

# Venez visiter notre page Facebook

- Actualités de la Filière,
- Focus sur une structure/un dispositif,
- Informations/formations,

**Transmettez-nous vos infos à l'adresse:**  
sso@hospitaldugier.fr

The screenshot shows the Facebook profile of the 'Filière Gérontologique de la Vallée du Gier'. The page header includes the name, a search bar, and navigation links for 'Accueil' and 'Retrouver des amis'. The profile picture is a logo with a green leaf and the text 'FILIÈRE GERONTOLOGIQUE DE LA VALLÉE DU GIER'. The cover photo is a colorful illustration of a road with a yellow bus and a red truck, with signs for 'SAINT-CHAMOND', 'L'HORME', 'LORETTE', 'GRAND-CROIX', and 'RIVE DE GIER'. The main content area features a post from August 17th titled 'Les Rendez-Vous de l'Info' with the same illustration. To the right, there are sections for 'VIDÉOS' and 'ÉVÈNEMENTS À VENIR'. A blue banner at the bottom right encourages users to be the first to know about upcoming events.

Filière Gérontologique de la Vallée du Gier

Accueil

À propos

Photos

Événements

Mentions J'aime

Vidéos

Publications

Créer une Page

J'aime déjà

Contact

Enregistrer

Plus

J'aime

Commenter

Partager

1

Votre commentaire...

Filière Gérontologique de la Vallée du Gier a ajouté un événement.

