

**DELIBERATION N° 19/094 AC DE L'ASSEMBLEE DE CORSE
APPROUVANT LES CONVENTIONS DE PARTENARIAT AVEC LES RESEAUX
GERONTOLOGIQUES INSULAIRES****SEANCE DU 28 MARS 2019**

L'an deux mille dix neuf, le vingt huit mars, l'Assemblée de Corse, convoquée le 12 mars 2019, s'est réunie au nombre prescrit par la loi, dans le lieu habituel de ses séances, sous la présidence de Mme Mattea CASALTA, Vice-Présidente de l'Assemblée de Corse.

ETAIENT PRESENTS : Mmes et MM.

Danielle ANTONINI, Guy ARMANET, Véronique ARRIGHI, François BENEDETTI, François BERNARDI, Pascal CARLOTTI, Marie-Hélène CASANOVA-SERVAS, Marcel CESARI, Romain COLONNA, Christelle COMBETTE, Jean-Louis DELPOUX, Frédérique DENSARI, Santa DUVAL, Muriel FAGNI, Pierre-José FILIPPETTI, Laura FURIOLI, Pierre GHIONGA, Michel GIRASCHI, Francis GIUDICI, Julie GUISEPPI, Jean-Jacques LUCCHINI, Marie-Thérèse MARIOTTI, Paul MINICONI, Paola MOSCA, Nadine NIVAGGIONI, François ORLANDI, Marie-Hélène PADOVANI, Julien PAOLINI, Paulu Santu PARIGI, Marie-Anne PIERI, Antoine POLI, Laura Maria POLI, Pierre POLI, Juliette PONZEVERA, Louis POZZO DI BORGIO, Joseph PUCCI, Catherine RIERA, Anne-Laure SANTUCCI, Marie SIMEONI, Pascale SIMONI, Jeanne STROMBONI, Anne TOMASI, Petr'Antone TOMASI, Hyacinthe VANNI

ETAIENT ABSENTS ET AVAIENT DONNE POUVOIR :

Mme Fabienne GIOVANNINI à Mme Nadine NIVAGGIONI
M. Xavier LACOMBE à Mme Marie-Thérèse MARIOTTI
M. Jean-Martin MONDOLONI à Mme Santa DUVAL
Mme Chantal PEDINIELLI à Mme Marie-Anne PIERI
Mme Rosa PROSPERI à M. Petr'Antone TOMASI
M. Camille de ROCCA SERRA à Mme Christelle COMBETTE
M. Jean-Guy TALAMONI à M. François BENEDETTI

ETAIENT ABSENTS : Mmes et MM.

Vannina ANGELINI-BURESI, Valérie BOZZI, Jean-François CASALTA, François-Xavier CECCOLI, Catherine COGNETTI-TURCHINI, Isabelle FELICIAGGI, Stéphanie GRIMALDI, Paul LEONETTI, Pierre-Jean LUCIANI, Jean-Charles ORSUCCI, Julia TIBERI

L'ASSEMBLEE DE CORSE

VU le Code général des collectivités territoriales, titre II, livre IV, IV^{ème} partie,

notamment les articles L. 4422-1 et suivants,

VU le Code de l'action sociale et des familles, et notamment les articles L. 113-1 à L. 113-4,

SUR rapport du Président du Conseil Exécutif de Corse,

VU l'avis n° 2019-13 du Conseil Economique, Social, Environnemental et Culturel de Corse, en date du 26 mars 2019,

SUR rapport de la Commission de l'Education, de la Culture, de la Cohésion sociale et de la Santé,

APRES avis de la Commission des Finances et de la Fiscalité,

APRES EN AVOIR DELIBERE

Après un vote à l'unanimité,

ARTICLE PREMIER :

APPROUVE la convention de partenariat et de financement dans le cadre de l'action gérontologique sur le territoire à conclure avec le réseau de santé gérontologique « Association Axe », fixant le financement annuel de la Collectivité de Corse à 25 000 euros.

