MAIA Est-Héraultaise

Livret de Procédure

Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie

MAIA EST HERAULTAISE (34)

Mise à jour : Octobre 2014

CHRU MONTPELLIER
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE

ars

Livret de Procédure de la MAIA Est Héraultaise

Pourquoi un livret de procédure ?

Harmoniser les éléments de langage pour qu'ils soient communs à tous

- Ce livret a pour objectif de rassembler dans un même document des outils et des procédures du dispositif co-construits avec les partenaires en groupes de travail et validés en tables de concertation tactique et stratégique.
- La MAIA est un processus continu. Les outils sont évolutifs et feront l'objet de mises à jour régulières.
- Pour toute information ou proposition d'amélioration, vous pouvez contacter le pilote de la **MAIA Est-Héraultaise :**
  Marie-Christine ETIENNE
  Téléphone : 04 67 33 24 20 / 06 65 84 97 65
  Courriel : maia-est-heraultaise@chu-montpellier.fr

Sommaire

Présentation de la MAIA Est Héraultaise 03
La concertation 05
Le Guichet Intégré 07
La gestion de cas 10
Annexes 14

Présentation de la MAIA Est Héraultaise

MAIA, un dispositif innovant de proximité pour

- Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées de + 60 ans en perte d'autonomie en situation complexe [1],

- Simplifier le parcours de santé des personnes âgées :
  - Faciliter les différentes démarches des usagers et des professionnels,

- Intégrer les services d'aides et de soins intervenant auprès des personnes âgées et permettre le décloisonnement des différents secteurs : sanitaire public/privé, libéral, médico-social, social,

Territoire de la MAIA
Est- Héraultaise

- Le porteur du projet MAIA doit poursuivre un but non lucratif. C'est un acteur de la coordination, légitime pour construire un partenariat intégré sur le territoire,

- Sur le territoire Est Héraultais (8 cantons/66 communes), le projet a été présenté par le **CHRU de Montpellier** et notamment par le Professeur JEANDEL,

- **Le dispositif a démarré le 1er avril 2013.**

[1] *Cf critères d'inclusion en gestion de cas p 10*

Les acteurs de la MAIA Est Héraultaise en 2013/2014

- **Au niveau stratégique** :

ADOMA, CARSAT LR, CCAS Montpellier, CHRU de Montpellier, CISS LR, Clics du territoire, CODERPA, Comité Régional de coordination de l'Action sociale AGIRC ARRCO, Conseil Général de l'Hérault, FEHAP, FHF, France Alzheimer, France Parkinson, Groupe Oc Santé, Languedoc Mutualité, MSA, Mutualité Française, Les Ordres (Médecins, IDE, Masseurs Kinésithérapeutes, Pharmaciens), UDCCAS, UGECAM, URIOPSS LR, les URPS (Médecins libéraux, IDE, Masseurs Kinésithérapeutes, orthophonistes), SYNERPA.

- **Au niveau tactique :**

ASSOCIATIONS D'USAGERS : CISS LR, France Alzheimer
ADOMA
AIDER
CARSAT Hérault (service social)
CCAS de Lattes, Juvignac, Montpellier, Murviel les Montpellier, Pignan
CHRU de Montpellier : Urgences Adultes et UHCDA - Pôle Gérontologie - Service Social
CIAS Pays de l'Or
CIEL BLEU, Accueil de Jour Autonome
CLICs : Maill'âge, Réponse et Trait d'Union
CONSEIL GENERAL 34 : Direction de l'Autonomie et UTAG Est Héraultais
ETABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS : Mas de Rochet, le Millénaire et l'Institut du Cancer de Montpellier,
EHPAD : CCAS de Montpellier, La Pompignane, Les Aiguerelles, Les Couleurs du Temps, Les Garrigues, Maison de retraite Protestante et La Martegale, l'Ostal du Lac (ADAGES)
ESA : Gammes, Le Lien et Présence Verte Services
HAD : Apard, Chru, Home Santé
Mandataires Judiciaires : ATG, Service Mandataire du CHRU, Géranto Sud, Udaf34
MSA : service social
ORDRE DES MEDECINS : Conseil Départemental
SAAD : ADMR, Domusvi Domicile, A vos Côtés, Nouvéo
SAMSAH : Les Vents du Sud (ADAGES)
SSIAD : ADMR, Gammes, Le Lien, L'Ostal du Lac (ADAGES),
Présence Verte Services, Seniors Présence
RESEAU Sphères
UDCCAS
URPS : Médecins Libéraux, Masseurs Kinésithérapeutes, Orthophonistes

La concertation

Présentation de la concertation

Elle a pour objet d'inscrire sur le territoire des espaces collaboratifs construits de façon particulière.

