

# RÉFÉRENTIEL DES MISSIONS DES INTERVENANTS EN GÉRONTOLOGIE

*Qui fait quoi auprès des personnes âgées au Nord de la Seine-et-Marne ?*



# REFERENTIEL DES MISSIONS DES INTERVENANTS EN GERONTOLOGIE EN NORD SEINE-ET-MARNE

## Pourquoi un référentiel des missions ?

La création du référentiel des missions des intervenants en gérontologie a pour objectif d'aider les professionnels à mieux connaître l'offre de soins, de services et d'aide à destination des personnes âgées et de leurs aidants, mobilisables sur le nord de la Seine-et-Marne. Le but est de permettre à tout professionnel d'identifier vers quels structures, services ou dispositifs orienter en fonctions des besoins des personnes.

Il est composé de fiches ressources décrivant les missions génériques et les modalités d'accès aux services et structures présentés.

Les éventuelles spécificités des acteurs ne sont pas détaillées.

Le référentiel des missions s'utilise en lien avec le site Maillage 77, et en complémentarité du ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources), qui permet d'accéder aux contacts des différentes ressources du territoire : <https://maillage77.sante-idf.fr/>

Les orientations vers certaines structures présentées peuvent être faites à partir du logiciel en ligne

ViaTrajectoire : [www.trajectoire.sante-ra.fr/trajectoire](http://www.trajectoire.sante-ra.fr/trajectoire).

## Comment utiliser le référentiel des missions ?

Les fiches sont répertoriées par ordre alphabétique. Chaque fiche détaille les missions, les profils de professionnels exerçant au sein du service ou de la structure, le coût pour l'utilisateur, les modalités d'accès et d'accompagnement de la personne.

Un index des besoins des personnes âgées et de leurs aidants figure à la fin du référentiel des missions. Les besoins répertoriés ont été classés par thématique. Une couleur a été attribuée à chaque catégorie de besoin.

## LEGENDE

SANTÉ

DOMAINE, FAMILIAL, LIEN SOCIAL ET SÉCURITÉ INDIVIDUELLE

LIEU DE VIE HÉBERGEMENT

AUTONOMIE, VIE ET SOUTIEN À DOMICILE

SITUATION ÉCONOMIQUE ET ADMINISTRATIVE

CUMUL DE DIFFICULTÉS

Le référentiel peut ainsi s'utiliser selon deux entrées :

- Via le sommaire : pour connaître les missions d'une structure particulière ;
- Via l'index des besoins : pour identifier quelle structure solliciter en réponse à un besoin identifié (évaluation gériatrique, aide financière, aide à la toilette, répit de l'aidant...).

Cet outil sera actualisé au gré des évolutions du territoire.

Le référentiel est accessible en ligne, sur le site Maillage 77 : <https://maillage77.sante-idf.fr/>

### **Santé 77 Nord remercie très sincèrement**

#### **Les membres du groupe de travail d'élaboration de cet outil :**

- Christine AUCOUTURIER, IDE de Liaison, Pôle de Santé de Serris, LNA Santé
- Elodie GRANDJEAN, Directrice adjointe, PAT-CIC LAGNY-MEAUX
- Aline GUILLOT, Responsable, PAT-CIC COULOMMIERS
- Sylvie HOUDANT, Directrice, UNADOM / TANDEM
- Evelyn PAQUIN, Directrice des Soins, HAD Nord Seine-et-Marne, LNA Santé
- Karine TABUTAUD, Manager UOP PRADO, CPAM 77

#### **Et l'ensemble des partenaires du territoire qui ont contribué à sa relecture :**

- Charlotte ALBAS, Responsable des partenariats et des admissions de l'HAD, Fondation Œuvre de la Croix Saint-Simon
- Raquel ALFONSO, Coordinatrice Autonomie, DGA de la Solidarité, Direction de l'autonomie, Seine-et-Marne, le Département
- Hervé AUDEBERT, Directeur, Résidence la Meulière de la Marne, La Ferté Sous Jouarre
- Taous BACHARI, Plateforme EVAL 77, Reliage 77
- Corinne BONNET, Directrice des soins, Clinique de Tournan
- Jean Yves COUDRAY, Directeur de l'Autonomie, Seine-et-Marne, le Département
- Fabienne CHAUVIN, Le Nid des Aidants 77, Plateforme d'accompagnement et de repit
- Yasmine DELAPORTE, cadre des antennes, Fondation Santé Service
- Raoul DAUPEUX, Directeur Résidence Les mésanges, Vaires-sur-Marne
- Dr Véronique EPAIN, Chef de Service Psychiatrie du Sujet Agé, GHEF, site Marne La Vallée
- Cédric ERDOGAN, Directeur Pôle de Santé de Serris, LNA Santé
- Dr Elisabeth HARDY, responsable EMASP et son équipe, GHEF
- Dr Pascale JOLLY, Cheffe de Pôle de gériatrie, GHEF
- Bertille KERUZORET, Directrice adjointe Pôle de Santé de Serris, EHPAD Les Berges du Danube, LNA Santé

- Marion LEBAUD, Equipe Spécialisée Alzheimer, Association S.D.F.R., secteurs de Mormant et de Tournan-en-Brie
- Nathalie MARTIN, Infirmière, GHEF, Equipe Mobile Psychiatrique du Sujet Agé
- Anne-Marie MAURAGE, Ergothérapeute, ESA CRF Nord 77, La Croix Rouge
- Christelle RAFFESTIN, Infirmière, GHEF, Equipe Mobile Psychiatrique du Sujet Agé
- Elodie ROUSTAN, Ergothérapeute, Equipe Spécialisée Alzheimer, Service de Soins Infirmiers A Domicile, Adref Résidence
- Amir SHAFIQUE, Directeur adjoint Pôle de Santé de Serris, HAD Nord Seine-et-Marne, LNA Santé
- Catherine SINCLAIR, cheffe de service, Unité de Soins Palliatifs, Hôpital Forcilles - Fondation Cognacq-Jay
- Isabelle SOURLIER, Directrice, Centre communal d'action sociale, Mairie de Villeparisis

## Sommaire

Accueil de Jour		7
Accueil de Jour Itinérant		8
Accueil Familial		9
CCAS - Centre Communal d'Action Sociale		10
Consultation de gérontologie		11
Consultation mémoire		12
Court Séjour Gériatrique - CSG		13
Dispositif d'Appui à la Coordination - DAC		14
EHPAD		15
Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs - EMASP		16
Equipe Mobile de Gériatrie - EMG		17
Equipe Mobile Psychiatrie Précarité - EMPP		18
Equipe Mobile Psychiatrique du Sujet Agé - EMPSA		19
Equipe Mobile Plaies et Cicatrisation - EMPC 77		20
Equipe mobile de réadaptation et réinsertion		21
Equipe Spécialisée Alzheimer - ESA		22
Hospitalisation A Domicile – HAD		23
Hospitalisation à Domicile de Réadaptation - HAD-R		24
Hospitalisation de Jour d'Evaluation Gériatrique - HDJ		25
Hôpital de Jour en Soins de Suite et Réadaptation - HDJ EN SSR		26
Hébergement Temporaire en EHPAD		27
Lits Identifiés Soins Palliatifs – LISP		28
MARPA Résidence autonomie pour personnes âgées		29
Maison Départementale des Solidarités – Service Sapha (Séniors, Aînés, Personnes Handicapées et Aidants / Service social départemental)		30-31
Pôle d'Activités et de Soins Adaptés - PASA (en EHPAD)		32
Centre d'Information et de Coordination- Point Autonomie (PAT-CIC)		33

## Sommaire

Plateforme Eval 77		34
Plateforme d'accompagnement et de répit		35
Le Programme d'Accompagnement au retour à domicile de la CPAM - PRADO		36
Résidence Autonomie		37-38
Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile - SAAD		39
Service social hospitalier		40
Service de Soins Infirmiers à Domicile - SSIAD		41
Service de Soins Infirmiers à Domicile Renforcé - SSIAD R		42
Service de Soins de Suite et Réadaptation gériatrique - SSR G		43
Service de Soins de Suite et Réadaptation Polyvalent SSR P		44
Unité Cognitivo Comportementale - UCC (en SSR)		45
Unité d'Hébergement renforcé – UHR en EHPAD		46
Unité de Soins Longue Durée - USLD		47-48
Unité Soins Palliatifs - USP		49
Index des besoins des personnes âgées et de leurs aidant		50



## MISSIONS

L'accueil de jour permet aux personnes vivant à domicile et atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'un trouble apparenté d'être accueillies une ou plusieurs journées par semaine dans une structure adaptée.

L'accueil de jour permet de :

- Maintenir et stimuler l'autonomie grâce aux activités proposées
- Préserver la socialisation
- Apporter un temps de répit aux aidants

Des activités variées sont mises en place :

gymnastique douce, atelier mémoire, cuisine thérapeutique, atelier créatif, soins esthétiques, chant, jardin thérapeutique, intergénérationnel...



## PUBLIC VISÉ

- Personnes souffrant d'une pathologie neurodégénérative diagnostiquée
- Personnes en perte d'autonomie physique



## COÛT

- Prix à la journée dont le coût est variable selon les établissements
- Possibilité d'aide financière au titre de l'APA, de l'aide sociale départementale et/ou certains fonds sociaux des caisses de retraites



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

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

## TROUVER UN ACCUEIL DE JOUR

Retrouvez la carte des accueil de jour sur Maillage 77

Pour trouver un accueil de jour :  
[trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/](http://trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/)



## CRITÈRES /CONDITIONS

- Faire une demande d'admission : constitution d'un dossier qui nécessite un avis du médecin traitant.
- Évaluation du dossier médical par le Médecin coordonnateur de la Résidence
- Visite de préadmission par l'IDE et/ou la psychologue
- Une journée d'essai est envisageable



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Infirmier(e) , Aide-soignant(e), Aide médico-psychologique, Auxiliaire de vie, Psychomotricien(ne), Ergothérapeute, Animateur géronto-sportif, Psychologue, Médecin, Travailleurs sociaux, Assistant de Soins en Gériatrie (ASG)

## INFO +

Possibilité sur certaines communes de faire appel à un Accueil de jour itinérant (voir fiche 2), à destination des personnes âgées qui vivent à domicile dans des villes sans structures hospitalières

## 2 ACCUEIL DE JOUR ITINÉRANT

### MISSIONS

Avec l'accueil de jour itinérant, les professionnels vont directement à la rencontre des personnes concernées dans leur environnement de proximité. L'objectif est de permettre aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et ou d'un trouble apparenté, vivant à domicile, dans une commune sans structure hospitalière de bénéficier des activités d'un accueil de jour.

