressentie par le professionnel,
- Pour de la concertation, un soutien aux professionnels.

OÙ ?

L'équipe peut intervenir au domicile et dans tout établissement tenant lieu de domicile foyer, EHPAD, Maison d'Accueil Spécialisée, Foyer d'Accueil Médicalisé...

QUI PEUT ADRESSER ?

L'équipe peut être mobilisée par tout professionnel en lien avec la personne, quel que ce soit son lieu d'exercice, et par la personne ou par un de ses proches.

PENSEZ À

Réseau de santé gérontologique



MISSION DE LA STRUCTURE

Le réseau de soins palliatifs assure :

- Écoute au patient, aux proches et aux professionnels,
- Soutien du patient/du proche/es professionnels,
- Appui à la Coordination des intervenants de ville et hospitaliers : organisation des retours à domicile,
- Formation des professionnels,
- Suivi de deuil.



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Patient en soins palliatifs.



CRITÈRES D'ADMISSION

- Accord du patient,
- Accord du médecin traitant,
- Habitant sur le territoire d'intervention du réseau.



COÛT POUR LA PERSONNE

Pas de coût pour l'utilisateur (prise en charge à 100 % par l'assurance maladie).



DURÉE DU SERVICE

Sans limite.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Les soins palliatifs sont des soins pratiqués par une équipe interdisciplinaire composée de médecins, infirmiers, assistant de service social, psychologue, bénévoles d'accompagnement.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé.



CADRE LÉGISLATIF

- Circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs ; circulaire DHOS/O2/3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs.

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne atteinte d'une maladie en phase évoluée ou terminale souhaitant rester à son domicile.

POUR

Pour une évaluation médico-psycho-sociale de la situation, une expertise palliative et un appui au médecin traitant et à tous les professionnels de santé dans un objectif de préservation de qualité de vie du patient.

Pour un soutien au malade, à son entourage et aux professionnels intervenant.

Pour de la formation des équipes soignantes au domicile.

OÙ ?

Au domicile du patient y compris EHPAD, Foyer, Maison d'Accueil Spécialisée, Foyer d'Accueil Médicalisé...

QUI PEUT ADRESSER ?

Tout professionnel ou usager.

PENSEZ À

Réseau de santé soins palliatifs

Consultation mémoire



MISSION DE LA STRUCTURE

La consultation mémoire offre de :

- Diagnostiquer un trouble de la mémoire,
- Prescrire les traitements spécifiques, les séances de réhabilitation proposées à domicile par les équipes spécialisées Alzheimer en cas de maladie neurodégénératives de type Alzheimer ou apparentées,
- Transmettre rapidement le résultat des consultations au médecin traitant.



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Personne âgée se plaignant de sa mémoire.



CRITÈRES D'ADMISSION

Orientation par :

- le médecin traitant, à défaut un professionnel de santé peut contacter les professionnels de la consultation,
- le médecin coordonnateur d'EHPAD.



COÛT POUR LA PERSONNE

L'Assurance Maladie prend en charge la totalité des frais de séjours.



DURÉE DU SERVICE

Consultation d'environ une heure.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin gériatre ou neurologue.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé.



CADRE LÉGISLATIF

- Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

POUR CONTACTER LA CONSULTATION
MÉMOIRE LA PLUS PROCHE :

www.maia93.org

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne âgée se plaignant de sa mémoire, vivant à domicile ou en institution.

POUR

Poser un diagnostic.
Évaluer la situation de l'aidant.
Être orienté, conseillé vers les différentes actions thérapeutiques et solutions de répit.

OÙ ?

Il existe deux types de consultation mémoire.

- Les consultations mémoire à l'hôpital,
- Les consultations mémoire réalisées par des médecins libéraux habilités : les spécialistes en neurologie, les spécialistes en gériatrie, les spécialistes en psychiatrie, les médecins spécialistes ou qualifiés en médecine générale titulaires de la capacité de gériatrie.

QUI PEUT ADRESSER ?

Le médecin traitant.
Peut être conseillé par tout professionnel en lien avec la personne, quel que ce soit son lieu d'exercice.

PENSEZ À

Consultation mémoire



MISSION DE LA STRUCTURE

L'EMG intervient à la demande des services pour

- dispenser une **évaluation médico-psycho-sociale (EGS)** et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique,
- contribuer à **l'élaboration du projet** de soins et du projet de vie des patients gériatriques par le biais de conseils et de recommandations, la décision du projet de soins restant sous la responsabilité du médecin du service,
- **orienter les patients** gériatriques dans la filière de soins gériatrique,
- participer à **l'organisation de la sortie**,
- conseiller, informer et former les équipes soignantes par la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Patient âgé de **75 ans** et plus hospitalisé.



CRITÈRES D'ADMISSION

L'EMG répond aux appels de l'ensemble des services médicaux et chirurgicaux de son hôpital et tout particulièrement le Service d'Accueil des Urgences (SAU).



COÛT POUR LA PERSONNE

Coût pris en charge par l'assurance maladie.



DURÉE DU SERVICE

Action ponctuelle en vue d'expertise et d'orientation L'Équipe Mobile de Gériatrie est une unité transversale qui ne possède pas de lit.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin gériatre, infirmier, assistant de service social auxquels peuvent s'ajouter secrétaire, psychologue, ergothérapeute, diététicien.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé.



CADRE LÉGISLATIF

- Circulaire N°DHOS/01/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008.

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne âgée de plus de 75 ans hospitalisée ailleurs que dans un service de gériatrie ou de passage aux urgences.

POUR

Procéder à une évaluation gériatrique, élaborer et accompagner un projet de vie en lien avec les partenaires du territoire.

OÙ ?

Dans les locaux de l'hôpital de rattachement.

QUI PEUT ADRESSER ?

Les équipes hospitalières, y compris les urgences.

PENSEZ À

Équipe Mobile de Gériatrie - EMG

Hôpital de Jour à visée diagnostique - HDJ diagnostic



MISSION DE LA STRUCTURE

L'hôpital de jour à visée diagnostique permet de :

- **Évaluer & diagnostiquer,**
 - Évaluation gériatrique médico-psycho-sociale (bilan sanguin, nutritionnel, consultation neuropsychologique, etc.) afin de poser un diagnostic et de proposer une stratégie de prise en charge adaptée,
 - Consultation d'annonce,
- **Traiter,**
Surveiller et ajuster les thérapeutiques,
- **Soutenir,**
Atelier de stimulation cognitive.



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Personne âgée présentant une dégradation de son état de santé : bilan de chute (hors urgence), troubles de la mémoire, dénutrition, confusion, bilan iatrogénique (revue des ordonnances)...



CRITÈRES D'ADMISSION

Orientation par :

- le médecin traitant après repérage de problèmes durant la consultation de prévention dispensée aux personnes âgées de 70 ans et plus,
- le médecin coordonnateur d'EHPAD.

En fonction des établissements, le recours en amont à la consultation mémoire est obligatoire.



COÛT POUR LA PERSONNE

Pas de coût si le patient est reconnu en Affection Longue Durée (ALD), l'Assurance Maladie prend en charge la totalité des frais de séjours.

Si non, 20 % reste à la charge du patient ou à son assurance complémentaire, s'il y en a une.



DURÉE DU SERVICE

Prise en charge à la journée.

Bilans et traitements programmés sur une courte durée afin d'éviter les traumatismes d'une hospitalisation classique.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Équipe pluridisciplinaire composée de : médecin, infirmier, psychologue, neuropsychologue.