Ce ne sont pas des comités de pilotage ou des groupes de travail. Afin de marquer cette différence, elles sont nommées « tables de concertation ».

La concertation est un partenariat formalisé de « tables » fondée sur la co-responsabilité des acteurs et faisant l'objet de comptes rendus.

Composition des tables

- les tables de concertation stratégique réunissent les décideurs, les financeurs et les acteurs représentatifs pertinents pour une diffusion efficace des décisions.
- les tables de concertation tactique se composent de responsables et directeurs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé libéraux qui accompagnent et prennent en soins les publics ciblés, sur le territoire concerné.
- Les tables de concertation clinique rassemblent les partenaires autour d'une situation individuelle.

Rôle des tables de concertation

- **Au niveau stratégique :** le retour d'informations et son analyse permettent d'ajuster les mécanismes de planification, d'évaluation et de régulation de l'offre de services sur le territoire, ce qui renforce la cohérence de l'offre de soins et médico-sociale, conformément aux demandes exprimées par la table « tactique ». La table stratégique assure le suivi de l'avancement du processus d'intégration : montée en charge globale du dispositif, changement des pratiques professionnelles,...
- **Au niveau tactique,** s'effectuent la mise en œuvre et l'analyse du service rendu. La table peut alors ajuster l'offre et/ou interpeller la table de concertation stratégique. Ce niveau a pour mission d'harmoniser les pratiques et d'améliorer la lisibilité du système de soins et d'aides.

- **Au niveau clinique :** coordination et co-responsabilité des différents acteurs impliqués dans une situation complexe. Partage des évaluations et des pratiques, adaptation des aides en fonction des besoins et planification harmonisée des interventions.

Les différents niveaux de concertation structurent l'organisation des acteurs

La concertation aura pour corollaire de diminuer les redondances dans les évaluations des besoins des personnes :

Exemple : mise en place d'outils « passerelle » entre les différents services effectuant les évaluations.

Les différents niveaux de concertation constituent un point essentiel dans la construction des dispositifs MAIA. Leur inscription dans le temps et sur le territoire est un gage de pérennité du processus.

Le pilote joue un rôle central :
- il remonte les données du territoire,
- il anime la concertation tactique,
- il participe à l'animation de la table stratégique et s'assure de l'articulation des sujets traités.

Gouvernance des tables

- **Ordre du jour :**
  L'ordre du jour des tables de concertation tactique et stratégique est établi par le pilote. Chaque partenaire peut solliciter celui-ci pour proposer d'ajouter de nouveaux points.

- **Prise et suivi des décisions :**
  Au sein des tables de concertation tactique et stratégique de la MAIA Est Héraultaise, les décisions sont prises par consensus ou à défaut par vote majoritaire. Les décisions prises font l'objet d'un relevé et d'un suivi de décision dans le compte rendu de chaque table.

- **Entrée de nouveaux membres :**
  L'entrée d'un nouveau membre en table tactique ou stratégique doit faire l'objet d'une décision de la table.

Le guichet intégré

Présentation du guichet intégré

- *Mesure 4 du plan Alzheimer :*

« Le guichet intégré constitue l'accès de proximité à l'accueil et l'information, à partir duquel la population est orientée vers la ressource adaptée. C'est un ensemble coordonné de lieux d'information qui doit faciliter le parcours des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle en évitant les réponses fragmentées ».