ARTICLE 2 :

APPROUVE la convention de partenariat et de financement dans le cadre de l'action gérontologique sur le territoire à conclure avec le réseau de santé polyvalent « SARV », fixant le financement annuel de la Collectivité de Corse à 25 000 euros.

ARTICLE 3 :

AUTORISE le Président du Conseil Exécutif de Corse à signer ces deux conventions de partenariat et de financement dans le cadre de l'action gérontologique sur le territoire, ainsi que l'ensemble des actes à intervenir.

ARTICLE 4 :

IMPUTE les financements sur le programme N5134 - chapitre 934 du budget de la Collectivité de Corse.

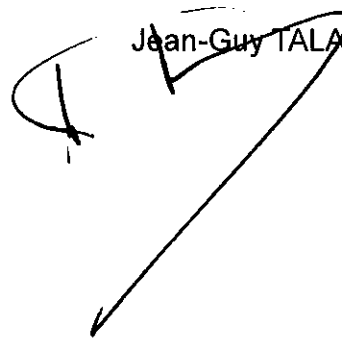
ARTICLE 5 :

La présente délibération fera l'objet d'une publication au recueil des actes administratifs de la Collectivité de Corse.

Aiacciu, le 28 mars 2019

Le Président de l'Assemblée de Corse,

Jean-Guy TALAMONI

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'J' and 'G' followed by a long horizontal stroke that tapers to a point.

ASSEMBLEE DE CORSE

1 ERE SESSION ORDINAIRE DE 2019

REUNION DES 28 ET 29 MARS 2019

**RAPPORT DE MONSIEUR
LE PRESIDENT DU CONSEIL EXECUTIF DE CORSE**

CONVENTIONS DE PARTENARIAT AVEC LES RESEAUX GERONTOLOGIQUES INSULAIRES

COMMISSION(S) COMPETENTE(S) : Commission de l'Education, de la Culture, de la Cohésion Sociale
et de la Santé

Commission des Finances et de la Fiscalité

RAPPORT DU PRESIDENT DU CONSEIL EXECUTIF DE CORSE

La Collectivité de Corse, dans le cadre de ses compétences en matière sociale et médico-sociale, est cheffe de file de l'action sociale et médico-sociale sur le territoire, et assure notamment la coordination des dispositifs gérontologiques.

En lien avec les partenaires institutionnels, publics, privés et associatifs des secteurs sanitaire, social et médico-social, elle définit une stratégie d'action en faveur des personnes âgées en cohérence avec son Prughjettu d'azione sociale 2018-2021 qui ambitionne :

- de favoriser le maintien à domicile,
- d'améliorer la qualité de prise en charge des publics âgés et en situation de handicap,
- d'adapter l'offre en matière d'hébergement médico-social, au service d'une société plus inclusive,
- de créer les conditions favorables au développement de la silver-économie en Corse.

S'agissant plus particulièrement de la coordination des parcours des personnes âgées, la Collectivité de Corse est porteuse des 3 dispositifs d'appui à la coordination connus :

- Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC),
- Méthode d'Action pour l'intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA),
- Expérimentation pour la coordination du parcours des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA).

Ces dispositifs d'appui à la coordination ont pour vocation de repérer, coordonner et fluidifier les parcours des personnes âgées et d'optimiser leur intégration dans un parcours de soin.

L'efficacité de cette action est permise par un travail partenarial collaboratif efficient avec l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social.

Notre objectif est de parvenir à améliorer encore ces coopérations et coordinations pour réduire davantage les ruptures de parcours des personnes âgées, pour limiter le recours à l'hospitalisation, et pour améliorer la vie au domicile des personnes et de leur entourage.

Aussi, la Collectivité de Corse doit-elle poursuivre ces partenariats avec les 3 réseaux de santé gérontologiques de Corse, acteurs de terrain du domaine sanitaire

- Réseau interprofessionnel voué à la personne âgée (RIVAGE),
- Réseau « Association AXE »,
- Réseau Sartenais - Alta-Rocca - Valinco (SARV).