17 août

Les Rendez-Vous de l'Info

SAINT-CHAMOND

L'HORME

LORETTE

GRAND-CROIX

RIVE DE GIER

VIDÉOS

ÉVÈNEMENTS À VENIR

Soyez le premier à connaître les événements à proximité de Filière



## Rendez-Vous de l'Info G ronto

### ***TROUBLES DE MÉMOIRE   DOMICILE : QUELLES ORIENTATIONS POSSIBLES ?***

***VENDREDI 30 SEPTEMBRE 2016  
EHPAD ANTOINE PINAY***

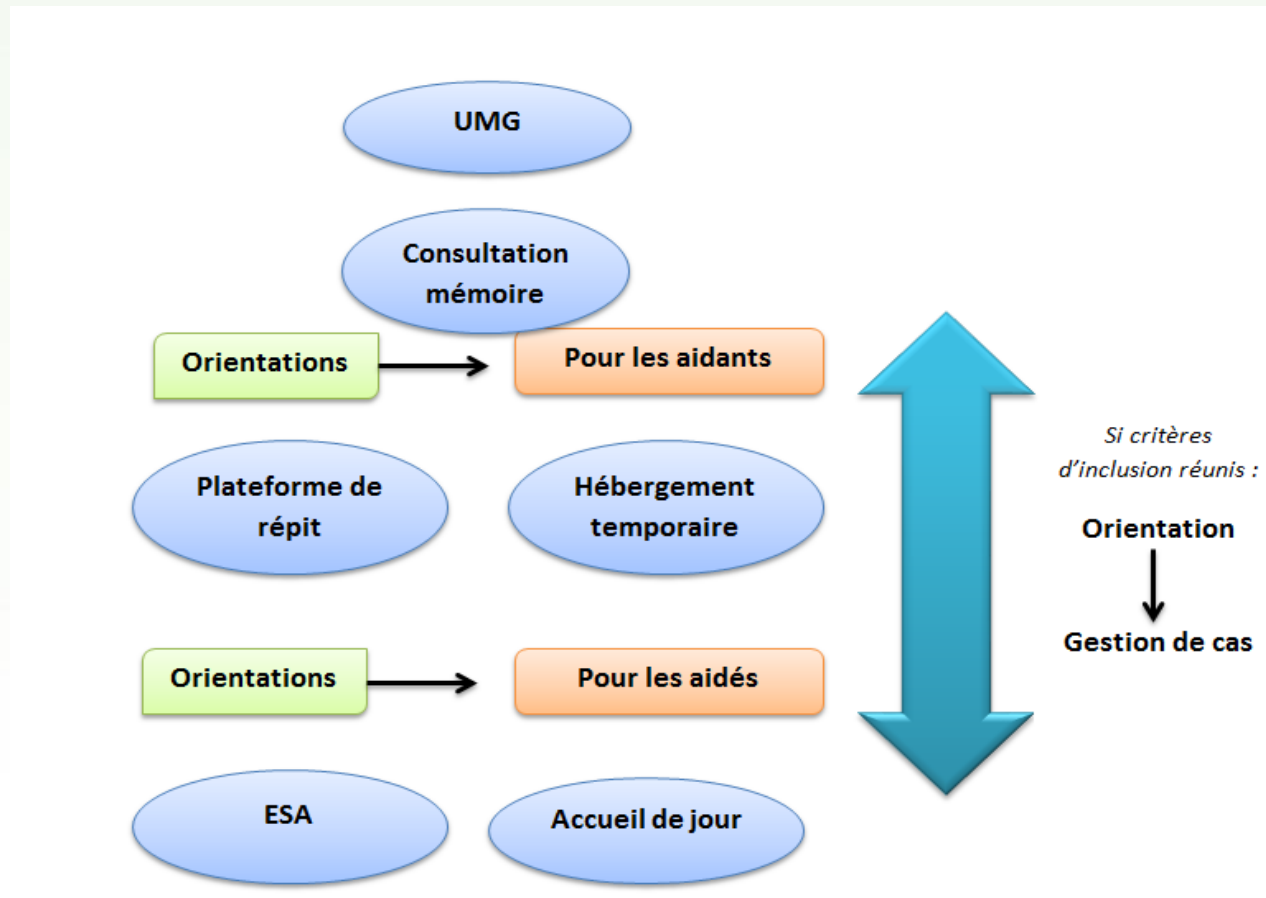


FILIERE GERONTOLOGIQUE  
DE LA VALLEE DU GIER

# ***Troubles de mémoire à domicile : quelles orientations possibles ?***

- Unité Mobile de Gériatrie : **Philippe VALLET (HOPITAL DU GIER)**
- Plateforme d'Accompagnement et Répit, Equipe Spécialisée Alzheimer à Domicile, Accueil de Jour : **Françoise GALLEY (SOS MAINTIEN A DOMICILE) et Fiona LIGONET (LA RENAUDIÈRE)**
- Gestion de Cas MAIA : **Laurie GRATTON (MAISON LOIRE AUTONOMIE MAIA )**
- **Jean Claude ANDRE (MAISON LOIRE AUTONOMIE)**
- **Marielle LORENTE (ARS AUVERGNE RHONE ALPES)**

# Possibilité de parcours pour la personne âgée présentant des troubles de mémoire :



Les structures ou dispositifs présentés aujourd'hui ne représentent qu'un panel des réponses potentielles au besoin des personnes âgées présentant des troubles cognitifs.

# Unité Mobile de Gériatrie de l'hôpital du Gier (ouverture en mai 2008)

# LE CADRE LEGISLATIF



- Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.
- Arrêté du 12 avril 2005 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale fixant la liste des MIGAC.
- Circulaire DHOS/O2 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

# LE PUBLIC



- Personnes âgées de plus de 75 ans
- Personnes âgées de plus de 65 ans poly pathologiques.

# LES MISSIONS



- Dépistage des personnes âgées fragiles.
- Evaluation, conseils sur la prise en charge et orientation des PA fragiles.
- Aide à l'élaboration d'un projet de soins et de vie pour les PA hospitalisées en collaboration avec l'équipe soignante des services.
- Liens avec l'extra hospitalier par un travail en coordination avec les partenaires extérieurs à l'hôpital du Gier en vue d'une prise en charge globale de la personne.
- Transmission d'une culture gériatrique.
- Gestion hospitalière des personnes âgées fragiles au SU et en service de spécialité.
- Parvenir à l'intégration de la personne dans la filière gériatrique.



# LES MISSIONS (suite)



- Implication au sein de la filière gériatrique de la vallée du Gier (participation à différents groupes de travail, coordination avec l'ensemble des professionnels...).
- Depuis février 2014, ouverture d'une équipe mobile extrahospitalière à compétences psychiatriques avec un temps alloué de psychologue.

# FONCTIONNEMENT



- Passage systématique au Service des Urgences tous les matins,
- Passage dans les services de spécialités sur prescription,
- Consultations gériatriques dans nos locaux,
- Interventions extérieures ponctuelles en EHPAD et à domicile, toujours à la demande des médecins traitants, ou avec leur accord.

# QU'EST-CE QUE L'EVALUATION GERIATRIQUE ?

L'évaluation gériatrique standardisée est une **approche globale** de la personne âgée au niveau **somatique, psychologique** et **sociale**. Cela permet de **dépister** les **personnes âgées fragiles** par l'utilisation d'outils validés (MMS, GIR, ADL, mini GDS,...).

C'est donc un examen complet de la personne tant sur le plan médical qu'infirmier ou social, qui va prendre du temps.

# PARTICULARITE DE L'EXAMEN MEDICAL D'UNE P.A

- Iatrogénie
- Evaluation de la dépendance
- Déficits neurosensoriels
- Examen des points de pression
- Examen ostéo-articulaire
- Le pli cutané
- Hygiène
- Déclin cognitif

# ROLE DE L' IDE



- Recueillir les informations sur la capacité de la personne à effectuer les AVQ, sur les conditions de vie ..., en collaboration avec l'entourage, les services, les intervenants au domicile...
- Prise des paramètres (TA, pouls, sat O<sup>2</sup>...).
- Effectuer certains tests d'évaluation (MMS, douleur...).
- Participer à tout soin infirmier, si nécessaire.
- Transmettre la « culture » gériatrique au sein des services de MCO en pointant les surveillances et soins spécifiques de la PA suite à l'analyse des données recueillies.
- Évaluer l'application des recommandations et en assurer le suivi.