L'accueil de jour permet de :

- Maintenir et stimuler l'autonomie grâce aux activités proposées : Ateliers cognitifs, créatifs, cuisine thérapeutique, motricité, chant, jeux de société, maintien des gestes de la vie quotidienne...
- Préserver la socialisation
- Apporter un temps de répit aux aidants

### PUBLIC VISÉ

Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées à un stade léger ou modéré et vivant à leur domicile

### COÛT

Les tarifs se composent de trois parties :

- le tarif journalier
- le prix du repas
- le tarif dépendance selon le GIR

### OÙ SE DÉPLACE L'ACCUEIL DE JOUR ITINÉRANT ?

Lundi à Boissy-le-Châtel

Mardi à Jouarre

Mercredi à Saint-Ouen-sur-Morin

Jeudi à Coulommiers

Vendredi à Crécy-la-Chapelle

### CRITÈRES /CONDITIONS

- Il est préférable que le diagnostic soit posé pour optimiser la prise en charge, mais ce n'est pas un critère exclusif.
- Une visite de préadmission sera réalisée au domicile de la personne à accueillir par l'infirmière coordinatrice en vue de définir les objectifs de l'accompagnement et le rythme de fréquentation.

### COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Infirmière coordinatrice, Assistants en soins gérontologiques, Psychologue, Ergothérapeute, Animateur

### DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Variable en fonction du projet de soins



## MISSIONS

L'accueil familial est une solution d'hébergement pour les personnes âgées ou les personnes en situation de handicap qui ne peuvent ou ne veulent plus vivre chez elles, momentanément ou définitivement.

C'est la possibilité d'être accueilli(e), à titre payant, dans une famille autre que la sienne, agréée par le Président du Conseil Départemental.

L'accueil peut être à titre temporaire (après une hospitalisation, en cas d'absence des proches...), permanent, séquentiel (par exemple tous les week-ends) ou en accueil de jour ou de nuit.

L'accueil familial constitue une alternative à l'hébergement en établissement



## COÛT

L'acceillant familial est le salarié de la personne accueillie.

La rémunération de l'acceillant est co-définie avec la personne âgée dans un contrat signé par les deux parties.

### Aides financières possibles :

- Pour les personnes âgées :

APA (allocation personnalisée d'autonomie), à demander au Département

Aide au logement, à demander à la CAF

ASH (l'aide sociale à l'hébergement), dossier à constituer auprès de sa commune d'origine.

- Pour les personnes en situation de handicap :

PCH (prestation de compensation du handicap) à demander à la MDPH

Aide au logement, à demander à la CAF / ASH (l'aide sociale à l'hébergement), dossier à constituer auprès de sa commune d'origine



## CRITÈRES /CONDITIONS

- Avoir un titre de séjour en cours de validité.
- Être âgé de plus de 60 ans ou être en situation de handicap.
- Avoir les capacités financières nécessaires pour rémunérer l'accueillant familial conformément au contrat type (rémunération, congés, hébergement, préparation des repas, entretien du linge, participation à la vie familiale, services, etc). A défaut des aides financières sont possibles
- Déposer une demande d'orientation auprès de la direction de l'autonomie.



## PUBLIC VISÉ

Personne âgée ou en situation de handicap



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Accueillant familial agréé



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Variable, selon les modalités définies dans le contrat

## INFO +

Renseignement auprès des SAPHA et CIC PAT

 **MISSIONS**

Le CCAS met en œuvre l'action sociale dite « facultative » selon la politique communale choisie.

Les actions proposées sont propres à chaque commune, elles peuvent concerner de façon spécifique les personnes âgées.

Le CCAS peut :

- Mettre en œuvre des actions d'animation ou de soutien : lutte contre l'isolement, maintien du lien social, accès à la culture et aux loisirs, actions de prévention
- Aider dans l'instruction de certains dossiers administratifs
- Attribuer des aides : Aide alimentaire, Aide financière ponctuelle
- Développer des activités de services à domicile (portage de repas...)

**PUBLIC VISÉ**

Tout public habitant sur la commune

**COÛT**

Pas de cout pour l'usager

**DURÉE ACCOMPAGNEMENT**

Indéterminée

**CRITÈRES /CONDITIONS**

Différentes en fonction des communes et des activités

**COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE**

En fonction des communes



## MISSIONS

Les consultations gériatriques proposent une prise en charge ambulatoire et constituent l'une des portes d'entrée du patient âgé dans la filière de soins gériatriques.

Ces consultations permettent d'anticiper l'évolution de la dépendance, d'informer sur les solutions à mettre en place afin d'éviter autant que possible les situations de crise.

Il ne s'agit pas de consultations d'urgence.

Les consultations d'évaluation gériatrique font le point :

- Sur l'ensemble des pathologies du patient (leur intrication faisant la complexité du suivi médical de la personne âgée),
- Sur sa situation à domicile (autonomie, environnement familial, aides, logement).

Missions :

- Dispenser une évaluation gériatologique standardisée afin de repérer le plus précocement possible les risques médicaux, les déficiences et affections les plus fréquentes après 70 ans.
- Permettre le diagnostic précoce, l'adaptation thérapeutique et le suivi des pathologies dont l'incidence augmente avec l'avancée en âge.



## CRITÈRES /CONDITIONS

Les patients âgés peuvent être dirigés par leur médecin traitant vers une consultation d'évaluation gériatrique notamment dans deux types de situations :

- Quand la situation devient compliquée à domicile du fait de la perte d'autonomie,
- Et/ou quand la complexité des pathologies nécessite une synthèse avec le regard spécialisé du médecin gériatre.



## PUBLIC VISÉ

Personne de plus de 75 ans



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin gériatre, Neurologue, Neuropsychologue



## COÛT

Prise en charge par l'assurance maladie et complémentaires santé

 **MISSIONS**

Les consultations mémoire sont organisées en milieu hospitalier. Elles permettent d'évaluer à l'aide d'un bilan complet, les troubles cognitifs comme par exemple les troubles de la mémoire ou du langage.

Missions :

- Affirmer le trouble mnésique, diagnostiquer avec fiabilité un syndrome démentiel et le type de démence,
- Rassurer les personnes exprimant une plainte mnésique, n'ayant pas de syndrome démentiel et leur proposer un suivi,
- Proposer des traitements spécifiques,
- Emettre des propositions de prise en charge et d'accompagnement spécifiques.

 **PUBLIC VISÉ**

Toute personne présentant des troubles de la mémoire et/ou des troubles cognitifs.

 **CRITÈRES /CONDITIONS**

Patient adressé par le médecin traitant ou autre spécialiste

 **COÛT**

Prise en charge par l'assurance maladie et complémentaires santé

 **COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE**

Médecin gériatre, Neurologue, Neuropsychologue

 **DURÉE ACCOMPAGNEMENT**

Consultation en moyenne d'1h30

## MISSIONS

L'unité de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète des patients souffrants de plusieurs pathologies chroniques invalidantes, pour :

- Evaluer la situation globale du patient à la fois médicale, paramédicale, psychologique et sociale, en lien avec les proches
- Traiter les pathologies dominantes et les pathologies associées déséquilibrées, pratiquer les soins non réalisables en ambulatoire, évaluer l'iatrogénie
- Evaluer la fragilité
- Envisager les conditions de vie ultérieure avec le patient et son entourage et contribuer à son organisation (Retour à domicile, Soins de Suite et de Réadaptation, Médico-social, Unité de Soins Longue Durée, Unité de Soins Palliatifs)

## COÛT

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

## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecins, Cadre de santé, Infirmier(e)s, Aides soignant(e)s, Agents de Service Hospitalier (ASH), Assistant(e) social(e) dédié(e), Kinésithérapeute, Diététicien

## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Hospitalisation complète durant 7 à 10 jours en moyenne

## CRITÈRES /CONDITIONS

Admission possible par :

- Entrée programmée via le médecin traitant
- Service d'accueil des urgences
- Autre service hospitalier

## PUBLIC VISÉ

Personnes de 75 ans et plus, polypathologiques présentant :

- Aggravation ou survenue d'une affection aiguë
- Pathologies chroniques invalidantes
- Pathologies neurodégénératives et somatiques

## MISSIONS

Le Dispositif d'Appui à la Coordination vient en appui des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux dans l'accompagnement de personnes dont la situation est dite « complexe ». Ces personnes cumulent plusieurs facteurs de complexité : polypathologie, isolement, précarité... Les équipes coordonnent le parcours de soins de ces personnes et favorisent ainsi leur maintien à leur domicile.

### Le DAC apporte un appui :

Aux parcours de santé individuels des personnes en situation complexe

- Informer et orienter les professionnels sur les offres sanitaires et médico-sociales du territoire
- Apporter un appui à la coordination des parcours de santé : évaluation multidimensionnelle de la situation de l'utilisateur, coordination des interventions auprès du patient en déclenchant les dispositifs du territoire nécessaires jusqu'à la stabilisation de la situation...
- Apporter son expertise dans les situations complexes notamment en soins palliatifs.

## CRITÈRES /CONDITIONS

Intervention avec l'accord du patient pour toute situation ressentie comme complexe.

Intervention pour tout âge, toute pathologie

## PUBLIC VISÉ

Tous les professionnels des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.  
Tous particuliers et leurs aidants

## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Équipe de coordination de parcours individuels : infirmières, médecins, psychologues, travailleurs sociaux

## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Aucune limite dans le temps.

## COÛT

Aucune participation financière des usagers ou des professionnels



## MISSIONS

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont des structures médicalisées qui accueillent des personnes âgées dépendantes, à temps complet ou partiel, de manière permanente ou temporaire.

- Héberger et accompagner individuellement les personnes fragiles et vulnérables
- Proposer des activités de loisirs et de maintien de l'autonomie et des liens sociaux
- Assurer une surveillance médicale et dispenser des soins
- Assurer les services de restauration et de blanchisserie



## COÛT

Le coût se décompose en 3 grandes catégories :

- Hébergement : à la charge du résident, variable en fonction des établissements, aide financière possible via ASH-APL
- Dépendance : aide financière possible via PCH ou APA (GIR 1 à 4)
- Soins : prise en charge par l'assurance maladie

A noter : on distingue

- Les EHPAD habilités au titre de l'aide sociale  
Dans les EHPAD habilités, le résidant dont les ressources sont insuffisantes peut bénéficier de l'aide sociale départementale. Cette aide est récupérable sur la succession.
- Les EHPAD non habilités

Dans les EHPAD non habilités, les résidents ne peuvent pas bénéficier de la prise en charge par l'aide sociale de leurs frais d'hébergements.

