

Dispositifs de soins et d'aide mobilisables auprès d'un malade âgé

D Somme

HEGP

www.hegp-geriatrie.fr

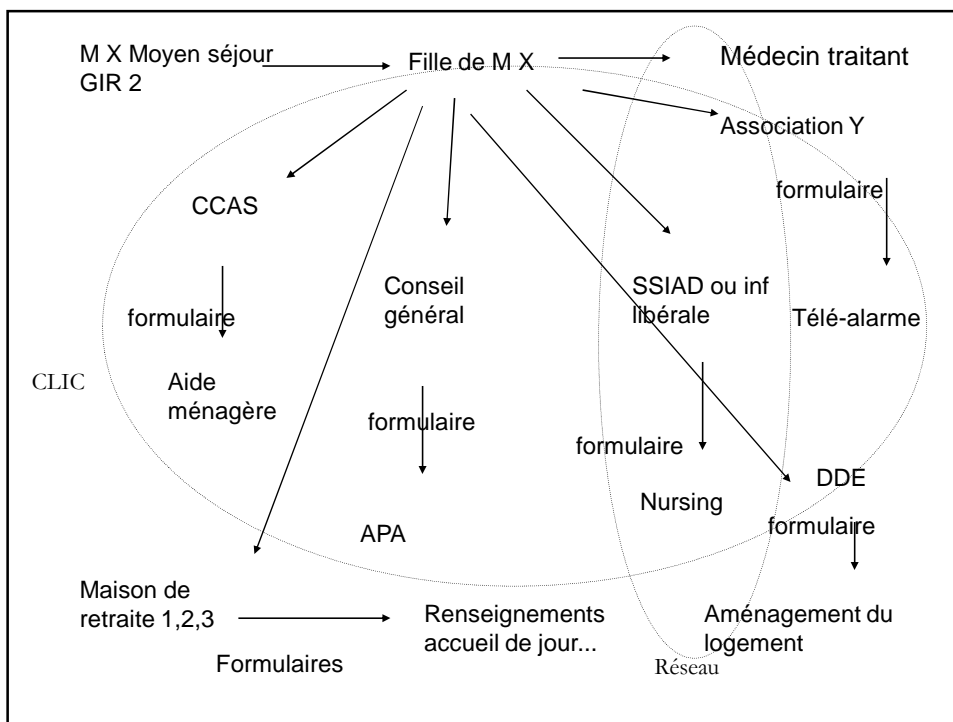
Objectifs pédagogiques

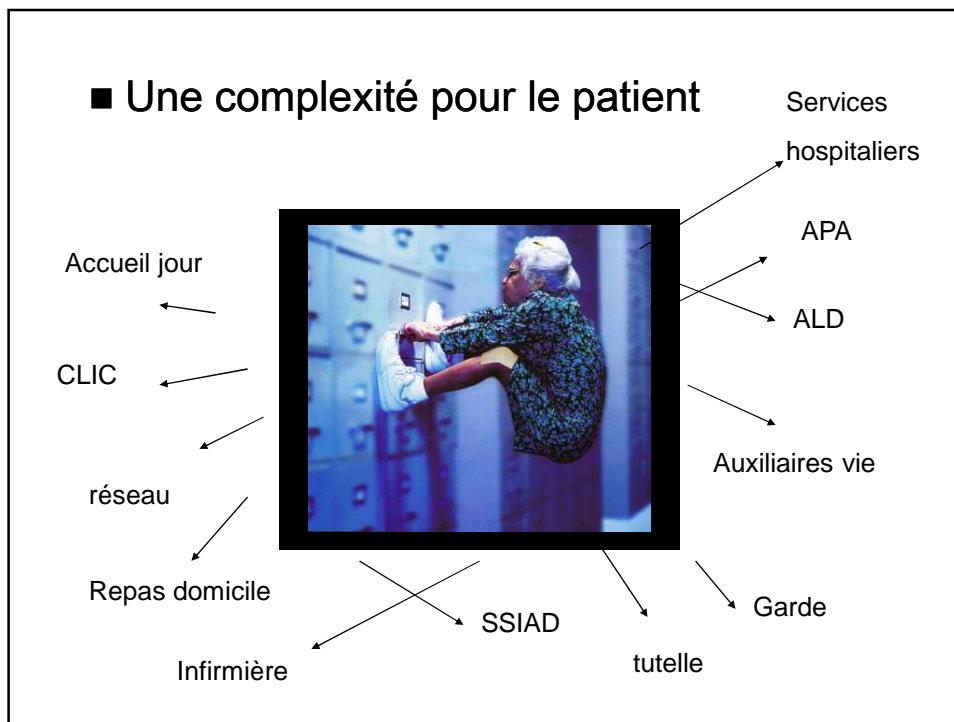
- Lister les acteurs du champ du maintien à domicile des personnes âgées
- En connaître les modes réglementaires de fonctionnement
- Appréhender les fragmentations

Pouvoir rester à son domicile est un droit qui doit être garanti à toute personne (âgée)

■ Le respect de cette règle nécessite

- une approche globale et personnalisée de son besoin d'aide et des évolutions que nécessite son environnement
- une coordination des aides, des services et des soins nécessaires:
 - à la préservation de la qualité de vie
 - au maintien du lien social et des échanges avec la cité
 - à continuer à se sentir "chez soi"





Les « grands joueurs »

- CLIC
- Réseaux
- EMS APA
- SSIAD

■ *Prérequis*

- *Etat: Ministère(s), Service(s) déconcentré(s), Préfet*
- *Conseil Général (CG) et Président CG (PCG)*
- *Assurances Maladie AM*

Le CLIC

Centre local d'information et de coordination

Définition

- Le CLIC est un guichet d'accueil de proximité,
 - d'information,
 - de conseil
 - et d'orientation
 - destiné aux personnes âgées et à leur entourage.
- Il répond à une triple logique :
 - logique de proximité,
 - logique d'accès facilité aux droits,
 - logique de réseau.
- *« Il évalue les besoins des personnes, élabore avec elles un plan d'aide individualisé, coordonne la mise en œuvre du plan d'aide par une mise en réseau des professionnels de santé, d'accompagnement à domicile, de l'habitat et les acteurs locaux. »*
- actions de prévention, de soutien aux aidants naturels, de formation qui contribuent à la qualité de la vie à domicile des personnes âgées.

Histoire

- Juin 2000: début des CLICS (25 sites expérimentaux)
- Création par initiative commune PCG et Préfet (État): comité départemental de pilotage des CLICs
- Loi 20/07/2001: instrument d'information et de coordination territoriale
- Loi 02/01/2002: établissement social ou médico-social
- Loi 13/08/2004: fin à compter de janvier 2005 du copilotage, pilotage par PCG
- Lettre circulaire DHOS/DGAS 16/09/2004: préciser l'articulation avec les réseaux

Label niveau 1

- Missions
 - d'accueil,
 - d'écoute,
 - d'information
 - et de soutien aux familles.
- Requis
 - un local de permanence,
 - un standard téléphonique,
 - une base de données,
 - des actions de formation/information.
- Informe sur les aides et prestations disponibles et fournit les dossiers de demande nécessaires à leur obtention.

Label niveau 2

- niveau 1
- + missions
 - d'évaluation des besoins
 - et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé.
- propose une palette de services partielle (pex: groupes de paroles),
- le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide n'est pas systématique.

Label niveau 3

- niveau 2
- + missions
 - de mise en œuvre du plan d'aide
 - et de suivi.
 - Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge.
 - Il permet d'actionner
 - les services de soins infirmiers à domicile,
 - les services d'aide à domicile,
 - l'accueil de jour,
 - le portage de repas,
 - les aides techniques,
 - les travaux d'aménagement du domicile ...
- partenariat formalisé par convention avec les établissements sanitaires et médico-sociaux
- palette des services complète et le suivi organisé.