La construction du guichet intégré

C'est une étape centrale dans la simplification du parcours des personnes.
Elle s'appuie sur une organisation intégrée :

- Définition d'un territoire pertinent : celui de la MAIA Est Héraultaise correspond à 8 cantons (Claret, Castelnau-le-lez, Castries, Lattes, Les Matelles, Mauguio, Montpellier et Pignan) et les 66 communes de ces cantons,
- Diagnostic local partagé,
- Concertation stratégique avec niveau de décision et de représentation permettant la coresponsabilité des décideurs et financeurs,
- Concertation tactique avec représentation exhaustive des responsables des services participant au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie sur le territoire MAIA,
- Pilote missionné par les instances stratégiques,
- Identification des partenaires du guichet intégré, de leurs missions, interventions, pratiques et outils support,
- Définition, appropriation et utilisation d'outils communs qui soutiennent les pratiques, la coresponsabilité sur le territoire et la simplification des parcours des personnes qu'ils fassent appel au champ sanitaire, social et/ou médico-social.

Le concept d'intégration

L'intégration cherche à répondre à la fragmentation du système qui se traduit par une discontinuité du service rendu, l'existence de doublons ou de réponses redondantes. Elle conduit à un nouveau mode d'organisation des partenaires assurant des interventions auprès des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle favorisant la coordination, la coopération et la coresponsabilité des acteurs ;

Dans les MAIA, les différents partenaires se coordonnent, définissent ensemble leurs règles de fonctionnement et des outils communs.

- L'ensemble des partenaires légitime les gestionnaires de cas et valide les outils dont ils disposent.
- Le dispositif MAIA enrichit les pratiques professionnelles de l'ensemble des partenaires et entraîne l'acquisition des compétences supplémentaires mais aussi induit des changements d'organisation avec de nouveaux modes de relations entre les services.

  Les MAIA constituent bien un dispositif d'intégration des services de soins et d'aide dans un réseau formalisé.

Objectifs du Guichet Intégré

- Lisibilité et accessibilité de l'offre,
- Homogénéisation de l'information et des pratiques d'orientation sur le territoire,
- Prise en compte de l'ensemble des besoins pour chaque demande,
- Coresponsabilité des décideurs et acteurs.

4 Fonctions

- Accueil de la demande,
- Analyse de la situation,
- Repérage des besoins,
- Orientation.

Les outils

La fiche de liaison inter-partenaires (Outil construit par un ensemble de partenaires – évaluation de sa pertinence au cours de l'année 2014/2015).

Elle est remplie pour permettre aux membres du guichet intégré MAIA de demander ou de donner les informations nécessaires concernant la situation d'une personne âgée. L'objectif est d'éviter une rupture du parcours de santé.

Elle répond à deux objectifs :

- éviter la compilation de multiples outils,
- suivre le parcours de santé et prévenir les ruptures.

L'échange d'informations ne peut se faire sans l'information et le consentement de la personne et/ou son représentant.

L'annuaire de ressources (Outil en cours de construction)

- **Volet annuaire :**

La connaissance des ressources du territoire passe par leur identification. L'annuaire y participe s'il est exhaustif. Le pilote, à partir de son diagnostic, peut identifier les compléments à y apporter dans l'identification de l'offre existante.
L'annuaire rassemblera les plaquettes de communication de l'ensemble des partenaires et les liens internet.

- **Volet référentiel des interventions :**

Si l'annuaire a pour objectif de permettre à l'ensemble des partenaires du guichet intégré de partager la connaissance des ressources du territoire, le processus d'orientation nécessite de définir plus précisément «qui fait quoi » sur le territoire.

Le référentiel a pour objectif de :

- Différencier les interventions,
- Rendre l'orientation opérationnelle.

Pour chaque service, sont identifiés :

- Public,
- Missions et interventions,
- Organisation : durée des interventions, horaires, territoire d'intervention, critères d'intervention, lieu d'intervention,
- Compétences,
- Informations pratiques (coordonnées...).

Site internet MAIA Est Héraultaise (en projet)

Il s'agira d'une plateforme sécurisée, avec une partie en accès libre pour le grand public et une partie réservée aux partenaires de la MAIA Est Héraultaise.