# ROLE DE L'ASSISTANTE SOCIALE

- Recueillir auprès de la personne ou de son entourage ou des services extérieurs les informations sociales nécessaires à une connaissance objective de la situation.
- Aider à l'obtention ou à la modification de certaines aides spécifiques (APA, ARDH ...).
- Aider à la constitution de certains dossiers (hébergement, prestation handicap,...)
- Aider à la recherche d'établissements, d'IDE, aide-ménagère...
- Travail de liaison.

# BILAN FINAL

- On obtient un **recueil de données complet** qui sert de base à une **synthèse** permettant d'établir **un plan de soin et une perspective d'avenir**.
- **Plusieurs possibilités:**
  - PA fragile nécessitant une hospitalisation en CS gériatrique
  - PA fragile non hospitalisée => RAD + ou - filière gériatrique
  - PA non fragile présentant une pathologie d'organe, hospitalisation en service de spécialité

# QUELQUES CHIFFRES



En 2015 :

- 430 interventions concernant 332 personnes différentes, soit en moyenne 41 personnes par mois d'ouverture (2,2/jour).

- Répartition des interventions :

144 au S.U., 138 en service de médecine et 25 en service de chirurgie, 27 consultations internes et 57 interventions à l'extérieur.



# LES CONTACTS:

**Secrétariat UMG** : 04 77 31 15 41

**Philippe Vallet, Infirmier, UMG** : 04 77 31 19 19

Poste: 14 49

[p.vallet@hopitaldugier.fr](mailto:p.vallet@hopitaldugier.fr)

# Plateforme d'Accompagnement et Répit

*Mr D, 75 ans, marié, vit avec son épouse. Mr présente des troubles de mémoire. Le couple, sans enfant, s'est progressivement éloigné de son entourage amical, de leurs activités, des voisins. Mr se replie sur lui, devient agressif avec son épouse. Mme D, est perdue et ne sait pas à qui s'adresser, elle ne partage pas le même médecin que son mari. Ils n'ont aucune aide professionnelle, d'ailleurs Mme n'aimerait pas voir trop de monde défilier chez elle. Une voisine lui parle de la plateforme...*

# LE CADRE LEGISLATIF

- Dispositif du plan Alzheimer 2008-2012
- Cahier des charges : Circulaire N° DGCS/SD3A/2011/261 du 30 juin 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer 2008-2012
- Rôle conforté et développement renforcé par la mesure 28 du Plan MND 2014-2019 ( création de 65 PFAR supplémentaires)
- Portée par un Accueil de Jour

# LE PUBLIC

Les aidants s'occupant :

- d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée
- ou d'une personne âgée en perte d'autonomie

Ne fréquentant pas, ou, fréquentant, un accueil de jour.

# LE BUT

« Aider le couple aidé/aidant principal à comprendre la maladie et le traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les accompagner pour maintenir et améliorer leur qualité de vie »

# LES MISSIONS

- répondre aux besoins **d'information, d'écoute, de conseils et de relais des aidants** pour les conforter dans leur rôle d'aidants dans une logique de proximité
- **informer, éduquer, soutenir** les aidants pour les aider à faire face à la prise en charge d'une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer
- **offrir du temps libéré** pour l'aidant ou **du temps partagé** avec la personne malade (du « bon temps passé ensemble »)
- **proposer diverses prestations de répit ou de soutien** à la personne malade, à son aidant ou au couple

## LES MISSIONS ( suite)

- être **l'interlocuteur privilégié** de la Maison Loire Autonomie pour les prestations, le **recensement de l'offre de répit, les accompagnements de situations complexes (gestion de cas MAIA)**.
- être **l'interlocuteur privilégié des médecins traitants** chargés de suivre la santé des aidants et des patients et chargés de repérer les personnes « à risque ».
- **favoriser le maintien de la vie sociale et relationnelle** de la personne malade et de son aidant et de lutter contre le repli et la dépression.