En revanche, ils peuvent bénéficier de l' APA.

## INFO +

Certains EHPAD proposent des solutions adaptées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés

En journée dans les pôles d'activités et de soins adaptés PASA (voir fiche 25) ou des solutions d'hébergement spécifique dans les Unités d'hébergement renforcé (voir fiche 38)



## CRITÈRES /CONDITIONS

Sur dossier d'admission



## PUBLIC VISÉ

- Personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien (se lever, prendre les repas...)
- Moins de 60 ans sous conditions



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin coordonnateur, Cadre de santé, Infirmier, Aides-soignants, Aides médico-psychologiques, Assistant en Soins de Gériatrie, Animatrices, Auxiliaire de vie , Accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs.



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

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

## TROUVER UN EHPAD

[trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/](https://trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/)  
[www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/)



## MISSIONS

Les EMASP tendent à améliorer la qualité de vie des patients souffrants.

Les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur aux patients et des autres symptômes inconfortables.

Les soins palliatifs peuvent être envisagés tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements comme la chimiothérapie et la radiothérapie.

Les EMASP interviennent, en collaboration avec les Unités d'hospitalisation, en proposant :

- Une évaluation globale de la douleur aboutissant à des propositions thérapeutiques et à leur mise en œuvre,
- Le développement de moyens non médicamenteux de traitement de la douleur (TENS, notamment),
- Le soutien du patient et de ses proches face aux difficultés engendrées.



## CRITÈRES /CONDITIONS

- Intervention sur demande en appui aux équipes intra-hospitalières
- Pas de substitution à l'équipe référente, accord médecin référent indispensable



## COÛT

Pas de coût pour l'utilisateur



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Indéterminée

Selon le projet de soin



## PUBLIC VISÉ

Personnes atteintes d'une maladie et d'une ou de polypathologies évolutives qui ne guériront pas, en l'état actuel des connaissances



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin SP, Infirmier(e), Psychologue, Secrétaire

## MISSIONS

L'équipe mobiles de gériatrie (EMG) intervient en équipe transversale auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les structures de coordination au domicile (Point autonomie Territorial, le Dispositif d'Appui à la Coordination) pour :

- Dispenser une évaluation médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique
- Contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatrique par le biais de conseils et de recommandations, la décision du projet de soins restant sous la responsabilité du médecin du service
- Orienter le patient dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux
- Participer à l'organisation de la sortie
- Conseiller, informer et former les équipes soignantes par la diffusion des bonnes pratiques gériatriques



## PUBLIC VISÉ

Personne âgée de 75 ans et plus en cours d'hospitalisation, à domicile, en structure d'hébergement (EHPAD, SSR...)



## COÛT

Pas coût pour le patient



## CRITÈRES /CONDITIONS

Sur demandes des professionnels en cas de situation complexe, difficulté de prise en charge

Interventions selon un secteur géographique précis



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin gériatre, Infirmier(e)s, Psychologue, Neuropsychologue, Secrétariat  
Auxquels peut s'ajouter Infirmière en Pratique Avancée



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Action ponctuelle en vue d'expertise et d'orientation  
L'EMG est un service transversal qui ne possède pas de lit.

## MISSIONS

L'EMPP est un dispositif de prévention permettant d'éviter de laisser sans réponse des personnes précaires sans domicile en grande difficulté face à l'accès aux soins.

Pour les personnes en situation de précarité/exclusion : faciliter la prévention, le repérage précoce, l'identification des besoins, orienter vers les structures de soins de droits communs.

Les EMPP se déplacent vers les personnes.

Pour les professionnels :

- Etayage pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes
- Sensibiliser les équipes aux problématiques psychiatriques
- Assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et médico-sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion,
- Accompagner la sortie des patients précaires stabilisés de psychiatrie vers les structures médicosociales.

## CRITÈRES /CONDITIONS

Sur sollicitation d'un professionnel et/ou sur la base d'un repérage et d'une évaluation menée par l'équipe auprès des publics à la rue ou accompagnés dans des dispositifs d'insertion ou d'urgence.

Pas de vocation à intervenir dans l'urgence

## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Psychiatre, Psychologue, Infirmière.e et Educateur.rice spécialisé.e

## COÛT

Pas de coût pour l'utilisateur

## PUBLIC VISÉ

- Publics à la rue ou accompagnés dans des dispositifs d'insertion ou d'urgence., présentant une souffrance psychique et /ou psychiatrique avérée ou non
- Professionnels du social, du sanitaire, du médico-social ayant besoin d'un appui en termes d'évaluation d'orientation vers la prise en charge en santé mentale

## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Indéterminée, dans l'attente d'un relais



## MISSIONS

L'équipe mobile psychiatrique du sujet âgé (EMPSA) a pour mission de contribuer à la prise en charge à domicile des personnes âgées présentant des troubles psychiques. Elle est susceptible d'intervenir à domicile, dans les EHPAD, les unités de soins somatiques, ou tout autre lieu.

L'EMPSA est une équipe mobile intersectorielle d'évaluation intervenant pour :

- Réaliser une évaluation psychiatrique (établir un diagnostic, identifier les symptômes et la dangerosité que le patient pourrait représenter pour lui-même et les autres)
- Proposer des orientations adéquates de la personne âgée (en consultation de Psychiatrie du Sujet Agé, en consultation mémoire, vers les Equipes Mobiles de Gériatrie, en hospitalisation, aux urgences en dernier recours)
- Collaboration et coordination entre les équipes pluridisciplinaires

Certaines équipes peuvent proposer en sus :

- Un suivi médical et/ou paramédical (en institution, à domicile, à l'hôpital afin d'assurer la fiabilité des soins)
- Assurer des consultations externes de psychiatrie et entretiens en unité d'hospitalisation



## PUBLIC VISÉ

Personnes âgées de 70 ans et plus présentant des troubles psychiatriques, en souffrance psychique



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Psychiatre, Cadre de santé , Infirmier(e) , Secrétaire



## COÛT

Pas de coût pour l'usager



## CRITÈRES /CONDITIONS

- Être domicilié sur le territoire d'intervention d'une des équipes (secteur psychiatrique)
- La demande d'intervention doit être réalisée en avec l'accord du médecin traitant



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

- Prise en charge à court ou moyen terme avant orientation, dans l'attente d'un relais
- L'équipe peut intervenir à plusieurs reprises et être ré-interpellée plus tard dans le temps

## MISSIONS

L'équipe mobile plaies et cicatrisation a pour mission générale d'améliorer la qualité des soins préventifs et curatifs des patients à risques ou porteurs de plaies à cicatrisation difficiles et de plaies chroniques, par une intervention auprès des professionnels de santé prenant en charge le patient.

L'objectif de l'équipe est :

- D'améliorer la prise en charge des patients porteurs de plaies chroniques tout au long de leur parcours de santé,
- De limiter les hospitalisations et de réduire les durées moyennes de séjour par un retour précoce au domicile,
- De développer la formation des professionnels de santé particulièrement en EHPAD.

(L'expert donne son avis médical sur des cas de plaies rencontrées sur le terrain. Il consulte les informations et données figurant dans le dossier du patient, ou les photos qui lui ont été adressées via une plateforme ou par messagerie sécurisée. En retour, il évalue la situation médicale et propose une stratégie sur les soins à réaliser, également via la plateforme, ou par messagerie sécurisée.)

## PUBLIC VISÉ

Patients adultes quel que soit l'état de santé physique ou psychique porteur de plaies chroniques.

## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin, infirmier, Cadre de santé infirmier

## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

L'équipe se rend disponible à chaque sollicitation pour évaluer la situation.

## CRITÈRES /CONDITIONS

L'équipe mobile plaies et cicatrisation intervient au sein du Nord Seine et Marne, à distance pour toutes demandes d'avis d'expert émanant d'équipe d'EHPAD, d'établissement Médico-Social, ou du domicile après l'accord du patient et du médecin traitant ou référent du patient.

Un accès au dossier médical du patient est nécessaire ainsi que des informations concernant la plaie et les difficultés rencontrées.

L'EMPC 77 étudie la demande et propose le plus rapidement possible une consultation à distance dans un premier temps.

## COÛT

Pas de coût pour le patient

## MISSIONS

L'Equipe Mobile de Réadaptation et de Réinsertion a pour mission de :

- Permettre au patient de retrouver un cadre de vie adapté suite à une hospitalisation,
- Favoriser le maintien à domicile des personnes,
- Faciliter et coordonner le parcours de soins du patient.

L'Equipe Mobile intervient pour :

- Evaluer les besoins d'adaptation de la personne dans son environnement,
- Apporter une aide à l'élaboration du projet de vie,
- Informer et orienter les professionnels et les aidants intervenants autour de la personne,
- Accompagner dans les démarches administratives.

## PUBLIC VISÉ

Toute personne à partir de 6 ans, domiciliée en Seine-et-Marne Nord, en situation de handicap provisoire ou permanent.

## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecins, Ergothérapeutes, Assistante sociale, Secrétaire

## COÛT

Pas de cout pour l'usager

## CRITÈRES /CONDITIONS

Intervention en établissement sanitaire, en établissement médico-social et à domicile.

Intervention sectorisée

Avec l'accord du patient

Pas de nécessité d'une reconnaissance MDPH



## MISSIONS

L'ESA réalise des séances de réhabilitation et d'accompagnement, au domicile de la personne, visant à améliorer ou à préserver l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne.

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

Dans ce cadre, l'ESA propose :

- Évaluation des facteurs personnels, facteurs environnementaux humains et matériels facilitateurs ou obstacles et les performances dans les activités quotidiennes
- Séances de soins de réhabilitation (1h) (activités cognitives, motrices, sensorielles...)
- Orientation : accompagnement, information, conseils aux aidants, mise en place de relais



## CRITÈRES /CONDITIONS

- Pas de critère d'âge
- Troubles entraînant des répercussions dans les activités de la vie quotidienne
- Habiter le territoire d'intervention de l'équipe
- Accord de la personne
- Sur prescription par un médecin généraliste ou hospitalier « 12 à 15 séances de soins d'accompagnement et de réhabilitation à domicile »
- Etre affilié à la sécurité sociale



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Psychomotricien(ne), Ergothérapeute, Assistant(e) soins en gérontologie, Infirmier(e) coordinateur(rice)



## COÛT

Pas de coût pour l'usager



## PUBLIC VISÉ

Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées diagnostiquée

Prise en charge des patients à un stade léger à modéré de la maladie (MMS > ou = à 15 )



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

12 à 15 séances sur 3 mois

Renouvelable chaque année si les objectifs correspondent toujours au cadre d'intervention

## TROUVER UN ESA

[trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/](http://trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/)



## MISSIONS

L'HAD est une modalité d'hospitalisation. L'HAD dispense au domicile des soins médicaux et paramédicaux continus, caractérisés par la complexité et la fréquence des actes.