La gestion de cas

Présentation de la gestion de cas

- *Mesure 5 du plan Alzheimer*

« Le plan propose d'instituer un coordonnateur. Ce correspondant unique, responsable de la prise en charge globale, doit être l'interlocuteur direct de la personne et du médecin traitant.

Sa mission, continue dans le temps, y compris lors des éventuels épisodes d'hospitalisation, doit s'exercer dans les 2 champs sanitaire et social : évaluation et élaboration d'un projet individualisé, lien avec les différents intervenants et suivi de la réalisation des actions menées »

Les missions du gestionnaire de cas

- Etre le référent et le garant du respect de la personne et de son choix de vie,
- Travailler en collaboration étroite avec le médecin traitant,
- Organiser la coordination et la coresponsabilité avec l'ensemble des professionnels partenaires de la situation,
- Effectuer une évaluation multidimensionnelle de la situation de la personne et procéder à des réévaluations régulières,
- Elaborer un PSI (plan de service individualisé),
- Assurer un suivi continu et évolutif dans le temps,
- Organiser des réunions de concertation cliniques avec l'ensemble des professionnels intervenant auprès de la personne.

Quand faire appel à la gestion de cas ?

Critères d'orientation à la gestion de cas

- Personne de + 60 ans,
- Personne en perte d'autonomie et/ou atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée,
- Avec un retentissement sur le maintien à domicile en raison de :

1. Situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile en raison de :

a. problème d'autonomie fonctionnelle AVQ (actes vie quotidienne) et/ou AIVQ (activités instrumentales vie quotidienne).

b. et problème relevant du champ médical n
c. et problème d'autonomie décisionnelle n
2. Aides et soins insuffisants ou inadaptés,
3. Pas de personne ressource ni d'entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner les réponses aux besoins.

Si les 3 critères sont validés alors la multiplicité des champs à suivre et l'intensité de l'accompagnement (fréquent et continu dans tous les domaines) nécessite le suivi par un gestionnaire de cas .
NB : Un simple renforcement des aides n'est pas suffisant pour mobiliser un gestionnaire de cas.

Les missions du gestionnaire de cas

Saisie de la gestion de cas

- Quand la situation répond aux critères de complexité, après en avoir informé la personne et/ou son représentant, à l'aide de la fiche de demande , le pilote de la MAIA Est Héraultaise est saisi et contacte le partenaire pour évaluer et étudier ensemble la situation.
- L'équipe de la MAIA Est Héraultaise valide ou infirme la pré-inclusion.

La pré-inclusion

- La gestionnaire de cas prend contact avec :
  - La personne elle-même,
  - La famille, son représentant légal ou à défaut un de ses proches,
  - Le médecin traitant,
  - Les partenaires qui interviennent au domicile,
- La gestionnaire de cas, lors de la visite au domicile, recherche le consentement de la personne,
- En cas de non-inclusion, orientation vers le service ou le partenaire adapté.

L'inclusion

- Information écrite au médecin traitant et aux partenaires,
- Evaluation multidimensionnelle au domicile par la gestionnaire de cas,
- Elaboration d'un projet de soin individualisé,
- Contacts réguliers avec les partenaires,
- Selon la situation, constitution d'une table de concertation clinique (TCC).

Sortie de la gestion de cas : à l'heure actuelle, 4 cas de figure

1. L'entrée en établissement (EHPAD, USLD),
2. Le refus de la personne et/ou de son représentant,
3. Le décès de la personne,
4. Le changement de département ou du bassin de santé.

Les outils de la gestion de cas

1. La fiche de liaison inter-partenaires (outil commun au guichet intégré et à la gestion de cas)

Objectif : éviter la compilation de multiples outils, suivre le parcours de santé, prévenir les ruptures.
Qui l'utilise : tous les partenaires du territoire de la MAIA Est Héraultaise et l'équipe MAIA.

2. La fiche de demande ou fiche d'orientation en gestion de cas

Objectif : pré-inclusion d'une personne repérée en situation complexe par un partenaire, au regard des critères d'inclusion.
Qui l'utilise : tous les partenaires du territoire de la MAIA Est Héraultaise.

3. La fiche de consentement

Objectif : recueillir l'accord de la personne pour valider son inclusion en gestion de cas (signature de la personne concernée ou du représentant légal).
Qui l'utilise : le gestionnaire de cas.