# LE FINANCEMENT

Dotation annuelle de l'ARS

# LE COUT POUR L'USAGER

- Gratuité pour la majorité des interventions PFAR ( soutien et suivi psychologique, groupes de parole, orientation et conseils, yoga, art thérapie, etc)
- Participation symbolique demandée pour certaines sorties ( restaurants) et pour le répit à domicile avec intervenants professionnels( nombre d'heures limitées)



# QUELQUES ACTIVITES DE LA PFAR

## Pour les aidants :

- Soutien psychologique individuel
- Groupes de parole
- Cours de Yoga

## Pour le couple aidant/aidé :

- Répit à domicile (16h)
- Repas, Animation musicale, sorties
- Art-Thérapie
- Conférences d'information

# SECTEUR D'INTERVENTION



# LES CONTACTS:

PFAR SOS Maintien à Domicile – Rive de Gier

**F. BRACCIANO-GALLEY /S. PENDILLON**

04 77 83 02 90

# L'Equipe Spécialisée Alzheimer à Domicile

*Mr B, 81 ans, vit avec son épouse. Il présente une Démence de Type alzheimer diagnostiqué depuis peu en consultation mémoire. Depuis quelques semaines, son épouse est inquiète, Mr qui avait conservé jusqu'à alors une autonomie dans les actes de la vie quotidienne est apathique, il ne participe plus aux activités de cuisine qu'il dirigeait avec plaisir ! Mr était restaurateur. Il commence à perdre du poids.*

*Son épouse inquiète sollicite le médecin de la consultation mémoire qui lui rappelle la prescription de l'Equipe Spécialisée Alzheimer assurée lors de la dernière consultation.*

# LE CADRE LEGISLATIF

- **Dispositif du plan Alzheimer 2008-2012**
- **Cahier des charges** : Annexe 1 de la circulaire DGCS/SD3A/2011/110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer 2008-2012 / mesure 6
- Portée par un SSIAD

# LE PUBLIC

- Les personnes souffrant de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée diagnostiquée,
- À un stade léger à modéré et,
- Vivant à domicile

# LE BUT

Permettre aux personnes souffrant de troubles cognitifs de rester vivre le plus longtemps possible chez elle, dans leur cadre de vie habituel

# LES MISSIONS

- Renforcer, stimuler, maintenir ou favoriser les capacités restantes de la personne,
- Évaluer l'autonomie de la personne malade dans son quotidien,
- Permettre le maintien à domicile dans les meilleures conditions de sécurité et d'autonomie possible.



# LES OBJECTIFS

- Stimuler les capacités cognitives
- Stimuler les capacités motrices et limiter les risques de chute
- Limiter les manifestations psycho-comportementales
- Favoriser l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne
- Faciliter l'acceptation des aides

# LES INTERVENTIONS

- Séances de « *soins de réhabilitation et d'accompagnement* »
- 15 séances maxi, à raison d'1 séance/semaine (soit 3 à 4 mois)
- Une séance dure 45 minutes en moyenne
- Réalisées par la psychomotricienne et/ou une ASG (Assistante de Soins en Gériatrie)

## **LE FINANCEMENT**

Forfait annuel de l'ARS

## **LE COUT POUR L'USAGER**

Prise en charge à 100% par l'Assurance maladie

Donc interventions uniquement sur prescription médicale

# SECTEUR D'INTERVENTION



# LES CONTACTS:

ESA SOS Maintien à Domicile – Rive de Gier

**F. BRACCIANO-GALLEY /E.LAMARCHE**

04 77 83 02 90

# L'ACCUEIL de JOUR

*Mme R, 78 ans, vit avec son conjoint du même âge. C'est un couple très fusionnel partageant de nombreuses activités. Néanmoins depuis l'évolution de troubles de mémoire confirmés lors d'une consultation mémoire, Mme n'a plus envie de sortir avec son mari. Dans les groupes, Mme est en difficulté, parfois désorientée. Depuis des incidents survenus lors d'une sortie, le couple n'ose plus réitérer l'expérience. Mr gère seul et totalement le quotidien, il se sent dépassé et frustré par le manque d'activités de loisirs. Mme, elle, se replie et devient de moins en moins autonome.*

*L'infirmière intervenant au domicile leur parle régulièrement des possibilités qu'offre l'accueil de jour, Mr reste réticent de peur que son épouse soit en difficulté de part la séparation.*

# LE CADRE LEGISLATIF

- La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- CIRCULAIRE N° DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire

# LE PUBLIC

- Les personnes atteintes de Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées à un stade léger ou modéré de la maladie,
- Les personnes âgées en perte d'autonomie physique,

qui sont désireuses et en capacité de bénéficier d'un projet de soutien à domicile ( capacité d'attention, capacité à participer aux activités proposées, etc )



## LE BUT:

- Permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de rester le plus longtemps possible dans leur cadre de vie habituel,
- **Démarche THERAPEUTIQUE** non médicamenteuse

## LES OBJECTIFS:

- Maintenir,
- Stimuler,
- Restaurer partiellement l'autonomie.
- Préserver la socialisation.