En pratique, les réseaux gérontologiques organisent la prise en charge globale des patients âgés de plus de 75 ans, en lien avec le médecin traitant, les structures hospitalières, l'entourage et les autres acteurs des secteurs médico-social et social. Ils participent ainsi à la co-construction d'une réponse coordonnée, adaptée aux besoins et aux souhaits d'une personne en perte d'autonomie, désirant rester à son domicile.

Le partenariat entre la Collectivité et le réseau RIVAGE ne nécessite pas, à ce stade, l'élaboration d'une nouvelle convention dans la mesure où la convention existante continue de s'appliquer.

Ainsi, le présent rapport a pour objet de définir les modalités du partenariat entre la Collectivité de Corse et les réseaux AXE et SARV dont les conventions de partenariat sont arrivées à échéance en fin d'année 2018.

Les modalités de coordination entre la Collectivité et ces deux réseaux, définies au sein des articles 1 et 2 des conventions annexées au rapport, prévoient notamment :

- La mise en place d'une convergence opérationnelle entre les réseaux et les services de la CDC pour l'accompagnement du public cible ;
- La réalisation par les réseaux : d'évaluations gériatriques standardisées (ESG) et de plans personnalisés de soins (PPS) ;
- L'élaboration et l'utilisation d'outils communs dans le cadre de l'évaluation des besoins des usagers et de l'accompagnement proposé ;
- L'objectif commun d'anticiper au mieux les sorties d'hospitalisation afin de fluidifier au mieux le parcours des personnes âgées en accompagnant et facilitant leur retour à domicile.

Le partenariat conventionnel, d'une durée de deux ans, prévoit les modalités de financement suivantes :

- Un financement de 25 000 € par an attribué au réseau association AXE.
- Un financement de 25 000 € par an attribué au réseau SARV.

En conséquence, il vous est proposé :

- d'approuver la convention de partenariat et de financement dans le cadre de l'action gérontologique sur le territoire à conclure avec le réseau de santé gérontologique « Association Axe », fixant le financement annuel de la Collectivité de Corse à 25 000 euros, telle que figurant en annexe.

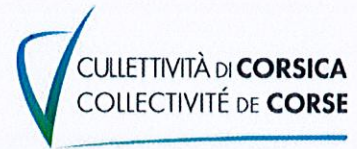
- d'approuver la convention de partenariat et de financement dans le cadre de l'action gérontologique sur le territoire à conclure avec le réseau de santé polyvalent « SARV », fixant le financement annuel de la Collectivité de Corse à 25 000 euros, telle que figurant en annexe.

- d'autoriser le Président du Conseil Exécutif de Corse à signer les deux conventions de partenariat et de financement dans le cadre de l'action gérontologique sur le

territoire, et l'ensemble des actes à intervenir.

- d'autoriser l'imputation des financements au sein du programme N 5134, chapitre 934.

Je vous prie de bien vouloir en délibérer.



**Convention de partenariat et de financement dans le cadre
de l'action gériatologique sur le territoire
avec le réseau de santé AXE**

VU le Code Général des Collectivités Territoriales, titre II, livre IV, IVème partie,

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles,

VU la délibération n° 19/094 AC de l'Assemblée de Corse du 28 mars 2019,

Entre

La Collectivité de Corse, représentée par M. Gilles SIMEONI, Président du Conseil Exécutif de Corse,
d'une part,

Et

Le Réseau de santé AXE, réseau de gériatologie, représentée par son Président M. Jean-Marc GIREAULT,
d'autre part.

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

La Collectivité de Corse dans le cadre de ses compétences en matière sociale et médico-sociale dispose d'un rôle de cheffe de file. Parmi ses principales missions, il est en une qui concerne la mise en œuvre et la coordination d'une politique gériatologique sur le territoire.

La mise en œuvre et la coordination de cette politique gériatologique pour le territoire insulaire définie aux articles L. 113-1 à L. 113-4 du Code de l'action sociale et des familles sont notamment assurées par la Direction Générale Adjointe en charge des Affaires sociales et Sanitaires et plus particulièrement par les différents services de la direction de l'autonomie de la Collectivité de Corse.