Territoire

- Infra-départemental défini par le schéma gérontologique du département
- En « bassin de vie »
- 7000 à 10000 personnes > 60a en milieu rural, 15000 en milieu urbain

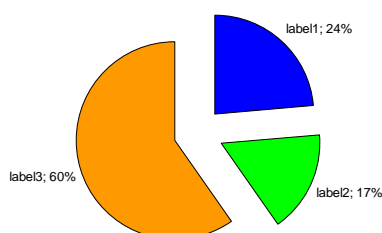
Procédures

- Autorisation par le PCG sur avis du comité régional de l'organisation social ou médico-social
- Labellisation conjointe (pas d'accréditation)

Cahiers des charges CLIC

- Délimitation d'un territoire
- Local identifiable
- Pérennité des moyens
- Outils communs : dossier unique (?), cahier de liaison, grille d'évaluation (...)
- Rencontres régulières, partenariat
- Volonté de travail en commun
- Promoteur reconnu.

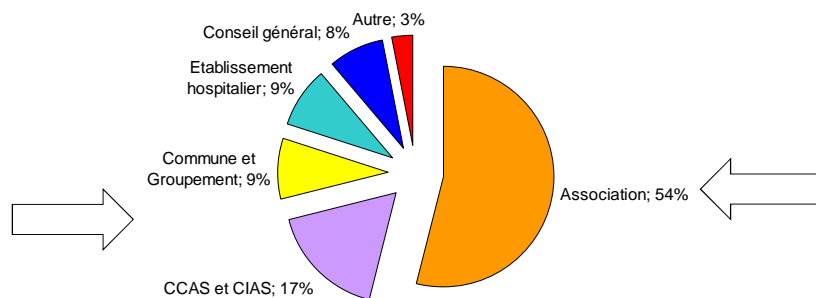
Répartition des CLIC /label



Données actualisées Ministère
N= 553 CLICs
pour 94 départements (5 Dept ont 0 CLIC);
62% de la population >60 a accès à un CLIC

(<http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr/clic/statistiques/construireStatistiques.do>).

Répartition des CLiC / promoteur



Données actualisées Ministère N= 553 CLiCs

(<http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr/clic/statistiques/construireStatistiques.do>).

Financement

Part respective des cofinanceurs en 2002 et 2004		
Financeurs	Part des cofinanceurs en 2002	Part des cofinanceurs en 2004
	47,90%	41,60%
	20,80%	22,60%

- A partir de 2005: la part de cofinancement de l'État est relayée par les départements qui reçoivent à ce titre une compensation financière par transfert de fiscalité

Limites des CLIC

- Acteurs : majoritairement secteur social : CG, communes, CRAM, serv. à dom., EHPAD, services sociaux des hôpitaux, ...
- Soumis à une procédure de labellisation
- Ne gèrent pas de services,
- Ne se substituent pas aux institutions pour l'attribution et le contrôle des prestations,
- Respectent l'autonomie des intervenants qu'ils coordonnent.
- Moyens humains globalement faibles

Avenir des CLICs

- Tendance à l'internalisation au CG
- Maison de l'autonomie?
- Gestion politique CG-Communes

Les réseaux de santé

Réseaux et réglementation

- Articles L 6321-1 et L 6321-2 du Code de la santé publique
 - « *Les réseaux de santé ont 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 de certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins* »

Réseaux et réglementation

- Article L 6321-1 alinéa 2 CSP
 - « *Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.* »

Réseaux

- Tous les réseaux doivent répondre à une même norme réglementaire, mais peuvent différer par leur objet :
 - prise en charge globale de patients atteints par une pathologie (SIDA, cancer, diabète...)
 - coordination des soins concernant une population géographiquement déterminée (personnes âgées, personnes précaires...)

Financement historique

- ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) : « 5ème enveloppe » : DNDR (Dotation Nationale de Développement des Réseaux) attribuée conjointement par l'ARH et l'URCAM
- Subventions d'État (ex. : DRASS pour le VIH, personnes âgées)
- Subventions de collectivités territoriales
 - Conseil général : personnes âgées dépendantes...
 - Mairie : toxicomanie, précarité...
- URCAM : FAQSV (Fonds d'aide à la qualité des soins de ville)

FIQCS

- 2007: fusion FAQSV et DNDR: Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins géré par mission régionale de santé (article 94 LFSS 2007) 178 millions € en 2007, placé à la CNAMTS
- Reprend l'ensemble des décisions FAQSV et DNDR
- Niveau national budget (national et régional): Comité (4 AM, 4 Etat); (bureau: UNCAM et DHOS)
- Niveau national stratégique: Conseil National de la Qualité et de la Coordination des Soins (12 AM, 12 prof, 3 fed hosp, 5 personnes qualifiés); (bureau: 4 AM, 4 prof)
- Niveau régional financier: Mission Régionale de santé MRS (URCAM /ARH): décide attribution (réseau, permanence, aide installation)
- Niveau régional stratégique: Conseil Régional de la Qualité et de la Coordination des Soins (8,8,3,3 + 3 élus locaux: arrêté du préfet) (bureau: 4 AM, 4 prof santé): avis à la MRS et décide pour expérimentation régionale « soins de ville »

Réseaux: convention constitutive

- Les dispositions de l'article D 766-1-5 du CSP précisent « la convention constitutive »
 - 1°) L'objet du réseau et les objectifs poursuivis
 - 2°) L'aire géographique du réseau et la population concernée
 - 3°) Le siège du réseau, les promoteurs, leurs fonctions
 - 4°) Les personnes physiques ou morales et leurs champs d'intervention
 - 5°) Les modalités d'entrée et de sortie du réseau des professionnels
 - 6°) Les modalités de représentation des usagers
 - 7°) La structure juridique choisie et ses statuts
 - 8°) L'organisation de la coordination et du pilotage, les conditions de fonctionnement du réseau, les modalités pour assurer la continuité des soins
 - 9°) L'organisation du système d'information articulation avec ceux existants
 - 10°) Les conditions d'évaluation du réseau
 - 11°) La durée de la convention et ses modalités de renouvellement
 - 12°) Le calendrier prévisionnel de mise en œuvre
 - 13°) Les conditions de dissolution du réseau

Motifs récurrents de refus de financement

- Absence d'articulation ville/hôpital
- « Simple » mutualisation de moyens sans autre objectif
- Absence d'intérêt pour la collectivité ; objectif trop élitiste
- Objectifs mal définis, trop nombreux et irréalisables
- Pas d'inclusion formalisée de patients et/ou de comptage des professionnels dans le réseau
- Mauvaise organisation générale (promoteur mal défini, souple, adaptabilité)
- Pas de prise en compte de l'ensemble des acteurs du secteur, absence d'interdisciplinarité
- Description imprécise des prestations dérogatoires
- Budget disproportionné
- Évaluation inexistante ou non conforme (ANAES, sociétés savantes)

Critiques rapport IGAS

- Pas assez d'intrication médical et médico-social
- Pas assez de politique de formation
- Nombre restreint de médecins d'un territoire (plus faible encore pour les médecins actifs > 5)
- Nombre insuffisant de patients pris en charge, pas d'objectif précis de cible
- Manque de coordination ville-hôpital
- Sous-utilisation des outils (cahier, etc....)
- Absence d'analyse économique
 - (650 000 000 € sur 1999-2005)

Avenir des réseaux

- En pleine mouvance et réorganisation (fusion des fonds, pilotage des expériences, audit, etc..)
- Arrimage CLIC (Circulaire DGAS/DHOS)
- Diminution de l'enveloppe

Équipes médico-sociales de l'APA

Composition

- article 13 du décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001
- Médecin et travailleur social au moins +/- des infirmier
- Compétence et formation du domaine des professionnels médicaux, paramédicaux ou travailleurs sociaux.

Missions

- Instruction sociale et médico-sociale, information et conseils,
- Évaluation de la perte d'autonomie de la personne âgée et l'élaboration de son plan d'aide.
- Rôle fondamental de lien pendant toute l'instruction de l'APA entre, d'une part, la personne âgée et sa famille et, d'autre part, les services du département.
- Doit prendre en compte les désirs et les demandes de la personne âgée
- De plus, l'équipe médico-sociale a la mission, en application de l'article L.232-6, d'orienter les personnes les plus fragiles vers le service d'aide le plus adéquat

Le rôle du médecin au sein de l'équipe médico-sociale

- Coordonnateur de l'équipe médico-sociale
- Responsable
 - de la qualité des données recueillies lors de l'évaluation de l'autonomie de la personne,
 - de la bonne utilisation de la grille AGGIR,
 - de l'adaptation du plan d'aide proposé,
 - de la confidentialité des données.