# RÉPONDRE À 3 BESOINS

- resocialiser la personne dans le cadre d'un soutien à domicile,
- aider les familles à faire face aux difficultés que représente l'accompagnement d'une personne âgée dépendante,
- offrir un accompagnement entre le « chez-soi » et l'établissement permettant un temps d'adaptation à la collectivité.

# LE FINANCEMENT

Financement Tripartite :

- Forfait soin : ARS
- Dépendance : Département (APA)
- Hébergement : Usager

# LE COUT POUR L'USAGER

- Prix journée comprenant 1 tarif dépendance fonction du GIR + 1 tarif hébergement
- Le prix journée comprend le repas + le transport ( rétrocession transport si transport indépendant)
- Possibilité d'aide financière ( APA, aide possible des Caisses de retraite sous condition)
- Possibilité de réduction d 'impôts

# L'ADMISSION

- Consultation mémoire au préalable avec courrier du médecin gériatre
- Rendez-vous avec la personne responsable de l'Accueil de Jour, le participant et la famille
- Visite de pré admission
- Journées d'essai à l'Accueil de Jour

# UNE JOURNEE TYPE

- 10h00 : Temps d'accueil convivial des participants devant une collation
- 10h30 : Lecture du journal
- 11h00 : Atelier cognitif
- 12h00 : Repas
- 13h30 : Temps calme
- 14h45 : Activités diverses
- 16h00 : Goûter
- 16h15 : Activité détente
- 17h00 : Départ

# QUELQUES ACTIVITES PROPOSEES :

- Atelier cognitif : jeux de mots, jeux de chiffres, biographie, Histoire, etc
- Lecture du journal
- Ateliers musicaux
- Atelier photo
- Groupe de parole
- Atelier lecture
- Activité de motricité
- Atelier manuel
- Atelier jeux
- Atelier relaxation, détente
- Atelier esthétique
- Atelier cuisine
- Etc.

# ACTIONS PROFESSIONNELLES

- Création et réactualisation d'un Projet de Vie Individualisé
- Bilan des activités
- Relèves
- Courriers aux médecins
- Échanges avec les services médicaux et paramédicaux d'aides à domicile
- Rencontres avec les familles :
  - Individuelles
  - Groupales

# LES CONTACTS:

- ADJ La Renaudière – St Chamond:

F. LIGONNET

04 77 31 07 07

- ADJ SOS Maintien à Domicile – Rive de Gier :

F. BRACCIANO-GALLEY

04 77 83 02 90



# Gestion de Cas MAIA MAIA



## Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

*Mme S, 84 ans, célibataire, sans enfant, vit seule. Elle n'a aucune famille à nous communiquer. Seule une amie du même âge lui rend visite régulièrement. Elle présente une Démence de type Alzheimer, est suivie en consultation mémoire (MMS 16/30).*

*Mme n'a aucune aide à domicile et refuse les propositions n'en voyant pas l'intérêt. Mme se dit autonome pour les actes de la vie quotidienne. Néanmoins le médecin traitant est inquiet: aucun référent, Mme se rend à la pharmacie, au cabinet sans motif et sans savoir pourquoi. La prise du traitement n'est pas respecté. Une perte de poids est noté. Le médecin de la consultation transmet une fiche d'orientation au dispositif MAIA.*

# LE CADRE LEGISLATIF

- Cadre légal : [L'article L. 113-3 du Code de l'action sociale et des familles \(CASF\)](#), modifiée par la [loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015](#), donne la définition de MAIA et précise le cadre juridique d'échanges d'informations pour les professionnels mettant en œuvre cette méthode..
- [L'article L. 14-10-5 du CASF](#), modifié par la [loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015](#), fixe les modalités de financement des MAIA (section I du budget de la CNSA).
- [L'article L. 1431-2 du Code de la santé publique](#), modifié par la [loi n°2016-41 du 26 janvier 2016](#), précise les missions et compétences des ARS qui financent les dispositifs et s'assurent du respect du cahier des charges MAIA.
- Cadre réglementaire :
  - [Le décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011](#) approuvant le cahier des charges des MAIA.
  - Chaque année, [une circulaire](#) fixe les conditions du déploiement des nouveaux dispositifs MAIA.
  - [L'arrêté du 16 novembre 2012](#) fixe le référentiel d'activités et de compétences des gestionnaires de cas.

# LE PUBLIC CIBLE

- Personnes de 60 ans et plus en situation complexe qui souhaitent rester à domicile et malades Alzheimer jeunes.

## CRITERES INCLUSION :

**EN L'ABSENCE DE SITUATION MÉDICALE AIGÛE OU DE CRISE**, une personne peut bénéficier d'un gestionnaire de cas **si les 3 critères suivants sont présents :**

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

- problème d'autonomie fonctionnelle (Actes de la Vie Quotidienne et/ou Actes Instrumentaux de la Vie Quotidienne)
- **et** problème relevant du champ médical
- **et** problème d'autonomie décisionnelle

**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.

# LES MISSIONS: La gestion de cas, un mécanisme de la démarche d'intégration MAIA

Pour chaque dispositif MAIA, 2 ou 3 gestionnaires de cas sont recrutés :

Ils sont entièrement dédiés à la **coordination des interventions** pour les personnes âgées dont la complexité de la situation met en jeu la fluidité de leur parcours.