Elle assure :

- Des soins complexes et coordonnés comportant une évaluation médicale au moins hebdomadaire, des soins techniques quasi-quotidiens,
- Des soins ponctuels, techniques et complexes fréquemment réitérés (chimiothérapie),
- Des soins continus, de durée non déterminée (pathologie évolutive),
- Des soins de réadaptation au domicile à durée déterminée (prise en charge après une phase aiguë).

En lien avec le médecin prescripteur, le médecin traitant.



## CRITÈRES /CONDITIONS

- Accord de la personne ou du tuteur et / ou l'entourage (l'absence d'entourage n'est pas à elle seule un critère d'exclusion)
  - Habiter sur le territoire d'intervention
  - Sur prescription médicale (Une hospitalisation n'est pas obligatoire pour la mise en place)
  - Après évaluation par le service HAD
  - Accord du médecin traitant s'il y a
  - Identifier les patients potentiellement éligibles : Outil d'Aide à la Décision d'Orientation des Patients en HAD
- <https://adophad.has-sante.fr/adophad/>



## COÛT

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

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



## PUBLIC VISÉ

Patients atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et /ou instables



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin(s) coordonnateur(s), Cadre de santé, Infirmier(e)(s), coordinateur(trice)(s), Aides-soignants(es), Psychologue, Assistante sociale  
Peuvent s'ajouter : Diététicien, Masseurs Kinésithérapeutes, Ergothérapeute, Orthophoniste, Psychologue, Gériatres, IDE Liaison  
Collaboration avec les professionnels libéraux (IDEL, Orthophoniste, Kinésithérapeute...)



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

En fonction du projet thérapeutique  
Permanence de soins 24h/24, 7j/7, astreinte de nuit avec déplacement selon les HAD

## TROUVER UN EHPAD

Retrouvez la Carte des secteurs d'intervention des HAD sur [Maillage 77 trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/](http://Maillage77.trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/)

## MISSIONS

L'HAD R organise une prise en charge journalière et coordonnée sur le lieu de vie des patients dans le domaine de la rééducation orthopédique et neurologique.

L'HAD-R permet de réaliser à domicile :

- Rééducation neurologique
- Rééducation orthopédique
- Prise en charge sociale et psychologique

Pathologies prises en charge :

- Atteintes d'origine neurologique (accidents vasculaires cérébraux, scléroses en plaques, traumatismes crâniens et les blessés médullaires...)
- Atteintes d'origine traumatique
- Suites de brûlures (gravité modérée demandant des soins quotidiens, gravité sévère dans la 2ème phase de réadaptation)
- Soins de suite gériatriques
- Suites d'amputation vasculaire des membres inférieurs

## CRITÈRES /CONDITIONS

- Avec l'accord du patient
- Sur prescription médicale avec accord du médecin traitant
- Via trajectoire (si demande émanant d'établissements sanitaires ou médico-sociaux)
- Intervention sur le lieu de vie : domicile, établissements d'hébergement collectifs.

NB : délai de mise en place en moyenne 48h

## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin coordonnateur, MPR , Cadre de santé, Aide-soignant, Assistant de service social, Kinésithérapeute, Ergothérapeute, Enseignant d'activité physique adaptée, Psychomotricien, Orthophoniste

## PUBLIC VISÉ

Personnes (quel que soit l'âge) présentant une ou plusieurs déficiences ou incapacités (quelle que soit la pathologie)

## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

En fonction du projet thérapeutique  
Permanence de soins 24h/24, 7j/7, astreinte de nuit avec déplacements selon les HAD

## COÛT

Pas de coût pour l'utilisateur

## TROUVER UNE HAD-R

[trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/](http://trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/)



## MISSIONS

L'Hospitalisation De Jour (HDJ) est une alternative à l'hospitalisation complète.

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

Elle comprend :

- Évaluation médico-psycho-sociale gériatrique et gérontologique à visée diagnostique afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée
- Surveiller et ajuster les thérapeutiques



## CRITÈRES /CONDITIONS

Orientation par :

- Le médecin traitant,
- Un spécialiste ou tout autre professionnel de santé avec l'aval du médecin traitant.



## PUBLIC VISÉ

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



## COÛT

Prise en charge par l'Assurance Maladie (AM) et les complémentaires santé. Sans reste à charge si prise en charge à 100%



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin, Infirmier, Psychologue, Neuropsychologue.

Auxquels peuvent s'ajouter un Diététicien, Psychomotricien ou Kinésithérapeute et Assistant de service social



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Accueil à la journée du lundi au vendredi



## MISSIONS

Prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

- Réévaluer et ajuster les traitements des pathologies chroniques déséquilibrées, éducation thérapeutique du patient et de son entourage
- Réadapter les capacités motrices, stimuler les capacités cognitives, réadapter à la vie sociale
- Soutenir en informant et soutien aux aidants
- Ajuster les aides au domicile au regard des observations et évaluation de l'autonomie faites au cours de la prise en charge
- Préparer à l'entrée en institution selon le projet de vie



## CRITÈRES /CONDITIONS

Admission par entrée programmée, service d'accueil des urgences ou autre service hospitalier ou professionnel de structures médico-sociales

Orientation par :

- Le médecin traitant
- Le médecin coordonnateur EHPAD, DAC



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin, Équipe soignante (aide-soignant, infirmier(e)), Psychomotricien, Kinésithérapeute, Assistant(e) social(e) APA, Neuropsychologue, Ergothérapeute, Orthophoniste, Equipe hôtelière et administrative



## PUBLIC VISÉ

Personnes présentant des pathologies chroniques invalidantes nécessitant une rééducation fonctionnelle /neurologique / gériatrique / orthopédique



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Hospitalisation en ambulatoire à la journée durant 4 à 6 semaines en moyenne



## COÛT

Prise en charge par l'Assurance maladie et les complémentaires santé.  
Prise en charge à 100% pour les personnes en ALD.



## MISSIONS

L'hébergement temporaire est une solution d'hébergement de courte durée en EHPAD.

Il permet d'accueillir la personne pour un besoin ponctuel. Il peut également préparer la personne âgée à un hébergement en EHPAD permanent.

L'hébergement temporaire a pour missions :

- Avec les proches et les autres acteurs du soutien à domicile, de faire le point sur la situation de la personne âgée et sur ses besoins ,
- De donner des conseils ponctuels aux aidants et de les soutenir dans l'orientation vers les dispositifs de soutien et d'aide existant sur le territoire,
- De mettre en place un projet individualisé en veillant à préserver l'autonomie de la personne âgée, soit pour préparer le retour à domicile, soit pour préparer une institutionnalisation,
- Selon le projet de vie, préparer l'entrée en EHPAD.

Actions proposées : Séance de rééducation, thérapies non médicamenteuses, activités sociales, culturelles, ludiques

Attention : cette solution n'existe pas dans tous les EHPAD

A noter : L'Hébergement Temporaire peut également se pratiquer en Résidence autonomie et en accueil familial



## PUBLIC VISÉ

Personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis en raison d'une situation particulière telle que des travaux d'adaptation du domicile, absence des aidants, transition entre une hospitalisation et le retour à domicile...



## COÛT

Le coût global se décompose en deux parties, le tarif hébergement et le tarif dépendance.

Les séjours en hébergement temporaire peuvent faire l'objet d'une participation de l'A.P.A Etablissement ou de certaines caisses de retraite complémentaires, voir dans certains cas très particuliers, de l'aide sociale à l'hébergement.

## TROUVER UN HEBERGEMENT TEMPORAIRE

[trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/](http://trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/)



## CRITÈRES /CONDITIONS

- Accord de la personne
- Sur dossier : Cerfa 14732\*03 avec le volet médical à faire remplir par un médecin
- Visite de préadmission après validation du médecin coordonateur.
- Demande possible sur Via Trajectoire
- Nécessité d'anticiper la demande
- Chaque séjour fait l'objet d'un contrat signé entre l'établissement et la personne accueillie



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin coordonateur, Infirmière coordinatrice, Infirmier(e)s  
Aides-soignantes, Psychomotricien(ne), Ergothérapeute, Psychologue



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

La durée maximum d'accueil à titre temporaire est de 90 jours sur une année mais peut varier de 3 semaines à 3 mois consécutifs.



## MISSIONS

Les lits identifiés de soins palliatifs (LISP) se situent dans des services qui sont confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents, mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs. L'individualisation de LISP au sein d'un service ou d'une unité de soins permet d'optimiser son organisation pour apporter une réponse plus adaptée à des patients qui relèvent de soins palliatifs et d'un accompagnement, comme à leurs proches. Les LISP assurent la prise en charge des patients dont l'état nécessite des soins palliatifs, sans se trouver pour autant dans une situation trop complexe. En termes de clinique ou d'éthique (pas de nécessité au recours systématique à une expertise ou un plateau technique) Les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur aux patients et des autres symptômes inconfortables.



## CRITÈRES /CONDITIONS

- Avec avis des proches de la personne malade
- Avec avis du médecin prenant en charge habituellement le patient ou du médecin « référent » du service.
- Sur une évaluation globale médico-psychosociale du patient



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Référent soins palliatifs, médecin, soignants

## TROUVER DES LISP

CORPALIF : <https://www.corpalif.org>



## PUBLIC VISÉ

Patients relevant d'une démarche palliative et leurs proches



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Selon le projet de soin



## COÛT

Pas de coût pour l'utilisateur



## MISSIONS

Il s'agit de résidences autonomie qui s'appuient sur un label attribué par la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

Ces établissements sont de taille modérée, adaptés pour les personnes à mobilité réduite et dotés d'appartements individuels et personnalisables. Les chambres sont individuelles ou pour couple (conjoint ou parent).