Le plan d'aide

- Composante essentielle de l'APA à domicile.
- Établi par une équipe médico-sociale, dont l'un des membres au moins se déplace chez le bénéficiaire, le plan recense les besoins du demandeur et les aides de toute nature nécessaires à son maintien à domicile.
- Son contenu est adapté à sa situation et tient compte de son environnement social et familial.

CLIC/APA

- Différences CLIC / EMS APA
 - CLIC = toute personne âgée, EMS APA = personnes dépendantes
 - CLIC = pas de grille AGGIR
 - CLIC = champ plus diversifié et plus vaste (prévention, maintien du lien social, aide directe d'accès aux droits, habitat et environnement matériel, vie sociale, santé et accès aux soins).
 - Interventions collectives et individuelles non subordonnées à la délivrance d'une prestation donnée,
 - Les missions des CLIC sont plus étendues :
 - lieux d'accueil de proximité, d'écoute et de soutien pour les personnes âgées et leurs familles,
 - centres de ressources pour les professionnels,
 - lieux de coordination des dispositifs et d'animation des réseaux existants.

CLIC/APA

- Plan d'aide des CLIC de niveaux 2 et 3
 - s'apparente à un " projet de vie " qui intègre la prévention comme une donnée essentielle du " bien vieillir " et se distingue du plan d'aide des équipes APA sur les aspects suivants :
 - Il peut s'adresser aux personnes âgées GIR >4, qui, du fait de leur isolement, le nécessitent
 - Il peut concerner des domaines plus diversifiés (les transports, par exemple). (sic! Circulaire)
 - Il ne se limite pas aux prestations susceptibles d'être prises en charge par l'APA.

CLIC/APA

- La loi du 20 juillet 2001 = :
APA peut être déléguée à des CAS, CIAS, CLIC ou *des organismes régis par le code de la mutualité ou des services d'aide à domicile agréés. Toutefois, dans ce dernier cas, les institutions et organismes précédemment mentionnés ne peuvent participer à la mise en œuvre du plan d'aide qu'ils ont défini.*

Les SSIAD

SSIAD: service de soins infirmiers à domicile

- prescription médicale,
 - personnes + 60 ans malades ou dépendantes,
 - personnes adultes - 60 ans présentant un handicap
 - personnes adultes - de 60 ans atteintes de maladies chroniques (2004)
- soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.
- prévenir ou différer le recours à l'hôpital ou en EHPAD raccourcir le séjour hospitalier

SSIAD: service de soins infirmiers à domicile

- autorisation de création: délivrée par le préfet après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale.
- Financement par l'assurance maladie, forfait soins sur « place »
 - Pas d'échange monétaire entre SSIAD et client
 - CNSA notifie les enveloppes (AM+CNSA) aux préfets
→ fixent le montant des dotations
 - C'est CPAM qui rembourse

Autorisation

- L'autorisation est accordée si le projet :
 - est compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sociale et médico-sociale et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) ;
 - satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement ;
 - présente un coût de fonctionnement qui n'est pas hors de proportion avec le service rendu;
 - présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec la dotation limitative des crédits d'assurance maladie pour les personnes âgées fixée au regard de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale.
- Autorisation → aire géographique

SSIAD: service de soins infirmiers à domicile

- **Salariés du service :**
 - au moins un infirmier coordonnateur pour assurer l'organisation des soins,
 - des aides soignants qui assurent sous la responsabilité des infirmiers les soins de base et relationnels et les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie,
 - des aides médico-psychologiques,
 - en tant que de besoin d'autres auxiliaires médicaux.

SSIAD: service de soins infirmiers à domicile

- **SSIAD peut passer convention(s) avec des infirmiers libéraux qui sont associés aux interventions du service. Dans ce cas le service fait l'avance des frais et perçoit les remboursements de l'assurance maladie dans le cadre du forfait global qui lui est alloué.**
- **Représentations nationales diverses: UNA, ADMR, etc...**
- **Lorsqu'il est associé à un SAD: projet individualisé d'aide d'accompagnement et de soins évaluation globale des besoins...**

SSIAD actuels

- Structures de petite taille employant en moyenne 11,6 ETP (2008)
- Statut majoritairement (63%) associatif (2008), 36% publics, 1% autres
- Nombre de services : 2095 (31/12/2008)
- Emplois 33 000 (24300 ETP) 75% aide soignants
- Nombre de places autorisées : 106 000 (31/12/2008)
- Moyenne 50/services; 7% > 100
- Personnes : 98 300 (TO 93%), 8mois de suivi, 57% de GIR 3 ou 4
- 20 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus [14-36]
- 95% > 60 ans (80% > 75)
- SPASAD 2% (2004), 27% adossés SAAD, 22% ES ou CS
- 63% font partie d'un réseau ou CLIC, 4% GCSMS

Les autres joueurs évaluateurs+/-offreurs

Le CCAS

Le CCAS: centre communal d'action sociale

- Bureau d'aide sociale: CCAS 1986
- Le CCAS est présidé de plein droit par le maire de la commune. Son conseil d'administration est constitué paritairement d'élus locaux désignés par le conseil municipal et de personnes qualifiées dans le secteur de l'action sociale, nommées par le maire.
- Etablissement public administratif, peut agir en son nom propre, une existence administrative et financière distincte de la commune
- Regroupement national: UNCASS

Le CCAS: centre communal d'action sociale

- gère des équipements et services : crèches, haltes-garderies, centres aérés, établissements et services pour personnes âgées, centres sociaux...
- apporte son soutien technique et financier à des actions sociales d'intérêt communal gérées par le secteur privé
- participe à l'instruction des demandes d'aide sociale légale (Aide médicale, RMI, Aide aux personnes âgées...) et les transmet aux autorités décisionnelles compétentes (Conseil général, Préfecture, sécurité sociale...)
- intervient dans l'aide sociale facultative qui constitue souvent l'essentiel de la politique sociale de la commune : secours d'urgence, prêts sans intérêt, colis alimentaires, chèques d'accompagnement personnalisé...
- *il peut être délégué de compétences sociales globales sur le territoire communal par convention avec le Conseil général.*

Le service social départemental polyvalent

Le SSPD

- Par nature peut être amené à prendre en charge des PA en perte d'autonomie
- Fonction principale plutôt autour de la famille
- Exclusif habituellement de l'EMS de l'APA mais transmission d'information plus ou moins cohérente
- Suivi difficile à effectuer dans les situations complexes

**Les services
mobilisables sans rôle
de coordination**

Les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

■ Service "d'aide ménagère"

- Vers 1950
- Héritier d'un courant d'aide à la famille
- Initialement influence religieux
- Financement aléatoire et bénévolat
- Initialement alternative à l'hospitalisation (rôle d'aide sanitaire ~ aide soignant) – Rapport Laroque 62 : outil de maintien à domicile

Les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

■ Financement

- « Aide ménagère »
 - > 65 ans
 - Besoin d'aide matérielle pour rester à domicile
 - Non bénéficiaire APA (GIR 5 et 6)
 - Aide sociale départementale (CG) si éligible ASPA (recours sur succession)
 - Sinon Caisse de Retraite (pas de recours), la caisse fixe le barème de participation et le plafond d'heure
- APA
- La personne elle-même (notamment en complément)

Les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

- Ne produisent pas de soins (diff SSIAD)
- Regroupent des aides aux tâches domestiques (auxiliaire de vie, garde-malade, etc...)
- Parfois la même association peut être SAAD et SSIAD (SPASAD) et financé ainsi
 - par le CG (APA et aides extra-légales)
 - par l'assurance maladie.
- Prestataires ou mandataires
- Nombre de SAAD (1400 en 2004) sont en fait gérés par des CCAS (Mairie)
- Grande variabilité de taille (entre <10 et >500 clients)

L'auxiliaire de vie

- apporte une aide professionnelle dans les tâches et activités de la vie quotidienne y compris les loisirs.
- contribue à préserver, la restaurer et stimuler leur autonomie, favorise leur insertion sociale
- Diplôme d'état (DEAVS remplace normalement le CAFAD)
 - 177 000 auxiliaires de vie sociale (temps partiels)- 2007
- Aujourd'hui les communes et les associations sont les principaux employeurs.
- > 80 % secteur privé/ fonction publique territoriale.
 - début de carrière : 1 156 Euros
 - fin de carrière : 1 543 Euros
- Si ressources annuelles < 7223.45 €: aide sociale avec participation du bénéficiaire 0.3€/h max 30h/mois
- Si > plafond: APA ou C Ret selon GIR

Services de Garde à domicile

- Le service rendu par la garde malade consiste à veiller au confort physique et moral de la personne, son activité ne saurait en aucun cas se substituer à celle d'autres intervenants (notamment les soignants).
- La signature d'une convention entre la CPAM et les associations de gardes malades à domicile permet d'éviter l'avance des frais.