Auquel peut s'ajouter un diététicien, psychomotricien ou kinésithérapeute et assistant de service social.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé.



CADRE LÉGISLATIF

- Circulaire DHOS/02 N°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne âgée de plus de 75 ans (critère d'âge inférieur dans certains hôpitaux de jour) présentant une dégradation progressive de son état de santé.

POUR

Évaluer les retentissements du vieillissement sur l'état de santé.
Mener des explorations complémentaires.
Poser un diagnostic.
Être orienté, conseillé vers les différentes actions thérapeutiques et solutions de répit.

OÙ ?

À hôpital sur la journée.

QUI PEUT ADRESSER ?

Sur prescription du médecin traitant.
Peut être conseillé par tout professionnel en lien avec la personne, quel que ce soit son lieu d'exercice.

PENSEZ À

*Hôpital de Jour à visée
diagnostique - HDJ diagnostic*

Hôpital de Jour Soins de Suite et Réadaptation Gériatrique - HDJ SSR



MISSION DE LA STRUCTURE

Prévenir ou réduire les conséquences (fonctionnelles, physique, cognitive, psychologique sociale) des déficiences et handicap survenus suite à un épisode aigu.

- **Réévaluer & Ajuster,**

Réévaluation et ajustement de traitement des pathologies chroniques déséquilibrées,

Éducation thérapeutique du patient et de son entourage,

- **Réadapter,**

Promouvoir une réadaptation motrice, cognitive, sociale visant le maintien à domicile du patient âgé,

- **Soutenir,**

Information et soutien des aidants.

Ajustement des aides à domicile au regard des observations et évaluation de l'autonomie faites au cours de la prise en charge.

Préparation à l'entrée en institution le cas échéant.



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Personne de 75 ans et plus :

- pathologies chroniques invalidantes,
- rééducation fonctionnelle/ orthopédique principalement.



CRITÈRES D'ADMISSION

Entrées possibles via :

- entrée programmée par le médecin traitant,
- service d'accueil des urgences,
- autre service hospitalier.



COÛT POUR LA PERSONNE

Pas de coût si le patient est reconnu en Affection Longue Durée (ALD), l'Assurance Maladie prend en charge la totalité des frais de séjours.

Si non, 20 % reste à la charge du patient ou à son assurance complémentaire, s'il y en a une.



DURÉE DU SERVICE

Hospitalisation en ambulatoire (à la journée) durant **4 à 6 semaines** en moyenne.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Équipe pluridisciplinaire composée de médecins, infirmiers, aides-soignants, professionnels de la rééducation (masseur-kinésithérapeute, psychomotricien, ergothérapeute en fonction des établissements).



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé.



CADRE LÉGISLATIF

- Décret du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.
- Décret du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.
- Circulaire DHOS/O1 du 3 octobre 2008 relative aux décrets du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.

POUR CONTACTER L'HDJ LE PLUS PROCHE :
www.maia93.org



SYNTHÈSE

FACE À

Personne de 75 ans et plus à risque de dépendance qui a déjà fait l'objet d'un bilan médical (hospitalier ou en ville) et dont l'état de santé est stabilisé.

POUR

Bénéficier de séances de Rééducation fonctionnelle, sur un mode alternatif à l'hospitalisation complète.

OÙ ?

À l'hôpital sur la journée (hôpital ou clinique).

QUI PEUT ADRESSER ?

Le médecin traitant.
Le médecin d'un service hospitalier.
Peut être conseillé par tout professionnel en lien avec la personne, quel que ce soit son lieu d'exercice.

PENSEZ À

*Hôpital de Jour Soins de Suite
et Réadaptation Gériatrique - HDJ SSR*

Service Social Hospitalier



MISSION DE LA STRUCTURE

Le service social hospitalier **intervient au sein d'une équipe hospitalière** dans le cadre d'un projet élaboré avec le patient et son entourage en veillant à préserver son autonomie.

Il a pour missions de :

- conseiller, **orienter et de soutenir les personnes accueillies et leur entourage**,
- **les aider dans leurs démarches d'accès au soin, accès aux droits, l'aide à la vie quotidienne**,
- **assurer une coordination entre l'hôpital et d'autres institutions et intervenant.**



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Les patients **venant en consultation ou étant hospitalisés dans l'établissement dont dépend le service social et leur entourage.**



CRITÈRES D'ADMISSION

Avoir un problème d'ordre social lié à la pathologie.

Pas de critère relatif à l'âge ni au territoire.



COÛT POUR LA PERSONNE

Pas de coût pour l'utilisateur (prestation financée par le site hospitalier).



DURÉE DU SERVICE

Le temps de l'hospitalisation, en fonction du parcours du soin durant le suivi médical, et en recherche de relais avec les partenaires sociaux.

OFFRE CIBLÉE PERSONNES ÂGÉES

- **L'accès aux soins :**
 - Aide à la recherche d'une couverture sociale,
 - Aide à la régularisation des prises en charge soins,
 - Aide à la poursuite des soins à la sortie (appareillage, etc.),
- **L'accès aux droits :**
 - Information, orientation, coordination, accompagnement en lien avec les partenaires et dispositifs sociaux,
 - Aide à la constitution ou à la régularisation des dossiers administratifs (assurance maladie, handicap, vieillesse, titre de séjour pour soins, aides juridiques, décès, etc...),
 - Protection des personnes majeures,
- **L'aide à la vie quotidienne :**
 - Aménagement du logement,
 - Difficultés matérielles,
- **L'organisation des sorties :**
 - Information, orientation, coordination, accompagnement en vue du retour à domicile,
 - Organisation des soins et des aides à domicile (auxiliaire de vie, etc...),
 - Orientation et recherche d'un service de soins de suite,
 - Aide à la décision et aux démarches à l'entrée en institution (maison de retraite, établissements spécialisés, etc...).



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de la Santé et Ministère de la Santé.



CADRE LÉGISLATIF

- Missions Générales - Décret n° 93-652 du 26 mars 1993 portant statut particulier des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière.

POUR CONTACTER LE SERVICE SOCIAL
DE L'ÉTABLISSEMENT :

www.maia93.org



MAIA

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne se rendant en consultations ou étant hospitalisée, son entourage rencontrant des difficultés sociales en lien avec la pathologie (difficultés d'accès aux droits, ouvertures de droits etc.).

POUR

Préserver l'autonomie de la personne.
Favoriser l'accessibilité aux soins et aux droits.
Accompagner la mise en place d'aides à la vie quotidienne en vue d'un retour à domicile.

OÙ ?

À l'hôpital.

QUI PEUT ADRESSER ?

La personne concernée peut se présenter d'elle-même ou être orientée par un professionnel d'un service hospitalier.

PENSEZ À

Service Social Hospitalier

Service de Soins de Suite et Réadaptation gériatrique - SSR



MISSION DE LA STRUCTURE

Le SSR gériatrique offre une prise en charge globale destinée à permettre au patient de retourner dans son lieu de vie d'origine.

Ses objectifs généraux sont de :

- évaluer et limiter les conséquences fonctionnelles de l'aggravation de pathologies évolutives, maintenir les fonctions,
- assurer la sortie du milieu hospitalier si possible par un retour à domicile adapté ou organiser toute autre solution d'hébergement adapté,
- assurer l'éducation du patient et de son entourage,
- assurer des bilans réguliers d'évaluation au cours de la vie du patient destinés à dépister et prévenir certaines aggravations, adapter la prise en charge aux nouveaux besoins,
- contribuer régulièrement au suivi médical ou rééducatif, à l'adaptation des traitements médicaux.