## CRITÈRES /CONDITIONS

Admission sur dossier. (Dans certains cas, il peut y avoir une liste d'attente)

Bien que le label Marpa émane de la MSA, il n'est pas nécessaire d'être issu du monde agricole pour s'y inscrire



## COÛT

Le prix comprend :

- La redevance locative,
- Les charges mutualisées.

Les prestations de repas et de blanchissage sont facultatives.

Possibilité d'aide à la prise en charge en établissement seniors via :

Allocation personnalisée au logement (APL) délivrée par la CAF, l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) et l'Aide Social à l'Hébergement (ASH) pilotées par le Conseil Départemental



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Responsable de la MARPA et agents polyvalents d'accompagnement



## PUBLIC VISÉ

Personnes âgées de plus de 60 ans, autonome (niveau de perte d'autonomie évalué en GIR 5 ou 6 à l'entrée)



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Il existe plusieurs types d'hébergement en MARPA

- Hébergement permanent
- Hébergement temporaire
- Accueil à la demi-journée

## SERVICE SAPHA SENIORS, AINÉS, PERSONNES HANDICAPÉES, AIDANTS

### MISSIONS

Le service SAPHA est un service social d'expertise à destination des personnes âgées en perte d'autonomie, d'un public en situation de handicap (adultes et enfants) et des aidants.

#### Missions :

- Accueil et information sur les dispositifs Personnes Agées /Personnes en situation de Handicap (évaluation des droits notamment APA, complétude et instruction des dossiers...). Aide à la mise en œuvre des droits.
- Accompagnement social individuel du public cible, dont en partie des bénéficiaires du RSA présentant une problématique de perte d'autonomie : dossier MDPH, APA, ASPA...Soutien à la parentalité.
- Evaluation des informations préoccupantes Personnes Majeures Vulnérables et d'enfants en danger ou risque de danger si l'enfant est porteur de handicap et/ou si l'un des parents l'est également en binôme avec autre service de la MDS (Service social départemental, Protection Maternelle et Infantile ou Aide Sociale à l'Enfance)
- Soutien aux aidants
- Agrément et suivi des accueillants familiaux

### CRITÈRES /CONDITIONS

- Etre domicilié (e) dans une commune relevant du territoire de la Maison Départementale des Solidarités concernée
- A la demande des usagers prioritairement et des Aidants
- Sur orientation de professionnels de la MDS ou de partenaires

### COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Chef de service, Assistante, Référents parcours de formation, assistant(e) de service social(e) : Educateur.rice spécialisé.e, Conseiller économie sociale et familiale (CESF), Infirmier(e).

### PUBLIC VISÉ

- Adultes et enfants en situation de handicap
- Bénéficiaires RSA avec une problématique prégnante de santé, situation de handicap, suspicion d'incurie.
- Personne de plus de 60 ans avec une perte d'autonomie, problématique de santé, projet retraite
- Proches Aidants

### COÛT

Pas de coût pour l'utilisateur

### DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Variable selon la situation de l'utilisateur

## SERVICE SOCIAL DÉPARTEMENTAL



### MISSIONS

- Accueil et information des usagers concernant l'accès aux droits (en dehors des droits relatifs au handicap ou à la perte d'autonomie APA par ex)
- Accompagnement social individuel des Bénéficiaires du RSA (pouvant avoir une problématique de handicap ou de santé) mais ayant besoin d'être soutenu dans d'autres difficultés : accès à l'emploi, difficultés budgétaires, soutien à la parentalité, aide à l'accès/maintien dans le logement...
- Evaluation de situation de majeur vulnérable ou de mineur en situation de handicap possible avec le SAPHA



### CRITÈRES /CONDITIONS

- Être domicilié (e) dans une commune relevant du territoire de la Maison Départementale des Solidarités concernée
- Sur demande de l'utilisateur
- Sur orientation d'un autre service de la MDS (SAPHA) ou d'un partenaire avec fiche de liaison



### DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Variable selon la situation de l'utilisateur



### COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Chef de service, secrétaire, Travailleurs sociaux, Technicien d'intervention social et familial, Conseiller économie sociale et familiale



### PUBLIC VISÉ

Tout public



### COÛT

Pas de coût pour l'utilisateur



## MISSIONS

Le PASA est un espace aménagé dans un EHPAD, dédié à l'accueil des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies neuro-dégénératives durant la journée.

Il a pour objectif d'offrir un accompagnement spécifique et personnalisé en fonction des besoins des résidents, notamment pour faire diminuer les manifestations de l'humeur et les troubles du comportement.

Le PASA propose des activités individuelles ou collectives avec un maintien et/ou une réhabilitation des fonctions sensorielles (ergothérapie, stimulation mémoire, activité physique, activités de maintien du lien social...).

Un PASA accueille au maximum 14 résidents.



## CRITÈRES /CONDITIONS

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

La décision d'une entrée dans le PASA est prise par l'équipe du PASA et validée par le médecin coordonnateur de l'EHPAD.

Avec consentement du résident.



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Assistant de Soins en Gérontologie (ASG), Ergothérapeute, Psychomotricien.

Possibilité d'intervention des professionnels de l'EHPAD : Médecin, Infirmier Diplômé d'État (IDE), Psychologue, etc...



## PUBLIC VISÉ

Résidents de l'Ehpad atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, ayant fait l'objet d'un diagnostic, présentant des troubles modérés du comportement (ex. apathie, troubles de l'appétit, indifférence, anxiété, irritabilité ou instabilité de l'humeur...).

Résidents mobiles (capables de se déplacer seuls y compris en fauteuil roulant)



## COÛT

Pas de surcoût pour le résident



## MISSIONS

Le CIC-PAT assure des missions en direction des usagers et des professionnels :

- Accueil, information, orientation et soutien du public (remise de dossier ou document, information sur une démarche, orientation...)
- Evaluation des besoins de la personne, élaboration d'un plan d'aide personnalisé ou de compensation (réponse technique individualisée et situationnelle)
- Expertise, coordination et accompagnement des situations fragiles

Le CIC-PAT :

- Met en œuvre une couverture territoriale, permet une accessibilité aux droits, une bonne articulation des professionnels
- Mobilise et anime le territoire
- Développe des actions collectives (formation des professionnels, sensibilisation de la population à des démarches de santé publique ...)



## CRITÈRES /CONDITIONS

Sans condition particulière



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Travailleurs sociaux, Coordinateurs de parcours  
Agents d'accueil



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Sans limite



## PUBLIC VISÉ

- Personnes en situation de handicap (enfants et adultes)
- Personnes de plus de 60 ans
- Aidants



## COÛT

Pas de coût pour l'utilisateur

## MISSIONS

Eval 77 assure en tant que guichet unique la coordination des évaluations des besoins des retraités fragilisés (GIR 5 et GIR 6) sur le département de la Seine-et-Marne et ce pour plusieurs Caisses (CNAV, MSA, CNRACL, CMCAS).

Elle évalue la situation de la personne et son besoin d'aide de la personne âgée via des outils (Grille AGGIR, dossier d'évaluation)

Si la personne relève d'un GIR 6 ou 5 évalué : élaboration d'un plan d'aide pour recourir à des services permettant le maintien au domicile et /ou prévenir la perte d'autonomie : aides humaines, aides techniques, aide au maintien du lien social, autres types de service, aide à la réalisation de travaux d'adaptation d'aménagement du logement.

## CRITÈRES /CONDITIONS

- Être retraité(e) et relever majoritairement d'un régime de retraite (CNAV, MSA, CMCAS ou CNRACL), de dépendre de l'Assurance retraite.

-Être autonome mais présenter des conditions de vie, des ressources, un âge ou un état de santé créant une situation de fragilité et rendant nécessaire le recours à une aide pour le maintien à domicile.

- Résider en Seine-et- Marne.

La demande peut-être formulée par un professionnel ou par la personne/ entourage au moyen du dossier Bien vieillir ou du document CERFA ARDH/CERFA ASIR.

## ACTIONS CIBLÉES PERSONNES AGÉES

Organisation d'actions collectives de prévention (ateliers mémoire, nutrition, équilibre) conférences, forums, etc.)

## INFO +

[www.lassuranceretraite.fr/portail-info/home.html](http://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/home.html)

## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Travailleurs sociaux

## PUBLIC VISÉ

Retraités

## COÛT

Participation de la CNAV en fonction des ressources de la personne ou du couple (et du conjoint si couple)

## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

de 3 mois (pour les demandes urgentes types sortie d'hospitalisation ou situation de rupture) à 12 mois.



## MISSIONS

Dispositif offrant une palette diversifiée de solutions de répit pour tous les aidants familiaux.

Les plateformes d'accompagnement et de répit:

- Informer et orienter sur les dispositifs de répit existants (ex : formation des aidants)
- Proposer des activités pour le couple aidant/aidé
- Libérer du temps à l'aidant (aide à la mise en place de temps de répit à domicile)
- Écouter et soutenir psychologiquement l'aidant (ex : soutien individuel, groupe de parole)



## CRITÈRES /CONDITIONS

Être domicilié dans une commune relevant du territoire de la plateforme de répit



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Infirmière, coordinatrice, Psychologue, Aide médico-psychologique ou Assistant de soins en gérontologie



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Pas de limitation dans le temps



## PUBLIC VISÉ

Aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée vivant à domicile



## COÛT

Pas de cout pour l'accompagnement  
Une participation financière peut-être demandée pour certaines activités

## TROUVER UNE PLATEFORME DE RÉPIT

Retrouvez la carte des secteurs d'intervention des Plateformes d'Accompagnement et de Répit sur Maillage 77



## MISSIONS

Ce service permet d'anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile après l'hospitalisation et fluidifier le parcours hôpital-ville.

Un conseiller de l'Assurance Maladie va à la rencontre du patient hospitalisé, déclaré éligible au Prado par l'équipe médicale hospitalière, pour lui présenter l'offre et recueillir son adhésion avant sa sortie.

Le médecin traitant est alors contacté par le conseiller qui l'informe de l'adhésion de son patient au service et propose de planifier à 7 jours un premier rendez-vous. Le conseiller de l'Assurance Maladie prend également contact avec tous les professionnels de santé de soins primaires pour initier le suivi du patient en lien avec le motif de son hospitalisation après son retour à domicile.

Une aide-ménagère et/ou un portage de repas peuvent également être organisés en lien avec les services sociaux hospitaliers.



## CRITÈRES /CONDITIONS

L'éligibilité au Programme est déterminée par l'équipe médicale hospitalière le jour de la sortie selon des critères médicaux-sociaux bien définis (besoin de soins et autonomie de la personne).

