

GUIDE RÉFÉRENTIEL DES MISSIONS



ÉDITION 2019

Le référentiel de missions a pour but de renseigner tout professionnel concernant les structures au service de la personne âgées dans les Hauts-de-Seine.



MAIA
Hauts-de-Seine

L'intégration des acteurs
pour l'autonomie
des personnes âgées

RÉFÉRENTIEL DES MISSIONS

AVANT-PROPOS

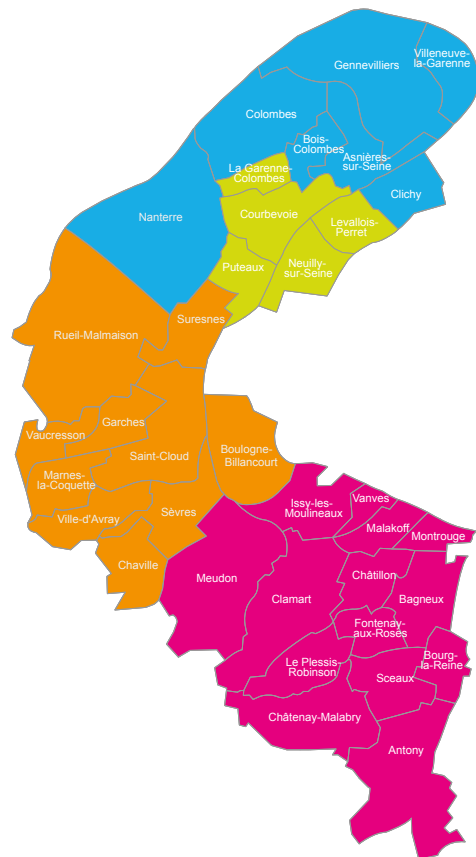
Le référentiel de missions a pour but de renseigner tout professionnel concernant les structures au service de la personne âgées, dans les Hauts-de-Seine.

Il s'appuie sur les missions réglementaires de ces derniers.

Il appartient à chacun de prendre contact avec la structure concernée afin d'en connaître les spécificités.

Ce référentiel sera en version dématérialisée sur le site gérontologique MAILLAGE : www.maillage92.sante-idf.fr

Les pilotes MAIA Hauts-de-Seine souhaitent remercier l'ensemble des partenaires de terrain pour ce travail collaboratif.



SOMMAIRE

SERVICES D'ACCUEIL ET/OU DE COORDINATION	1
CCAS / Centre Communal d'Action Sociale	1
CLIC / Centre Local d'Information et de Coordination	2
- Coordination g�erontologique	
RÉSEAU DE SANTE PLURI THÉMATIQUES	3
GESTION DE CAS	4
CLSM / Conseil Local de Santé Mentale	5
CRAMIF	6
INTERVENANTS � DOMICILE	7
SAD - SAAD / Service d'Aide A Domicile	7
- Service d'Aide et d'Accompagnement � Domicile	
SSIAD / Service de Soins Infirmiers � Domicile	8
SSIAD Renforcé / Service de Soins Infirmiers � Domicile Renforcé	9
SPASAD / Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile	10
ESA / �quipe Spécialisée Alzheimer	11
HAD / Hospitalisation A Domicile	12
HÉBERGEMENTS ET ACCUEILS	13
RESIDENCE AUTONOMIE	13
RESIDENCE SERVICES	14
ACCUEIL DE JOUR	15
EHPAD / établissement d'Hébergement pour Personnes �g�es Dépendantes	16
PASA / Pôle d'Activités et de Soins Adaptés	17
UVA - UVP / Unité de Vie Alzheimer ou Unité de Vie Protégée	18
UHR / Unité d'Hébergement Renforcé	19
UGD / Unité de Grande Dépendance	20
HT / Hébergement Temporaire	21
USLD / Unité de Soins de Longue Durée	22
PLATEFORME DE REPIT	23
SERVICES HOSPITALIERS	24
UGA / Unité Gériatrique Aigue	24
HOPITAL DE JOUR GÉRIATRIQUE DIAGNOSTIC	25
IMG - EMG / Unité Ou �quipe Mobile de Gériatrie Intra Hospitalière	26
SSR Gériatrique / Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique	27
HDJ / Hôpital de Jour Gériatrique SSR	28
PASS / Permanence d'Accès aux Soins Santé	29
SERVICES POUR LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE	30
CMP / Centre Médico-Psychologique	30
CATP / Centre d'Accueil Thérapeutique � Temps Partiel	31
UNITÉ D'HOSPITALISATION	32
PSYCHIATRIE DE LIAISON / PSYCHIATRIE CONSULTATIVE	33
/ PSYCHIATRIE DE CONSULTATION-LIAISON	
EMPSA / �quipe Mobile de Psychiatrie du Sujet �g�e	34
EMPP / �quipe Mobile Psychiatrie de Précarité	35
SERVICES TUTELAIRES	36
CONSEIL DÉPARTEMENTAL	37
PÔLE SOLIDARITÉ DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL	37-38
ÉQUIPE AUTONOMIE / ÉQUIPE APA	39
SST/ Service de Solidarités Territoriales	40
INDEX DES ABRÉVIATIONS	

CCAS

Centre Communal d'Action Sociale

1

INFORMATION, ORIENTATION, ACCOMPAGNEMENT DE PROXIMITÉ

Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) assure une proximité avec les habitants de chaque commune. C'est un établissement public administratif présidé par le Maire, dont les missions sont l'accueil, l'information et l'orientation du public, ainsi qu'un accompagnement social en fonction des besoins. Il constitue le relais entre les administrés de la commune et les autorités institutionnelles compétentes.



POUR QUI ?

Habitants de la commune.



MISSIONS

Proposer l'aide sociale :

→ légale :

- Aide Sociale à l'Hébergement (ASH);
- Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) ;
- Prestations de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ;
- etc...

→ extra légale et action sociale (pas de caractère obligatoire)

- Gérer les plans canicule et grand froid ;
- Proposer la domiciliation administrative.



CONDITIONS D'ADMISSION

Libre accès au public et sans rendez-vous.

Prise de rendez-vous nécessaire pour les démarches spécifiques.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Chargé d'accueil, agent administratif.

En fonction des CCAS : Assistant de Service Social (ASS), Conseiller en Économie Sociale et Familiale (CESF), coordinateur gérontologique....



FINANCEMENT

Subventions de la commune, du Conseil Départemental (CD) pour l'APA, des caisses des retraites pour les services d'aide à domicile.

Service gratuit pour l'utilisateur.

BON À SAVOIR

Les CCAS disposent d'une grande liberté d'intervention pour l'aide sociale facultative, l'action sociale et pour l'animation des activités sociales : téléalarme, portage de repas, restaurants séniors, etc... (Se renseigner auprès de la commune).

CLIC

Centre Local d'Information et de Coordination - Coordination gérontologique

2

COORDINATION DE PREMIER RECOURS ET DE PROXIMITÉ

Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) et les Coordination Gérontologique sont des guichets d'accueil d'information et de coordination de proximité ouverts aux personnes âgées (PA) et à leur entourage ainsi qu'aux professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile. L'organisation des CLIC et de la coordination gérontologique n'est pas standardisée.



POUR QUI ?

Personnes âgées de 60 ans et + et leur entourage.



MISSIONS

- Accueillir, écouter, informer, orienter l'utilisateur et soutenir les aidants.
- Évaluer les besoins et élaborer un plan d'aide personnalisé.
- Mettre en œuvre, suivre et adapter le plan d'aide personnalisé.
- Coordonner les acteurs.
- Gérer des situations complexes.
- Proposer une animation territoriale.
- Gérer les plans canicule et grand froid.
- Proposer des actions de prévention.
- Proposer de l'aide administrative.
- Être un observatoire des besoins et des réponses.



CONDITIONS D'ADMISSION

Résident de la commune et âgé de 60 ans et +



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Chargé d'accueil, agent administratif.

En fonction des CLIC et coordination gérontologique : Assistant de Service Social (ASS), Conseiller en Économie Sociale et Familiale (CESF), coordinateur gérontologique, etc....



FINANCEMENT

Subventions des collectivités territoriales, des caisses de retraite et d'organismes de protection sociale.

Service gratuit pour l'utilisateur.

BON À SAVOIR

Les CLIC et les coordinations gérontologiques sont aussi des lieux de formation, d'information, et de coordination à destination des professionnels du territoire.

INTERVENTION EN SITUATION COMPLEXES

Le réseau de santé a pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Il assure une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention et du diagnostic que des soins et un appui aux professionnels.



POUR QUI ?

Personnes dont le lieu de vie (domicile ou institution) se situe sur le territoire du réseau, souffrant d'une pathologie entraînant une perte d'autonomie temporaire ou définitive, en y intégrant, selon les cas, les soins palliatifs et/ou nécessitant une coordination médico-psychosociale afin de favoriser l'accès aux soins et/ou le maintien à domicile.



MISSIONS

- Information/orientation des usagers, des familles et des professionnels
- Apporter un appui à la coordination des différents intervenants auprès du patient.
- Apporter un soutien à la famille du patient.
- Favoriser l'accès aux soins.
- Favoriser l'articulation entre la ville et l'hôpital.
- Favoriser l'articulation entre les professionnels des champs du sanitaire, du social et du médico-social
- Améliorer les pratiques professionnelles :
 - Formation ;
 - Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) ;
 - Réunion de synthèse ;
 - Diffusion de protocoles de bonnes pratiques ;
 - Education thérapeutique du patient/ soins de support
 - Etc. ...



CONDITIONS D'ADMISSION

Accord au préalable de la personne et du médecin traitant.
Orientation faite par un professionnel intervenant dans la prise en charge du patient, par le patient lui-même ou une personne de son entourage.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Chargé d'accueil, agent administratif, médecin, Infirmier Diplômé d'État (IDE), ergothérapeute, Assistant de Service Social (ASS), psychologue, moniteur-éducateur, art thérapeute, etc. ...