4. L'outil d'évaluation multidimensionnelle

Objectif : évaluer à domicile les besoins d'une personne dans toutes ses dimensions (santé physique, psychologique et cognitive, environnement social et familial...).
Qui l'utilise : le gestionnaire de cas.
Quand : dès la première visite à domicile et dès que la situation le nécessite.

5. La synthèse

Objectif : informer tous les partenaires des conclusions de l'évaluation multidimensionnelle.
Qui l'utilise : le gestionnaire de cas.

6. Le plan de service individualisé

Objectifs :
- Lister les problématiques relevées par l'outil d'évaluation multidimensionnelle,
- Repérer les besoins comblés et non comblés,
- Planifier les actions par domaine et les intervenants en lien avec ces actions.

Qui l'utilise : le gestionnaire de cas.
Quand : après l'évaluation multidimensionnelle.

• 7. La table de concertation clinique (TCC)

- Outil de coordination qui permet de réunir autour d'une table, une équipe pluridisciplinaire composée des partenaires impliqués dans une même situation complexe,
- Uniquement pour les personnes incluses en gestion de cas (consentement validé),
- Non obligatoire et en lien avec une problématique,
- Tout partenaire intervenant auprès de la personne peut être à l'initiative d'une TCC.

• 8. Le système d'information partagé pour la gestion de cas (Travail en cours).

• 9. La messagerie sécurisée (Travail en cours).

• 10. Le cahier de liaison

(A élaborer avec les partenaires si nécessaire).

Liste des annexes

Cadre légal des dispositifs MAIA 15
La fiche de liaison inter-partenaires 16
Référentiel des interventions pour l'annuaire de ressources 19
Fiche de demande d'inclusion en gestion de cas 21

Cadre légal des dispositifs MAIA

- **Loi n° 2010-1594 du 20 Décembre 2010 – art. 78**

- **Article L.113-3 CASF**

« Les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie coordonnent leurs activités au sein des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.
Les conditions de leur fonctionnement répondent à un cahier des charges approuvé par décret, qui fixe notamment les modalités selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que les méthodes mises en œuvre pour assurer le suivi des personnes concernées.

- **Article L.14-10-5** du même code en prévoit le financement par le budget de la CNSA (section I).

- **Article L.1431-2** du code de la santé publique relatif aux missions et compétences des ARS est complété par une disposition prévoyant que les ARS attribuent les financements aux MAIA et s'assurent du respect du cahier des charges.

- **Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011** relatif au cahier des charges des MAIA.

- **Arrêté du 16 novembre 2012** modifiant l'arrêté du 8 novembre 2012 fixant les référentiels d'activités et de compétences pour exercer le rôle et les missions du gestionnaire de cas dans les MAIA.

FICHE DE LIAISON INTER-PARTENAIRES

Date :

DEMANDEUR
NOM, FONCTION, TEL ET MAIL :

*DESTINATAIRE *Si vous ne connaissez pas ses coordonnées, cette fiche peut être envoyée à maia-est-heraultaise@chu-montpellier.fr et/ou fax : 04 67 33 22 58		
NOM	FONCTION	TEL ET MAIL

Réponse attendue	□ Prise de contact direct □ Retour d'information sur les actions mises en place ou à venir □ Autres : Préciser.....

CONCERNE LA SITUATION DE

Nom : **Nom de jeune fille :** **Prénom :**

Date de naissance : Age :

Domicile : Téléphone :

☐ Maison ☐ Appartement ☐ RDC ☐ Etage : ..... ☐ Ascenseur
☐ Propriétaire ☐ Locataire
☐ Vit seul ☐ En couple ☐ Cohabitation (avec qui) : ☐ Autre

Langue usuelle :

La Personne et/ou Représentant légal sont-ils informés de cette liaison □ **Oui** □ **Non**

FAMILLE ET ENTOURAGE

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec la personne	Aidant (oui/non)