S'agissant plus particulièrement de la coordination des parcours des personnes âgées, la Collectivité de Corse est notamment porteuse des dispositifs d'appui à la coordination suivants :

- Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) (*cf. annexe 1 « Missions »*) ;
- Méthode d'Action pour l'intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) (*cf. annexe 1 « Missions »*) ;
- Expérimentation pour la coordination du parcours des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA).

Leurs missions respectives ont pour objectifs :

Pour le CLIC de niveau 3 de :

Améliorer la qualité de l'accompagnement des parcours des personnes âgées par une approche globale et personnalisée de leurs besoins :

- en mobilisant et en coordonnant les ressources des champs sanitaires, médico- social et social,
- en associant prévention, accompagnement social et soins mettant en place des réponses rapides, complètes et coordonnées notamment pour les situations complexes et/ou urgentes (prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile ou en situation de retour à domicile après une hospitalisation).

Pour la MAIA :

Mise en œuvre de la méthode « intégration » sur le territoire selon un modèle organisationnel national adapté aux diversités locales et permettant la mise en place d'espaces collaboratifs tactiques et stratégiques (**niveau tactique** composé des représentants professionnels des secteurs : sanitaire, médico-social et social - **niveau stratégique** composé des décideurs et des financeurs (ARS, CDC, autres Collectivités, CARSAT, MSA, SECU-Indépendants ainsi que les URPS et associations d'usagers à titre consultatif. Cette méthode développe également un accompagnement spécifique par la mise en place d'un **Service de gestion de cas** dans les secteurs : sanitaire médico-social et social, avec l'intervention de professionnels appelés **Gestionnaires de cas** dédiés et formés à une **coordination intensive et au long cours pour des situations identifiées complexes** et présentant les critères nationaux d'éligibilité à la gestion de cas (*cf. annexe 2 « Critères d'éligibilité CNSA »*).

Pour le PAERPA :

Le PAERPA, déjà déployé en Cismonte et dont le déploiement en Pumonte est programmé au cours de l'année 2019, s'articule nécessairement avec les dispositifs de coordination que sont les CLIC et les MAIA et qui seront entre autres des composantes de la Coordination Territoriale d'Appui (CTA) et qui seront également intégrées au sein des futures plateformes de coordination territoriale qui sont en construction.

En effet ces plateformes d'appui à la coordination devront réunir l'ensemble des équipes des services d'appui et de coordination identifiés sur le territoire pour répondre aux situations dites complexes (*HAS : Haute Autorité de Santé, Septembre 2014*) et s'inscrivant dans la convergence de l'ensemble des dispositifs existants selon la Stratégie Nationale de Santé de 2017.

Aussi, afin de favoriser l'accompagnement des publics âgés, il est nécessaire de poursuivre et de formaliser le partenariat entre **les services de la Collectivité de Corse et le Réseau de santé AXE**. Ce dernier a pour objet d'optimiser la prise en charge des patients de plus de 75 ans vivant à domicile atteints de pathologies chroniques, en situation d'isolement, de dépendance médico-psycho-sociale et pour lesquels une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée est nécessaire.

Les modalités de la mise en œuvre de ce partenariat sont détaillées dans la présente convention :

Article 1 : Objectifs et territoire d'intervention

La présente convention a pour objet de définir les modalités de coopération du **CLIC de niveau 3**, de la **MAIA**, et de de la **CTA**, liée au déploiement du **PAERPA** en Pumonte, avec le **réseau de santé AXE**, pour les zones d'interventions de celui-ci (cf. *annexe 3*).

Ces modalités de coopération devront être en conformité avec le cadre législatif suivant :

1. *Loi ASV du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;*
2. *Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie de Corse ;*
3. *Des conventionnements CNSA et Collectivité de Corse au titre de la section IV ;*
4. *Des Articles L113-3 du CASF et Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 modifiant l'article 96 de la Loi de Santé du 26 janvier 2016.*
5. *Stratégie Nationale de Santé de septembre 2017 ;*
6. *Extension de l'expérimentation PAERPA au Pumonte, arrêté ministériel du 20 décembre 2018*

Au-delà du cadre législatif, le « prughjettu d'azione sociale » 2018-2021 de la Collectivité de Corse détermine les orientations et objectifs pour les politiques de l'autonomie et définit également les modalités de mise en œuvre de nouvelles actions auprès notamment des personnes âgées fragiles et de leurs proches aidants.