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Personnes âgées de **75 ans** et plus, poly-pathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.

La personne a déjà fait l'objet d'un bilan médical et a déjà reçu les soins techniques adéquats



CRITÈRES D'ADMISSION

- Sur demande d'un médecin (par Via Trajectoire depuis un établissement et/ou sur prescription du médecin traitant depuis le domicile),
- Ouverture des droits de Sécurité Sociale,
- Sous réserve d'acceptation du dossier médical,
- En fonction de la charge en soins du patient.



COÛT POUR LA PERSONNE

Le coût des soins est pris en charge par l'assurance maladie si les droits sont ouverts à 100 %. Sinon, ils seront pris en charge à 80 %. Les 20 % restant sont à la charge de la personne en l'absence de mutuelle.

Les coûts hôteliers font l'objet d'un forfait journalier de 18/jour, à la charge de la personne en l'absence de mutuelle.



DURÉE DU SERVICE

Fonction du projet thérapeutique (en moyenne 21 à 45 jours).



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin gériatre, infirmière, aide-soignant, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien et psychologue.

Auxquels peuvent s'ajouter : psychomotricien, orthophoniste, pédicure-podologue.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé.



CADRE LÉGISLATIF

- Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.
- Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.
- Circulaire n° DHOS/01/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.
- Arrêté annuels fixant les éléments tarifaires.

POUR CONTACTER LE SSR GÉRIATRIQUE
LE PLUS PROCHE :

www.maia93.org

SYNTHÈSE

FACE À

Personnes âgées de 75 ans et plus, poly-pathologiques, dépendante ou à risque de dépendance ayant déjà fait l'objet d'un bilan médical et a déjà reçu les soins techniques adéquats.

POUR

- Une rééducation complexe et modérée : c'est à dire multidisciplinaire de généralement moins de 2 heures par jour,
- Une surveillance médicale et/ou un traitement médical important, en raison de facteurs de comorbidité, ou de risques cliniques/équelles/complications de l'affection causale,
- Une charge importante en soins techniques et de soins d'hygiène corporelle,
- Un accompagnement et une organisation de la fin de vie.

OÙ ?

En établissement sanitaire (hôpital ou clinique).

QUI PEUT ADRESSER ?

Un médecin hospitalier, de ville ou d'EHPAD.

PENSEZ À

*Service de Soins de Suite
et Réadaptation gériatrique - SSR*

Service de Soins de Suite et Réadaptation polyvalent



MISSION DE LA STRUCTURE

Le SSR polyvalent contribue à :

- **une rééducation** pour aider le patient à recouvrer le meilleur potentiel de ses moyens physiques, cognitifs et psychologiques,
- **une réadaptation** pour accompagner le patient si les limitations de ses capacités s'avèrent irréversibles,
- **une réinsertion** pour aller au-delà des soins médicaux et garantir une réelle autonomie au patient afin qu'il recouvre au maximum les conditions de vie qui précédaient son séjour hospitalier.



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Profil du patient :

Personne adulte hospitalisée en court séjour ou vivant au domicile et dont le projet thérapeutique et social ne nécessite pas les moyens techniques et humains d'un SSR spécialisé.



CRITÈRES D'ADMISSION

Entrées possibles via :

- Sur demande d'un médecin (par Via Trajectoire depuis un établissement et/ou sur prescription du médecin traitant depuis le domicile),
- Ouverture des droits de Sécurité Sociale,
- Sous réserve d'acceptation du dossier médical,
- En fonction de la charge en soins du patient.



COÛT POUR LA PERSONNE

Le coût des soins est pris en charge par l'assurance maladie si les droits sont ouverts à 100 %. Sinon, ils seront pris en charge à 80 %. Les 20 % restant sont à la charge de la personne en l'absence de mutuelle.

Les coûts hôteliers font l'objet d'un forfait journalier de 18/jour, à la charge de la personne en l'absence de mutuelle.



DURÉE DU SERVICE

Fonction du projet thérapeutique.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin, cadre infirmier, infirmiers, aides-soignants, agents d'entretien, assistantes sociales, pharmacien, masseurs-kinésithérapeutes.

Auxquels peuvent s'ajouter psychomotricien, ergothérapeute, éducateurs sportifs.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé.



CADRE LÉGISLATIF

- Décret du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.
- Décret du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.
- Circulaire DHOS/O1 du 3 octobre 2008 relative aux décrets du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.

POUR CONTACTER LE SSR POLYVALENT
LE PLUS PROCHE :

www.maia93.org



SYNTHÈSE

FACE À

Personne hospitalisée en court séjour (ou au domicile) qui nécessite une prise en charge complémentaire de moyenne durée avec des objectifs de rééducation, réadaptation et réinsertion.

POUR

Éviter le risque d'installation ou d'aggravation d'une déficience source de dépendance de physique ou psychique.

OÙ ?

En établissement sanitaire (hôpital ou clinique).

QUI PEUT ADRESSER ?

Un médecin hospitalier, de ville ou d'EHPAD.

PENSEZ À

*Service de Soins de Suite
et Réadaptation polyvalent*

**MISSION DE LA STRUCTURE**

L'UGA contribue à

- **évaluer,**
évaluation globale du patient (à la fois médicale, paramédicale, psychologique et sociale),
- **traiter,**
les pathologies dominantes et les pathologies associées déséquilibrées, pratiquer les soins non réalisables en ambulatoire,
- **envisager,**
les conditions de vie ultérieures avec le patient et son entourage, et contribuer à leur organisation.

**PUBLIC ACCOMPAGNÉ****Profil du patient :**

Personne de **75 ans** et plus,

- plusieurs pathologies chroniques invalidantes,
- aggravation ou survenue d'une affection aiguë,
- fréquemment : pathologie neurodégénérative et somatique.

**CRITÈRES D'ADMISSION****Entrées possibles via :**

- entrée programmée par le médecin traitant en lien avec le gériatre hospitalier,
- service d'accueil des urgences,
- autre service hospitalier.

**COÛT POUR LA PERSONNE**

Le coût des soins est pris en charge par l'assurance maladie si les droits sont ouverts à 100 %. Sinon, ils seront pris en charge à 80 %. Les 20 % restant sont à la charge de la personne en l'absence de mutuelle.

Les coûts hôteliers font l'objet d'un forfait journalier de 18/jour, à la charge de la personne en l'absence de mutuelle.

**DURÉE DU SERVICE**

Hospitalisation complète d'une dizaine de jours en moyenne.

**COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE**

Médecins gériatres, cadre infirmier, infirmiers, aides-soignants, agents hospitaliers, assistant social, kinésithérapeute, psychologue, secrétariat...

**AUTORITÉ ET FINANCEMENT**

Agence Régionale de Santé.

**CADRE LÉGISLATIF**

- Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

SYNTHÈSE

FACE À

Personnes âgées de 75 ans et plus, poly-pathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.

POUR

- Évaluer de façon globale et individualisée le patient gériatrique sur les plans médical, psychologique et social,
- Établir les diagnostics et pratiquer les soins non réalisables en ambulatoire,
- Traiter les pathologies dominantes et les pathologies associées déséquilibrées,
- Envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et contribuer à leur organisation,
- Assurer la prise en charge des patients gériatriques en admission directe non programmée, de préférence sans passage par les urgences.