PROFESSIONNELS REFERENTS OU INTERVENANT DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE LA SITUATION

NOM Par exemple	Structure	Adresse	téléphone	Modalités d'intervention
Médecin				
Médecin spécialiste				
IDE/SSIAD/ESA				
Service social				
Mandataire				
SAAD				

FICHE DE LIAISON INTER-PARTENAIRES

EN CAS D'HOSPITALISATION, Veuillez informer et contacter le professionnel qui fait la liaison, le plus tôt possible et AVANT la sortie pour organiser la continuité de la prise en charge

MOTIF DE LA LIAISON

Elément qui modifie et/ou compromet le maintien à domicile

SANTE	VIE QUOTIDIENNE	AUTONOMIE SOCIALE
☐ **Absence de Médecin traitant** ☐ **Refus de suivi médical** **Nécessité d'une intervention soignante** ☐ IDE ☐ Kinésithérapeute ☐ Ergothérapeute ☐Orthophoniste ☐ Podologue ☐Psychomotricien **Insuffisance ou manque des interventions soignantes :** ☐ IDE ☐ Kinésithérapeute ☐ Ergothérapeute ☐ Orthophoniste ☐ Podologue ☐ Psychomotricien ☐ **Refus prise en charge soignante - laquelle :** …… …… ……	☐ **Refus de toutes aides à domicile** ☐ **Nécessité d'une aide à domicile** **INADAPTATION DES AIDES A DOMICILE** ☐ **Aides techniques, équipement** (fauteuil roulant, lit médicalisé, …) ☐ **Aides humaines**	☐ **Difficultés de gestion (administrative et/ou financière)** ☐ **Difficultés financières** ☐ **Suspicion de spoliation** ☐ **Vulnérabilité** (la personne n'est plus en capacité de se protéger d'un tiers) ☐ **Négligence** (la personne a des difficultés à se prendre en charge avec situation à risque)

ENVIRONNEMENT	AIDANTS
☐ Isolement relationnel ☐ Isolement géographique ☐ Maintien à domicile préoccupant ☐ Logement inadapté ☐ Logement insalubre/précaire	☐ Pas d'aidants ☐ Epuisement de l'aidant ☐ Indisponibilité (hospitalisation, liée aux nécessités professionnelles et/ou familiales, déplacement…) ☐ Défaillance de l'aidant (poly-pathologie…) ☐ Conflit ☐ Défaut de « bientraitance »

Autonomie/dépendance :
GIR : …… ☐ ne sait pas ☐ **PCH** ☐ ne sait pas **MMS/30 :……** ☐ ne sait pas

Informations complémentaires (Ressources, Aides antérieures, perte d'autonomie….) **:**

FICHE DE LIAISON INTER-PARTENAIRES

FICHE DE SUIVI

Date :

DEMANDEUR + LOGO (si souhaité)
NOM, FONCTION, TEL ET MAIL :

*DESTINATAIRE *Si vous ne connaissez pas ses coordonnées, cette fiche peut être envoyée à maia-est-heraultaise@chu-montpellier.fr et/ou fax : 04 67 33 22 58		
NOM	FONCTION	TEL ET MAIL

CONCERNANT

NOM : Nom de Jeune Fille : PRENOM :

Date de naissance :

Adresse :

Date 1ère fiche :

Informations complémentaires (Actions entreprises, Difficultés rencontrées, ….) :

Référentiel d'intervention pour l'annuaire de ressouces

GUICHET INTEGRE - REFERENTIEL D'INTERVENTIONS POUR L'ANNUAIRE DE RESSOURCES

Date : 02/09/2014

NOM DE LA STRUCTURE **ADRESSE** **TELEPHONE :** **Fax :** **Mail** :	**STATUT :** ☐ Public ☐ Privé ☐ Privé non lucratif **PROFESSIONNELS** ☐ Sanitaire ☐Libéraux ☐Médico-social ☐ Social **Représenté par** (Groupe et/ou fédération) : **Date ouverture de la structure :**

NOM DU SERVICE (à remplir pour chaque service d'une même structure) :
Adresse :
Téléphone : Fax : Mail :

Ou Nom du professionnel : **Fonction** (exemple pour un libéral) :
Téléphone : Fax : Mail :

MISSIONS (citer le texte de référence) :