Article 2 : Modalités du partenariat

Le réseau de santé AXE devra dans le cadre de cette coopération s'inscrire dans :

- une convergence opérationnelle pour l'accompagnement du public cible en termes de compétences et de ressources en réalisant les expertises médicales gériatriques et psychologiques que sont les **EGS** : Evaluations gériatriques standardisées et les **PPS** : Plans personnalisés de soins, permettant des diagnostics affinés des besoins de manière individualisée pour chaque situation suivie conjointement par le CLIC Aiacciu et/ou le Service Gestion de Cas de la MAIA Aiacciu/Gran Aiacciu (cf. *annexe 4 « Missions Réseau AXE »*).

- dans un mode d'organisation de cette coopération, conforme aux orientations fixées par le « prughjettu d'azione sociale » 2018-2021 de la Collectivité de Corse et au cadre législatif de chacun, relatif aux procédures d'orientation et de suivi par le biais d'outils communs (*fiches de liaison pour le CLIC et le FAMO/Formulaire d'analyse multidimensionnelle et d'orientation validé par le guichet intégré pour la MAIA cf. annexe 5*) et d'actions conjointes. (*visites à domicile, visites en établissement pour les admissions et/ou sorties, réunions de concertations...*).

- Dans le cadre des retours à domicile après une hospitalisation, l'objectif commun sera d'anticiper au mieux les sorties afin de fluidifier au mieux le parcours des personnes âgées en accompagnant et facilitant les retours à domicile.

- dans le cadre des **SI : systèmes d'information partagée sur un « modèle intégré »** (méthode MAIA, programme PAERPA) mise en œuvre d'un rapprochement inter Réseau sur une base commune via des logiciels spécifiques.

Ceci afin de réaliser une évaluation globale des problématiques et une articulation des interventions à domicile.

Les services de la direction de l'autonomie et notamment les équipes CLIC et Service Gestion de Cas MAIA répondront pour leur part aux sollicitations du Réseau de santé AXE au regard de leurs missions mais aussi dans le cadre de **la procédure Régulation CLIC/Service de gestion de cas MAIA** (procédure validée depuis 2017 par la voie hiérarchique actuelle Direction de l'Autonomie de la Collectivité de Corse).

Article 3 : Evaluation des modalités de l'article 2

L'organisation de la coopération entre le réseau de santé AXE et les services du CLIC, de la gestion de cas MAIA et de la future CTA devra se décliner sous la forme de rencontres trimestrielles afin de fournir un bilan des actions réalisées (visites conjointes, concertations cliniques...) mais aussi des apports en termes d'expertises (EGS-PPS) ainsi que des données liées à l'impact sur les soins (indicateurs de pilotage MAIA cf. Annexe 6).

Ces données seront reportées sur le bilan d'activité annuel dont la transmission s'opère selon l'article 6 de l'engagement conventionnel.

La transmission du bilan d'activité du réseau de santé AXE devra se réaliser au plus tard pour le 31 mars de l'année N+1 afin de permettre le règlement des 50 % de la subvention allouée par la Collectivité de Corse relatif à l'exercice N-1.

Article 4 : Ethique et déontologie

Les mesures prises par le réseau de santé AXE, dans le cadre de ces modalités, ne doivent faire l'objet pour l'utilisateur ni d'un appel de cotisation, ni d'une rémunération.

De plus, il est admis que le libre choix de la personne âgée, la protection des données la concernant, son environnement devront être préservés (cf. Annexe 7).

Article 5 : Dispositions financières

Une subvention annuelle de **25 000 Euros** sera allouée chaque année au **Réseau de santé AXE** pour la mise en œuvre des actions prévues par la présente convention, sous réserve du respect des modalités fixées aux articles 1 à 4.

Pour 2019, le versement de cette subvention interviendra à hauteur de 50 % à la signature de la présente convention, les 50 % restant feront l'objet d'un versement sur présentation du bilan d'activité prévu par l'article 3 de la présente convention.