OÙ ?

En établissement sanitaire.

QUI PEUT ADRESSER ?

Les équipes hospitalières, le médecin de ville (admission directe depuis le domicile ou l'EHPAD), les réseaux de santé, les CLIC et, plus largement, tout professionnel de santé de ville.

PENSEZ À

Unité de Gériatrie Aiguë - UGA

Unité de Soins de Longue Durée - USLD



MISSION DE LA STRUCTURE

l'USLD vise à assurer aux patients les :

- soins d'entretien de la **vie**,
- soins **médicaux et techniques**,
- soins **relationnels**,
- **Prévenir** l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes,
- Élaborer un **projet de vie** individuel pour chaque patient dans le souci de sa qualité de vie,
- Assurer l'accompagnement des **familles et des proches**.

En conséquence l'USLD permet

- de proposer une prise en charge adaptée à l'évolution de l'état de santé du patient quand il s'avère qu'un **maintien** ou un **retour** du patient à son domicile ou substitut de domicile n'est plus possible et,
- **d'éviter la prolongation non justifiée d'une hospitalisation en court séjour ou en SSR.**



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Personne de plus de 60 ans requérant des soins médico-techniques importants dont l'évolution de l'état de santé ne permet pas le maintien ou un retour dû à son domicile.



CRITÈRES D'ADMISSION

Demande sur Via Trajectoire pour des patients soit :

- consécutivement à une hospitalisation en court séjour ou en SSR,
- par accès direct du domicile ou d'une structure médico-sociale.

Par le médecin traitant (domicile) ou coordonnateur (EHPAD) après concertation avec le patient et ses proches formule une demande d'admission.

L'admission s'opère après accord du médecin chargé de l'unité de soins de longue durée après évaluation gériatrique médico-psycho-sociale comportant une évaluation de l'autonomie et des soins médico-techniques requis.



COÛT POUR LA PERSONNE

Financement tripartite :

- soins : prise en charge par l'assurance maladie,
- dépendance : participation au titre de l'APA,
- hébergement : coût variable en fonction des EHPAD.

Plusieurs aides peuvent aider à financer un séjour en hébergement temporaire :

- l'ASH (aide sociale à l'hébergement) ; des aides des caisses de retraite complémentaires ou des complémentaires santé (selon les caisses, se renseigner).



DURÉE DU SERVICE

Fin de prise en charge : amélioration suffisante de l'état de santé du patient et la surveillance pluriquotidienne plus nécessaire.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Présence infirmière et aide-soignante 24 h/ 24, permanence médicale sous forme de garde médicale ou astreinte, agent hospitalier, personnel paramédical (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, podologue, diététicien, psychologue, et assistant social).

L'équipe pluridisciplinaire doit être formée spécifiquement à la prise en charge des patients gériatriques.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé.



CADRE LÉGISLATIF

- Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n° 2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée.

POUR CONTACTER L'USLD LE PLUS PROCHE :

www.maia93.org

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne âgée polypathologique en perte d'autonomie et requérant des soins techniques importants.

POUR

- Assurer aux patients des soins médicaux et techniques et relationnels,
- Prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes,
- Élaborer un projet de vie individuel pour chacun dans le souci de la qualité de vie.

OÙ ?

Au sein d'établissement de santé.

QUI PEUT ADRESSER ?

Un médecin hospitalier,
Un médecin de ville (domicile ou EHPAD).

PENSEZ À

Unité de Soins de Longue Durée - USLD



MISSION DE LA STRUCTURE

L'unité cognitivo-comportementale a pour **objectif**

- **de stabiliser les troubles de comportement**, grâce à un programme individualisé de réhabilitation cognitive et comportementale,
- **d'assurer les soins à l'origine de la situation de crise** en l'absence d'une indication de court séjour en spécialité d'organe ou de réanimation.

L'UCC comporte entre **10 et 12 lits** et dispose d'un **plateau technique de réadaptation** aux actes de la vie courante adapté et de **réhabilitation cognitive** mises en œuvre.

Remarque :

L'organisation des soins et les locaux de ces unités sont adaptés aux besoins des patients notamment lorsqu'il s'agit de patients souffrant de la maladie de survenue précoce.



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Patients atteints de la **maladie d'Alzheimer** ou maladies **apparentées**, présentant l'ensemble des caractéristiques suivantes :

- mobilité (patient valide),
- agressivité,
- troubles du comportement productifs (hypermotivité, hallucinations, troubles moteurs, agitation, troubles du sommeil graves).

Les patients viennent essentiellement de leur domicile ou d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.



CRITÈRES D'ADMISSION

Orientation par le médecin de ville ou celui responsable d'un service d'aigu après la réalisation d'un bilan médical approprié, pour les patients hospitalisés (par ViaTrajectoire).



COÛT POUR LA PERSONNE

Pas de coût si le patient est reconnu en Affection Longue Durée (ALD), l'Assurance Maladie prend en charge la totalité des frais de séjours.

Si non, 20 % reste à la charge du patient ou à son assurance complémentaire, s'il y en a une.



DURÉE DU SERVICE

Variable en fonction du projet de soins et de vie.

Durée moyenne de séjour de 20 jours.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Professionnels dédiés et spécifiques du soin et de l'accompagnement : médecin ayant une expérience ou une formation en réhabilitation cognitivo-comportementale ; psychologue ; professionnels de rééducation (psychomotricien, ergothérapeute,...) ; assistant de soins en gérontologie ; accès à du temps de psychiatre.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé.



CADRE LÉGISLATIF

- Circulaire du 26 Janvier 2011 dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012 mesure n° 17.

SYNTHÈSE

FACE À

Patients atteints de la maladie Alzheimer ou maladies apparentées, présentant l'ensemble des caractéristiques suivantes : mobilité (patient valide), troubles productifs comportement (hyperémotivité, hallucinations, troubles moteurs, agitation, troubles du sommeil inversion du rythme graves, agressivité, veille/sommeil, déambulation) troubles non productif (apathie, dépression).

POUR

- Stabiliser les troubles du comportement,
- Assurer, si besoin, la prise en charge du facteur causal à l'origine de la situation,
- Permettre à l'aidant d'avoir un répit aménagé.

OÙ ?

En établissement sanitaire (hôpital ou clinique).

QUI PEUT ADRESSER ?

Un médecin de ville, d'EHPAD ou hospitalier.

PENSEZ À

Unité Cognitivo-Comportementale - UCC

Accueil de Jour



MISSION DE LA STRUCTURE

L'accueil de jour a pour objectif de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de rester le plus longtemps possible dans leur cadre de vie habituel. Il s'agit de préserver la socialisation des personnes accueillies, avec l'objectif de **maintenir, de stimuler, voire de restaurer partiellement leur autonomie** et de permettre une qualité de vie à domicile, notamment pour les personnes vivant seules.

Il a également pour objectif d'apporter un temps de **répit aux aidants**.



ACTIVITÉS PROPOSÉES

Lors d'une ou plusieurs journée(s) voire demi-journées par semaine : Gym douce, atelier mémoire, cuisine thérapeutique, atelier créatif, soins esthétiques, chant, jardin thérapeutique,...



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Personnes souffrant d'une pathologie neurodégénérative diagnostiquée et à un stade léger ou modéré.

Personnes en perte d'autonomie physique.

Pas de critère d'âge.