Les libéraux

- Très nombreux: médecins, para-médicaux, associations ou organismes privés de surveillance et téléalarme
- Difficile à coordonner par nature
- Regroupement des médecins autour des URML: union régionale des médecins libéraux
- Autres professionnels libéraux plus difficiles à joindre de façon collective
- Droit de prescription infirmier

IDE

- 477000 IDE libéraux (en baisse en 2008 par rapport- à 2007 pour la première fois)
- 70% de la clientèle > 70 ans
 - 2/3 en acte infirmier de soins (nursing)
 - 1/3 en acte médical infirmier

Les acteurs institutionnels

- Hôpital HAD et secteur psychiatrique
- SSR
- Hôpital de jour
- EHPAD (GP>300, 25 places, +/- convention tripartite obligatoire) /USLD
- Accueil temporaire (EHPAD)
- Accueil de jour (EHPAD)

HAD

- 7388 places ouvertes (01/01/2008)
- 6.5% des lits de médecine <2% des lits d'hospitalisation (~10% aux USA)
- Souvent post hospitalier (écourter le séjour)
- TAA

Les autres acteurs

- Le juge des tutelles/ Associations tutélaires
- Les associations (écoute et soutien téléphonique, visite à domicile, encadrement du deuil, etc...)
- Conseils aux personnes
- Aide à la recherche d'établissement d'hébergement
- Service d'aide à la mobilité

En conclusion

- Système très fragmenté
- Nombreuses évaluations redondantes
- Source de complexité pour la personne âgée et son entourage (et son MT)
- Source d'inéquité
- Basé sur le militantisme et les associations
- Centralisé par l'importance du CG
- Structuré par l'APA (vision du handicap par AGGIR)

L'APA

APA: L'allocation personnalisée pour l'autonomie

- La loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001
- Succède à la prestation spécifique dépendance
- But: renforcer la prise en charge des PA en perte d'autonomie, en leur permettant de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante
- à domicile et en établissement.
- Libre choix du lieu de vie de la personne âgée et sur la possibilité, pour sa famille, de bénéficier d'un soutien dans l'aide qu'elle lui apporte

APA: L'allocation personnalisée pour l'autonomie

- Uniformisation des tarifs et des barèmes au niveau national
- transparence du dispositif vis-à-vis des usagers
- Le tarif national fixe le montant maximum du plan d'aide à domicile en fonction du degré de perte d'autonomie du bénéficiaire.
- Le barème national permet de déterminer, en fonction des ressources de l'usager, la participation restant à sa charge.

APA: L'allocation personnalisée pour l'autonomie

- Différence PSD: Aucune demande ne peut être écartée au motif que les ressources dépasseraient certains plafonds.
- En outre, alors que la PSD était uniquement réservée aux personnes présentant un fort degré de dépendance (GIR 1 à 3), l'APA s'adresse aussi aux personnes moyennement dépendantes (GIR 4).

APA: L'allocation personnalisée pour l'autonomie

- > 60 ans, perte d'autonomie, France, situation régulière
- SDF: résidence dans établissement médico-social
- Pas de condition de ressource mais ticket modérateur
- Dossier : conseil général ou convention CLIC, CCAS, CICAS, mutuelles, SAD...
- Accusé de réception 10j – délais cours sur 2 mois pour instruction du dossier (sinon APA forfaitaire)
- Visite à domicile d'un membre au – de l'équipe médico-sociale, catégorisation AGGIR (gp1-4:APA, 5-6:non)
- Plan d'aide dans un délai de 30j, avec participation financière, délai 10j pour accepter ou modifier (silence=refus) (ou CR visite si GIR > 4 - CRetr)
- Urgence: APA par PCG (GIR 4), 2 mois pour évaluation médico-sociale
- Relais (option) PSD prestation spécifique dépendance

APA: L'allocation personnalisée pour l'autonomie

- L'APA est une prestation en nature personnalisée
- Ainsi, l'APA peut être mobilisée pour financer toute une palette de services
- L'Usager choisit d'utiliser tout ou partie du plan d'aide proposé et acquittera alors une participation sur la partie du plan d'aide choisie.

APA à domicile

- Aides à domicile
- Matériel d 'hygiène
- Adaptation du logement
- Télésurveillance
- Aides techniques (hors rembourse SS).
- Le coût du portage de repas à domicile
- Accueil de jour (PJ dépendance)
- Hébergement temporaire (PJ dépendance)

APA: L'allocation personnalisée pour l'autonomie

- L'APA est gérée par les départements, sous la responsabilité du président du conseil général (PCG).
- Création d'une commission composée notamment de représentants du département et des organismes de sécurité sociale, afin d'éclairer les décisions du PCG en matière d'attribution de l'APA.

Commission APA

- 7 membres :
 - le PCG (ou son représentant), qui préside
 - 3 représentants du département, désignés par le PCG
 - 2 représentants des organismes de sécurité sociale conventionnés avec le CG, désignés par le PCG;
 - 1 membre désigné au titre d'une institution ou d'un organisme public social et médico-social ayant passé une convention avec le département dans le cadre de la mise en œuvre de l'APA. À défaut, il peut s'agir d'un maire désigné sur proposition de l'assemblée départementale des maires.

Recours

- Auprès de la commission élargie de l'APA pour :
 - le refus d'attribution de l'allocation d'une première demande ;
 - sa suspension ;
 - la révision de son montant ;
 - l'appréciation du degré de perte d'autonomie ;
 - un écart entre le montant de l'allocation et le barème national.
- Commission élargie :
 - 5 représentants des usagers nommés par le PCG - dont 2personnalités qualifiées désignées sur proposition du comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA)
 - Si litige relatif à AGGIR, la commission doit recueillir l'avis d'un médecin différent de celui ayant procédé à l'évaluation initiale.
- Délai 2 mois lettre AR PCG

Recours 2

- Délai 2 mois lettre AR PCG auprès de la commission départementale d'aide sociale (contentieux)
- Appel de la commission dépt: délai 2 mois lettre AR à la commission centrale d'aide sociale
- Si litige persiste: conseil d'Etat

APA : Financement

- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie CNSA
- Source :
 - journée de solidarité 1,9M€
 - 0,1% CSG 0,98M€
 - crédits AM PA 4,29M€, PH 6,63M€
- Redistribution aux CG pour l'APA 1,4M€ (3,9M€ en 2005)
 - Répartit l'autre partie de son budget en relation avec les CG aux EH et Services médico sociaux (11M)
- Garantit l'égalité de traitement sur tout le territoire, la CNSA complète l'apport des CG selon des modalités particulières et de péréquation (CG >50%)
- Expertise Information et Animation sur les moyens d'évaluation et de prise en charge de la perte d'autonomie

Grille AGGIR

- 10 variables dites discriminantes:
 - Cohérence : converser et/ou se comporter de façon sensée ;
 - Orientation : se repérer dans le temps et dans les lieux ;
 - Toilette : se laver seul ;
 - Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter ;
 - Alimentation : manger les aliments préparés ;
 - Élimination : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale ;
 - Transferts : se lever, se coucher, s'asseoir ;
 - Déplacements à l'intérieur du domicile ou de l'établissement (+/- appareillage)
 - *Déplacements à l'extérieur à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport*
 - *Communication à distance : téléphone, sonnette, alarme...*
- Trois modalités
 - A: fait seul
 - B: fait partiellement
 - C: ne fait pas