Evaluation
☐ Evaluation de l'Autonomie de la personne
☐ Proposition et/ou révision du plan d'aide dans le cadre de l'APA et/ou PCH
☐ Proposition et/ou révision du plan d'aide hors APA et/ou PCH

Actions individuelles
☐ Information/Orientation/Soutien ☐ Aide à la Décision/Réflexion
☐ Suivi dans l'accès aux aides
☐ Aide à la constitution de dossiers
☐ Constitution dossier admission en EHPAD ☐ Constitution dossier aide sociale (aides à domicile, admission EHPAD)
☐ Instruction dossier aide sociale
☐ Constitution dossier aides financières ☐ Attribution aides financières
☐ Gestion administrative et financière
☐ Préparation et organisation du retour à domicile après hospitalisation

Actions collectives
☐ Actions d'informations, de prévention et de dépistage ☐ Animation sociale et culturelle ponctuelle
☐ Actions de stimulation thérapeutique

Actions de formation (agréées et/ou subventionnées)
☐ Actions de soutien et/ou répit aux aidants familiaux

HABITAT et ENVIRONNEMENT : Information et Préconisation des solutions d'adaptation
☐ Aides techniques *(ex : fauteuil roulant, téléphone adapté, téléalarme etc….)*
☐ Aménagement Habitat *(transformation, modification de la salle de bains, escaliers, toilettes, etc…)*

Interventions à Domicile
☐ Aides à domicile *(aide à la vie quotidienne, entretien du cadre de vie etc…)* ☐ Portage de repas à domicile
☐ Mise en place de la télé-alarme
☐ Mise en œuvre des services à domicile après hospitalisation ☐ Garde de nuit

ANNEXE 3

Référentiel d'intervention pour l'annuaire de ressouces

Interventions médicales et soignantes
☐ Diagnostic et prescription médicale ☐ Surveillance état de santé
☐ Soins *(soins techniques, soins de base et relationnels)*
☐ Séance de réhabilitation (Equipe Spécialisée Alzheimer) ☐ Séances de rééducation et réadaptation
☐ Soins palliatifs

Transports spécialisés : ☐ Individuels ☐ Collectifs

Etablissements d'accueil
☐ Accueil de jour thérapeutique ☐ Hôpital de jour ☐ Accueil de Jour ☐ Accueil temporaire ☐ Accueil permanent

☐ Autres (précisez) :

☐ Coordination – si oui, avec qui :
……
……
……

TERRITOIRE D'INTERVENTION (Commune ou canton)
☐ Commune :
☐ Canton Castelnau le lez ☐ Canton Castries ☐ Canton Claret ☐ Canton Lattes
☐ Canton Les Matelles ☐ Canton Mauguio ☐ Canton Montpellier ☐ Canton Pignan
☐ Autres :
……

AGE PUBLIC : ☐ Mineurs ☐ - 60 ans ☐ + 60 ans

CRITERES D'INTERVENTION :
☐ Tout public ☐ Résident de la commune ☐ Ressortissant régimes Assurance Maladie (Carsat, MSA, RSI etc…)
☐ Personnes hospitalisées ou en consultation ☐ Autres (précisez) :

OUVERTURE - Jours : Heures : Fermeture annuelle :

ACCUEIL PHYSIQUE : ☐ Oui ☐ Non **Sur RDV :** ☐ Oui ☐ Non

LIEU INTERVENTION : ☐ Sur Site (établissement, cabinet etc…) ☐ A domicile (à préciser)

EQUIPE

NOM	FONCTION	TELEPHONE

Observations éventuelles à rajouter

Fiche de demande d'inclusion en gestion de cas

Hôpital Saint ELOI - 80 avenue Augustin FLICHE - 34295 MONPELLIER cedex 5
maia-est-heraultaise@chu-montpellier.fr

Méthode d'**A**ction pour l'**I**ntégration des Services d'Aide et de Soins dans le champ de l'**A**utonomie

DEMANDE D'INCLUSION EN GESTION DE CAS

Contact : maia-est-heraultaise@chu-montpellier.fr
☎ : 04 67 33 24 21/06 65 84 97 65 - **Fax :** 04 67 33 22 58
Date de l'envoi : 02/09/2014