CRITÈRES D'ADMISSION

Dossier de demande d'admission en EHPAD (Cerfa) et informations médico-socialo-familiales : demande possible en ligne par ViaTrajectoire.



COÛT POUR LA PERSONNE

Coût variable.

Possibilité d'aides financières par le Conseil Départemental (APA,...) et les fonds sociaux des caisses de retraite.



DURÉE DU SERVICE

Sans limite, sauf si problème d'adaptation, aggravation de l'état de santé, perturbation majeure du groupe.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Directeur, Infirmier, aide-soignant /aide médico-psychologique, auxiliaire de vie sociale, psychomotricien / ergothérapeute, animateur géronto-sportif, professionnel formé dans la filière STAPS (Sciences et techniques des activités physiques et sportives), psychologue.

Auxquels peuvent s'ajouter : médecin, travailleur social, Assistant de Soins en Gérontologie (ASG).



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé.

Conseil Départemental.



CADRE LÉGISLATIF

- Décret n° 2011-1211 du 29 septembre 2011 relatif à l'accueil de jour.
- Circulaire DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire.
- Circulaire DGCS/SD3A/2011/473 du 15 décembre 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer 2008-2012 (mesure 1) : mise en application du décret n° 2011-1211 du 29 septembre 2011 relatif à l'accueil de jour (capacités minimales des accueils de jour pour personnes âgées et régime dérogatoire).
- Arrêté du 9 mars 2012 relatif à l'accueil de jour assuré par les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du 6° du I de l'article L 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

POUR CONTACTER L'ACCUEIL DE JOUR
LE PLUS PROCHE :

www.maia93.org



SYNTHÈSE

FACE À

Une personne souffrant d'une pathologie neurodégénérative diagnostiquée et à un stade léger ou modéré.

Une personne en perte d'autonomie physique.

Pas de critère d'âge.

POUR

- Pour resocialiser la personne dans le cadre d'un soutien à domicile,
- Pour aider les familles à faire face,
- Pour maintenir, stimuler, voire restaurer partiellement l'autonomie.

OÙ ?

L'équipe accueille la personne en ses locaux.

QUI PEUT ADRESSER ?

Un médecin de ville ou hospitalier.

Peut être conseillé par tout professionnel en lien avec la personne, quel que ce soit son lieu d'exercice.

PENSEZ À

Accueil de Jour

Étab. d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes - EHPAD



MISSION DE LA STRUCTURE

Les EHPAD sont des maisons de retraite médicalisées qui proposent un accueil en chambre.

Ces établissements proposent des prestations hôtelières, un accompagnement de la perte d'autonomie et un encadrement des soins quotidiens.

L'accompagnement y est global : les résidents et leurs proches sont déchargés de toute l'intendance quotidienne.



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Les EHPAD s'adressent à des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien. Ces personnes peuvent être partiellement ou totalement dépendantes de l'aide de quelqu'un dans les actes de la vie quotidienne pour des raisons physiques ou mentales.



CRITÈRES D'ADMISSION

- Accord de la personne,
- Dossier d'admission (cerfa n° 14732*01) avec un volet médical à faire remplir par un médecin : demande possible en ligne par ViaTrajectoire,
- Visite médicale de pré-admission,
- Sous réserve d'acceptation du dossier par l'établissement.



COÛT POUR LA PERSONNE

Financement tripartite :

- soins : prise en charge par l'assurance maladie
- dépendance : participation au titre de l'APA
- hébergement : coût variable en fonction des EHPAD

Plusieurs aides peuvent aider à financer un séjour en hébergement temporaire :

- l'ASH (aide sociale à l'hébergement),
- des aides des caisses de retraite complémentaires ou des complémentaires santé (selon les caisses, se renseigner).



DURÉE DU SERVICE

L'EHPAD héberge le résident jusqu'à son décès.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin coordinateur, infirmière coordinatrice, infirmière, aide-soignante, directeur/trice, secrétaire, animateur, auxquels peuvent s'ajouter : psychomotricien, ergothérapeute, psychologue (en fonction de la convention tripartite), responsable hôtelier, maintenance.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé, Conseil départemental (caisses de retraites si capacité réservataire).



CADRE LÉGISLATIF

- Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV ou loi Vieillesse).
- Art. L. 313-12, L. 314-2, L. 314-9 et R. 314-158 et s. du code de l'action sociale et des familles (CASF).
- Art. R. 174-9 et s. du Code de la sécurité sociale.

POUR CONTACTER L'EHPAD
LE PLUS PROCHE :

www.maia93.org

SYNTHÈSE

FACE À

Des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien.

POUR

- Trouver une alternative au logement en ville,
- Rompre l'isolement,
- Bénéficier d'une prise en charge globale : des prestations hôtelières, un accompagnement de la perte d'autonomie et un encadrement des soins quotidiens.

OÙ ?

En établissement pour personnes âgées dépendante (EHPAD).

QUI PEUT ADRESSER ?

Par tout professionnel en lien avec la personne, quel que ce soit son lieu d'exercice et avec l'avis d'un médecin de ville ou hospitalier.

Les demandes peuvent être faites avec l'outil ViaTrajectoire.

PENSEZ À

**Étab. d'Hébergement pour Personnes Âgées
Dépendantes - EHPAD**

Hébergement Temporaire en EHPAD



MISSION DE LA STRUCTURE

L'hébergement temporaire a pour missions :

- de faire le point sur la situation de la personne âgée et sur ses besoins, en concertation avec les proches et les autres acteurs du soutien à domicile,
- de donner des conseils ponctuels aux aidants et de les aider dans l'orientation vers les dispositifs de soutien et d'aide existant sur le territoire,
- de mettre en place un projet individualisé avec les soins et l'accompagnement nécessaires au sein de la structure et de veiller à préserver l'autonomie de la personne âgée,
- de préparer le retour à domicile en lien avec les proches de la personne,
- et, selon le projet de la personne, de préparer l'entrée en EHPAD de façon progressive.



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Toute personne âgée, dépendante ou valide, ayant besoin de **quitter ponctuellement son domicile**.



CRITÈRES D'ADMISSION

- Accord de la personne,
- Dossier d'admission (cerfa n° 14732*01) avec un volet médical à faire remplir par un médecin : demande possible en ligne par ViaTrajectoire,
- Visite médicale de pré-admission,
- Sous réserve d'acceptation du dossier.



COÛT POUR LA PERSONNE

Coût variable.

Toujours un reste à charge (hébergement et dépendance).

Plusieurs aides peuvent aider à financer un séjour en hébergement temporaire :

- l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) pour les personnes dont la perte d'autonomie a été évaluée en GIR 1 à 4,
- l'ASH (aide sociale à l'hébergement),
- des aides des mairies et des départements selon les endroits,
- des aides des caisses de retraite complémentaires ou des complémentaires santé (selon les caisses, se renseigner).



DURÉE DU SERVICE

Le principe même de l'hébergement temporaire est d'être très souple.

On peut y avoir recours :

- ponctuellement : quelques jours, par exemple si son proche part en week-end,
- régulièrement : par exemple, une semaine tous les 2 mois.

L'hébergement temporaire peut se dérouler :

- sur une longue période en continu : par exemple 3 mois d'affilée, sur des périodes plus courtes répétées régulièrement dans l'année : par exemple, 1 mois en janvier, 1 mois en juillet et 1 mois en novembre, ce qui fait 3 mois au total.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin coordinateur, infirmière coordinatrice, infirmière, aide-soignante, directeur/trice, secrétaire, animateur, auxquels peuvent s'ajouter : psychomotricien, ergothérapeute, psychologue (en fonction de la convention tripartite), responsable hôtelier, maintenance.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé et Conseil départemental.