FINANCEMENT

Subventions et financements par des fonds publics (notamment de l'ARS), et privés.
Service gratuit pour l'utilisateur.

BON À SAVOIR

Pour certaines pathologies il existe des réseaux spécialisés monothématiques (Sclérose Latérale Amyotrophique SLA, diabète...) qui sont régionaux, voire nationaux. Ils sont accessibles aux personnes dont les droits à l'Assurance Maladie (AM) ne sont pas ouverts. Il existe une Fédération des Réseaux de santé d'Ile de France (RESIF).

SUIVI INTENSIF ET AU LONG COURT DE SITUATIONS COMPLEXES

La gestion de cas est un service qui dépend de la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et des soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA). Les gestionnaires de cas sont des professionnels accompagnant des personnes âgées en situation complexe à haut risque de rupture de parcours. Les gestionnaires de cas sont les porte-paroles de l'utilisateur accompagné et les référents de la situation auprès de l'ensemble des professionnels sanitaires, sociaux et médicosociaux impliqués dans le parcours de la personne.



POUR QUI ?

Personnes âgées de 60 ans et +, souhaitant rester à domicile ou les personnes âgées de - de 60 ans atteintes d'une maladie neurodégénérative ou apparentée. Pour les personnes de - de 60 ans le diagnostic est obligatoire.



MISSIONS

- Analyser de manière multidimensionnelle la situation au domicile.
- Proposer un accompagnement intensif.
- Observer le territoire et ses spécificités.



CONDITIONS D'ADMISSION

Accord au préalable de la personne.
Orientation réalisée uniquement par un professionnel intervenant dans la prise en charge de la personne.
Situation instable qui compromet le projet en raison :
→ Critère 1 :

- D'un problème d'autonomie fonctionnelle ;
- D'un problème d'autonomie décisionnelle ;
- D'un problème du champ médical ;

→ Critère 2 : aides et soins insuffisants.
→ Critère 3 : entourage en incapacité de coordonner les aides et les soins pour assurer un maintien à domicile satisfaisant.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Gestionnaire de cas pouvant être de formation initiale d'Infirmier Diplômé d'État (IDE), ergothérapeute, psychomotricien, psychologue, Assistant de Service Social (ASS), etc. ...
Ils ont un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) en gestion de cas.



FINANCEMENT

Subventions par l'Agence Régionale de Santé (ARS).
Service gratuit pour l'utilisateur.

BON À SAVOIR

Le suivi intensif et sur le moyen-long terme (jusqu'au décès ou à l'institutionnalisation) de personnes en gestion de cas limite le suivi à 40 situations par gestionnaires de cas.

DÉSTIGMATISATION DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) est une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, le secteur psychiatrique, les professionnels de santé, les acteurs sociaux et médico-sociaux, les usagers, les aidants et tous les acteurs locaux concernés (bailleurs, éducation, justice, police...).

Il a pour mission de favoriser le décloisonnement de la santé mentale et des politiques publiques menées au niveau local.

Il mène son action sur un territoire de proximité, infra-communal, communal, ou intercommunal qui doit être pertinent pour les acteurs locaux.



POUR QUI ?

Professionnels de tous secteurs en contact avec des personnes en situation de souffrance psychique.



MISSIONS

- Mettre en place une observation en santé mentale visant :
 - A repérer les données épidémiologiques et sociodémographiques ;
 - A connaître et partager l'état des ressources existantes sur le territoire, ainsi que les besoins de santé et leurs déterminants repérés par les acteurs, les habitants et les usagers ;
 - Coordonner le partenariat
- Développer une stratégie locale répondant aux besoins de la population en matière de prévention, d'accès aux soins et de continuité de ceux-ci, ainsi que d'inclusion sociale ;
- Mettre en place des commissions en fonction des problèmes observés sur le territoire :
 - cellule de cas complexe ;
 - logement/habitat ;
 - information en santé mentale.



CONDITIONS D'ADMISSION

Saisine de la cellule de veille et de suivi via une fiche pour étude d'une situation complexe par l'un des professionnels intervenant auprès de la personne en souffrance psychique.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Coordonnateur du Conseil Local de Santé Mentale.



FINANCEMENT

Subventions des collectivités locales, de l'établissement public de santé mentale et de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

BON À SAVOIR

Les CLSM disposent souvent de commissions / instances visant la concertation inter-partenariale autour de personnes en situations psychosociales difficiles. Ces commissions favorisent l'analyse conjointe et la mise en perspective des situations à travers une approche croisée d'acteurs à compétences spécifiques et différenciées incluant la personne concernée et parfois son entourage.

SERVICE SOCIAL DE LA CAISSE RÉGIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE D'ILE-DE-FRANCE

Créée en 1946, la CRAMIF est un organisme de Sécurité Sociale, appartenant au réseau Assurance Maladie. Elle est un organisme de droit privé avec des missions de service public. Elle est placée sous la tutelle de l'Assurance Maladie.



POUR QUI ?

- Personnes affiliées au régime général de 16 ans et + :
- en arrêt de travail prolongé
 - en risque de désinsertion professionnelle
 - préparant leur retour à domicile après hospitalisation
 - en perte d'autonomie
 - porteurs d'handicap



MISSIONS

- Conseiller les assurés dans leurs démarches et les accompagner pour trouver des solutions adaptées à leur situation :
 - Entretien individuel
 - Visite à domicile et en structure à titre exceptionnel
- Organiser des réunions collectives sur des thèmes diversifiés



CONDITIONS D'ADMISSION

- Personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie :
- Les personnes âgées ciblées sont celles sortant d'hospitalisation en perte d'autonomie et/ou en situation de handicap
 - Personnes ayant un trouble ou une maladie invalidante reconnue prenant sa retraite



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Assistant de Service Social (ASS), référent technique en service social.



FINANCEMENT

Service gratuit pour l'utilisateur (financement par le budget de l'Assurance Maladie).

BON À SAVOIR

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

SAD - SAAD

Service d'Aide à Domicile

Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

AIDE À LA VIE QUOTIDIENNE - GIR 1 À 6 À DOMICILE

Il existe deux types de structures d'aide à domicile (SAAD et SAD). Elles assurent au domicile des personnes des prestations d'aide à la vie quotidienne, d'aide aux actes essentiels et d'accompagnement à la vie sociale auprès des personnes en perte d'autonomie.

Les SAAD doivent bénéficier d'une autorisation délivrée par le Conseil Départemental (CD).



POUR QUI ?

Personnes de 60 ans et +,

Personnes de - de 60 ans, atteintes de maladie chronique ou en situation de handicap.



MISSIONS

Délivrer des prestations à domicile.

Proposer des services d'aide-ménagère (ménage, course, repassage).

Proposer des services d'auxiliaire de vie sociale (aide à la toilette, repas, sortie, compagnie, garde de nuit, etc...).



CONDITIONS D'ADMISSION

Demande par la personne, son entourage ou un professionnel.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Responsable de secteur, Auxiliaire de Vie Sociale (AVS), aide à domicile.



FINANCEMENT

Des prises en charge financières sont possibles suite à une évaluation du niveau de dépendance.

→ Pour les personnes âgées de 60 ans et + :

- GIR 1 à 4 : Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) à domicile délivrée par le Conseil Départemental.

- GIR 5 et 6 : possibilité d'aides financières par la caisse de retraite.

→ Pour les - de 60 ans, possibilité d'aides financières délivrées par la MDPH (PCH, ACTP, etc...).

- Possibilité d'aides financières par les assurances et mutuelles.

BON À SAVOIR

Il est possible d'obtenir des aides financières pour les personnes sans ressources par le Conseil Départemental (si le service est habilité) ou une réduction d'impôts pour les personnes imposables.

SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

Le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) contribue à favoriser le maintien à domicile, en dispensant à domicile des soins infirmiers.



POUR QUI ?

Personnes de + de 60 ans malades ou dépendantes.
Personnes de - de 60 ans atteintes de maladies chroniques ou en situation de handicap.



MISSIONS

- Dispenser des soins infirmiers de base (hygiène et confort) et/ou techniques à domicile ou en structure non médicalisée.
- Assurer la continuité des soins.
- Évaluer les besoins et les soins.
- Mettre en œuvre un projet individualisé de soins.
- Délivrer des actes infirmiers et de nursing à domicile.
- Coordonner la prise en charge, en lien avec les partenaires



CONDITIONS D'ADMISSION

Sur prescription médicale.
Être assuré social ou ayant droit.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Infirmier Diplômé d'État Coordinateur (IDEC), Infirmier Diplômé d'État (IDE), Aide-Soignant (AS), Aide Médico-Psychologique (AMP).



FINANCEMENT

Prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie (AM) sans avance de frais.

BON À SAVOIR

Le SSIAD intervient sur un secteur défini.
Certains territoires bénéficient d'un SSIAD de nuit ainsi que de places dédiées aux personnes en situation de handicap.
Désormais une convention Hospitalisation A Domicile (HAD) – SSIAD est possible afin d'assurer une continuité des soins optimale.

SOINS INFIRMIERS RENFORCÉS À DOMICILE

Le Services de Soins Infirmiers à Domicile Renforcé (SSIAD renforcé) favorise le retour à domicile après une hospitalisation classique, et/ou favorise le relais avec les services d'Hospitalisation A Domicile (HAD). Il permet le maintien à domicile des patients nécessitant une prise en charge renforcée avec des soins multiples (interventions plus fréquentes et plus longues, soins plus techniques, passages en binôme si nécessaire, etc...) Sa mission se différencie de celle d'un SSIAD classique notamment par la possibilité d'assurer de nombreux passages par jour pour les patients dont la situation le nécessite.



POUR QUI ?

Personnes de + de 60 ans présentant une forte dépendance et nécessitant plusieurs interventions par jour (≥ à 3 passages par jour).
Les patients nécessitant ces places sont :

- Patients diabétiques insulino-dépendants nécessitant au moins 2 injections par jour,
- Patients en soins palliatifs,
- Patients présentant une forte dépendance (maladie neurodégénérative invalidante, victimes d'AVC, présentant des poly pathologies).