Professionnel (s) adressant la demande

Nom : Prénom :
Structure :
Téléphone : mail : @

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

Nom : Prénom :
Date de naissance : Age :
Adresse :

Téléphone :

Protection : ☐ Non ☐ Oui- type :
Nom du mandataire :
Téléphone : mail : @

La personne et/ou son représentant sont-ils informés de cette demande
☐ **OUI**
☐ **Consent** à l'échange d'informations entre les différents intervenants professionnels
☐ **NON** (pourquoi) :

Aidant principal : Téléphone :

Médecin traitant : Téléphone :
Adresse :

CRITERES D'ORIENTATION A LA GESTION DE CAS

- **Personne de + 60 ans**
- **Personne en perte d'autonomie et/ou atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée**
- **Avec un retentissement sur le maintien à domicile**

PATHOLOGIE(S) CHRONIQUE(S) INVALIDANTE(S)

Diagnostiquée (s) : Type (s)

- .....
- .....

☐ En cours de diagnostic ☐ Fortement supposée

ANNEXE 4

Fiche de demande d'inclusion en gestion de cas

Hôpital Saint ELOI - 80 avenue Augustin FLICHE - 34295 MONPELLIER cedex 5
maia-est-heraultaise@chu-montpellier.fr

Méthode d'**A**ction pour l'**I**ntégration des Services d'Aide et de Soins dans le champ de l'**A**utonomie

CRITERE N° 1 □ : Situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile en raison de :

a. problème d'autonomie fonctionnelle AVQ (actes vie quotidienne) et/ou AIVQ (activités instrumentales vie quotidienne)

□ se mouvoir □ manger, boire □ se laver
□ Habitat inadapté et/ou inaccessible □ Habitat insalubre et/ou vétuste
□ Autres (à préciser) :

b. <u>et</u> problème relevant du champ médical

□ Déni, anosognosie □ Irritabilité, agressivité
□ Comportement inadapté et/ou à risque (fugue, déambulation…)
□ Trouble alimentaire sévère □ Trouble du sommeil sévère □ Hallucination, délires
□ Désinhibition □ Chutes à répétition
□ Autres (à préciser) :

c. <u>et</u> problème d'autonomie décisionnelle

□ Inaptitude et/ou difficulté à gérer ses ressources financières
□ Inaptitude et/ou difficulté à la gestion administrative
□ Risque ou suspicion d'abus, de négligence et/ou de maltraitance
□ Autres (à préciser) :

CRITERE N° 2 □ : Aides et soins insuffisants ou inadaptés

□ Absence ou insuffisance du suivi médical □ Absence ou insuffisance de professionnels
□ Difficultés d'interventions ou de coordination □ Autres (à préciser) :

CRITERE N° 3 □ : Pas de personne ressource ni d'entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner les réponses aux besoins

□ Isolement familial, social ou géographique
□ Absence, incapacité ou épuisement de l'aidant
□ Autres (à préciser) :

Si les 3 critères sont validés alors la multiplicité des champs à suivre et l'intensité de l'accompagnement (fréquent et continu dans tous les domaines) nécessite le suivi par un gestionnaire de cas

NB : Un simple renforcement des aides n'est pas suffisant pour mobiliser un gestionnaire de cas

EXPOSE DU CARACTERE COMPLEXE DE LA SITUATION :

NOTES

NOTES

NOTES

NOTES

1er Etage
D.R.H. de sites
St Eloi / Gui de CHAULIAC
Personnel médical
et non médical
Fermeture au public
Mercredi matin
Vendredi Après-midi
Boite aux lettres, à droite de l'entrée
Rez de chaussée
Maison pour l'Autonomie et l'Intégration
des services d'Aide et de soins des personnes agées
maia
Est-Hérault
ars
Agence Régionale de Santé
Languedoc-Roussillon

MAIA Est-Héraultaise

- Marie-Christine ETIENNE
- Téléphone : 04 67 33 24 20 / 06 65 84 97 65
- Courriel : maia-est-heraultaise@chu-montpellier.fr