CADRE LÉGISLATIF

- La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (art 15 et 56).
- Décret n° 2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées dans certains établissements et services [...].
- Circulaire DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire.

POUR CONTACTER L'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE LE PLUS PROCHE :

www.maia93.org

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne âgée dépendante ou valide ayant besoin de quitter ponctuellement son domicile.

POUR

Pour les personnes âgées dépendantes :

- Étape dans le parcours de la personne dans le cadre de situations d'urgence,
- Besoin de répit ou absence temporaire de l'aidant dans le cadre du maintien à domicile,
- Préparation progressive de l'entrée en EHPAD.

Pour les personnes âgées valides :

- Situation d'isolement,
- Besoin d'un hébergement lors de travaux liés à l'adaptation du logement.

OÙ ?

En établissement pour personnes âgées dépendante (EHPAD).
En fonction des EHPAD, les chambres d'hébergement temporaire sont regroupées ou réparties dans l'établissement.

QUI PEUT ADRESSER ?

Par tout professionnel en lien avec la personne, quel que ce soit son lieu d'exercice et avec l'avis d'un médecin de ville ou hospitalier.
Les demandes peuvent être faites avec l'outil ViaTrajectoire.

PENSEZ À

**Hébergement Temporaire
en EHPAD**

Pôle d'Activités et de Soins Adaptés - PASA en EHPAD



MISSION DE LA STRUCTURE

Le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) est un **lieu de vie** au sein duquel sont organisées et proposées, **durant la journée**, des **activités sociales et thérapeutiques**.

Le PASA n'est **pas ouvert à un recrutement extérieur**.

Ce pôle accueille chaque jour des personnes, 12 à 14 résidents de l'EHPAD. Chaque personne concernée de l'EHPAD peut bénéficier de **un à plusieurs jours par semaine** d'activités et de soins adaptés visant le :

- maintien ou la réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes (ergothérapie, cuisine, activités physiques),
- maintien ou réhabilitation des fonctions cognitives restantes (stimulation mémoire, jardinage),
- mobilisation des fonctions sensorielles (stimulation, musicothérapie),
- maintien du lien social des résidents, (repas, art-thérapie,...).



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Résident d'un EHPAD (équipée d'un PASA) ayant des troubles du comportement modérés.



CRITÈRES D'ADMISSION

Résident d'un EHPAD ayant :

- une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée,
- des troubles du comportement modérés (mesurés par un score strictement supérieur à 3, à au moins un des items de l'échelle NPI-ES) qui :
 - altèrent la **sécurité** et la **qualité de vie** de la personne et des autres résidents,
 - et qui interviennent selon une fréquence d'au moins **une fois par semaine** lors du mois précédent,
- n'ayant pas de syndrome confusionnel (défini par la Haute autorité de santé - HAS),
- et mobiles, c'est-à-dire capables de se déplacer seuls, y compris en fauteuil roulant.

L'évaluation est réalisée par les équipes de l'EHPAD.



COÛT POUR LA PERSONNE

Pour le résident, pas de coût complémentaire.



DURÉE DU SERVICE

La durée de prise en charge est variable et liée à l'aggravation de la perte d'autonomie, à l'aggravation ou l'amélioration des troubles du comportement.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Présence d'un personnel qualifié, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades.

Le pôle est animé par des professionnels spécifiquement formés : des assistants de soins en gérontologie, un psychomotricien et/ou un ergothérapeute.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé.



CADRE LÉGISLATIF

- Plan Alzheimer de 2008 - 2012.
- Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

POUR CONTACTER LE PASA
DE L'ÉTABLISSEMENT :

www.maia93.org

SYNTHÈSE

FACE À

Une personne âgée, ayant des troubles du comportement modérés, résidente d'un EHPAD (disposant d'un PASA).

POUR

Favoriser le maintien ou la réhabilitation des capacités restantes du résident par des **activités sociales et thérapeutiques** (ex: ergothérapie, cuisine, activités physiques, stimulation mémoire, jardinage, musicothérapie).

OÙ ?

Au sein de l'EHPAD équipée, où la personne réside.

QUI PEUT ADRESSER ?

Les résidents atteints d'une maladie neurodégénérative et pouvant bénéficier de ces activités sont identifiés par l'équipe soignante et le médecin-coordonnateur.

Le résident ainsi que la personne de confiance ou le représentant légal doivent être informés de cette décision. Le consentement du résident, l'adhésion de la famille ou de l'entourage doit être activement recherchée.

En amont, le médecin traitant ou médecin hospitalier peut conseiller d'entrer dans un EHPAD avec PASA

Il peut vérifier avec l'équipe soignante de l'EHPAD (médecin-coordonnateur, psychologue, psychomotricien...) si le futur résident peut bénéficier de la prise en charge en PASA.

Un médecin extérieur n'adresse pas directement au PASA.

PENSEZ À

**Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
- PASA en EHPAD**

Résidence autonomie



MISSION DE LA STRUCTURE

La résidence autonomie, anciennement nommée « Foyer-Logement », propose des logements pour retraités. En fonction des Résidences Autonomie, les studios peuvent parfois être localisés au sein d'une copropriété.

L'équipe élabore un projet de vie individualisé construit avec le résident en tenant compte de son nouveau cadre de vie - ajustement entre autonomie et vie collective.

Y est organisé un panel d'activités collectives favorisant le lien social.

Ex : cours d'informatique, animation thématique, repas conviviaux.



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

Caractéristiques des résidents :

- Personnes habitant dans ou ayant un lien avec la commune,
- Âgée de 60 ans ou plus, autonomes et valides (GIR 5 et 6).



CRITÈRES D'ADMISSION

Rencontre préalable avec le directeur de l'établissement pour constitution d'un dossier de pré admission.

Étude des dossiers en commission d'attribution.



COÛT POUR LA PERSONNE

Le prix de la journée est fixé par le conseil départemental.



DURÉE DU SERVICE

Pas de limitation de durée.

En cas de grande perte d'autonomie, le résident peut entrer en EHPAD.



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Variable en fonction des établissements :

Directeur, adjoint, animateur, auxiliaire de vie.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Conseil départemental de Seine-Saint-Denis.



CADRE LÉGISLATIF

- Structure médico-sociale encadrée par :
 - La loi du 30/06/1975,
 - La loi 02/01/2002.
- Loi 2015-1776 Adaptation de la Société au Vieillessement du 28/12/2015.
- Décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées.

POUR CONTACTER LA RÉSIDENCE
AUTONOMIE LA PLUS PROCHE :

www.maia93.org



SYNTHÈSE

FACE À

- Une personne âgée de plus de 60 ans,
- Autonome et isolée,
- Sans problématique médicale incompatible avec l'hébergement en résidence,
- Intéressée à la dimension collective sur des temps pré-établis.

POUR

Accéder à un logement autonome au sein d'une résidence où vivent des retraités.
Partager des temps conviviaux, accéder à des services et activités axés sur le « bien vieillir ».

OÙ ?

En résidence collective.

QUI PEUT ADRESSER ?

La personne elle-même, sa famille.
Peut être conseillé par tout professionnel en lien avec la personne, quel que ce soit son lieu d'exercice.