Pour ces personnes, le gestionnaire de cas dédié organise un **suivi intensif et au long cours** (y compris pendant les périodes d'hospitalisation). Il est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant et des professionnels intervenant à domicile.

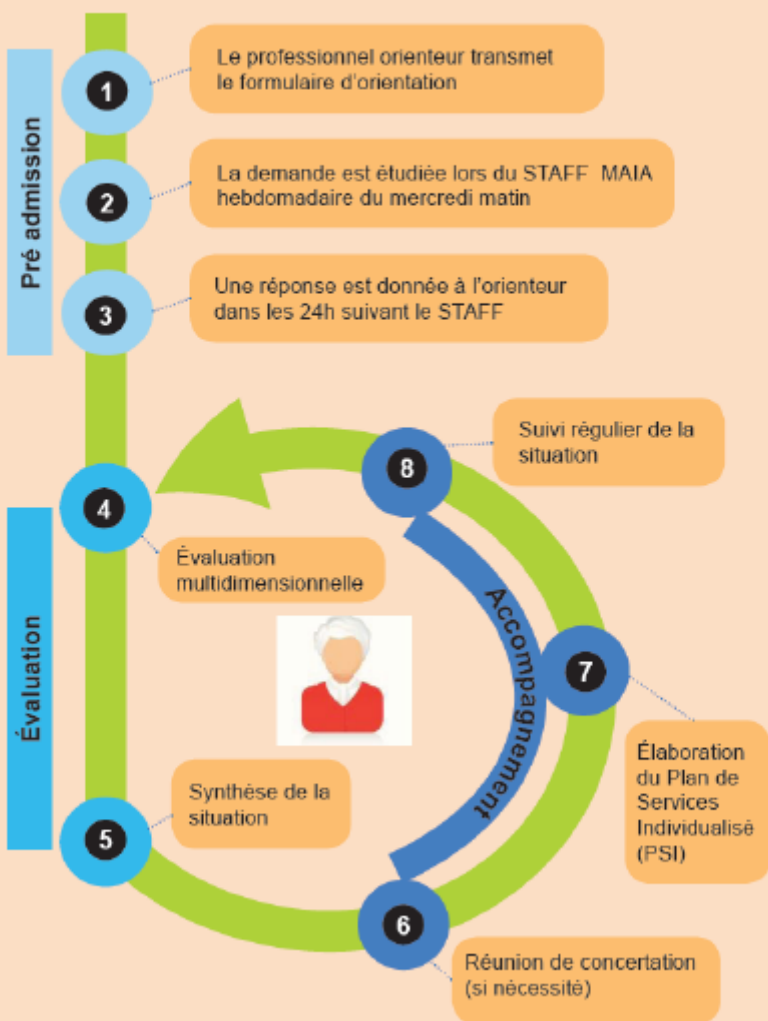
Il est le référent des situations complexes, facilitant ainsi le parcours des personnes âgées.

La gestion de cas permet de faire remonter les manques et besoins d'amélioration sur le territoire pour que les professionnels décident d'actions correctives afin d'améliorer le système de prise en charge.

# LES MISSIONS (suite)

- Le gestionnaire de cas a pour mission de :
  - recevoir le projet de vie de la personne suivie et de procéder à une évaluation multidimensionnelle de ses besoins,
  - de porter à la connaissance ce projet de vie et cette évaluation dans l'ensemble du réseau pour mettre en cohérence les interventions afin de repérer les besoins couverts, à couvrir, les éventuels « freins » pour les couvrir et de trouver la solution la mieux adaptée à ses besoins.
    - Pour cela, il utilise un outil national dédié aux Gestionnaires de cas: le PSI.

## LA PROCÉDURE D'ACCOMPAGNEMENT



- 1) Transmission de la fiche d'orientation
- 2) Réunion hebdomadaire MAIA pour une 1<sup>ère</sup> lecture et un
- 3) Retour d'informations à l'orienteur : 1<sup>ère</sup> évaluation pour confirmer ou non l'inclusion
- 4) Évaluation multidimensionnelle
- 5) Synthèse
- 6) Réunion de concertation (si nécessaire)
- 7) Réalisation d'un PSI
- 8) Suivi régulier et actualisation du PSI

## Qu'est-ce qu'une évaluation multidimensionnelle?

Cette évaluation réalisée par le Gestionnaire de cas se base sur les expertises transmises par les professionnels intervenants sur la situation, notamment le médecin traitant.