Personnes résidant sur le secteur d'intervention.



MISSIONS

- Dispenser les soins infirmiers de base (hygiène et confort) et techniques à domicile ou en structure non médicalisées.
- Assurer la continuité des soins.
- Assurer au moins 3 interventions médicalisées par jour 7j/7.
- Évaluer les besoins et les soins.
- Mettre en œuvre un projet individualisé de soins sur 3 mois.
- Délivrer des actes infirmiers et de nursing à domicile.
- Coordonner la prise en charge.



CONDITIONS D'ADMISSION

Sur prescription médicale.
Être assuré social ou ayant droit.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Infirmier Diplômé d'État Coordinateur (IDEC), Infirmier Diplômé d'État (IDE), Aide-Soignant (AS), Aide Médico-Psychologique (AMP).



FINANCEMENT

Prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie (AM) sans avance de frais.

BON À SAVOIR

En fin de prise en charge SSIAD renforcé, il est possible que le patient bénéficie d'une prise en charge SSIAD « classique », ou d'un relais vers d'autres types de services.

SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

Le Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD) est un service assurant à la fois les missions d'un SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) et celles d'un SAD-SAAD (Service d'Aide A Domicile - Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile).



POUR QUI ?

Personnes âgées de + de 60 ans et/ou en situation de handicap ayant besoin d'une prestation intégrée SSIAD-SAAD.



MISSIONS

Voir fiches SSIAD + SAAD.



CONDITIONS D'ADMISSION

Sur prescription médicale.
Être assuré social ou ayant droit.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Voir fiches SSIAD et SAAD.



FINANCEMENT

Prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie (AM) sans avance de frais.

Coût des interventions d'aide à domicile à la charge de la personne.
Aides financières possibles (Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA), caisses de retraite et aides complémentaires santé).

BON À SAVOIR

Les personnes ne sont plus obligées de faire appel à deux services différents, ni de coordonner leurs interventions. L'accompagnement se veut fluide et sécurisant. Elles disposent d'un interlocuteur unique pour la mise en place de l'intervention et son suivi, qui sont assurés par une même équipe.

ACCOMPAGNEMENT AU MAINTIEN DES CAPACITÉS DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES COGNITIFS LÉGERS À MODÉRÉS À DOMICILE

Équipe adossée à certains Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) qui propose une prise en charge non médicamenteuse à domicile pour les personnes atteintes à un stade léger ou modéré de la maladie d'Alzheimer, afin de réduire les symptômes et/ou maintenir et développer les capacités résiduelles de la personne.



POUR QUI ?

Adultes ayant des troubles cognitifs modérés (MMS \geq 15) = test d'évaluation de la mémoire
Personnes résidant sur le secteur d'intervention.



MISSIONS

- Proposer 12 à 15 séances de réhabilitation et d'accompagnement à domicile auprès de la personne ayant des troubles cognitifs modérés.
- Travailler selon 3 axes d'intervention : la personne, l'aidant, l'environnement.
- Réaliser une évaluation et un bilan psychomoteur à domicile.
- Définir un ou deux objectifs (s'habiller seul, refaire à manger).
- Mettre en place un programme de maintien des capacités restantes, séance de soins individuelle à domicile de réhabilitation et d'accompagnement.
- Proposer de l'éducation thérapeutique des aidants (sensibilisation, conseil, accompagnement).



CONDITIONS D'ADMISSION

Sur prescription médicale.
Être assuré social ou ayant droit.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Infirmier Diplômé d'État Coordinateur (IDEC), psychomotricien, ergothérapeute, Assistant de Soins en Gériatrie (ASG).



FINANCEMENT

Prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie (AM) sans avance de frais.

BON À SAVOIR

Un accompagnement d'une durée de 3 mois et renouvelables tous les ans.

SOINS COMPLEXES ET FRÉQUENTS À DOMICILE

L'Hospitalisation A Domicile (HAD) assure les soins médicaux et médico-sociaux des patients tout en respectant leur souhait de continuer à vivre à domicile le plus longtemps possible.

Elle constitue une alternative à l'hospitalisation ou de permettre d'en diminuer la durée. Les soins dispensés se différencient de ceux habituellement délivrés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.

Les interventions peuvent se faire à domicile, en établissements sociaux ou médico sociaux (ESMS : MAS, FAM, EHPAD,...).



POUR QUI ?

Personnes présentant des pathologies aiguës ou chroniques qui nécessitent des soins complexes d'une technicité spécifique obligatoirement formalisés dans un protocole de soins.

Personnes résidant sur le secteur géographique autorisé.



MISSIONS

→ Évaluer la situation du patient dans un service hospitalier ou à domicile.

→ Dispenser des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés caractérisés par la complexité et la fréquence des actes.

→ Coordonner les différents intervenants et les structures en amont et aval de la prise en charge HAD (possibilité de mise en place de service à la personne, de réseaux de santé).

→ Assurer une permanence et continuité des soins 7/7 - 24/24.

→ Assurer la détention et la dispensation des médicaments.

→ Former des professionnels libéraux.



CONDITIONS D'ADMISSION

Sur prescription médicale.

Être assuré social ou ayant droit.

Avoir l'accord du médecin traitant.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Médecin coordinateur, Cadre De Santé (CDS), Infirmier Diplômé d'État (IDE), Aide-Soignant (AS).

Interventions à domicile des professionnels de santé salariés de la structure et/ou de libéraux conventionnés et rémunérés par l'HAD avec convention (kinésithérapeute, orthophoniste, psychologue...)



FINANCEMENT

Prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie (AM) sans avance de frais.

BON À SAVOIR

Il n'y a pas de critère d'âge.

RÉSIDENCE AUTONOMIE

LIEU DE VIE POUR PERSONNES ÂGÉES AUTONOMES

Anciennement dénommée foyer logement, la résidence autonomie est un groupe de logements hébergeant à titre principal des personnes âgées autonomes.

Selon les établissements, des services collectifs peuvent être proposés aux résidents : services hôteliers, animations, prestations de confort, etc...



POUR QUI ?

Retraités autonomes.

Personnes en GIR 5 et 6 à l'entrée.

Moins de 60 ans sous dérogation.

Si la résidence autonomie est communale, la priorité est donnée aux résidents de la commune.



MISSIONS

→ Assurer un hébergement non médicalisé.

→ Assurer un service hôtelier :

- Restauration,
- Service de blanchissage du linge...

→ Proposer des animations (contribution supplémentaire).



CONDITIONS D'ADMISSION

Constitution d'un dossier d'admission comprenant un volet GIR.

Validation par la commission d'admission.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Responsable, agent d'accueil, agent de service, équipe de restauration, animateur.



FINANCEMENT

Le coût à payer directement par les personnes y résidant est différent en fonction des résidences autonomie.

Selon la convention de l'établissement, il est possible de bénéficier de l'Aide Pour le Logement (APL), de l'Allocation de Logement Social (ALS), et de l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH).

BON À SAVOIR

La personne vivant en résidence autonomie peut faire appel à tous les services intervenant à domicile (SSIAD, SAAD, libéraux...) avec possibilité d'aides financières : aides des caisses de retraite, Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

La fin de l'hébergement dans une résidence autonomie peut être due à une trop forte perte d'autonomie du résident, qui nécessite alors qu'il intègre un établissement proposant des services adaptés à la prise en charge de la dépendance (EHPAD, USLD).

LIEU DE VIE POUR LES PERSONNES ÂGÉE

La résidence services est un ensemble de logements privatifs pour les personnes âgées associés à des services collectifs. Les occupants de la résidence services sont locataires ou propriétaires. La vie dans une résidence services permet de :

- continuer à vivre de manière indépendante ;
- bénéficier d'un environnement plus sécurisé (conciergerie, gardiennage, domotique) ;
- utiliser des services collectifs (restauration, ménage, animations...).



POUR QUI ?

Les résidences services sont conçues pour des personnes âgées autonomes seules ou en couple qui ne peuvent plus ou ne veulent plus vivre à leur domicile classique.



MISSIONS

Proposer un hébergement.



CONDITIONS D'ADMISSION

Les personnes autonomes dans leur quotidien (GIR 5-6).



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Agent d'accueil, agent de service, équipe de restauration, animateur.



FINANCEMENT

Il existe actuellement deux types de facturation des services dans les résidences services :

- Premier type de facturation : les charges de services mutualisées, sont assimilées à des charges de copropriété. Les copropriétaires doivent donc s'en acquitter, qu'ils en soient ou non consommateurs effectifs.
- Second type de facturation : les charges d'administration des services (qui ne sont pas les mêmes d'une résidence à une autre) sont dues, indépendamment des consommations effectives, et sont facturées selon un forfait de base, plus ou moins coûteux au regard des prestations sélectionnées.

Les personnes qui vivent dans une résidence services peuvent bénéficier d'aides si elles sont éligibles (Allocation Personnalisée d'Autonomie à Domicile, aides au logement).

Ces aides peuvent s'additionner.

Les résidences services n'ont pas de vocation sociale contrairement aux résidences-autonomie (ex-logements-foyers). Elles ne sont pas habilitées à l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH).

BON À SAVOIR

Les personnes habitant en résidence services peuvent faire appel à tous les services intervenant à domicile (SSIAD, SAAD, libéraux...).

Les résidences services sont essentiellement construites au cœur des villes à proximité des commerces, des transports et des services. Elles sont gérées par des structures privées commerciales ou associatives.

ACCUEIL À LA JOURNÉE- TROUBLES COGNITIFS LÉGERS ET MODÉRÉS

L'accueil de jour est soit autonome, soit adossé à un EHPAD. Il accueille principalement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée et vivant à domicile.

Ce temps d'accueil a pour objectif de préserver la socialisation des personnes accueillies, de maintenir, stimuler, voir restaurer partiellement leur autonomie et permettre une qualité de vie à domicile. Il offre également un certain répit à l'aidant, et permet à la personne de s'adapter à la collectivité.



POUR QUI ?