L'établissement de santé doit avoir conventionné avec la CPAM.



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Conseillers de l'Assurance Maladie



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Un mois à compter du retour à domicile



## PUBLIC VISÉ

- Patients hospitalisés pour une chirurgie, une insuffisance cardiaque, une BPCO ou victime d'un AVC avec un retour au domicile en sortie d'hospitalisation (hors structure d'hébergement)
- Personnes âgées de plus de 75 ans pour tout motif d'hospitalisation



## COÛT

Pas de coût pour l'utilisateur

## INFO +

[www.ameli.fr/seine-et-marne/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado](http://www.ameli.fr/seine-et-marne/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado)

### MISSIONS

Les résidences autonomie sont des établissements destinés à accueillir des personnes âgées autonomes. Des services collectifs (repas, animations, télé-surveillance, service de blanchisserie ...) et un accompagnement individualisé caractérisent ces structures conçues pour accueillir dans des logements privés, des seniors souhaitant vivre dans un cadre sécurisé et riche de rencontres et d'animations (dont la programmation d'actions collectives de sensibilisation au maintien de l'autonomie). Ces établissements non médicalisés permettent également une alternative aux personnes ayant des difficultés en termes de maintien à domicile, notamment en ce qui concerne l'entretien d'une maison, la baisse de revenus, la difficulté d'accès aux commerces, le sentiment d'isolement, l'éloignement avec la famille ...

Bon à savoir :

Possibilité de faire appel aux intervenants à domicile pour des soins médicaux, des soins courants (SSIAD, médecins-infirmiers libéraux...) et de l'aide à domicile.

### CRITÈRES /CONDITIONS

- Retraités âgés de 60 ans ou plus, autonomes (GIR 5 et 6).
- Moins de 60 ans sous dérogation.
- Constitution d'un dossier de pré admission.
- Étude des dossiers en commission d'attribution

Si la résidence autonomie est un établissement relevant d'une structure communale, la priorité peut être donnée aux résidents de la commune ou aux candidats dont la famille (notamment les enfants) réside sur le territoire.

### PUBLIC VISÉ

- Retraités autonomes
- Personnes seules ou couples

### COÛT

Prix variable selon les résidences ;

Le coût se décompose en différentes parties : Le loyer ou redevance ; les charges locatives, les frais liés aux prestations incluses ou facultatives (restauration, téléassistance, sorties extérieures...).

Selon la convention de l'établissement, il est possible de bénéficier de l'Aide Pour le Logement (APL) ou de l'Allocation de Logement Social (ALS) et de l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH). Une demande d'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA) peut également être engagée via les services sociaux.



### DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Pas de limitation de durée.

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

### INFO +

[Résidence autonomie ≠ Résidence service](#)

Les résidences services proposent des logements privés pour les personnes âgées associés à des services collectifs.

Toutefois, alors que les résidences autonomie appartiennent à la catégorie des établissements et services sociaux et médico-sociaux; les résidences service sont principalement gérées par des structures privées commerciales. Les occupants ne peuvent pas y bénéficier de l'ASH.

Autre solution d'hébergement : les MARPA (Fiche 23)



### COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Responsable, Agent d'accueil, Agent de service, Equipe de restauration, Animateur, Agents d'astreinte.

### TROUVER UNE RÉSIDENCE AUTONOMIE

[www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/  
trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/)



## MISSIONS

Le service d'aide et d'accompagnement à domicile intervient notamment auprès des personnes âgées ou en situation de handicap, de familles pour :

- Accompagnement dans les activités domestiques : entretien courant du logement, entretien du linge, courses, préparation des repas
- Accompagnement et aide dans les actes essentiels pour personnes âgées ou handicapées : aide à la toilette, levers et couchers, aide à la marche, aide à la prise de repas
- Accompagnement et aide dans les activités sociales : sorties, participation à des activités de loisirs, aides aux démarches administratives, séances de stimulation cognitives

Les prestations favorisent le maintien à domicile, la préservation de l'autonomie et d'activités sociales dans le cadre de vie habituel de la personne et dans les meilleures conditions possibles



## CRITÈRES /CONDITIONS

Sur sollicitation de l'utilisateur, de sa famille, d'un professionnel après évaluations des besoins et recherche de prises en charge si nécessaire

Être solvable



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Auxiliaire de vie sociale, Employé à domicile, Aide à domicile Responsable de service, fonctions support ou assistant au Responsable de secteur, Directeur de structure.

Peuvent s'ajouter :

Aide médico psychologique, Technicien de l'intervention sociale et familiale, Opérateur de téléassistance



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Pas de limitation dans le temps



## PUBLIC VISÉ

Personnes âgées, en situation de handicap ou souffrant de maladie chronique ayant besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne.



## COÛT

Coût horaire variable en fonction du SAAD et de la prise en charge

Possibilité d'aide financière par :

Participation du Conseil départemental selon le degré de dépendance et les ressources (GIR 1 à 4), ou des caisses de retraites (GIR 5 & 6)

- Prises en charge possibles via les mutuelles ou certains contrats d'assurance
- Taux plein si aucune prise en charge
- Réduction ou un crédit d'impôt possible

## MISSIONS

Le service social hospitalier a pour mission l'accueil, l'écoute, le soutien, l'information et l'orientation du patient pour prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées liées à l'hospitalisation ou la maladie.

Il assure la coordination avec d'autres institutions ou services sociaux et médico-sociaux pour l'instruction des mesures d'actions sociale.

### Il intervient sur :

- Accès aux soins : recherche d'une couverture sociale, régularisation des prises en charge des soins..
- Accès aux droits : information sur les droits potentiels, protection des personnes majeures, aide à la constitution de dossiers administratifs handicap, vieillesse, retraite..
- Aides financières : demande auprès de divers organismes en fonction des besoins : aide à la vie quotidienne, aide aménagement du logement..
- Préparation de la sortie du patient : organisation des soins et des aides à domicile, orientation et recherche d'un service de soins de suite, aide aux démarches en entrée en institution..
- Protection des personnes vulnérables : conseil, demande de protection juridique

## CRITÈRES /CONDITIONS

Sur orientation de l'équipe soignante ou à la demande du patient  
Sur rendez-vous (peut différer selon l'organisation interne)

## PUBLIC VISÉ

Personnes hospitalisées et entourage

## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Travailleurs sociaux, secrétaires

## COÛT

Pas de coût pour l'utilisateur

## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Temps de l'hospitalisation

## MISSIONS

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

Les aides soignants et infirmier(e)s assurent :

- Soins d'hygiène de confort et relationnels, de prévention, d'aide à la mobilisation et aux transferts
- Soins techniques, actes médicaux infirmiers (ex : pansements, injections, prélèvements, perfusions, préparation et distribution des traitements...)

Le SSIAD intervient à domicile ou dans des établissements non médicalisés (résidence autonomie, foyer de travailleurs migrants, ...) en étroite collaboration avec le médecin traitant et autres intervenants du cercle de soin ou d'aide.

Dans la continuité des soins apportés le SSIAD propose un accompagnement médico-psychosocial.

## CRITÈRES /CONDITIONS

- Accord de la personne
- Etre domicilié sur le territoire d'intervention
- Sur prescription médicale : « soin d'hygiène corporelle par une infirmière ou une auxiliaire médicale » éventuellement préciser la fréquence et à partir de 20h si passage de nuit
- Le nombre d'interventions nécessaires doit être de 3 à 14 fois par semaine
- Évaluation par le service SSIAD
- Justifier d'une couverture d'assurance sociale (CPAM, AME, CMU...)

## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Responsable de service, Infirmière coordinatrice, Infirmières,

Aide-soignante intervenant par délégation de l'infirmière

Peuvent s'ajouter : Assistant en soins de gérontologie, Ergothérapeute, Psychomotricien

## INFO +

Relai post ESA

## PUBLIC VISÉ

Personnes âgées de plus de 60 ans, personnes en situation de handicap sur dérogations, La demande doit obligatoirement comporter des soins d'hygiène corporelle

## COÛT

Le coût des soins est pris en charge par l'assurance maladie si les droits sont ouverts. Les prestations des professionnels sont prises en charge.

Le matériel, les protections, les alèses et les consultations reste à la charge de la personne.

Le matériel d'aide technique est pris en charge par la caisse d'assurance maladie ou reste à charge du bénéficiaire.

## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Pas de limitation dans le temps

## INFO ++

Retrouver la carte des territoires d'intervention des SSIAD sur Maillage 77 41



## MISSIONS

L'objectif des SSIAD renforcé est de soutenir le développement d'une «offre intermédiaire» de prise en charge des soins infirmiers pour les personnes dont la dépendance augmente et dont la prise en charge par le SSIAD classique se révèle insuffisante mais qui ne nécessite pas une intervention HAD.

Les SSIAD Renforcés assurent des soins infirmiers hautement techniques et nécessitant une coordination.

Ils réalisent des interventions quotidiennes au domicile, plus fréquentes et plus importantes en durée qu'un SSIAD.

Il est possible de mettre en place des binômes de soins de façon plus importante lorsque la situation le nécessite.



## CRITÈRES /CONDITIONS

- Intervention sur prescription médicale
- Avec accord de la personne
- Etre domicilié sur le territoire d'intervention
- Nécessité d'assurer plusieurs interventions par jour ( $\geq$  à 3 passages par jour)



## COÛT

Le coût des interventions pour les soins est entièrement financé par l'Assurance Maladie. Il n'y a pas d'avance de frais demandée à la personne. Le matériel nécessaire aux soins et les médicaments (ex: pansements, équipement médical...) font l'objet d'une prescription médicale et du financement habituel de la personne (Assurance Maladie, complémentaire santé...).



## PUBLIC VISÉ

- Personnes de + de 60 ans présentant une forte dépendance et nécessitant plusieurs interventions par jour ( $\geq$  à 3 passages par jour),
- Patients diabétiques insulino-dépendants nécessitant au moins 2 injections par jour,
- Patients en soins palliatifs,
- Patients présentant une forte dépendance (maladie neurodégénérative invalidante, victimes d'AVC, présentant des poly pathologies...).



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Infirmier, Infirmier coordinateur, Aide-soignant



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Pas de limitation dans le temps



## MISSIONS

Le SSR gériatrique assure la prise en soins des patients, soit dans les suites d'une hospitalisation en court séjour, soit par accès direct du domicile ou d'une structure médicosociale. Il offre une prise en charge globale destinée à permettre au patient de retourner dans son lieu d'habitation, ce sont des lieux de réadaptation.

