



LES MAIA DU VAL D'OISE

Conférence du territoire 26 mars 2015

Catherine PECHMAJOU : Pilote MAIA 95 Ouest

LA MAIA

- *MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie- (CNSA)*

Objectifs :

- Développer une méthode de travail entre professionnels :
 - homogénéiser les pratiques
 - simplifier le parcours de soin et de vie de la personne âgée
- Permettre d'apporter une réponse harmonisée, complète et adaptée aux besoins du public

Moyens :

- Concertations entre les professionnels du sanitaire, du médico-social et du social → espace collaboratif
- Construction d'outils et de processus communs
- Système d'information partagé

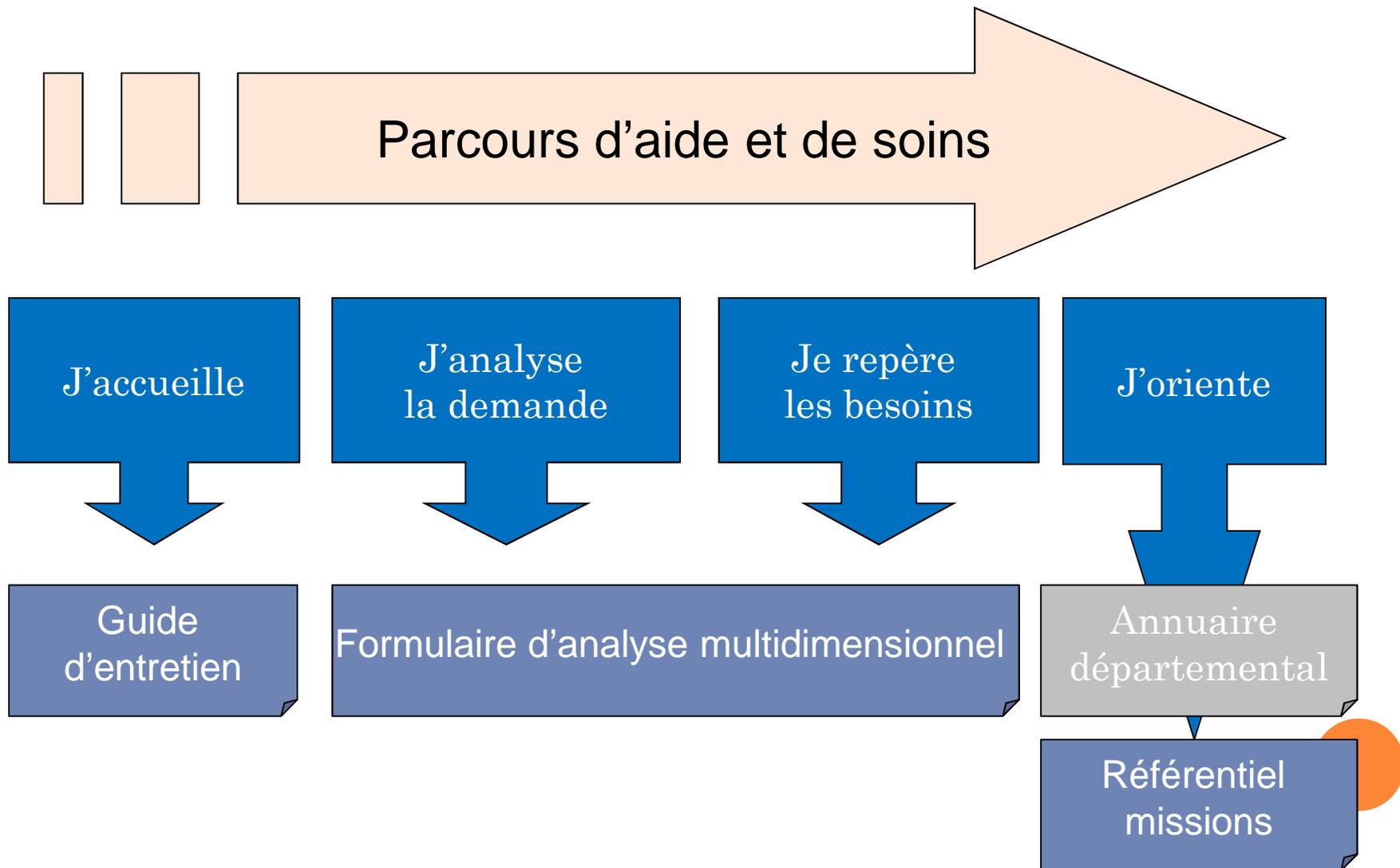
Public :

- Personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie fonctionnelle et malades Alzheimer jeunes



ORGANISATION DU GUICHET INTÉGRÉ

Le parcours est conditionné par la porte d'entrée dans le système



LE SERVICE GESTION DE CAS

○ Public :

- En direction des personnes de plus de 60 ans dont la complexité de la situation met en jeu la fluidité de leurs parcours et le projet de vie à domicile

○ Objectifs :

- Service de recours pour les professionnels
- Professionnel référent de la situation assurant la coordination des interventions
- Aide à l'élaboration d'un projet de vie individualisé
- Suivi intensif sur du long terme