Personnes de + de 60 ans atteintes de maladie d'Alzheimer, démences apparentées, troubles cognitifs modérés et légers.

Il est nécessaire d'avoir une capacité d'attention et de participer aux activités proposées.

La priorité est donnée aux habitants de la commune d'implantation et aux communes voisines.



MISSIONS

→ Maintenir et stimuler l'autonomie.

→ Préserver la socialisation.



CONDITIONS D'ADMISSION

Constitution d'un dossier qui nécessite un avis du médecin traitant.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Coordinatrice, psychomotricienne, ergothérapeute, psychologue, Aide-Soignant (AS), Aide Médico-Psychologique (AMP), chauffeur, animateur, médecin coordonnateur.



FINANCEMENT

Payant.

Prise en charge possible en partie par le Conseil Départemental (CD) via l'APA.

BON À SAVOIR

Les inscriptions sont possibles via le site Via Trajectoire. Les modalités de transport sont différentes en fonction de l'accueil de jour choisi.

LIEU DE VIE POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Anciennement dénommé maison de retraite, cet établissement assure l'accueil de personnes en perte d'autonomie.

Ces dernières années, différentes unités se sont développées au sein des EHPAD afin de proposer des solutions diversifiées et adaptées au public au sein des EHPAD.



POUR QUI ?

Personnes de + de 60 ans (et de - de 60 ans sur dérogation) qui ont besoin d'aides et de soins au quotidien.



MISSIONS

Assurer un hébergement médicalisé.



CONDITIONS D'ADMISSION

Sur dossier d'admission (volet administratif et médical).

Visite de préadmission.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Médecin coordinateur, Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur (IDEC), Infirmier Diplômé d'Etat (IDE), Aide-Soignant (AS), kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychologue, psychomotricien, Aide Médico Psychologie (AMP), Assistant de Soins en Gériatrie (ASG) ...



FINANCEMENT

Le tarif hébergement est à la charge du résident afin de prendre en charge les frais liés à la chambre, l'hôtellerie, la restauration et les animations.

Un tarif dépendance, peut être en partie pris en charge par le Conseil Départemental (CD) en fonction du degré d'autonomie du résident. Ce tarif correspond aux prestations d'aide, de surveillance et les protections pour l'incontinence.

Aides financières possibles. Ces aides peuvent s'additionner, le montant que le résident doit payer s'appelle le reste à charge :

- Aide Sociale à l'Hébergement (ASH);
- Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) ;
- Aide au logement.

BON À SAVOIR

Les inscriptions sont possibles via le site Via Trajectoire. Il existe un formulaire unique de demande d'admission en EHPAD (Cerfa 14732).

PÔLE SITUÉ AU SEIN DES EHPAD

Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) est un espace de vie adapté (et identifié) par rapport au reste de l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Le PASA accueille un groupe de 12 à 14 résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, ayant fait l'objet d'un diagnostic, présentant des troubles modérés du comportement (ex. apathie, troubles de l'appétit, indifférence, anxiété, irritabilité ou instabilité de l'humeur...).



POUR QUI ?

Résidents d'EHPAD souffrants de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées compliquées de syndromes psycho-comportementaux modérés qui altèrent leur sécurité et leur qualité de vie et celle des autres résidents.



MISSIONS

Prendre en charge en interne des résidents identifiés au sein de la structure avec un maintien et/ou une réhabilitation des fonctions sensorielles.



CONDITIONS D'ADMISSION

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée est posé.

Les malades présentant des troubles du comportement compatibles avec une participation à des activités en ateliers sont accueillis en PASA.

Une prescription médicale indique la fréquence pouvant aller de 1 à 6 jours.

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 doivent être activement recherchés.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Assistant de Soins en Gériatrie (ASG), ergothérapeute, psychomotricien.

Possibilité d'intervention des professionnels de l'EHPAD : médecin, Infirmier Diplômé d'Etat (IDE), psychologue, etc...



FINANCEMENT

Le fonctionnement du PASA est financé dans le cadre de la tarification au GIR Moyen Pondéré Soins (GMPS) de l'établissement.

Il n'y a pas de surcoût pour le résident de l'EHPAD bénéficiant d'une prise en charge en PASA.

BON À SAVOIR

Tous les EHPAD ne disposent pas d'un PASA et tous les PASA n'ont pas de lieu dédié, ils sont dits PASA « éclatés ».

UVA - UVP

18

Unité de Vie Alzheimer ou Unité de Vie Protégée

UNITÉ SPÉCIALISÉE POUR PUBLIC AYANT DES TROUBLES COGNITIFS MODÉRÉS

Les Unités de Vie Alzheimer (UVA) ou Unités de Vie Protégée (UVP) sont présentes en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). De petite taille, elles ont une capacité d'accueil de 10 à 20 résidents et sont souvent fermées par un digicode. La configuration des lieux est pensée pour être apaisante pour les personnes qui déambulent.



POUR QUI ?

Personnes de + de 60 ans ou de - de 60 ans sur dérogation, valides et désorientées.

Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.



MISSIONS

- Proposer un hébergement médicalisé.
- Offrir une prise en charge spécifique de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.
- Rechercher une action thérapeutique centrée sur la prise en charge cognitive.



CONDITIONS D'ADMISSION

Étude du dossier médical.
Visite de préadmission.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Médecin coordinateur, Infirmier Diplômé d'État Coordinateur (IDEC), Infirmier Diplômé d'État (IDE), Aide-Soignant (AS), kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychologue, psychomotricien, Aide Médico-Psychologique (AMP), Assistant de Soins en Gériatrie (ASG) ...



FINANCEMENT

Voir fiche EHPAD.

BON À SAVOIR

Tous les EHPAD ne disposent pas d'une UVA-UVP.

UHR

19

Unité d'Hébergement Renforcé

HÉBERGEMENT SÉQUENTIEL - TROUBLES COGNITIFS SÉVÈRES

L'Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) est implantée au sein de certains Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Les personnes accueillies bénéficient d'un projet de soin adapté et d'un projet de vie personnalisé. Les familles et les proches sont encouragés à y participer. L'environnement architectural est adapté aux personnes accueillies et se différencie du reste de la structure.



POUR QUI ?

Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères qui altèrent leur sécurité et leur qualité de vie et celle des autres résidents.



MISSIONS

- Maintenir et réhabiliter les capacités fonctionnelles et cognitives des résidents.
- Réduire ou faire disparaître les troubles comportementaux pour réintégrer si possible un lieu de vie classique grâce à :
 - Des activités spécifiques ;
 - Des traitements médicamenteux ;
 - Des traitements non médicamenteux.



CONDITIONS D'ADMISSION

L'admission repose sur un diagnostic réalisé par le médecin et l'équipe soignante de l'unité.

3 critères sont requis :

- Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ;
- Des troubles sévères du comportement qui altèrent la sécurité et à la qualité de vie du patient, des autres résidents, des soignants ou de l'entourage ;
- Le patient doit être mobile.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Géronte, psychiatre, Cadre De Santé (CDS), Infirmier Diplômé d'État (IDE), Aide-Soignant (AS), Agent de Services Hospitalier (ASH), psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, animateur.



FINANCEMENT

Voir fiche EHPAD.

BON À SAVOIR

Tous les EHPAD ne disposent pas d'une UHR.

HÉBERGEMENT MÉDICALISÉ - GIR1 À 2 - GRANDE DÉPENDANCE PHYSIQUE

L'Unité de Grande Dépendance (UGD) se développe en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), pour faciliter la prise en charge des personnes en situation de grande dépendance physique, par exemple en conséquence d'une pathologie type Sclérose Latérale Abiotrophique (SLA), sclérose en plaque (SEP) ou résultant des suites d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC). L'accueil de ces personnes nécessite un accompagnement, un suivi et une présence spécifique.



POUR QUI ?

Personnes âgées très dépendantes (GIR 1 et 2).



MISSIONS

Proposer :

- Un hébergement médicalisé ;
- Un matériel adapté.



CONDITIONS D'ADMISSION

Sur prescription médicale.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Médecin coordinateur, Infirmier Diplômé d'État Coordinateur (IDEC), Infirmier Diplômé d'État (IDE), Aide-Soignant (AS), kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychologue, psychomotricien, Aide Médico-Psychologique (AMP), Assistant de Soins en Gériologie (ASG) ...



FINANCEMENT

Voir fiche EHPAD.

BON À SAVOIR

Les UGD bénéficient d'équipes renforcées.
Tous les EHPAD ne disposent pas d'une UGD.

SOLUTION DE RÉPIT - TROUBLES COGNITIFS MODÉRÉS

L'Hébergement Temporaire (HT) permet aux personnes âgées d'aller en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) à titre transitoire soit après une hospitalisation et avant le retour à domicile, soit pour proposer du répit aux aidants, soit pour découvrir la vie en EHPAD.



POUR QUI ?

Personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés.
Personne âgée en perte d'autonomie physique.
De manière plus marginale pour les personnes âgées autonomes isolées.



MISSIONS

- Faire le point sur la situation et les besoins de la personne âgée en collaboration avec ses proches et les acteurs du soutien à domicile le cas échéant.
- Mettre en place un projet individualisé de soins et d'accompagnement nécessaire au sein de la structure afin préserver l'autonomie de la personne âgée, soit pour préparer le retour à domicile, soit pour préparer à une entrée en EHPAD.
- Donner des conseils ponctuels aux aidants et les aider dans l'orientation vers les dispositifs de soutien et d'aide existant sur le territoire.



CONDITIONS D'ADMISSION

Etude du dossier médical.
Visite de préadmission.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Médecin coordinateur, Infirmier Diplômé d'État Coordinateur (IDEC), Infirmier Diplômé d'État (IDE), Aide-Soignant (AS), kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychologue, psychomotricien, Aide Médico-Psychologique (AMP), Assistant de Soins en Gériologie (ASG)...