Pour 2020, le versement de cette subvention interviendra à hauteur de 50 % au cours du 1^{er} trimestre, les 50 % restant feront l'objet d'un versement sur présentation du bilan d'activité selon l'article 3.

Article 6 : Modalités de l'engagement conventionnel

La présente convention est prévue pour une durée de deux ans, soit du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2020, reconductible annuellement sur présentation du bilan d'activité annuel et par reconduction expresse.

Elle peut faire l'objet d'un avenant en fonction de l'évaluation de l'activité ou de nouvelles dispositions législatives ou de stratégie territoriale en termes d'action

géronologique (notamment en lien avec le déploiement de l'expérimentation PAERPA en Pumontu).

La présente convention pourra être dénoncée par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception sous réserve d'un préavis de trois mois.

Elle pourra prendre fin avant le terme en cas de dissolution du Réseau de santé AXE, ou de non application de ces dispositions. La juridiction compétente pour connaître les litiges sera le tribunal administratif de Bastia.

Aiacciu, le

Le Président du Conseil Exécutif
de Corse

Le Président du Réseau de santé AXE

M. Gilles SIMEONI

M. Jean-Marc GIREAULT

Centres Locaux d'Information et de Coordination CLIC

Les **CLIC** s'adressent à des personnes âgées de 60 ans et plus, à leur famille ainsi qu'aux professionnels intervenant à leur domicile, aux établissements de santé.

Les **CLIC** sont des lieux d'information, d'écoute, de dialogue, de soutien et de conseils ainsi que des services de veille et d'alerte au profit des personnes âgées vulnérables.

Ils permettent d'améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées en participant activement au maintien ou au retour à domicile des personnes âgées à domicile (dépendantes ou non) :

- Par une approche globale et personnalisée des besoins des personnes âgées,
- En mobilisant les ressources des champs sanitaires, médico social et social,
- En associant prévention, accompagnement social et soins.

Les différents niveaux d'intervention des CLIC :

- Niveau 1 : accueil, information, soutien
- Niveau 2 : évaluation et élaboration du plan d'aide, coordination avec les professionnels et missions de niveau 1
- Niveau 3 : suivi du plan d'aide et missions des niveaux 1 et 2

Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins pour l'Intégration

MAIA

Dispositif **d'Intégration des soins et des services** construit sur un territoire donné

Concept et Public :

Méthode fondée sur le **concept d'intégration des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux** d'un territoire défini et qui n'est pas un lieu ou une structure d'accueil dédié au public mais un modèle organisationnel national **adapté aux diversités locales** et qui se base sur les services et structures territoriaux existants.

- **Public cible** : personnes de + 60 ans en perte d'autonomie et leur entourage.

Objectifs :

- Construire avec les **partenaires institutionnels et les professionnels** d'un territoire défini, de nouveaux modes de travail partenarial afin : d'améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge, décloisonner les secteurs médico-social et sanitaire, faire partager des référentiels et pratiques communs afin d'apporter une réponse harmonisée et adaptée à la population.
- Mise en place du **service de gestion de cas** dans les secteurs : sanitaire médico-social et social, par un professionnel appelé **Gestionnaire de cas** dédié et formé à **une coordination intensive et au long cours pour des situations identifiées complexes** pour une population pouvant bénéficier de cet accompagnement.

En l'absence de **situation médicale aiguë ou de crise** la **gestion de cas** s'adresse à toute personne de plus de 60 ans souhaitant continuer à vivre à domicile mais dont le **projet de vie** est compromis par les **éléments suivants** :

Problème d'**autonomie fonctionnelle** > AVQ* et/ou AIVQ*

**Les activités de la vie quotidienne (AVQ) sont l'hygiène corporelle, l'habillement, l'alimentation, la continence, le déplacement, les transferts*

**Les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) sont la gestion domestique (ménage, lessive, préparer repas, courses), la gestion financières et administrative, utiliser le téléphone, utiliser les transports, gestion et prise des thérapeutiques.*

et Problème relevant du **champ médical**

et Problème d'**autonomie décisionnelle** > altération du processus décisionnel avec conséquences multiples