PENSEZ À

Résidence autonomie

Unité d'Hébergement Renforcé - UHR en EHPAD



MISSION DE LA STRUCTURE

L'UHR, d'une capacité de **12 à 14 résidents** dans les EHPAD ou USLD, est un **lieu de vie** et de **soins** qui fonctionne **nuit et jour**.

Il propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères. Il leur propose un **lieu d'hébergement séquentiel**.

L'unité propose des activités individuelles ou collectives qui concourent :

- au maintien ou à la réhabilitation :
 - des capacités fonctionnelles restantes (ergothérapie, cuisine, activités physiques),
 - des fonctions cognitives restantes (stimulation mémoire, jardinage),
- à la mobilisation des fonctions sensorielles (stimulation, musicothérapie),
- au maintien du lien social des résidents (repas, art-thérapie).

Les activités seront proposées pour des groupes homogènes de résidents selon la nature des troubles du comportement (perturbateurs ou non).



PUBLIC ACCOMPAGNÉ

L'UHR accueille des personnes venant du domicile ou des résidents souffrant de troubles sévères du comportement qui altèrent leur sécurité et leur qualité de vie, et celle des autres résidents de l'EHPAD ou de l'USLD.



CRITÈRES D'ADMISSION

Sont éligibles à une UHR les personnes **de + 60 ans** :

- Ayant une **maladie d'Alzheimer** ou une maladie **apparentée** et des **troubles du comportement sévères** mesurés par un score strictement supérieur à 7 à un des items de l'échelle NPI-ES concernant seulement les troubles perturbateurs suivants : **idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, désinhibition, exaltation de l'humeur/euphorie, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant**,
- Et mobiles, c'est-à-dire capables de se déplacer seuls, y compris en fauteuil roulant,
- Et n'ayant pas de syndrome confusionnel.



COÛT POUR LA PERSONNE

Coût variable. Toujours un reste à charge (hébergement et dépendance).

Plusieurs aides peuvent aider à financer un séjour en hébergement temporaire :

- l'APA pour les personnes dont la perte d'autonomie a été évaluée en GIR 1 à 4,
- l'ASH (aide sociale à l'hébergement),
- des aides des mairies et des départements selon les endroits.
- des aides des caisses de retraite complémentaires ou des complémentaires santé (selon les caisses, se renseigner).



DURÉE DU SERVICE

Les critères de sortie d'un malade de l'UHR sont les suivants :

- La personne est confinée au lit ou fauteuil,
- Les troubles du comportement ont diminué de façon significative : (tous les critères du NPI-ES sont inférieurs à 3 pendant un mois.).



COMPÉTENCES DISPONIBLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Aides-soignants et aides médico-psychologiques, assistants de soins gérontologie, infirmiers, médecins coordonnateurs, les psychologues, ergothérapeutes et psychomotriciens.



AUTORITÉ ET FINANCEMENT

Agence Régionale de Santé.



CADRE LÉGISLATIF

- Plan Alzheimer de 2008 - 2012.
- Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

POUR CONTACTER L'UHR
DE L'ÉTABLISSEMENT :

www.maia93.org

SYNTHÈSE

FACE À

Des résidents souffrant de troubles sévères du comportement qui altèrent leur sécurité et leur qualité de vie et celle des autres résidents de l'EHPAD.

POUR

- Sur un même lieu, bénéficier temporairement d'un hébergement, de soins, d'activités sociales et thérapeutiques, individuelles ou collectives,
- Pour réduire les troubles du comportement productifs et limiter leur réémergence,
- Pour ré-autonomiser le patient ou préserver son autonomie,
- Pour accompagner et soutenir les aidants familiaux l'autonomie.

OÙ ?

En unité d'hébergement implantée au sein d'un EHPAD.

QUI PEUT ADRESSER ?

Par un médecin de ville, d'EHPAD ou hospitalier.
Peut être conseillé par tous les professionnels en lien avec la personne, quel que soit son lieu d'exercice.
Les demandes peuvent être faites avec l'outil ViaTrajectoire.

PENSEZ À

**Unité d'Hébergement Renforcé
- UHR en EHPAD**

Ont pris part aux groupes de travail d'élaboration ou à la relecture attentive de ce document :

- ABROUS Zakya**, Médecin en charge du pôle Ambulatoire gériatrique
GHI Le Raincy-Montfermeil
- ADINGUERA Alexandre**, Responsable Service Social - *GHI André Grégoire*
- AIKPA Raoul**, Chef de service USLD, Coordonnateur EHPAD
GHI Le Raincy-Montfermeil
- ARCHER Françoise**, Conseillère technique chargée des actions liées à la santé,
Service social départemental/DPAS - *Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis*
- ATOUT Hanifa**, Adjointe au chef de service - *UDAF*
- BANSART Béatrice**, Directrice - *CLIC Clichy Saint-Ouen*
- BARTH Nadine**, Cadre Supérieur de Pôle Gériatrie - *GHI Le Raincy-Montfermeil*
- BAUDEN Chloé**, Psychologue - *Réseau Océane*
- BEAUVAIS Delphine**, Psychologue - *CLIC Aulnay-sous-Bois*
- BÉCHU CELLIÉ Pascale**, Cadre de santé - *Estim' 93*
- BERLAND Johanna**, Responsable - *ADJ EHPAD Saint Vincent de Paul*
- BILOUS Valérie**, Cadre de pôle - *Hôpital Casanova*
- BONHEURE Lara**, Psychomotricienne - *ADJ EHPAD La Colombe*
- BOUCHAMA Zahra**, Chef de service - *Evolène Tutelles*
- BOURGEAT Valérie**, Infirmière coordinatrice - *SSIAD FHSM/USSIF St Denis*
- BOURY Stéphanie**, Mandataire judiciaire individuelle
- BOZEL Ayhan**, Chef de pôle Gériatrie-SSR, Chef de service UGA
GHI Le Raincy-Montfermeil
- BRAS-CADDOUS Camille**, Gestionnaire de Cas - *MAIA 93 Sud-Ouest*
- BRIEUX Cécile**, Coordinatrice Administrative - *Réseau AcSanté 93*
- BUSSET Roselyne**, Responsable Pôle PA/PH - *Ville d'Aubervilliers*
- CANEVET Eva**, Directrice Pôle Est - *Fondation Santé Service*
- CAROUX Paul**, Responsable SPASAD - *Ville d'Aubervilliers*
- CHAILLOU Marie**, Psychologue - *Équipe mobile géronto-psychiatrique*
- CHESSERON Mathilde**, Psychologue - *UMPP*
- CLARET Aude**, Gestionnaire de cas - *Gestion de cas 93 Nord*
- COHEN-ZERBIB Nadine**, Directrice ADJ « Les Rives » - *FHSM/USSIF*
- COMTESSE Laetitia**, Directrice - *Pôle Seniors Clichy Sous-Bois*
- COUILLIOT Marie France**, Responsable formations
Réseau équip'âge & Université Paris 13
- DE CONINCK Christine**, Inspecteur Principal, Responsable du Département
Médico-Social - *Délégation départementale ARS*
- DE JORNA Patrick**, Directeur - *Clinique du Bois d'Amour & du Bourget*
- DERVIEUX Cécile**, Stagiaire CAFERIUS - *CLIC Clichy Saint-Ouen*
- DIADHIOU Lynda**, Infirmière coordinatrice - *Réseau Équip'âge*
- DIDI Karine**, Directrice - *Réseau Océane*
- DINH François**, Médecin gériatre - *Clinique du Grand Stade*
- DORÉ Marie**, Gestionnaire de cas - *Gestion de cas 93 Nord*
- DUBUT Fabienne**, Directrice - *EHPAD Villa Victoria*
- ETAZOUTI Hemma**, Responsable - *SSIAD Ville de Blanc-Mesnil*
- FERNANDEZ Christian**, Responsable territorial
Service social CRAMIF - Seine-Saint-Denis
- FONG Élisabeth**, Infirmière Coordinatrice,
Plateforme d'Accompagnement et de Répit « Le Relais » FHSM/USSIF
- GABRIEL Christine**, Infirmière coordinatrice
Réseau équip'âge
- GARRY Ameline**, Ergothérapeute - *Hôpital Casanova*
- GENTILHOMME Odile**, Responsable service social - *HAD APHP*