FINANCEMENT

- La prise en charge financière est la même qu'en EHPAD.
Plusieurs aides peuvent être mobilisées pour financer :
- 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 : renseignement auprès des CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination)/Coordinations gérontologiques et du CD (Conseil Départemental) ;
 - Les caisses de retraite complémentaires ou les complémentaires santé peuvent parfois contribuer à financer une partie du coût de l'Hébergement Temporaire.

BON À SAVOIR

L'Hébergement Temporaire peut également se pratiquer en résidence autonomie et en accueil familial.

LONG SÉJOUR - GIR 1 À 3

L'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) est une structure hospitalière d'hébergement adossée à un établissement hospitalier s'adressant à des personnes très dépendantes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante.

**POUR QUI ?**

Personnes âgées de 60 ans et + dépendantes (GIR 1, 2 et 3).

**MISSIONS**

- Proposer un hébergement.
- Assurer une surveillance médicale intensive.

**CONDITIONS D'ADMISSION**

- Suite à une hospitalisation ou à un passage en SSR (Service de Soins de Suite et de Réadaptation) ou en provenance du domicile.

**QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?**

Médecin, Cadre De Santé (CDS), Infirmier Diplômé d'État (IDE), Aide-Soignant (AS), Agent de Service Hospitalier (ASH), psychologue, Assistant de Service Social (ASS), psychomotricien, kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien, animateur.

**FINANCEMENT**

Voir fiche EHPAD.

BON À SAVOIR

Entrée sur décision médicale.

STRUCTURE DÉDIÉE AUX AIDANTS

La plateforme d'accompagnement et de répit a été créée pour accompagner les aidants s'occupant d'un proche en perte d'autonomie. L'objectif est de prévenir les risques d'épuisement et de diminuer le stress et l'anxiété des aidants.

**POUR QUI ?**

Initialement créées pour les proches accompagnant au quotidien une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et de toute autre maladie entrainant une perte d'autonomie : l'objectif est de mieux comprendre la maladie et l'impact qu'elle peut avoir.

**MISSIONS**

- Informer 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 entrainant une perte d'autonomie : l'objectif est de mieux comprendre la maladie et l'impact qu'elle peut avoir.
- Soutenir les proches aidants en individuel (soutien psychologique, conseils...) ou en groupe pour partager les expériences, se soutenir, rompre l'isolement, renforcer des liens entre familles confrontées à la même situation.
- Trouver 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 par la mise en place d'intervenant à domicile et/ou en proposant des sorties.
- Former les proches aidants à se préserver, à faire attention à leur santé, à identifier les aides mobilisées, etc...

**CONDITIONS D'ADMISSION**

Orientation directe par l'aidant lui-même et/ou en accord avec un professionnel.

**QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?**

Psychologue, Aide-Soignant, Aide Médico-Psychologique, Infirmier, Auxiliaire de Vie Sociale, Assistant de Soins en Gériatrie (ASG), Ergothérapeute, Médecin Coordinateur, Conseiller en Economie Sociale et Familiale (CESF), Assistant de Service Social (ASS), Animateur, Arthérapeute.

**FINANCEMENT**

Service gratuit pour l'utilisateur.

BON À SAVOIR

La quasi-totalité des plateformes d'accompagnement et de répit ont noué des partenariats et, parmi ses partenaires les CLIC/les Coordinations gérontologiques jouent un rôle important en étant souvent à l'origine de l'orientation vers la plateforme. Les accueils de jour, les services de soins infirmiers à domicile, les équipes sociales et médico-sociales des Conseils Départementaux et des Centres Communaux d'Action Sociale et les professionnels de santé jouent également un rôle important dans les orientations.

COURT SÉJOUR – GESTION D'ÉPISODES AIGUS

L'Unité Gériatrique Aigüe (UGA) ou de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète des patients souffrants de plusieurs pathologies chroniques invalidantes. Celles-ci peuvent être à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, par l'intrication fréquente de pathologies neurodégénératives et somatiques et de problèmes sociaux. Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de leurs pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë.

**POUR QUI ?**

Personnes âgés de 75 ans et +.

**MISSIONS**

Assurer :

- Une période d'investigation ou d'équilibrage de traitement.
- L'orientation du patient adaptée au décours d'une hospitalisation de quelques jours.

**CONDITIONS D'ADMISSION**

Hospitalisation directe ou après passage aux urgences.

**QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?**

Médecin, Cadre De Santé (CDS), Infirmier Diplômé d'État (IDE), Aide-Soignant (AS), Agent de Service Hospitalier (ASH), Psychologue, Assistant de Service Social (ASS), Kinésithérapeute, Ergothérapeute, Diététicien.

**FINANCEMENT**

Prise en charge par l'Assurance Maladie (AM) et les assurances santé (mutuelle).

Sans reste à charge si prise en charge à 100% (forfait hospitalier);

BON À SAVOIR

Il est bénéfique pour les personnes âgées d'éviter les passages aux urgences; privilégier si possible un accès direct (accord préalable entre médecin traitant et médecin de l'unité ou via le numéro de la filière gériatrique du territoire par tous types de professionnels).

HOPITAL DE JOUR GÉRIATRIQUE DIAGNOSTIC

25

AMBULATOIRE - BILAN ET DIAGNOSTIC

L'unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique est une structure de soins de court séjour de la filière de soins gériatriques située à l'interface entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. C'est un centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation du patient âgé sur le territoire. Elle assure une prise en charge ambulatoire et constitue l'une des portes d'entrée du patient âgé dans la filière de soins gériatriques. Elle comporte des consultations et un hôpital de jour gériatrique. La consultation mémoire labellisée, lorsqu'elle existe, lui est intégrée.



POUR QUI ?

Personnes âgées de 55 ans et +.



MISSIONS

- Dispenser une évaluation géro-ontologique médico-psycho-sociale à la demande du médecin traitant afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée.
- Être un recours pour le médecin traitant ou pour tout professionnel ou organisme après le repérage de problèmes durant la consultation de prévention devant être dispensée aux personnes âgées de 55 à 70 ans et +.
- Collaborer au suivi du patient par des réévaluations régulières et des prises en charge spécialisées.
- Proposer des bilans et traitements programmés sur une courte durée afin d'éviter les traumatismes engendrés par une hospitalisation classique, et notamment un bilan géro-ontologique, médico-psycho-social, aux résidents des EHPAD sur demande du médecin traitant et du médecin coordonnateur.
- Réaliser des traitements impossibles à dispenser à domicile, et surtout surveiller et ajuster les thérapeutiques.
- Pratiquer des soins lourds (transfusions, plaies complexes...).
- S'assurer de la coordination des soins autour du patient et être en lien régulier avec les différents acteurs participant à la prise en charge ambulatoire (CLIC, CMP, SSIAD...), les professionnels libéraux et le cas échéant les accueils de jour.
- Participer à l'organisation du soutien au domicile.
- Dispenser l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP).
- Participer à la diffusion des bonnes pratiques.



CONDITIONS D'ADMISSION

Sur prescription médicale.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Médecin gériatre, psychiatre, neuropsychologue, équipe paramédicale, psychologue, Assistant de Service Social (ASS), kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien.



FINANCEMENT

Prise en charge par l'Assurance Maladie (AM) et les assurances santé (mutuelle).

Sans reste à charge si prise en charge à 100%.

BON À SAVOIR

L'accueil est assuré à la journée entre 9h00 et 17h00.

UMG - EMG

26

Unité ou Équipe Mobile de Gériatrie Intra Hospitalière

UNITÉ TRANSVERSALE - EXPERTISE GÉRIATRIQUE DANS LES SERVICES HOSPITALIERS

L'Unité ou Équipe Mobile de Gériatrie Intra Hospitalière (UMG/EMG) intervient au sein des services polyvalents d'un établissement hospitalier ou EHPAD.

C'est une unité transversale qui ne possède pas de lit. Son action est ponctuelle en vue d'une expertise et d'une orientation spécifique à la prise en charge des personnes âgées au sein de services polyvalents. Elle favorise la prise en charge, les diagnostics, les orientations, le retour à domicile, etc...



POUR QUI ?

Personnes de 75 ans et + hospitalisées dans un service hospitalier polyvalent.



MISSIONS

- Dispenser une évaluation médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique dans des services polyvalents.
- 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 dans la filière de soins gériatriques.
- Participer à l'organisation de la sortie.
- Conseiller, informer et former les équipes soignantes par la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.



CONDITIONS D'ADMISSION

Au cours d'une hospitalisation, l'intervention de l'UMG se fait sur demande des services médicaux et chirurgicaux de l'établissement, ainsi que des services d'urgences.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Médecin gériatre, Infirmier Diplômé d'État (IDE), Assistant de Service Social (ASS), psychologue, ergothérapeute, diététicien, secrétaire.



FINANCEMENT

Prise en charge par l'Assurance Maladie (AM) et les assurances santé (mutuelle).

Sans reste à charge si prise en charge à 100%.

BON À SAVOIR

L'Unité / Équipe Mobile Gériatrique est adossée à un court séjour gériatrique. Elle peut constituer une interface entre, d'une part, la filière de soins gériatriques et, d'autre part, les établissements médico-sociaux et les intervenants au domicile.

MOYEN SÉJOUR – RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION

Au sein des parcours de santé, les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) trouvent leur place et contribuent à la fluidité de « l'après hôpital ». Cela, à travers 3 missions : la rééducation d'un organe lésé en vue de sa restitution intégrale ou optimale, la réadaptation du patient pour lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et le recouvrement maximal des conditions de vie de ce patient avant son séjour hospitalier.



POUR QUI ?

Les personnes âgées de 75 ans et + nécessitant une réadaptation.