Grille AGGIR

- 7 autres variables dites illustratives pour le plan d'aide:
 - gestion,
 - cuisine,
 - ménage,
 - transports,
 - achats,
 - suivi du traitement,
 - activité de temps libre
- Trois modalités
 - A: fait seul
 - B: fait partiellement
 - C: ne fait pas

Grille AGGIR

- GIR 1: confiné au lit, fonction mentales atteintes
- GIR 2: confiné au lit, fonctions mentales préservées ou déplacement OK mais fonction mentales atteintes
- GIR 3: aides pour les activités corporelles
- GIR 4: difficultés aux transferts nécessité d'aide au soin du corps
- GIR 5: aide ponctuelle toilette et AVD
- GIR 6: autonomie pour les AVQ

Groupe GIR et APA

- A domicile (maximum avril 2010):
 - 1235,65 € GIR 1
 - 1059,13 € GIR 2
 - 794,35 € GIR 3
 - 529,56 € GIR 4
- En Urgence: (50% GIR1) 617,82 € - 2 mois
- Sommes versées à la personne ou à organisation agréée
- Obligation: déclaration des salaires ou des SAD, déclaration de tout changement (suspension à J31 d'une hospitalisation)

Le barême national 2008

- Si revenus < 695,70€ = 0
- Si revenus 695,70€ et 2772,42€ = 0 % à 90 %
- La participation notée P est précisément déterminée en appliquant la formule suivante :
 - $P = [A \times [R - (658)] \times 90 \%] / 1964,3$
 - A représente le montant du plan d'aide proposé ;
 - R représente le revenu mensuel du bénéficiaire ;
- Pour un revenu supérieur à 2772,42€ la participation du bénéficiaire est égale à 90 % du montant du plan d'aide proposé
- Pour un couple: Revenu du couple/1,7

Exemple

- Marie à 83 ans. Elle vit seule à son domicile et dispose d'un revenu de 1 900 € /mois. Compte tenu de sa perte importante d'autonomie, elle relève du GIR 1. Le montant du plan d'aide proposé par l'équipe médico-sociale est de 900 € /mois.
- Sa participation = $(900 \times [1\ 900 - (658)] \times 0,9) / 1964,3$
- soit 512 € qu'elle doit payer elle-même (sur ses 1900 €)
- Dans ces conditions, son allocation mensuelle sera donc de : $900 - 512 = 388$ € qu'elle recevra du CG au titre de l'APA si elle accepte l'intégralité du plan d'aide

Les services spécialisés

- Service proposé par la commune (centre communal d'action sociale),
- Association agréée par l'État
- Entreprise agréée par l'État
- *Le bénéficiaire de l'APA a la possibilité de rémunérer ces organismes au moyen du titre emploi service.*

Associations prestataires

- Mettent à la disposition du bénéficiaire de l'APA une ou plusieurs personnes qui vont intervenir à son domicile.
- Facturation que l'APA permet d'acquitter.
- Les personnes qui interviennent sont salariées par l'association, qui assure toutes les obligations et les responsabilités d'un employeur.
- Garantie de continuité du service et de remplacement de l'aide à domicile en cas de congés, maladie, etc.
- Encadrement d'une personne référente
- Agrément qualité obligatoire délivré par le préfet, l'autorisation du PCG (tarifée) peut prévaloir (CROSMS)

Gré à gré et mandataire

- Par l'APA la personne peut devenir employeur et rémunérer une ou plusieurs personnes intervenant à domicile (sauf conjoint, concubin ou personne avec laquelle il a conclu un PACS).
 - soit directement (gré à gré)
 - soit par le biais d'une association (association mandataire).
- Gré à gré = toutes obligations d'employeurs
- Associations mandataires: bénéficiaire est employeur mais
 - L'association fait toutes les formalités administratives (recrutement, contrat de travail, établissement du bulletin de salaire, déclaration à l'URSSAF...).
 - L'association intermédiaire assure également la continuité du service auprès du bénéficiaire.
 - Agrément mais pas autorisation PCG

Les aides connexes

- Si le bénéficiaire de l'APA est employeur, il est intégralement exonéré du versement de la part patronale des cotisations de Sécurité sociale. (non si prestataire ou service agréé)
- Réduction de l'impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPP) pour l'emploi d'un salarié à domicile:
 - 50% des dépenses (non couvertes par l'APA)
 - avec un plafond de 12 000 € pour tous
 - +1500 € par membre du foyer fiscal > 65 ans (max 15000)
 - 20 000 € max si carte d'invalidité.
 - Cette déduction s'applique à la fois :
 - aux associations ou organismes agréés de services aux personnes, qui facture sa prestation au bénéficiaire ;
 - à l'emploi direct, par le bénéficiaire de l'APA, d'un ou plusieurs salariés à son domicile dûment déclaré auprès de l'URSSAF

Par exemple

- Pierre et Thérèse acquittent 6 000 € par an d'impôt sur le revenu.
- Pierre a l'APA et est classé GIR 2.
- Association agréée d'aide aux personnes, 910 €/mois, l'APA = 580 €
- En dehors du plan d'aide, femme de ménage à 120 €/mois. (10h)
- Pierre et Thérèse vont pouvoir déduire de leur impôt sur le revenu :
 - les dépenses engagées, hors l'APA : $[(910 - 580) + 120] \times 12 = 5400$ €, (plafond à 12 000 €)
 - et prises en compte à 50 % : 2700 €
 - Ainsi l'impôt sera de $6\,000 - 2700 = 3300$ €.

Contrôle des aides

- 1 mois après la notification de l'attribution, le bénéficiaire doit déclarer au PCG le ou les salariés qu'il embauche, ainsi que les services qu'il utilise dans le cadre de l'APA.
- Tout changement de salarié ou de service doit être déclaré.
- Conserver les bulletins de salaire et tous les justificatifs de dépenses entrant dans le cadre du plan d'aide
- Si membre de sa famille, le lien de parenté doit être mentionné
- Les équipes médico-sociales s'assurent du suivi et de la qualité de l'aide apportée à la personne
- Pour vérifier les déclarations des intéressés, les services chargés de l'évaluation des droits à l'APA et du contrôle de son utilisation peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer.

Révision

- La loi instaure le principe d'une révision périodique de l'APA,
- Chaque département doit en définir la périodicité.
- L'APA peut être également révisée à tout instant à la demande de l'intéressé (ou de son représentant légal) ou du PCG.

Suspension

- Pas de déclaration au département dans le mois suivant la notification d'attribution ;
- Pas de participation effective au plan d'aide ;
- Absence de production des justificatifs de dépenses entrant dans le cadre du plan d'aide dans le mois suivant la demande du PCG ;
- L'EMS constate que le plan d'aide n'est pas respecté, ou que le service rendu au bénéficiaire présente un risque pour sa santé, sa sécurité ou son bien-être physique ou moral.

Suspension

- Dans ces 4 cas, le PCG invite le bénéficiaire par lettre AR, à pallier les problèmes constatés.
 - Deux hypothèses sont alors possibles
 - sans nouvelle du bénéficiaire dans le mois qui suit la demande du PCG, l'allocation peut être suspendue. La date et les motifs de suspension sont notifiés à l'intéressé par lettre AR.
 - si le bénéficiaire justifie qu'il a mis fin aux carences ou qu'il a changé de salarié ou d'organisme pour s'assurer d'une aide plus efficace, l'allocation est rétablie à compter du premier jour du mois où il s'est manifesté.

Suspension

- En cas d'hospitalisation le PCG doit en être informé
- Pendant les 30 premiers jours d'hospitalisation, le versement de la prestation est maintenu.
- Au delà, il est suspendu.
- A la fin de l'hospitalisation, le montant de la prestation rétablie est identique, à compter du premier jour du mois au cours duquel la personne n'est plus hospitalisée.