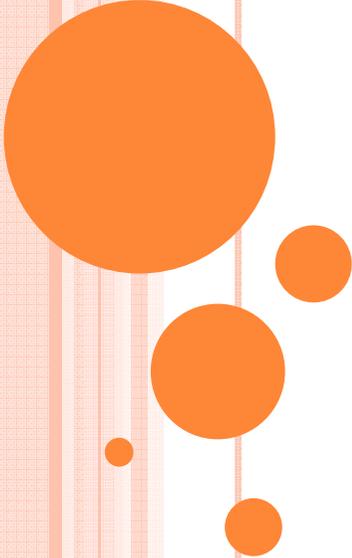
AUJOURD'HUI SUR LE VAL D'OISE

- Des diagnostics territoriaux
- Des concertations territoriales et départementales
- Des réflexions engagées : le lien ville/hôpital, la culture gérontologique, les valeurs éthiques dans l'accompagnement, l'analyse du parcours de la personne âgée dépendante ...
- Des outils communs en cours d'expérimentation : référentiel des missions, guide d'entretien à l'accueil, formulaire d'analyse et d'orientation



ANAP : LE PARCOURS DE LA PERSONNE ÂGÉE VILLE / HÔPITAL SUR LE 95 OUEST

LE REPERAGE DES FRAGILITES



Conférence du territoire 26 mars 2015

Catherine PECHMAJOU : Pilote MAIA 95 Ouest

LA DÉMARCHE ANAP

- Engagement de l'ARS, la CHT Nord Val d'Oise et l'ANAP
- Diagnostic du parcours ville/hôpital (Mars 2014)
- Axes d'amélioration :
 - « Information et accessibilité des services » → MAIA
 - « Flux d'information ville/hôpital »
 - « **Repérage des fragilités et son suivi opérationnel** »



REPÉRAGE DES FRAGILITÉS

- Objectifs :

Prévenir la perte d'autonomie, l'hospitalisation

Apporter des outils et une procédure en soutien aux professionnels

Identifier et suivre la personne en situation de risque

- Groupe de travail :

4 médecins, service social CRAMIF, masseur-kinésithérapeute, SSIAD, conseil général, MAIA

- Expérimentation :

Services d'aide à domicile, SSIAD, masseur kinésithérapeute, médecins libéraux



DEMARCHE A DOMICILE

4 outils élaborés par le groupe à destination des professionnels :

1. Un guide support de repérage des fragilités permettant d'identifier le ou les éléments touchant les domaines de la santé/ l'autonomie fonctionnelle/ les aspects familiaux et sociaux
2. Une grille de synthèse de ou des éléments recueillis
3. Un outil d'aide à l'orientation en fonction des besoins identifiés
4. Un répertoire non exhaustif des professionnels et structures par secteurs

LE ROLE DE PREVENTION

DE
L'AIDE A DOMICILE
DE L'AUXILIAIRE DE VIE
DE L'AIDE SOIGNANTE

Eléments de fragilité
importants à signaler

Le professionnel doit être attentif lorsque la personne :

- A eu une hospitalisation en urgence
- A fait une ou des chutes, ou présente souvent des hématomes
- A une perte d'appétit, ne se prépare plus ses repas
- Exprime une sensation de fatigue inhabituelle
- Devient triste ou agressive
- Oublie mes passages
- Commence à se perdre dans la prise de ses médicaments ou ne les prend plus
- Commence à avoir des propos incohérents
- A besoin d'une aide plus importante pour la toilette, l'habillement, les repas...
- Se déplace de plus en plus difficilement, sort moins fréquemment
- Reste plus longtemps au lit, ne s'habille plus ou ne change plus ses vêtements
- Ne va plus chercher son courrier, ne l'ouvre plus

Le professionnel intervenant au quotidien auprès d'une personne âgée

vivant à domicile
est

un acteur essentiel pour repérer :

Un changement de comportement de la personne

Une modification de la situation à domicile

A signaler au responsable du service et à la famille

GRILLE DE SYNTHESE COLLECTIVE DE LA FRAGILITE AVANT ORIENTATION

	0	1	2
Hospitalisation dans les six derniers mois	O aucun	O une	O plus d'une
Chute dans les six derniers mois	O aucune	O une chute sans gravité	O plusieurs
Nutrition	O poids stable	O perte d'appétit nette depuis 15 jours	O dénutrition franche
Fonctions cognitives	O normales	O peu altérées	O très altérées
Médicaments	O ≤ 3	O entre 4 à 5	O ≥ 6
Cotation items santé	O indépendant	O aide partielle	O aide totale
Activités de la Vie Quotidienne (mobilité, hygiène, habillement, continence, prise des repas)	O < 2h	O entre 2 et 4h	O > 4h
Alitement	O indépendant	O besoin d'aide partielle	O besoin d'aide totale
Activités instrumentales de la Vie Quotidienne (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	O < 74 ans	O entre 74 et 84 ans	O ≥ 85 ans
Cotation items autonomie fonctionnelle	O autonome pour la gestion administrative	O autonomie administrative partielle	O ne gère pas
Age	O aidant	O aidant non cohabitant	O pas d'aidant
Gestion administrative			
Situation de vie			
Cotation items social			