MISSIONS

Outre des soins (médicaux et curatifs voire palliatifs), une structure autorisée en SSR assure :

- Une rééducation pour aider le patient à recouvrer le meilleur potentiel de ses moyens physiques, cognitifs et psychologiques. L'objectif est, autant que possible, la restitution intégrale de l'organe lésé ou le retour optimal à sa fonction.
- Une réadaptation pour accompagner le patient si les limitations de ses capacités s'avèrent irréversibles. Le but est de lui permettre de s'adapter au mieux à ces limitations et de pouvoir les contourner autant que possible.
- Une réinsertion pour aller au-delà des soins médicaux et garantir une réelle autonomie au patient (dans sa vie familiale et professionnelle) afin qu'il recouvre au maximum les conditions de vie qui précédaient son séjour hospitalier. La réinsertion représente donc l'aboutissement d'une prise en charge totalement personnalisée du patient.



CONDITIONS D'ADMISSION

Sur prescription médicale.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Médecin gériatre, Cadre De Santé (CDS), Infirmier Diplômé d'État (IDE), Aide-Soignant (AS), psychologue, Assistant de Service Social (ASS).



FINANCEMENT

Prise en charge par l'Assurance Maladie (AM) et les assurances santé (mutuelle).

Sans reste à charge si prise en charge à 100%.

BON À SAVOIR

Il est possible d'être admis directement du domicile en SSR à la demande de votre médecin traitant (prescription directe ou via l'outil Via Trajectoire).

MOYEN SÉJOUR – RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION

L'Hôpital De Jour (HDJ) gériatrique est une alternative à l'hospitalisation complète. Il s'articule généralement avec un service de consultation.

Il permet la mise en œuvre d'investigations diagnostiques et thérapeutiques par la mise à disposition d'un plateau technique.



POUR QUI ?

Personnes âgées de 70 ans et +.



MISSIONS

- Bilan médical à visée diagnostique.
- Évaluation pluridisciplinaire gériatrique et gériatologique.
- Activités thérapeutiques :
 - Prise en charge et suivi de pathologies chroniques ;
 - Initiation et/ou adaptation de traitements ;
 - Soins techniques ;
 - Prise en charge rééducative et ré-adaptative et pluri-modale de la perte d'autonomie psychique et/ou physique ;
 - Éducation thérapeutique.



CONDITIONS D'ADMISSION

Sur prescription médicale.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Médecin gériatre, psychiatre, neuropsychologue, équipe paramédicale, psychologue, Assistant de Service Social (ASS), kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien.



FINANCEMENT

Prise en charge par l'Assurance Maladie (AM) et les assurances santé (mutuelle).

Sans reste à charge si prise en charge à 100%.

BON À SAVOIR

L'accueil est assuré à la journée entre 9h00 et 17h00.

UNITÉ TRANSVERSALE – ACCÈS AUX PLATEAUX TECHNIQUES DANS LES SERVICES HOSPITALIERS

La Permanence d'Accès aux Soins Santé (PASS) est un dispositif de prise en charge médico-sociale pour les personnes en situation de précarité sociale. Il s'agit de leur faciliter l'accès au système de santé, et de les accompagner dans les démarches. Elles sont implantées au sein des hôpitaux ou des réseaux (PASS ambulatoire) afin de disposer d'un accès aux plateaux techniques (service de radiologie, laboratoire de biologie médicale, pharmacie...).



POUR QUI ?

Personnes en situation de précarité, qui ont besoin de soins et ne peuvent y accéder en raison de leurs conditions de vie, d'absence de droits, de pratiques professionnelles inadéquates ou de leur incapacité à suivre le parcours de prise en charge.



MISSIONS

→ Faciliter l'accès aux soins des personnes démunies et les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

→ Travailler en réseau avec les professionnels médicaux et sociaux : caisses d'Assurance Maladie (AM), médecins généralistes, SAMU social, les centres de santé ou de vaccination, services municipaux de santé et Centre Communal d'Action Sociale, centres spécialisés (hébergement, obésité, cancer, VIH, soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) ; les services de protection maternelle et infantile et le planning familial ; les Centres Médico-Psychologiques ; les Ateliers Santé Ville ; des opérateurs privés (laboratoires, sociétés d'imagerie) ; des associations humanitaires, etc.



CONDITIONS D'ADMISSION

Le professionnel et/ou le patient contacte directement la PASS. Le patient n'a pas de droit ouvert.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Au moins un médecin et un Assistant de Service Social (ASS) et d'autres professionnels peuvent intervenir : personnels médicaux, paramédicaux attachés aux hôpitaux et professionnels de l'action sociale.



FINANCEMENT

Service gratuit pour l'utilisateur.

BON À SAVOIR

Les missions des PASS s'inscrivent au Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des Personnes les plus démunies (PRAPS) du projet régional de santé.

AMBULATOIRE – CONSULTATION, ORIENTATION

Le Centre Médico-Psychologique (CMP) est une structure implantée dans la ville, en dehors d'un hôpital. Il reçoit en consultation toutes les personnes directement ou bien adressées par leur médecin traitant, que leurs troubles psychiques soient légers ou sévères. Les personnes de 60 ans et + représentent en moyenne 10% de leurs patients.

L'équipe coordonne l'accueil et les soins (consultations, soins ambulatoires, les visites à domicile, les hospitalisations, les actions de prévention, l'accueil familial thérapeutique).

Le CMP est le pivot des secteurs de la psychiatrie publique.



POUR QUI ?

Adultes ou jeunes de 16 ans et + souffrant de difficultés psychologiques et/ou de troubles psychiatriques.
Domiciliés dans le secteur psychiatrique concerné.



MISSIONS

- Accueillir,
- Diagnostiquer,
- Orienter,
- Assurer les consultations,
- Assurer la continuité des soins tout en permettant de maintenir le patient dans son milieu socio-familial,
- Favoriser son intégration sociale et/ou professionnelle ainsi que son autonomie en évitant l'hospitalisation et en prévenant la rechute,
- Proposer de la prévention et de l'éducation thérapeutique au patient pour éviter le recours à l'hospitalisation.



CONDITIONS D'ADMISSION

La personne peut avoir été adressée par un médecin généraliste ou hospitalier.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Psychiatre, psychologue, Infirmier Diplômé d'État (IDE), Assistant de Service Social (ASS), Cadre De Santé (CDS), secrétaire médical.



FINANCEMENT

Prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie (AM) sans avance de frais.

BON À SAVOIR

Pour toute personne non connue ou lors d'une reprise de contact, un rendez-vous avec un membre de l'équipe infirmière est réalisé pour une première évaluation, puis un entretien avec un psychiatre est proposé.

AMBULATOIRE – ACTIONS DE SOUTIEN OU THÉRAPIES DE GROUPE

Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) est une unité de soins ambulatoires, qui participe à la continuité de l'offre de soins et propose une alternative à l'hospitalisation.

L'accueil thérapeutique à temps partiel permet de recevoir le patient pendant une durée plus longue que celle d'une consultation (une ou plusieurs demi-journées par semaine). Il aide à maintenir ou à favoriser l'autonomie des patients par des actions de soutien ou des thérapies de groupe. Il peut être le prolongement d'une prise en charge en Centre Médico-Psychologique (CMP) ou d'une hospitalisation. Les CATTP font partie de l'offre de soins sectorisée.



POUR QUI ?

Adultes ou jeunes de 16 ans et + souffrant de difficultés psychologiques et/ou de troubles psychiatriques.

Domiciliés dans le secteur psychiatrique concerné.

Bénéficiant d'une prise en charge médicale au CMP.



MISSIONS

→ Maintenir et développer une autonomie de la personne, une vie sociale et une réinsertion dans la cité.

→ Organiser des activités à visée thérapeutique, socialisante et de temps d'accueil et de rencontre.



CONDITIONS D'ADMISSION

Sur prescription médicale écrite par le médecin référent du patient au CMP.

Un projet de soins est établi au cours d'un entretien d'admission avec le patient, le médecin référent du CATTP et l'équipe infirmière.

Le choix et la fréquence des activités proposées y sont définis et peuvent être revus après une période d'essai d'un mois.

Certains patients bénéficient d'un programme de soin dans un contexte de soins psychiatriques sous contrainte.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Psychiatre, psychologue, psychomotricien, Infirmier Diplômé d'État (IDE), Assistant de Service Social (ASS), Cadre De Santé (CDS), secrétaire médicale.



FINANCEMENT

Prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie (AM) sans avance de frais.

BON À SAVOIR

Un projet de soins est établi au cours d'un entretien d'admission avec le patient, le médecin référent du CATTP et l'équipe infirmière. Le choix et la fréquence des activités proposées y sont définis et peuvent être revus après une période d'essai d'un mois.

HOSPITALISATION – GESTION D'ÉPISODES AIGUËS

L'Unité d'Hospitalisation à temps plein est utilisée pendant la phase aiguë de la maladie et lorsque l'état de santé du patient nécessite des soins et/ou une surveillance sur 24 heures. Elle instaure une rupture avec le milieu social et familial.

Elle s'inscrit dans le parcours psychiatrique du patient. Les soins sont articulés avec la prise en charge ambulatoire pré ou post hospitalière.



POUR QUI ?

Toute personne domiciliée sur la commune du secteur, et âgée de 16 ans et + présentant des troubles psychiatriques en phase aiguë (psychose, schizophrénie, dépression sévère).



MISSIONS

→ Gérer l'épisode aigu.

→ Hospitaliser à temps plein.

→ Assurer les soins et une surveillance 24/24.



CONDITIONS D'ADMISSION

L'hospitalisation se fait par un passage dans un Service d'Accueil et d'Urgence (SAU) d'un centre hospitalier de proximité.

Si le psychiatre pose l'indication d'une hospitalisation, la personne est transférée sur l'Unité d'Accueil et d'Urgence (UUA) de l'unité d'hospitalisation du secteur de rattachement.

Suite à une consultation psychiatrique, infirmière et somatique, le patient est accueilli dans l'unité d'hospitalisation.

Les modalités d'admission sont définies par le code de santé publique aux articles L.3211, 3212 et 3213.

- En Soins Psychiatriques Libres (SPL) avec le consentement du patient et/ou de son représentant légal.

- En soins dits sous contrainte : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT) et Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence (SPDTU) ou Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État (SPDRE).