Les objectifs sont :

- Evaluation de la fragilité, Evaluation cognitive
- Evaluer et limiter les conséquences fonctionnelles de l'aggravation de pathologies évolutives.
- Soins médicaux curatifs ou palliatifs
- Ajuster des thérapeutiques, de renutrition, de diagnostic et de traitement des pathologies déséquilibrées
- Assurer la rééducation et la réadaptation pour limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux
- Assurer la sortie du milieu hospitalier si possible par un retour à domicile adapté ou organiser toute autre solution relai d'hébergement
- Accompagnement et préparation à l'entrée en EHPAD ou USLD quand le retour à domicile n'est plus possible
- Assurer l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage



## CRITÈRES /CONDITIONS

- Procédure de préadmission, sous réserve d'acceptation du dossier médical (dossier via TRAJECTOIRE SANITAIRE)

La personne doit :

- Avoir fait l'objet d'un bilan médico-psychosocial, évaluation de l'autonomie
- Sortir d'une hospitalisation en établissement de santé,
- Venir du domicile pour une approche programmée

Sur demande d'un médecin (par Via Trajectoire depuis un établissement, DAC, sur prescription pour un médecin traitant)

Ouverture des droits à la sécurité sociale

Sous réserve de places disponibles



## PUBLIC VISÉ

Personnes âgées de 75 ans et +, polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin gériatre, Cadre de santé , Infirmier(e)s , aides-soignant(e)s , Assistant(e) de service social, Masseur- kinésithérapeute, Ergothérapeute, Diététicien, Psychologue, Animateur



## COÛT

Prise en charge par l'assurance maladie si les droits sont ouverts à 100%.  
Sinon le coût des soins est pris en charge à 80% . Les 20% restant à la charge de la personne en l'absence de mutuelle.  
Le coût hôtelier fait partie du forfait journalier, à la charge de la personne en l'absence d'une complémentaire santé.



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Selon le projet thérapeutique (en moyenne de 35 à 45 jours)



## MISSIONS

Au sein des parcours de santé, les soins de suite et de réadaptation polyvalents trouvent leur place et contribuent à la fluidité de « l'après-hôpital ». Ce sont des lieux de réadaptation.

### Les missions :

- Assurer les soins médicaux, curatifs ou palliatifs
- Assurer la rééducation et la réadaptation
- Aider le patient à recouvrer le meilleur potentiel de ses moyens physiques, cognitifs et psychologiques. L'objectif est, autant que possible, la restitution intégrale de l'organe lésé ou le retour optimal à sa fonction.

Si les limitations des capacités du patient s'avèrent irréversibles, permettre au patient de s'adapter au mieux à ses limitations et pouvoir les contourner autant que possible.

- Assurer l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage
- Préparer et l'accompagner à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

La sortie est réalisée très en amont au cours du séjour. Elle finalise les objectifs du projet thérapeutique personnalisé. Elle implique une collaboration entre les différentes structures de soins de la filière concernée, les professionnels de santé libéraux et les proches du patient.



## CRITÈRES /CONDITIONS

- Admission sur dossier VIA TRAJECTOIRE SANITAIRE sur prescription médicale, par le service social des urgences ou autre service hospitalier
- Ouverture des droits à la sécurité sociale
- En fonction des places disponibles

Projet thérapeutique et social définis dès l'entrée



## COÛT

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

Le coût hôtelier fait partie du forfait journalier, à la charge de la personne en l'absence d'une complémentaire santé.



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

En fonction du projet thérapeutique (en moyenne 35 jours)



## PUBLIC VISÉ

- Personnes adultes présentant des risques particuliers de décompensation, polyopathologiques chroniques, invalidantes
- Risque d'installation ou d'aggravation d'une déficience entraînant une dépendance physique ou psychique
- Personne hospitalisée en court séjour ou vivant au domicile et dont le projet thérapeutique et social ne nécessite pas les moyens techniques et humains d'un SSR spécialisé.



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin, Cadre infirmier, Infirmiers, Aides-soignants, Agents d'entretien, Assistantes sociales, Pharmacien, Masseurs-kinésithérapeutes. Auxquels peuvent s'ajouter Psychomotricien, Ergothérapeute, Educateurs sportifs



## MISSIONS

L'Unité cognitive comportementale (UCC) est située en Soins de Suite et Réadaptation (SSR), dans un secteur sécurisé.

L'UCC a pour objectif de :

- Stabiliser les troubles de comportement grâce à un programme individualisé de réhabilitation cognitive et comportementale
  - Assurer les soins à l'origine de la situation de crise en l'absence d'une indication de court séjour en spécialité d'organe ou de réanimation
- L'organisation des soins et les locaux de ces unités sont adaptés aux besoins des patients



## CRITÈRES /CONDITIONS

Procédure de préadmission, sous réserve d'acceptation du dossier médical

- Avoir fait l'objet d'un bilan médico-psychosocial, évaluation de l'autonomie
- Sortir d'une hospitalisation en établissement de santé
- Venir du domicile pour une approche programmée, ou substitut du domicile (EHPAD, USLD)

Sur demande d'un médecin (par Via Trajectoire depuis un établissement, DAC, sur prescription pour un médecin traitant)

- Ouverture des droits de sécurité sociale
- Sous réserve de places disponibles



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Variable suivant l'état du patient, mais reste limitée.



## PUBLIC VISÉ

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

- Mobilité (patient valide)
- Agressivité
- Troubles du comportement productif (hyperémotivité, hallucinations, troubles moteurs, agitation, troubles du sommeil graves)



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin, Psychologue, Psychomotricien, Ergothérapeute, Assistant en soins de gériatrie, Infirmier.e  
Éventuellement Psychiatre



## COÛT

Pas de coût pour l'utilisateur



## MISSIONS

L'Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) est lieu aménagé au sein de certains EHPAD, qui accueille nuit et jour des personnes âgées ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée, entraînant des troubles importants du comportement, qui altèrent leur sécurité et leur qualité de vie.

La conception architecturale de l'UHR est pensée pour réduire l'agitation et favoriser l'orientation et la déambulation des personnes.

L'UHR propose des activités individuelles ou collectives pour :

- Maintenir et réhabiliter les capacités fonctionnelles et cognitives des résidents (ergothérapie, cuisine, activités physiques, stimulation, musicothérapie...)
- Réduire ou faire disparaître les troubles comportementaux pour réintégrer si possible un lieu de vie classique

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



## CRITÈRES /CONDITIONS

L'admission en UHR se prend sur avis du médecin coordonnateur en lien avec le médecin traitant.



## COÛT

L'hébergement dans une UHR est facturé comme l'hébergement dans l'EHPAD. Le coût est réparti entre un tarif hébergement et un tarif dépendance.



## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

La sortie est possible dans le cas où :

- Le patient est confiné au lit ou au fauteuil
- Les troubles du comportement ont diminué de façon significative (critères du NPI-ES < 3 pendant un mois)



## PUBLIC VISÉ

Personnes de 60 ans et plus :

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



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin (coordinateur), Infirmière coordinatrice, Infirmier(e)s, Aides-soignantes, Assistant(e)s de soins en gériatrie, Psychomotricien(ne), ergothérapeute, Psychologue, animateur  
Présence de personnel soignant la nuit



## MISSIONS

L'USLD accueille et prend en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie.

L'USLD prend en charge des patients qui ont des besoins de soins et d'accompagnement soit à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé ou dans un établissement médico-social, soit directement du domicile.

### Missions :

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

### L'USLD permet :

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



## CRITÈRES /CONDITIONS

L'USLD assure la prise en charge de patients

- Suite à une hospitalisation en court séjour ou en SSR
- Par accès direct du domicile ou d'une structure médico-sociale

Orientation par le médecin traitant ou coordonnateur après concertation avec le patient et ses proches

Demande faite par outil TRAJECTOIRE (SMTI - Patho discriminante)

Admission sur accord du médecin chargé de l'USLD après évaluation gériatrique médico-psycho-sociale (pouvant être réalisée par EMG ou l'unité de consultations et d'hospitalisation gériatriques)



## PUBLIC VISÉ

Sans critère d'âge, requérant des soins médico-techniques importants dont l'évolution de l'état de santé ne permet pas le maintien ou un retour à son domicile



## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Infirmière et aide-soignante 24h/24., Permanence médicale sous forme de garde médicale ou astreinte 7 jours/7, Agent hospitalier, Personnel paramédical



### COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Infirmière et aide-soignante 24h/24., Permanence médicale sous forme de garde médicale ou astreinte 7 jours/7, Agent hospitalier, Personnel paramédical



### COÛT

Le coût se décompose en :

- Un tarif hébergement qui peut être pris en charge par l'aide sociale à l'hébergement si l'établissement y est autorisé et selon les ressources financières du bénéficiaire
- Un tarif dépendance (dont l'APA prend en charge une partie en fonction des ressources de la personne)

Les soins sont pris en charge par l'Assurance maladie et ne sont pas facturés aux résidents.



### DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Indéterminée, à la fin de la prise en charge, quand amélioration suffisante de l'état de santé du patient ne nécessitant plus de surveillance pluriquotidienne

### TROUVER UNE USLD

[trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/](http://trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/)

# 40 UNITÉ SOINS PALLIATIFS - USP

## MISSIONS

Les Unités de Soins Palliatifs (USP) sont des services de soins spécialisés qui prennent en charge les situations complexes de soins palliatifs et de fin de vie, qui ne peuvent plus être suivies à domicile, en établissement médico-social, ou dans leur service hospitalier d'origine.

Une personne peut être admise en USP :

- Pour une adaptation des traitements face à un symptôme réfractaire (douleur, difficultés respiratoires, vomissements, etc),
- Pour un séjour de répit,
- Pour les patients en situation terminale, pour accompagner jusqu'au décès.

## CRITÈRES /CONDITIONS

Admission sur dossier comportant des critères prédéfinis.

Différents niveaux d'accueil :

- Accueil temporaire : prise en charge permettant aux proches de se reposer et de prendre un peu de répit
- Accueil permanent : séjour de fin de vie, dont le délai n'est pas défini.