Elle est complétée par une ou plusieurs visites à domicile dont l'objectif est:

- De recueillir la parole, le projet de vie et le consentement de l'usager,
- De compléter l'évaluation et identifier l'ensemble des besoins comblés et ceux non comblés pouvant compromettre le maintien à domicile
- Sous forme de **synthèse**, cette évaluation est partagée à l'ensemble des professionnels intervenant et précise le contexte de l'orientation, les souhaits de la personne, sa situation médicale, sociale, environnementale, économique, les forces sur lesquelles s'appuyer et les éléments manquants .

## Qu'est-ce qu'un Plan de Service individualisé?

**Le plan de service individualisé (PSI)** est un outil de gestion de cas servant à définir et à planifier de manière cohérente l'ensemble des interventions assurées auprès de la personne âgée en situation complexe. **Il peut être partagé , au besoin avec les professionnels.**

### **Il est présenté sous forme d'un document unique et:**

- Met en relief les besoins comblés, non comblés de la personne,
- Hiérarchise les réponses à apporter aux besoins,
- Identifie l'ensemble des intervenants
- Définit des délais/échéances pour la mise en place des solutions envisagées.

### **Et une concertation?**

Une concertation consiste à réunir les acteurs de terrain en charge de l'accompagnement afin de consentir à un plan d'action partagé par chacun des partenaires intervenants.



# Les Plus values de la gestion de cas

- Pour les personnes âgées :

Réfèrent du parcours  
de vie

Écoute,  
accompagnement et  
**respect** du projet de vie

Disponibilité et réactivité

Évaluation, Aide à  
l'émergence des  
besoins et verbalisation  
de la demande,  
évaluation globale de la  
situation

Aide au cheminement  
jusqu'à l'acceptation  
des aides nécessaires au  
maintien à domicile et  
éventuellement l'entrée  
en établissement

- Pour les professionnels et les aidants familiaux :

Chef d'orchestre

Force de propositions

Lien/ Fil rouge

Garant d'une  
cohérence dans  
l'accompagnement

Planification, soutien  
moral et logistique

## LES CRITÈRES DE SORTIE

L'accompagnement en gestion de cas est un suivi individuel dit « intensif et au long court ».

Les critères de sortie d'accompagnement en gestion de cas sont limités.

- ➔ **La situation de la personne ne correspond pas aux critères d'accompagnement en gestion de cas :** généralement ce constat est fait dès l'orientation ou durant l'évaluation. Dans ce cas, chaque professionnel est informé et une réorientation vers la ressource professionnelle la plus adaptée disponible sur le territoire est recherchée.
- ➔ **Le refus éclairé ou la renonciation au suivi :** si durant l'évaluation la personne émet un refus éclairé d'être accompagnée en gestion de cas, ou si durant l'accompagnement elle renonce au suivi. Alors chaque professionnel est informé et une réorientation vers la ressource professionnelle la plus adaptée disponible sur le territoire est recherchée.
- ➔ **La personne déménage hors du territoire MAIA :** le gestionnaire de cas recherche alors sur le nouveau territoire où réside la personne, la ressource la plus adaptée, afin d'éviter toute rupture dans le parcours d'accompagnement. Un lien sera fait avec le service de gestion de cas MAIA du nouveau territoire de résidence.
- ➔ **L'entrée en institution (EHPAD, USLD) justifie une sortie d'accompagnement en gestion de cas.**
- ➔ **Le décès de la personne entraîne la fin du suivi en gestion de cas.**

# LE FINANCEMENT

Financement de la CNSA via les Agences Régionales de santé

# LE COUT POUR L'USAGER

Il n'est demandé aucune participation financière à l'utilisateur .

# LES CONTACTS :

## MAIA GIER ONDAINE

TÉL : 04 77 10 19 83

FAX : 04 77 10 19 89

EMAIL : [laurie.gratton@mlla.loire.fr](mailto:laurie.gratton@mlla.loire.fr)

**Pilote:** Laurie GRATTON

**Gestionnaires de cas:**

Audrey PERRIN

Béatrice PASSARELLI

Agent administratif MAIA:

Yvonne TRAMACERE

Médecin référent: Dr Serge CHAVE en  
remplacement de Dr Claire HERAS  
(congé maternité)

4 MAIA

4 territoires d'intervention

### ROANNE

31-33 rue Alexandre Raffin  
42300 Roanne  
Pilote : Sandrine Belot  
sandrine.belot@mlla.loire.fr  
Tél. : 04 26 24 52 10

### SAINT-ÉTIENNE

23 rue d'Arcole  
42000 Saint-Étienne  
Pilote : Anne-Marie Gauthier  
anne-marie.gauthier@mlla.loire.fr  
Tél. : 04 77 49 92 66