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Psychiatre, médecin, psychologue, Infirmier Diplômé d'État (IDE), Aide-Soignant (AS), Assistant de Service Social (ASS), Cadre De Santé (CDS) et secrétaire médicale.



FINANCEMENT

Prise en charge par l'Assurance Maladie (AM) et les assurances santé (mutuelle).

Sans reste à charge si prise en charge à 100%.

BON À SAVOIR

Bien qu'une rupture avec le milieu social et familial soit nécessaire durant la phase aiguë, la famille, les aidants et éventuellement le mandataire, sont associés à la prise en charge psychiatrique et sociale pour favoriser la mise en œuvre du projet de soins et travailler le projet de sortie.

PSYCHIATRIE DE LIAISON PSYCHIATRIE CONSULTATIVE PSYCHIATRIE DE CONSULTATION-LIAISON

33

UNITÉ TRANSVERSALE - EXPERTISE PSYCHIATRIQUE

La Psychiatrie de Liaison s'inscrit dans une approche globale du patient. Elle met au service de la médecine « somatique » les compétences de la psychiatrie, et contribue à maintenir cette dernière dans le champ de la médecine. La psychiatrie de liaison peut ainsi être définie comme la partie de la psychiatrie qui s'occupe des troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales.



POUR QUI ?

Bien que cette définition soit axée sur le patient, la psychiatrie de liaison s'adresse à la fois aux patients et/ou à leur famille, et aux équipes soignantes qui en ont la charge.

Patient souffrant de difficultés psychiatriques ou psychologiques en lien, ou antérieures, à leur maladie.



MISSIONS

Deux missions principales :

→ L'une : axée sur le patient et qui consiste à donner au confrère demandeur non-psychiatre un avis de spécialiste concernant un patient donné ;

→ L'autre : axée sur l'équipe soignante et qui consiste en la formation et en la sensibilisation des soignants de soins généraux aux aspects psychologiques de leur activité.



CONDITIONS D'ADMISSION

Sollicitation du médecin de service.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Psychiatre, psychologue, Infirmier Diplômé d'État (IDE).



FINANCEMENT

Prise en charge par l'Assurance Maladie (AM) et les assurances santé (mutuelle).

Sans reste à charge si prise en charge à 100%.

BON À SAVOIR

La psychiatrie de liaison est une pratique généralement hospitalière.

EMPSA

34

Équipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Âgée

DOMICILE - EVALUATION, ORIENTATION, COORDINATION, PRÉVENTION, FORMATION

L'Équipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Âgée (EMPSA) est une équipe mobile intersectorielle extra-hospitalière d'évaluation créée en 2016. Après une évaluation téléphonique initiale, une orientation thérapeutique est proposée (du conseil téléphonique à l'intervention au domicile). L'intervention est organisée après information du patient, conjointement avec le professionnel et l'orienteur.



POUR QUI ?

Personnes de 65 ans et +, non connues des services psychiatriques du secteur ou en rupture de soins depuis 1 an, pour une situation psychiatrique complexe, en urgence différée.



MISSIONS

→ Évaluer et orienter :

- Favoriser l'accès aux soins spécialisés, ambulatoires ou hospitaliers : fluidifier l'entrée dans un parcours de soins grâce à une évaluation diagnostique, thérapeutique, pluri professionnelle, à domicile.

→ Coordonner et prévenir :

- Coordonner, articuler les prises en charge avec le médecin traitant et/ou le réseau existant de façon synergique dans un maillage cohérent. Prévenir et repérer les situations de crise ou de rupture.
- Favoriser le maintien dans le lieu de vie ou accompagner l'entrée en institution.

→ Former :

- Former les équipes et les partenaires : mettre en place des réunions de concertations pluri-professionnelles, des analyses de pratiques, des réflexions éthiques avec les partenaires.

Le premier contact s'effectue avec l'infirmière de l'EMPSA qui est toujours accompagnée soit par la famille, la personne à l'origine du signalement ou le psychiatre.

L'évaluation est limitée à 4 interventions. L'équipe ne fait pas de suivi et ne se substitue pas aux dispositifs mis en place par les partenaires concernés.



CONDITIONS D'ADMISSION

L'équipe est mobilisable uniquement sur demande des professionnels partenaires, du champ sanitaire de premier recours, des soins psychiatriques de secteur et de proximité, des réseaux de santé, du champ médico-social.

Formulaire de demande à envoyer par mail ou fax.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Psychiatre, psychologue, Infirmier Diplômé d'État (IDE).



FINANCEMENT

Service gratuit pour l'utilisateur.

BON À SAVOIR

L'EMPSA s'inscrit dans un contexte de travail en réseau, notamment via la filière gériatrique.

PRÉVENTION, REPÉRAGE, IDENTIFICATION DES BESOINS

Les Équipes mobiles de Psychiatrie de Précarité (EMPP) ont pour mission de faciliter la prévention, le repérage précoce, l'identification des besoins en santé mentale des personnes en grande précarité. Les EMPP se déplacent vers les personnes (la dimension « aller vers » fait partie intégrante de leurs missions). Elles dépendent d'un hôpital psychiatrique ou d'un service psychiatrique d'un hôpital général.



POUR QUI ?

- Personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion sociale en souffrance psychique.
 - Structures sociales, services de justice, associations concernées par les personnes en situation de précarité : Centres d'Hébergement d'urgence et de Réinsertion Sociale (CHRS), centres d'accueil de jour, centres de demandeurs d'asile, foyers de l'enfance et autres lieux de vie...
- L'EMPP travaille également en collaboration avec le milieu hospitalier, notamment par le biais de l'unité d'hospitalisation, de la psychiatrie de consultation-liaison et de la permanence d'accès aux soins de santé.



MISSIONS

- Au près des professionnels :
 - Faciliter l'échange des pratiques et des savoirs.
 - Sensibiliser les équipes aux problématiques conjointement sociales et psychiatriques et les former si besoin. Soutenir et conseiller les équipes de première ligne par le biais de contacts téléphoniques et/ou de réunions cliniques.
 - Rencontrer, si besoin, les patients en présence du professionnel demandeur.
 - Apporter une aide technique grâce à l'implication dans le réseau.
- Au près des patients :
 - Garantir une évaluation clinique et une réponse appropriée.
 - Assurer un dépistage précoce des situations à risque, par le biais de consultations ou de visites auprès des patients quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment.
 - Se donner le temps pré-thérapeutique de faire émerger une demande de soins.
 - Orienter ensuite les patients vers les structures de soins de droits communs.
 - Faire reconnaître les droits sanitaires et sociaux de toute personne en situation de précarité



CONDITIONS D'ADMISSION

Sur la demande d'un professionnel ou directement via des maraudes dans les rues.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Psychiatre, Infirmier Diplômé d'État (IDE), psychologue, Assistant de Service Social (ASS).



FINANCEMENT

Service gratuit pour l'utilisateur.

BON À SAVOIR

Les EMPP n'ont pas vocation à intervenir dans l'urgence (en cas de crise).

PROTECTION DE LA PERSONNE ET DE SES INTÉRÊTS PATRIMONIAUX

Au travers des mesures de protection juridique, les services tutélaires accompagnent et aident les personnes afin d'éviter les éventuels abus dont elles peuvent être victimes ou les dommages qu'elles peuvent se causer à elles-mêmes.

Il existe différentes mesures de protection juridique :

- Les mesures faisant suite à une décision de justice :
 - sauvegarde de justice ;
 - curatelle simple ou renforcée ;
 - la tutelle à la personne et/ou aux biens ;
- Une mesure conventionnelle :
 - le mandat de protection future.

Selon la mesure choisie par le juge des tutelles la portée de la protection varie (envers la personne et/ou les biens), ainsi que l'action du Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs (MJPM) désigné par le Juge.



POUR QUI ?

Personne majeure ayant besoin d'être représentée, contrôlée et/ou assistée dans les actes de la vie civile du fait de ses altérations mentales et /ou corporelles, médicalement constatée par un médecin agréé ou du d'une altération momentanée du jugement.



MISSIONS

- Exercer des mesures de protections juridiques.
- Assister, contrôler et aider.
- Protéger la personne et/ ou ses intérêts patrimoniaux.



CONDITIONS D'ADMISSION

Nomination d'un Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs suite à une désignation du juge des tutelles.



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs (MJPM).



FINANCEMENT

À la charge du majeur, financement total ou partiel du majeur. Généralement un pourcentage des ressources du majeur protégé, selon un barème.

BON À SAVOIR

Une demande de protection juridique se fait par la personne elle-même ou un proche (requête) ou par un tiers professionnel (signalement au procureur).

Le plus souvent les mesures sont prononcées pour 5 ans renouvelables.

En fonction du type de mesure, cette durée peut varier de 1 à 20 ans.

Boîte à outils, schéma et notice disponibles sur MAILLAGE 92.

PÔLE SOLIDARITÉ DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL

Le Conseil Départemental (CD) est le chef de file de l'action sociale. Il coordonne avec les partenaires de son territoire les actions dans le domaine de la solidarité. Le Conseil Départemental dispose également d'un guichet unique à destination des personnes handicapées appelé : la Maison Départemental des Personnes Handicapées (MDPH).

Les services du Pôle Solidarités seront désormais structurés autour de 4 directions :

La Direction des Solidarités territoriales

est constituée de 13 services territoriaux, couvrant les 36 communes, et de 2 services dédiés aux politiques enfance (cellule départementale des recueils des Informations préoccupantes et personnes vulnérables ; évaluation des mineurs non accompagnés). Cette direction est dédiée à l'accueil et à la prise en charge de l'ensemble des usagers.

La Direction des prestations, du financement et du budget

est chargée de l'instruction administrative des demandes des usagers et des dossiers d'aide sociale, de leur liquidation dans les applications métiers, des conventions de financement des partenaires ainsi que de toute l'activité juridique liée à l'accès des usagers à leur dossier ou aux recours, en lien avec la Direction des Affaires juridiques et l'Assemblée départementale.