GIRAUDET Camille, Psychomotricienne - *Hôpital Casanova*
GODEFROY Laëtitia, Mandataire judiciaire - *ATR/Sauvegarde 93*
GONZALEZ Claire, Assistante social - *Clinique du Grand Stade*
GONZALEZ Monica, Infirmière - *Hôpital Casanova*
GRATEAU Judith, Directrice - *ATR - Sauvegarde 93*
HAMITI Adélaïde, Chargée de mission - *MAIA 93 Nord*
HAMONY Camille, Cadre de santé - *HAD APHP*
HOAREAU Julie, Psychomotricienne - *ESA Fondation Santé Service*
FESTA Anne, Directrice - *Réseau AcSanté 93*
JACCOD Graziella, Responsable de la Circonscription de service social
Montfermeil/Coubron
LAURENT Morgann, Responsable du Service PJM - *UDAF 93*
LECLERCQ Sylvia, Assistante sociale - *Hôpital Casanova*
LECOMTE Annie, Infirmière pôle d'évaluation - *GHI Le Raincy-Montfermeil*
LEMONNIER Maëva, Stagiaire - *MAIA 93 Sud-Est*
LESTIN Jeannine, Responsable territorial
Service social CRAMIF - Seine-Saint-Denis
LIZÉ Julie, Psychologue - *UCC Hôpital Casanova*
LU Jean Paul, Éducateur spécialisé - *Estim' 93*
LUCCA GALLOUX Cyrielle, Chargée d'action sociale
Cabinet mandataire judiciaire individuel
POLITI Esther, Assistante sociale - *HAD APHP*
PORTE Muriel, Stagiaire CAFERIUS - *CLIC Sillage Saint-Denis*
MARCHAND Julie, Psychomotricienne - *ESA FHSM/USSIF*
MARTINET Valérie, Responsable - *Coordination géronto Aulnay-sous-Bois*
MBAPPE Nicole, Infirmière libérale - *Le Raincy*
MERVELLE Eric, Directeur des soins - *Clinique du Bois d'Amour*
MORADEL Tania, Infirmière coordinatrice - *ESA/SSIAD FHSM/USSIF Saint-Denis*
MOHSENI Mahsa, Médecin - *UMEP GHI le Raincy-Montfermeil*
NAUDEAU François, Responsable Départemental
Service Social CRAMIF - Seine Saint-Denis
NISENBAUM Nathalie, Directrice - *Réseau équip'âge*
PARMENTIER Aurore, Gestionnaire de cas - *MAIA 93 Sud-Est*
PERIER Mélissande, Psychologue - *GHI Le Raincy-Montfermeil*
PINET RIBEIRO Ghislaine, Responsable du service social GH et de l'équipe
sociale de l'hôpital Avicenne - *Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis*
RIBAILLE Catherine, Cadre socio-éducatif - *GHI Le Raincy-Montfermeil*
ROMONT Sylvie, Cadre supérieur - *GHI Le Raincy-Montfermeil*
RUTELLA Nathalie, Infirmière - *UMPP*
SEBBAHI Jamila, Responsable - *MAD/SSIAD Ville d'Aulnay-sous-Bois*
SONG Charlotte, Directrice - *CLIC Sillage Saint-Denis*
TASTAYRE Sylvie, Responsable de secteur - *ASSAD Benoit*
THEPOT Corinne, Cadre de santé - *Hôpital Casanova*
THOMAS Myriam, Infirmière coordinatrice - *SSIAD FHSM/USSIF Saint-Denis*
TIROUCHE Yannis, Médecin géronto-psychiatre
Équipe mobile géronto-psychiatrique
VANZELLER Kelly, Responsable de secteur - *SAAD FHSM/USSIF Saint-Denis*
VERJANS Laurence, Directrice - *EHPAD Saint Vincent de Paul*
WONEGOU Amuvi, Médecin - *Hôpital Casanova*
WSEVOLOJSKY Serge, Directeur - *EHPAD Moulin Vert*
YOYOTTE Katty, Cadre de Santé - *EHPAD Solemnes*

Par ailleurs une version « prototype » avait été remise à plus de 70 personnes.

Nous tenons à remercier vivement tous les participants des divers groupes de travail de 2015 à 2017.



Pictogrammes



Mission de la structure



Public accompagné



Critères d'admission



Coût pour la personne



Durée du service



Compétences disponibles
au sein de l'équipe



Autorité et financement



Cadre législatif

et sur certaines fiches :



Relations avec le juge



Activités proposées





MAIA

Seine-Saint-Denis
Sud Est

Vous avez entre les mains un des outils du guichet intégré MAIA.

MAIA est **une méthode** qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants, pour tendre à la **lisibilité du système** d'aide et de soins et à la **simplification** du parcours des personnes âgées.

Cela passe notamment par la création d'un **guichet intégré**, il s'agit de fédérer tous les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux chargés de l'information, de l'orientation et de la coordination des interventions sur le territoire, autour de **pratiques, d'outils partagés et de processus articulés** pour une **harmonisation des réponses et des orientations, à tout endroit du territoire.**

Outil du guichet intégré MAIA, le présent **référentiel des missions différenciées** a pour fonction de répertorier l'ensemble des acteurs intervenant auprès de la population âgée, en un seul et même objet, qui se veut à la fois complet, concis et pratique.

Il doit permettre de **connaître l'offre du territoire** en trouvant rapidement la définition et le cadre d'intervention d'une structure.

Il s'utilise en complément des autres outils du guichet intégré : annuaire web, guide d'entretien et formulaire de liaison, qu'on peut trouver sur www.maia93.org

Destiné aux professionnels, les descriptions des services présents dans ce référentiel peuvent trouver un équivalent « grand public » sur des sites tels que : www.pourlespersonnesagees.gouv.fr et www.service-public.fr.

Par ailleurs, les orientations vers certaines structures présentées ici peuvent être faites à partir d'un logiciel en ligne spécialement dédié ViaTrajectoire : www.trajectoire.sante-ra.fr/trajectoire.

Pour toute question ou commentaire :

MAIA 93 NORD

Pilote Bao Hoa DANG
17 communes
Porteur réseau Equip'âge
Démarrée en 2011
pilotenord@maia93.org
01 49 33 05 05

MAIA 93 SUD-OUEST

Pilote Vincent KAUFMANN
10 communes
Porteur Fondation Santé Service
Démarrée en 2014
pilotesudouest@maia93.org
06 99 33 98 57

MAIA 93 SUD-EST

Pilote Julie TALIBON
13 communes
Porteur GHI Le Raincy-Montfermeil
Démarrée en 2013
pilotesudest@maia93.org
06 15 83 15 44