La grille AGGIR

Comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie

- **Problèmes liés à l'outil tel que construit**
 - Validité douteuse
 - Reproductibilité douteuse
 - Sous-estimation de la dépendance cognitive
 - Absence de corrélation avec le besoin d'aide
 - L'analyse de l'environnement comme élément facilitateur ou obstacle à la participation est défailante
 - Validation douteuse
 - Conduit à une planification de fait sur les ressources
- **Problèmes liés aux limites de l'outil**
 - Les variables discriminantes sont les seules « importantes »
 - Description des besoins de la personne uniquement en regard de ses activités de la vie quotidienne

La grille AGGIR

Comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie

- *En attribuant à chaque personne une position sur une échelle à 6 niveaux, AGGIR n'est qu'un indicateur commode pour résumer simplement une situation complexe. La mise en groupe GIR ne peut donc être assimilée à une évaluation multidimensionnelle... Dans ce cadre d'évaluation globale, l'indicateur AGGIR joue le rôle d'instrument d'éligibilité à la prestation APA. Il est donc logique qu'il s'insère dans l'évaluation multidimensionnelle mais il ne peut à lui tout seul permettre d'élaborer un plan d'aide*

Les autres aides financières

Carte d'invalidité

- Aucune conditions d'âge, Aucune conditions de ressource
- Demande: bureau d'aide sociale Mairie, CLIC...: MDPH
- Résider depuis plus de 3 mois dans le Dépt situation régulière
- Taux d'invalidité \geq 80% (certificat médical)
- Évaluation de l'autonomie par la CDAPH (certificat médical)
- Délivrer par le PREFET (Etat), recours 2 mois MDPH
- Mention: station debout pénible/cécité/tierce personne
- Durée-réévaluation régulière
- Avantages: transport (tarifs, place)/véhicule/impôts/TV

Impôts

- **Crédit d'impôt pour acquisition d'équipement**
 - 25% du montant des dépenses dans la limite plafond
 - 5000€ seule 10 000€ couple (2005-2009) majoration enfants
- **Exonération de la taxe d'habitation (et redevance)**
 - 60 ans non passible de ISF et revenu fiscal de référence <7286€ ou titulaire allocation supplémentaire (FNS)
- **Abattement sur taxe d'habitation**
 - si les ascendants du contribuables vivent à son domicile > 70 ans et RFR < 7286 €
 - 10% de la valeur locative moyenne

Le minimum vieillesse

Allocation solidarités aux personnes âgées

- > 65 ans/ résident régulier en France (60 si inaptitude)
- Caisse de retraite compétente pour liquider ses droits; mairie
- Revenus annuels < 8507.49 € seul (709€/mois) (13 889.62 à deux)
- Montants= plafonds (différentiels)
- Financement : C Ret par CDC
- Récupérable sur succession

Les financeurs

Qui a autorité sur quoi (domicile)

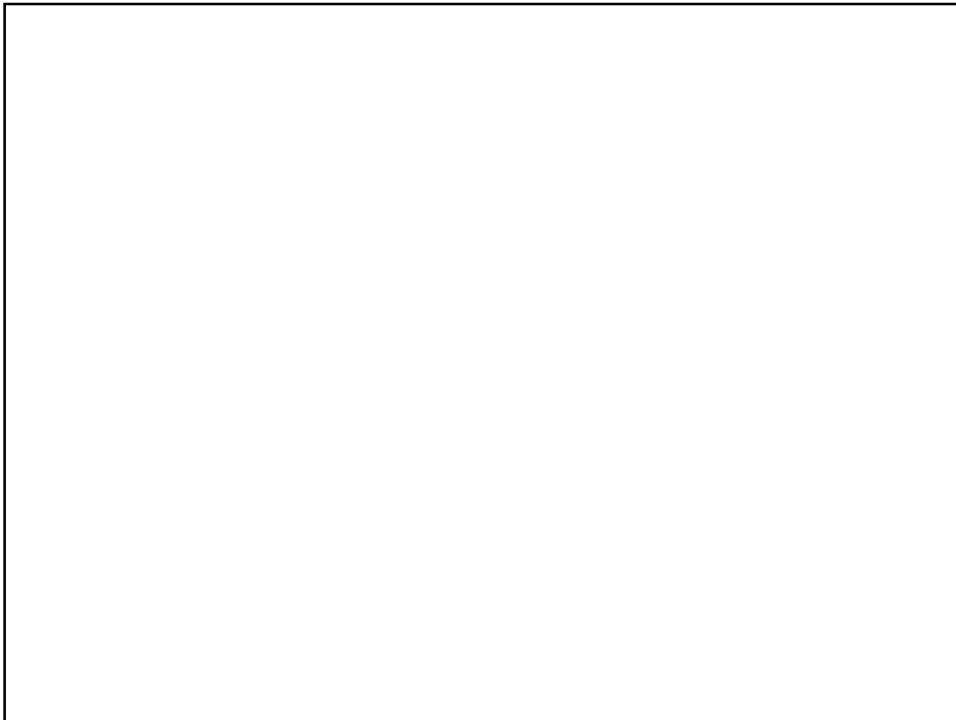
- Etat:
 - CNSA: APA, accueil de jour
 - ARH: HDJ, accueil de jour, Réseaux FIQCS
- CG:
 - APA (CCAS),
 - CLIC (CCAS), accueil de jour
 - Aide ménage si ASPA
 - Aide sociale hébergement
 - Aides extra-légales
- AM:
 - Réseaux FIQCS
 - Les soins, les médicaments, les consultations
 - La toilette si faite par un SSIAD ou une infirmière libérale
 - Le TIPS des aides techniques
- CNAV/Cret:
 - Aides extralégales GIR 5-6 ress > MV
 - Logt
 - ASPA

LA PERSONNE ÂGÉE

- Le ticket modérateur de l'APA
- L'adaptation du domicile (si propriétaire)
- Les aides techniques
- L'hébergement temporaire
- L'accueil de jour
- Le coût des repas du portage des repas
- Frais d'installation de la télésurveillance
- Ce qui n'est pas à charge de l'assurance maladie (dentisterie, lunetterie, prothèse auditive...)

Les assurances dépendance

- **Définition de la dépendance retenue par le contrat (AGGIR, autres)**
- **Qui détermine l'état de dépendance ? médecin traitant ou compagnie d'assurance**
- **Délais de carence** (pas de prise en charge d'une invalidité découlant de la maladie de Parkinson **dans les 3 ans** qui suivent la signature du contrat). Cotiser suffisamment tôt
- **Quand le risque devient une réalité pendant le délai de carence** Les cotisations ne sont pas toujours remboursées
- **Dépendance totale ou partielle ?** Les frais qui découlent d'une **perte d'autonomie totale** sont très élevés (1.800 à 4.000 €/an en moyenne). Mais comme ce "risque" est statistiquement inférieur au risque de dépendance partielle, et qu'il dure moins d'années, il est **moins cher** ! Donc si on peut assurer "personnellement" les coûts de dépendance partielle, il sera **moins cher d'assurer un risque de dépendance totale**.
- **Assurance à fonds perdus ou capitalisation** : Assurance vie **option dépendance**.



Les tutelles

DGCS

- Enveloppe MS ONDAM (voté au Parlement)
- N'a plus tutelle de gestion des CLIC (CG)

DGS

- Commissaire du gouvernement à la santé nationale
- Organisme de la santé publique (loi, règlement)
- Planification (plan Alzheimer)
- Négociation avec la DSS

DGOS

- Enveloppe FIQSV
- N'a plus de tutelle directe sur les hôpitaux (ARH)

Évolution vers
l'intégration?

La fragmentation

- Signes:
 - Multiplicité des points d'accueil sans centralisation
 - Évaluation et services offerts dépendants du point d'accueil et de sa filière
 - Cloisonnement des prérogatives
 - Transmission inadéquate d'informations
 - Redondances des évaluations sans outil commun
- Conséquences:
 - La personne est le principal (seul) vecteur d'information
 - Délais dans l'obtention des services
 - Réactivité trop faible aux modifications
 - Risque d'inéquité dans l'attribution des services
 - Utilisation inappropriée de ressources rares et coûteuses (Hôpital Urgences...), répétition d'examens

Aller vers l'intégration

- CLIC
- Réseaux de santé
- Équipes médico-sociales APA

- + Loin?