Elle s'organise autour de trois services :

- le service gestion des droits et des prestations : instruction administrative des prestations et aides départementales et leur liquidation.
- le service financement, budget et gestion des conventions : suivi administratif et financier des marchés et conventions nécessaires à la mise en œuvre de l'offre de service départementale, depuis la rédaction des documents nécessaires à l'approbation en Assemblée départementale. Il sera également en charge du suivi de l'exécution budgétaire.
- le service contrôle, recours et accès aux dossiers usagers : gestion des droits des usagers et du contrôle de leurs droits. Ce service comprend également la saisie des données médicales des usagers. Il intègre les fonctions de l'administrateur ad hoc qui défend en justice, au pénal et au civil, les mineurs victimes et organisera la CESSEC.

La Direction du pilotage des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)

est chargée du pilotage des établissements et services, qu'ils soient départementaux ou non.

Elle s'organise en trois services :

- le service contractualisation, tarification et contrôle des ESSMS : mise en oeuvre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs de Moyens (CPOM) avec les établissements et services implantés dans les Hauts-de-Seine accueillant et/ou hébergeant des mineurs confiés au Département dans le cadre de la protection de l'enfance, des personnes âgées ou des personnes handicapées ainsi que les Centres d'Accueil Médico-Social Précoce (CAMSP), de les tarifier et de les contrôler.
- le service accueil familial : recrutement, suivi des assistants familiaux et positionnement des enfants placés en famille d'accueil.
- le service des établissements de protection de l'enfance : les trois établissements départementaux de protection de l'enfance : la Pouponnière Paul Manchon, la Cité de l'enfance et le Centre maternel Les Marronniers, y sont rattachés.

La Direction de l'appui et de la transformation numérique

dont l'appui numérique se poursuit pour la prise en charge des usagers.

La MDPH

Groupement d'Intérêt Public sous tutelle administrative et financière du Conseil Départemental

Accueil, information et orientation des personnes en situation de handicap et de leur famille

Evaluation du handicap et proposition de prestation :

- Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ;
- Allocation Adulte Handicapé (AAH) ;
- Allocation d'Education pour Enfant Handicapé (AEEH) ;
- Carte de priorité de stationnement ;
- Carte d'invalidité ;
- Orientation scolaire ;
- Prestations liées au travail et à la formation professionnelle.

Financement extralégal par le Fond de Compensation en complément de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

ÉQUIPE MÉDICO-SOCIALE APA

ÉVALUATION MÉDICO-SOCIALE EN VUE DE L'ATTRIBUTION DE PRESTATIONS FINANCIÈRES

L'équipe médico-sociale APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie) effectue des évaluations médico-sociales à domicile, pour la personne âgée de 60 ans et +, afin d'identifier ses besoins et les aides à mettre en place, ainsi que sa participation financière en fonction de ses moyens. L'équipe médico-sociale APA fait partie de la Direction des Solidarités Territoriales.



POUR QUI ?

Personnes de 60 ans et +, en perte d'autonomie.
Personnes qui ont fait une demande d'APA (avec un dossier complet).
Personnes déjà bénéficiaires de l'APA.



MISSIONS

- Faire une évaluation médico-sociale.
- Définir et assurer le suivi du plan d'aide (révision).
- Evaluer la vulnérabilité des personnes.
- Effectuer des visites à domicile pour évaluer les besoins, la perte d'autonomie (avec grille AGGIR) et l'environnement.



CONDITIONS D'ADMISSION

Avoir fait un dossier de demande d'APA (à l'initiative de l'utilisateur ou d'un professionnel). Ce dossier comprend un volet médical.

Ce dossier doit être adressé directement au conseil départemental avec toutes les pièces justificatives.

Le dossier est alors instruit sous 2 mois et une notification informe le bénéficiaire des aides allouées.

Une concertation pluridisciplinaire de l'équipe APA, comprenant le médecin évaluateur, permet de construire un plan d'aide suite à l'évaluation et prend en compte l'évolution de la situation de la personne. Un lien est fait avec le médecin traitant et les professionnels intervenant auprès de la personne. La proposition du plan d'aide est envoyée à la personne qui a 1 mois pour la valider auprès du Conseil Départemental (CD).



QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?

Assistant administrative, évaluateur médico-social (ASS, CESF, Educateur spécialisé), médecin évaluateur.



FINANCEMENT

Intervention à titre gratuit.

BON À SAVOIR

L'évaluation prend en compte ce que la personne est prête à accepter comme aide.

ACCUEIL, ÉVALUATION, TRAITEMENT OU ORIENTATION

Lieux d'accueil et d'orientation, les Services de Solidarités Territoriales (SST) proposent écoute et aide aux personnes en difficulté, pour des raisons administratives et/ou juridiques, ou encore d'insertion et de logement. Les professionnels sont à leur écoute et cherchent avec elles la meilleure solution à leurs besoins.

**POUR QUI ?**

Personnes ayant des difficultés administratives et sociales, ou bien des problématiques d'insertion et de logement.

**MISSIONS**

- Apporter des conseils administratifs et juridiques pour faciliter l'accès au droit.
- Donner des informations collectives sur les dispositifs d'insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA) : contractualisation, suivi et orientation...
- Donner des informations sur l'accès et le maintien dans le logement (démarches, aides du dispositif FSL, prévention des expulsions locatives et aide au suivi budgétaire).
- Favoriser l'aide à l'hébergement (mise en relation avec les organismes qui recherchent des foyers ou des hôtels, inscription à la commission d'hébergement).
- Favoriser la santé (accès aux soins, information et orientation).
- Assurer une prévention de la maltraitance des enfants.
- Apporter de l'aide aux personnes démunies (écoute et soutien moral, sollicitation de différents organismes en fonction des besoins).

**CONDITIONS D'ADMISSION**

Accueil sans rendez-vous.
Prise de rendez-vous nécessaire pour les démarches spécifiques.

**QUELS PROFESSIONNELS Y TROUVE-T-ON ?**

Assistant de Service Social (ASS), Conseiller en Économie Sociale et Familiale (CESF), Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF).

**FINANCEMENT**

Intervention à titre gratuit.
Financement par le Conseil Départemental (CD).

BON À SAVOIR

Le premier accueil est fait par le secrétariat : primo évaluation des besoins avant d'orienter vers le travailleur social ou le service adapté.

Le travailleur social reçoit soit sur la permanence d'accueil, soit sur rendez-vous, ou encore organise une visite à domicile.

Suite à l'évaluation sociale un plan d'aide est proposé.

A

- ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
- AFHA : Allocation aux Familles Hébergeant leur Ascendant
- AGGIR : Autonomie Gériatrique Groupes Iso-Ressources

ALS : Allocation de Logement Social

AMP : Aide Médico-Psychologique

APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie

APL : Aide Pour le Logement

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignant

ASG : Assistant de Soin en Gériatrie

ASH : Aide Sociale à l'Hébergement

ASS : Assistant de Service Social

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVS : Auxiliaire de Vie Sociale

C

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CD : Conseil Départemental

CDS : Cadre De Santé

CESF : Conseiller en Économie Sociale et Familiale

CHRS : Centre d'hébergement d'urgence et de Réinsertion Sociale

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CMP : Centre Médico-Psychologique

D

DFEJ : Département Famille – Enfance – Jeunesse

DIAS : Département Insertion et Actions Sociales

DPMIPE : Département Protection Maternelle et Infantile – Petite Enfance

E

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Dépendantes

EMG : Équipe Mobile de Gériatrie Intra Hospitalière

EMPP : Équipe mobile de Psychiatrie de Précarité

EMPSA : Équipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Âgé

ESA : Équipe Spécialisée Alzheimer

ESMS : Établissement et service social et médico-social, Établissements Sociaux et Médico-sociaux

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

F

- FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FSL : Fond de Solidarité pour le Logement
FWV : Femmes Victime de Violences

G

- GIR : Groupe Iso-Ressources
GMPS : Groupe Iso-Ressources Moyen Pondéré Soins

H

- HAD : Hospitalisation A Domicile
HDJ : Hôpital De Jour
HT : Hébergement Temporaire

I

- IDE : Infirmier Diplômé d'État
IDEC : Infirmier Diplômé d'État Coordinateur

M

- MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et des soins dans le champ de l'Autonomie
MAS : Maison d'accueil Spécialisée
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MJPM : Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs

P

- PA : Personnes âgées
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PASL : Programme d'Action Social Logement
PASS : Permanence d'Accès aux Soins Santé
PCH : Prestation de Compensation du Handicap
PDAFI : Programme Départemental des Aides Financières
PDIRE : Plan Départemental d'Insertion et de Retour à l'Emploi
PRAPS : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies

R

- RESIF : Association des réseaux de Santé d'Ile-de-France
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RSA : Revenu de Solidarité Active

S

- SAAD : Services d'Aides A domicile
SAU : Service d'Accueil et d'Urgence
SEP : Sclérose En Plaque
SLA : Sclérose Latérale Amyotrophique
SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
SPDRE : Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État

SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SPDTU : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence

SPL : Soins Psychiatriques Libres

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SST : Service de Solidarités Territoriales

T

TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale

U

UAU : Unité d'Accueil et d'Urgence

UGA : Unité Gériatrique Aigue

UGD : Unité de Grande Dépendance

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

UMG : Unité Mobile de Gériatrie Intra Hospitalière

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

UVA : Unité de Vie Alzheimer

UVP : Unité de Vie Protégée

**POUR TOUTES PRÉCISIONS,
DEMANDE DE SUPPORT :**

MAIA Hauts-de-Seine Nord

01 71 90 50 50

pilote.maia@reseau92nord.org

MAIA Hauts-de-Seine Centre Nord

06 15 01 15 65

maia-cn92@fondationdiaconesses.org

MAIA Hauts-de-Seine Centre

01 71 05 25 16

pilote@maia92centre.fr

MAIA Hauts-de-Seine Sud

01 71 41 70 58

pilote.maia@gcsms92.fr



MAIA
Hauts-de-Seine

L'intégration des acteurs
pour l'autonomie
des personnes âgées