FRAGILITE :

OUI NON A RISQUE

Nom du Professionnel :
Téléphone du professionnel :
Professionnels contactés pour la synthèse collective: Nom et fonction

Consentement de la personne : oui / non
Date de l'épuisement de l'aidant : oui / non
Nom de la personne (3 lettres) :
Nom de la personne (3 lettres) :
Date de naissance de la personne :
Date de naissance :

NOM (3 lettres) : PRENOM (3 lettres) : Année de naissance : Commune : Professionnel :

ORIENTATIONS FAITES	PLAN D'ACTION PROPOSE	PLAN D'ACTION MIS EN PLACE A 3 MOIS	COMMENTAIRES
<input type="checkbox"/> Médecin traitant	<input type="checkbox"/> Plan Personnalisé de Soins <input type="checkbox"/> Consultation régulière <input type="checkbox"/> Orientation pour un bilan <input type="checkbox"/> Echanges avec partenaires	<input type="checkbox"/> PPS <input type="checkbox"/> Consultation régulière <input type="checkbox"/> Orientation pour un bilan <input type="checkbox"/> Echanges avec partenaires	<input type="checkbox"/> Non existant <input type="checkbox"/> En attente <input type="checkbox"/> Refus de la personne
<input type="checkbox"/> Infirmière libérale	<input type="checkbox"/> Plan de Soins Infirmiers <input type="checkbox"/> Soins techniques <input type="checkbox"/> Gestion du traitement <input type="checkbox"/> Soins d'hygiène <input type="checkbox"/> Education à la santé	<input type="checkbox"/> PSI <input type="checkbox"/> Soins techniques <input type="checkbox"/> Gestion du traitement <input type="checkbox"/> Soins d'hygiène <input type="checkbox"/> Education à la santé	<input type="checkbox"/> Non existant <input type="checkbox"/> En attente <input type="checkbox"/> Refus de la personne
<input type="checkbox"/> Réseau de santé	<input type="checkbox"/> Evaluation gériatrique <input type="checkbox"/> Accompagnement <input type="checkbox"/> Education à la santé	<input type="checkbox"/> Evaluation gériatrique <input type="checkbox"/> Accompagnement <input type="checkbox"/> Education à la santé	<input type="checkbox"/> Non existant <input type="checkbox"/> En attente <input type="checkbox"/> Refus de la personne
<input type="checkbox"/> Service de Soins Infirmiers à Domicile	<input type="checkbox"/> Gestion du traitement <input type="checkbox"/> Soins d'hygiène <input type="checkbox"/> Soins techniques <input type="checkbox"/> Education à la santé	<input type="checkbox"/> Gestion du traitement <input type="checkbox"/> Soins d'hygiène <input type="checkbox"/> Soins techniques <input type="checkbox"/> Education à la santé	<input type="checkbox"/> Non existant <input type="checkbox"/> En attente <input type="checkbox"/> Refus de la personne
<input type="checkbox"/> Consultation mémoire	<input type="checkbox"/> Evaluation gériatrique <input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> Orientation	<input type="checkbox"/> Evaluation gériatrique <input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> Orientation	<input type="checkbox"/> Non existant <input type="checkbox"/> En attente <input type="checkbox"/> Refus de la personne
<input type="checkbox"/> Masseur Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> Bilan des chutes <input type="checkbox"/> Mobilisation	<input type="checkbox"/> Bilan des chutes <input type="checkbox"/> Mobilisation	<input type="checkbox"/> Non existant <input type="checkbox"/> En attente <input type="checkbox"/> Refus de la personne
<input type="checkbox"/> Plateforme de répit	<input type="checkbox"/> Soutien de l'aidant <input type="checkbox"/> Proposition de répit	<input type="checkbox"/> Soutien de l'aidant <input type="checkbox"/> Proposition de répit	<input type="checkbox"/> Non existant <input type="checkbox"/> En attente <input type="checkbox"/> Refus de la personne
<input type="checkbox"/> Accueil de jour	<input type="checkbox"/> Fréquentation	<input type="checkbox"/> Fréquentation	<input type="checkbox"/> Non existant <input type="checkbox"/> En attente <input type="checkbox"/> Refus de la personne

PROJECTIONS

- Déploiement :

Utilisation de la grille par les médecins de la filière gériatrique du Centre Hospitalier de Pontoise

Grille renseignée et annexée au compte-rendu médical à destination du médecin traitant

- Bilan à venir :

La sensibilisation des auxiliaires de vie, aides à domicile, aides soignantes

L'utilisation des outils

Les orientations proposées

Le suivi



OPTIMISATION DE LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE

- Numéro unique (avis, orientation) : 01.30.75.45.94, Gériatre joignable pour avis d'orientation, de conseils
- Fiche de liaison EHPAD/CHRD : organisation de l'hospitalisation et du retour sur la structure
- Equipe soins palliatifs en EHPAD

...



Merci pour votre attention