Le « correspondant unique » (IGAS, Cour des Comptes, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé)

Les « nouveaux métiers de la coordination »
(Rapport Plan Alzheimer, Rapport annuel CNSA)

Plan Alzheimer 2008-2012

- 3 Axes, 11 objectifs, 44 mesures
 - Améliorer la qualité de vie des malades et des aidants: soutien, **renforcer la coordination**, permettre de choisir le soutien à domicile, améliorer l'accès au diagnostic, organiser un suivi épidémiologique
 - Se mobiliser pour un enjeu de société: informer, promouvoir démarche éthique, prioriser la maladie, améliorer l'accueil en institution, valoriser les compétences
 - Connaître pour agir: recherche, diagnostic
- 1,6 Mi euros = 1,2 médico-social et 0,4 santé et recherche

Plan Alzheimer 2008-2012

Renforcer la coordination entre tous les intervenants

- Mesure 4 = labellisation sur tout le territoire de « porte d'entrée unique » pour les « Maisons pour l'Autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIAs) »
- Mesure 5 = Mise en place de « coordonnateurs » sur l'ensemble du territoire

Objectifs MAIA

- Diminuer les fragmentations = social/médico-social/sanitaire, ville/hôpital, public/associatif/privé, long terme/court terme
- Répondre aux besoins de la population et en particulier celles en situations complexes et de leurs aidants (intrication médico-psycho-sociaux)

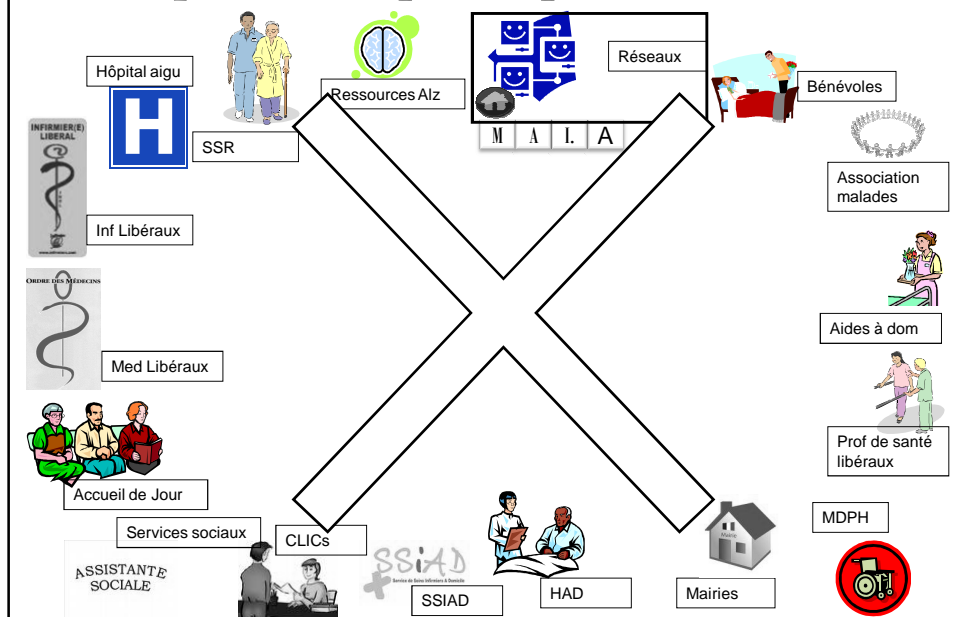
Ce que dit le plan

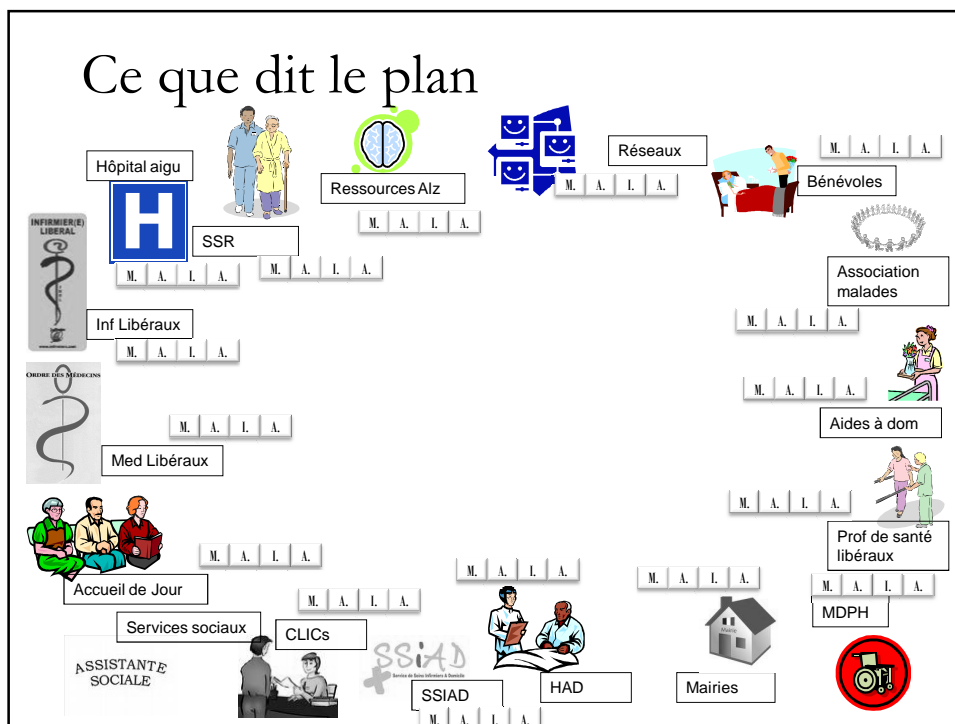
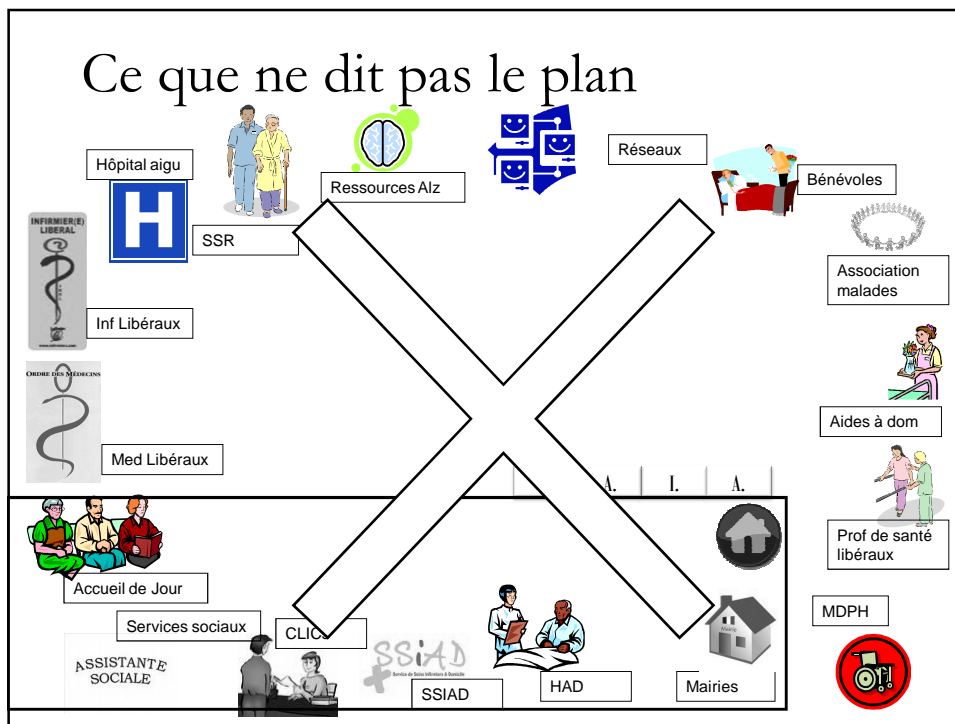
Une MAIA « associant le secteur sanitaire et le secteur médico-social sera créé sur la base de l'existant sans superposition de nouvelle structure »

Définition de la M.A.I.A

- C'est un dispositif innovant qui part de l'existant et ce n'est pas une nouvelle structure supplémentaire
- C'est une construction collective qui s'appuie sur les réalités locales
- C'est une réorganisation entre les services avec modifications des pratiques professionnelles (convergence et mise en commun)
- C'est une expérimentation en vue d'une label

Ce que ne dit pas le plan





Construction du label M.A.I.A.