## COÛT

Prise en charge par l'Assurance maladie en dehors du forfait hospitalier

## DURÉE ACCOMPAGNEMENT

Variable selon le projet de soin

## PUBLIC VISÉ

Toute personne atteinte de maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale

## COMPÉTENCES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Médecin SP, Cadre de santé, Infirmier(e), Aides soignant(e)s, ASH, Secrétaire, Psychologue , Kinésithérapeute, Eventuellement assistant(e) social(e)

## INDEX DES BESOINS DES PERSONNES AGEES ET DE LEURS AIDANTS

L'index ci-après vous aide à identifier le service, la structure ou l'établissement en mesure de répondre au(x) besoin(s) d'une situation spécifique. Les situations rencontrées listées ci-après ne sont pas exhaustives. Les ressources présentées dans chaque catégorie apparaissent par ordre alphabétique et non par ordre de priorité.

Les Ressources + renvoie à des acteurs pour lesquels il n'existe pas de fiche détaillée dans le référentiel.

### SANTE

#### BESOIN D'INFORMATIONS, D'ORIENTATION

- Centre communal d'Action Sociale (CCAS) – [Fiche 4]
- Dispositif D'appui A La Coordination (DAC) - [Fiche 8]
- Point autonomieTerritorial (PAT-CIC) - [Fiche 26]

#### BESOINS DE SOINS COMPLEXES ET FRÉQUENTS À DOMICILE, EN ALTERNATIVE À L'HOSPITALISATION COMPLÈTE

- Hospitalisation A Domicile (HAD) - [Fiche 17]

#### BESOIN D'ORGANISER LE RETOUR À DOMICILE (EN SORTIE D'HOSPITALISATION)

- Hospitalisation A Domicile (HAD) - [Fiche 17]
- Plateforme Eval 77 - [Fiche 27]
  
- Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) - [Fiche 33]
- Service social hospitalier - [Fiche 32]
- Ressource + : Médecin traitant, Infirmier Libéral

#### BESOIN D'UNE PRISE EN CHARGE EN ÉTABLISSEMENT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT (AGITATION, AGRESSIVITÉ, REPLI SUR SOI,...)

- EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) - [Fiche 9]
  - Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) - [Fiche 38]
  - Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) - [Fiche 25]
- Unité Cognitivo Comportementale (UCC) - [Fiche 37]

## BESOIN D'UNE PRISE EN CHARGE EN ONCOGÉRIATRIE

- Ressources + : Consultations d'oncogériatrie

Liste des consultations d'oncogériatrie FROG

FROG : Francilian Oncogeriatric Group (frog-oncogeriatric.com)

## BESOINS DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

- Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) - [Fiche 33]
- Service de Soins infirmiers à domicile Renforcés (SSIAD Renforcé) - [Fiche 34]
- Ressources + : Infirmier libéral

## BESOIN D'UNE EXPERTISE FACE À UNE PLAIE COMPLEXE, UNE PLAIE CHRONIQUE

- Equipe Mobile Plaie et Cicatrisation - [Fiche 14]

## BESOINS DE SOINS DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION

- Service de Soins de Suite et Réadaptation gériatrique (SSR-G) - [Fiche 35]
- Service de Soins de Suite et Réadaptation polyvalent (SSR-P) - [Fiche 36]

A domicile :

- Equipe Mobile Réadaptation et réinsertion - [Fiche 15]
- Hospitalisation A Domicile de rééducation (HAD-R) - [Fiche 18]
- Hospitalisation de jour en soins de suite et réadaptation (HDJ SSR) - [Fiche 20]
- Ressources + : kinésithérapeute, psychomotricien et ergothérapeute

## BESOIN D'UNE SURVEILLANCE MÉDICALE CONSTANTE

- Unité de Soins Longue Durée (USLD) -au sein d'établissements de santé - [Fiche 39]

## BESOINS DE SOINS PALLIATIFS FACE À UNE MALADIE GRAVE SANS ESPOIR DE GUÉRISON

- Dispositif D'appui A La Coordination (DAC) - [Fiche 8]
- Equipe Mobile de Soins Palliatifs (intra-hospitalier) - [Fiche 10]
- Hospitalisation A Domicile (HAD) - [Fiche 17]
- Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP) - [Fiche 22]
- Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) - [Fiche 33]
- Unité de Soins Palliatifs (USP) - [Fiche 40]

## AUTRE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

- Court Séjour Gériatrique - [Fiche 7]

## AUTONOMIE, VIE ET SOUTIEN A DOMICILE

### BESOINS D'AIDES DANS LES ACTIVITÉS DE LA VIE DOMESTIQUE (COURSES, MÉNAGE, PRÉPARATION DES REPAS, GESTION DU LINGE...)

#### Conseil, aide à la mise en place :

- Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) - [Fiche 4]
- Maison Départementale des Solidarités - Service social départemental - [Fiche 24]
- Maison Départementale des Solidarités - services Seniors Aînés Personnes Handicapées et Aidants (Sapha) - [Fiche 24]
- Plateforme EVAL 77 - [Fiche 17]
- Pôle Autonomie Territorial (PAT-CIC) - [Fiche 26]
- Service social hospitalier - [Fiche 32]

#### Professionnels intervenant à domicile :

- Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) - [Fiche 31]

### BESOIN D'AIDE DANS LES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE (SE NOURRIR, SE VÊTIR, SE LAVER, SE DÉPLACER, LIEN SOCIAL...)

#### Conseil, aide à la mise en place :

- Centre communal d'Action Sociale (CCAS) – [Fiche 4]
- Maison Départementale des Solidarités - services Seniors Aînés Personnes Handicapées et Aidants (Sapha) - [Fiche 24]
- Pôle Autonomie Territorial (PAT-CIC) - [Fiche 26]
- Service social hospitalier - [Fiche 32]

#### Professionnels intervenant au domicile :

- Service d'Aide e d'Accompagnement à Domicile (SAAD) - [Fiche 31]
- Service de Soins infirmiers à domicile (SSIAD) - [Fiche 33]
- Ressources + : IDEL ; associations caritatives (Secours Catholique...)

## LIEU DE VIE/ HEBERGEMENT

### BESOIN D'UNE ÉVALUATION DU LIEU DE VIE

- Maison Départementale des Solidarités - services Seniors Aînés Personnes Handicapées et Aidants (Sapha) - [Fiche 24]
- Pôle Autonomie Territorial (PAT-CIC) - [Fiche 26]

### **BESOIN D'UN LIEU DE VIE ALTERNATIF À SON DOMICILE INITIAL**

- Famille d'accueil - [Fiche 3]
- Hébergement temporaire (EHPAD) - [Fiche 9]
- Résidence autonomie [Fiche 30] / Résidence service - [Fiche 30]
- Maisons d'Accueil et de Résidence pour l'Autonomie. (MARPA) [Fiche 23]

### **BESOIN D'UN LIEU DE VIE ADAPTÉ À LA PERTE D'AUTONOMIE**

- EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) - [Fiche 9]

## **DOMAINE FAMILIAL, LIEN SOCIAL ET SECURITE INDIVIDUELLE**

### **BESOIN D'AIDE, RÉPIT POUR L'AIDANT**

#### Information, conseil :

- Centre communal d'Action Sociale (CCAS) – [Fiche 4]
- Maison Départementale des Solidarités - services Seniors Aînés Personnes Handicapées et Aidants (Sapha) - [Fiche 24]
- Plateforme d'accompagnement et de répit - [Fiche 28]
- Point Autonomie Territorial (PAT-CIC) - [Fiche 26]

#### Répit pour l'aidant :

- Accueil de jour [Fiche 1] [Fiche 2]
- Hébergement temporaire - [Fiche 21]
- Plateforme d'accompagnement et de répit - [Fiche 28]
- Point Autonomie Territorial (PAT-CIC) - [Fiche 26]
- Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) - [Fiche 31]
- Ressources + : associations, séjours vacances (ANCV...) ; groupes de parole

### **BESOIN DE LIEN SOCIAL, DE ROMPRE L'ISOLEMENT**

- Accueil de jour - [Fiche 1] [Fiche 2]
- Centre communal d'Action Sociale (CCAS) – [Fiche 4]
- Plateforme d'Accompagnement et de répit - [Fiche 28]
- Point Autonomie Territorial (PAT-CIC) - [Fiche 26]
- Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) - [Fiche 31]

## SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

### Information, conseil :

- Centre communal d'Action Sociale (CCAS) – [Fiche 4]
- Maison Départementale des Solidarités - services Seniors Aînés Personnes Handicapées et Aidants (Sapha) - [Fiche 24]
  - Commission D'aide A L'évaluation Et A L'orientation Protection Majeurs Vulnérables (CAEOPMV)
- Point Autonomie Territorial (PAT-CIC) [Fiche 26]
- Ressources + : numéro 3977 / Service de tutelle

## SITUATION ECONOMIQUE ET ADMINISTRATIVE

### PRÉCARITÉ ÉCONOMIQUE (MANQUE DE RESSOURCES, BUDGET DÉSÉQUILIBRÉ, ENDETTEMENT...)

- Centre communal d'Action Sociale (CCAS) – [Fiche 4]
- Maison Départementale des Solidarités - services Seniors Aînés Personnes Handicapées et Aidants (Sapha) - [Fiche 24]
- Maison Départementale des Solidarités - Service social départemental - [Fiche 24]
- Point Autonomie Territorial (PAT-CIC)- [Fiche 26]
- Ressources + : Caisses de retraites, associations...

### ACCÈS AUX DROITS SOCIAUX OU DE SANTÉ

- Centre communal d'Action Sociale (CCAS) – [Fiche 4]
- Maison Départementale des Solidarités - Service social départemental - [Fiche 24]
- Service social hospitalier - [Fiche 32]

## CUMUL DE DIFFICULTES

### SITUATIONS COMPLEXES

- Point Autonomie Territorial (PAT-CIC) - [Fiche 26]

### SITUATIONS COMPLEXES AVEC UNE COMPOSANTE SANITAIRE

- Dispositif D'appui A La Coordination (DAC) - [Fiche 8]

### CUMUL TROUBLES COGNITIFS + ABSENCE, PERTE OU ÉPUISEMENT AIDANT + HABITAT INADAPTÉ

- Hébergement temporaire - [Fiche 21]

· Ressources + :

En cas de problème de santé + difficultés financières et sociale il est possible de faire appel au Service social de la CRAMIF.

Pensez également aux réunions de concertation pluriprofessionnelles et aux synthèses avec les partenaires :

- Commission D'aide A L'évaluation Et A L'orientation Protection Majeurs Vulnérables (CAEOPMV) : Contacter la MDS de votre territoire
- Temps de synthèse situations complexes : Contacter le DAC 77 Nord