### FOREZ

53 rue de la République  
42600 Montbrison  
Pilote : Geneviève Saby  
genevieve.saby@mlla.loire.fr  
Tél. : 04 77 96 55 70

### GIER-ONDAINE

44 rue de la Tour de Varan  
42700 Firminy  
Laurie Gratton  
laurie.gratton@mlla.loire.fr  
Tél. : 04 77 10 19 83

DÉPARTEMENT DE LA LOIRE

Hôtel du Département  
2 rue Charles de Gaulle  
42022 Saint-Étienne cedex 1

Loire  
LE DÉPARTEMENT

# Et quand le projet de maintien à domicile n'est plus souhaité ou possible?

- **Les structures d'hébergement:**
- **EHPAD « Les Tilleuls »**, 62 rue du Dorlay, 42320 LA GRAND CROIX
- **EHPAD « La Péronnière »** 976 rue de La Péronnière 42320 LA GRAND CROIX
- **EHPAD « Les Myosotis »** Rue du Repos 42152 L'HORME
- **EHPAD « Partage »** 1 rue Rivoire Villemagne 42420 LORETTE
- **EHPAD « L'Accueil aux Personnes Âgées »** 2 chemin du Maquis, 42800 RIVE DE GIER
- **Centre Hospitalier du Pays du Gier – EHPAD Pôle gériatrique : L'Orée du Pilat**, 17 route de Farnay, 42800 RIVE DE GIER
- **EHPAD « La Renaudière »**, 47 rue du Général de Gaulle, 42400 SAINT CHAMOND
- **EHPAD « LES OPALINES »**, 60 62 bd Waldech Rousseau, 42400 SAINT-CHAMOND
- **Centre Hospitalier du Pays du Gier – EHPAD Pôle gériatrique : Les Charmilles – Antoine Pinay**, 19 rue Victor Hugo BP 168, 42400 SAINT-CHAMOND
- **Foyer Résidence « Le Relais »**, 1 rue du Repos, 42400 SAINT-CHAMOND

# TARIF TERNAIRE

## Hébergement

Tarif unique

### Pas de changement

Un prix de journée hébergement à la charge de l'utilisateur

Si ressources insuffisantes, intervention possible de l'aide sociale à l'hébergement  
Dans ce cas: Obligation alimentaire et récupération sur succession

## Dépendance

GIR 1-2

GIR 3-4

GIR 5-6

Un ticket modérateur à la charge de l'utilisateur égal au tarif 5-6

Dotation globale à la charge du Département

**Quels que soient les revenus**, même pour les ressources supérieures à 2 055,41 euros par mois.

## Soins

GIR 1-2

GIR 3-4

GIR 5-6

### Pas de changement

Dotation globale à la charge de l'assurance maladie

# CALCUL ASH

## Ressources:

Pensions retraites

Revenus de capitaux, fonciers....

= 1000 €

Allocation Logement : 50 €

-----  
Total mensuel = 1050 €

Il manque donc 750 €

Qui va financer ces 750 €

Le capital de la personne

Les enfants dans le cadre de l'OA

Ou le Département au titre de l'ASH

## Dépenses :

PJ +gir5/6

Argent de poche 10 % = 100 €

Mutuelle = 550 € par an

-----  
Total mensuel = 1800 €

# Obligation Alimentaire : exemples

- Barème en référence du RUC,
- 1 personne = coefficient = 1
- 1 couple = 1,5 et par enfant à charge + 0,5
- RUC = Ressources mensuelles / par coefficient

- Ressources en euro

|        | personne seule | couple | couple + 1 enfant |
|--------|----------------|--------|-------------------|
| • 1500 | 118,39         | 26,67  | 0                 |
| • 2500 | 347,16         | 154,64 | 66,8              |
| • 3000 | 469,75         | 229,57 | 118,39            |
| • 4500 | 953,65         | 469,75 | 287,16            |



# I RECUPERATION DE **L'ASH PA**

Récupération au 1<sup>er</sup> euro :

- Dans l'hypothèse d'un retour à meilleure fortune
- Lorsque la donation est intervenue après ou dans les 10 ans qui ont précédé la demande ASH
- Contre le légataire
- Hypothèque éventuelle

Sur la succession :

Au 1<sup>er</sup> centime

# AUTRES TYPES DE PRISES EN CHARGES

## Hébergement temporaire

- Prise en charge au titre de l'APA versée à domicile :
- Tarif journalier = base de 40 € ( 30 jours par an),
  
- Dans le cadre de la nouvelle loi ASV :
- Droit au répit ou hospitalisation de l'aidant

**MERCI DE VOTRE ATTENTION,  
MERCI DE VOTRE COLLABORATION !**

**Place aux questions**



FILIERE GERONTOLOGIQUE  
DE LA VALLEE DU GIER