3 Mécanismes

- Concertation
 - Stratégique: décideurs et financeurs
 - Tactique: responsable de services
 - Clinique: autour de la personne

- Guichet unique

- Gestion de cas

3 Outils

- Outils d'évaluation multidimensionnel
- Plan de services
- Système d'information partagé

Concertation et co-responsabilisation

- **Concertation formalisée**

- Exhaustivité des partenaires aux 3 tables
- Interdépendance (« nous ») et création de la confiance
- Approche populationnelle

- **Création de la Co-responsabilité**

- De la fragmentation actuelle
- Des réorganisations à produire
 - Entre les services
 - Niveau des pratiques professionnelles: interdisciplinarité

Ce que dit le plan

- *« L'enjeu est de mettre fin au désarroi des familles qui ne savent à qui s'adresser et qui sont perdues dans de nombreux dispositifs mal articulés et cloisonnés. »*

Ce que dit le plan

« L'enjeu est de mettre fin au désarroi des familles qui ne savent à qui s'adresser et qui sont perdues dans de nombreux dispositifs mal articulés et cloisonnés. »

Le guichet unique

- Ce n'est pas un lieu unique mais un processus avec la convergence des lieux qui participent au guichet
- La réponse sera la même et ne dépend pas de l'endroit où on s'adresse
- Quel que soit le partenaire MAIA sollicité, il apportera une réponse tenant compte des besoins et l'ensemble des ressources locales
- L'ensemble des partenaires MAIA sont co-responsables des orientations effectuées par rapport aux besoins
- C'est un processus au service de l'accessibilité, la simplicité, l'équité

MAIA et valeurs

- Appréhender les besoins de la personne dans toutes les dimensions
- Faciliter l'accès au service nécessaire en fonction du besoin
- Prévenir la perte d'autonomie fonctionnelle
- Assurer la continuité des interventions entre elles
- Autonomiser la personne
- Représenter la personne face au système
- Responsabilisation collective de l'offre et des services

Pilote de MAIA

- Faire adhérer les partenaires et constitution des tables de concertation
- Amener les partenaires à faire et partager le diagnostic organisationnel point de départ
- Animer le concertation et être garant du respect des 6 axes et valeurs du plan au cours du processus
- Le pilote n'est pas imputable du succès ou de l'échec, les tables tactique et stratégique en sont imputables

Un Label

- La personne est le destinataire du dispositif
- Une démarche collective vers la qualité
- L'assurance que des règles et des valeurs sont respectées
- La possibilité d'être contrôlé et l'assurance que des règles sont respectées
- La possibilité de reconnaissance du professionnalisme



17 sites expérimentaux (1)

- Dans toute la France
- Porteurs de la MAIA
 - 7 sont des porteurs tactiques
 - 4 par des CLICs
 - 3 des réseaux de santé
 - 10 par des porteurs stratégiques = départements
- 4 départements et 13 infra-départementaux
- 3 mégapoles, 10 sites mixtes et 3 ruraux
- Superficie de 6 à 7970 km² (Paris 20 et Puy de Dome)
- Densité population de 28,8 à 32 200 (Gers et Paris 20)
- Population > 60 ans: de 16 à 29%

17 sites expérimentaux (1)

- Réseaux de santé
 - Partenaires (8) et absents dans 2 sites
- CLIC
 - Partenaires (7) et absents dans 3 sites
- CCAS
 - Pas porteur, partenaires (16) et absent dans 1 site
- SSIADs
 - Pas porteur, partenaire (16) et absent dans 1 site

Les niveaux décisionnels

- Le niveau national:
 - DGS, DGCS, DHGOS
 - CNSA
 - RSI, CNAMTS, MSA
 - Mutualité Française
 - ADF, AMF
 - IGAS
- Le niveau départemental stratégique
- Le niveau local tactique

Niveau départemental stratégique

- Les acteurs stratégiques:
 - Conseil général (politique et administratif)
 - Représentants de l'Etat (DDASS, DRASS, ARH =ARS)
 - Assurance maladie (URCAM et AM pivot) =ARS
 - CNAV ou CRAM
 - Représentants des professions libérales (URML, ...)
 - Personnes âgées
 - Autres acteurs stratégiques

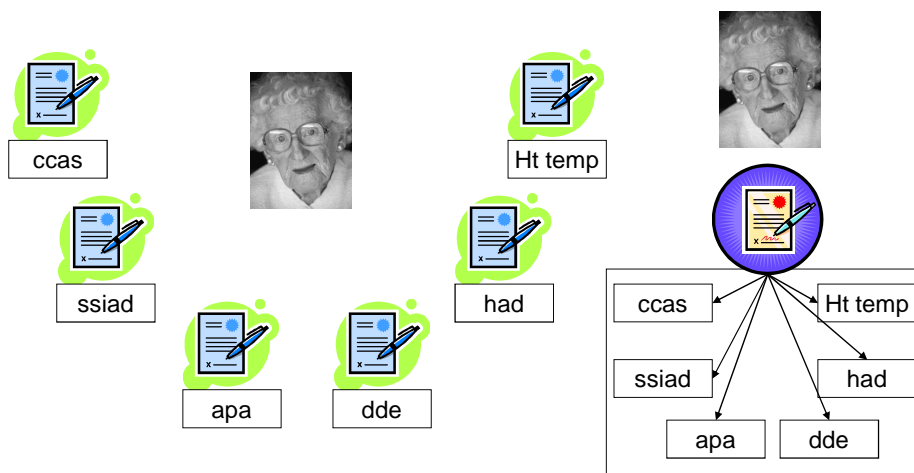
Niveau local tactique

■ Les acteurs

- Clic
- EMS APA,
- Hôpital (administratif et clinique)
- Réseau de santé
- HAD
- SSIAD
- SAD
- CCAS
- AM
- Professions libérales
- Personnes âgées
- Autres acteurs en situation de management de la santé ou de services à la clientèle

Intégration vs Fragmentation

■ Changer de mode d'évaluation/prérogative



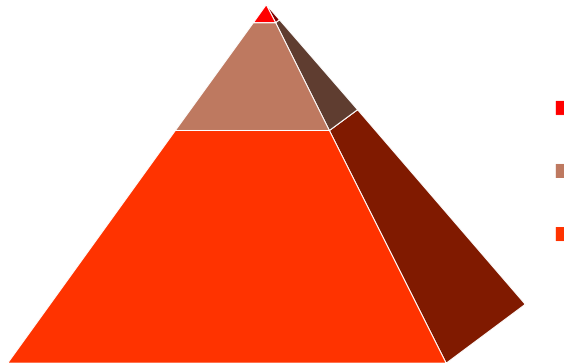
Intégration vs Fragmentation

- Changer de mode communication:



Qu'est ce que la gestion de cas ?

Quelle clientèle? Exemple personnes âgées (>65)



Le gestionnaire de cas



- Un correspondant unique, interlocuteur direct de la personne et du médecin traitant



- Un champ d'action aussi bien social que sanitaire



- Une action continue dans le temps



- Responsable de l'évaluation globale des besoins de la personne et de l'élaboration de son projet individualisé

Gestionnaire de cas : condition



Partenariat avec le médecin traitant



Mécanisme d'accès formalisé

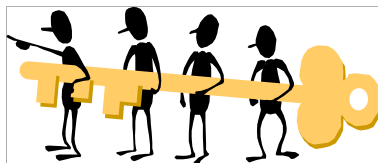


Outil d'évaluation multidimensionnel standardisé



Système d'information

Gestionnaire de cas et intégration



Un partenariat à tous les niveaux:

-Stratéges et financeurs (national et départemental)

-Opérationnels (localement)

-Acteurs de services et de soins (autour de la personne= le niveau « clinique »)

Merci