⇒ **Critère N°1 validé uniquement si les trois problèmes présents**

Aides et soins **insuffisants** ou **inadaptés**

⇒ **Critère N°2 validé**

Absence de **personne ressource** ou **entourage proche** en capacité de mettre en place et coordonner les réponses aux besoins de la situation de la personne

⇒ **Critère N°3 validé**

*Si les 3 critères sont validés un suivi par un **gestionnaire de cas** est avéré*



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

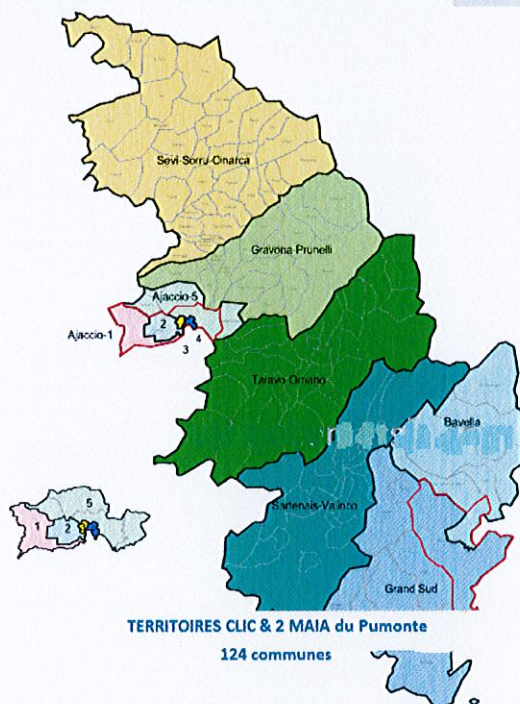
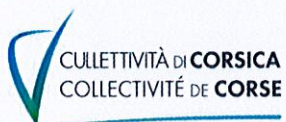
Si un des **critères** n'est pas **validé** la situation **ne relève pas d'une gestion de cas**

⇒ **Orientation** vers un autre service du **Guichet intégré (File REGULATION)**

Convention CDC/Réseau AXE – Annexe 3

Partenariat Réseau AXE
avec la MAIA Aiacciu/Gran Aiacciu et le CLIC Aiacciu

Territoire d'intervention du Réseau de santé AXE
11 Communes : Aiacciu 1 à 5



Aiacciu
Alata
Afà
Appiettu
A Bastilicaccia
Cutuli è Curtichjatu
I Peri
Sarrula è Carcupinu
Tavacu
Vaddi di Mizana
Villanova



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



Pilote MAIA : Mme NICOLI 04 20 03 93 95
Secrétariat : 04 95 29 13 21 secretariat.maia@isula.corsica
MAIA Aiacciu/Gran Aiacciu

FICHE ORIENTATION (FAMO*)

***Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation
REGULATION / GESTION DE CAS**

DATE DE LA DEMANDE :/...../.....

Origine de la demande et Nom / fonction :

☎ :

@ :

<input type="checkbox"/> Equipe APA	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Autre établissement de santé (UHR, SSR...)	<input type="checkbox"/> SAAD
<input type="checkbox"/> CLIC	<input type="checkbox"/> Médecin Gériatre <input type="checkbox"/> Médecin psychiatre	<input type="checkbox"/> SSIAD	<input type="checkbox"/> Accueil de jour
<input type="checkbox"/> MDPH	<input type="checkbox"/> Professionnel de santé libéral (IDE, Kiné...)	<input type="checkbox"/> ESA <input type="checkbox"/> Plateforme de répit	<input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> H.T* <i>*Hébergement Temporaire</i>
<input type="checkbox"/> Assistante sociale	<input type="checkbox"/> CSG*/CHA <i>*Court séjour gériatrique</i>	<input type="checkbox"/> Service social <i>(CPAM RSI MSA CARSAT ...)</i>	<input type="checkbox"/> CCAS
<input type="checkbox"/> Caisse de retraite	<input type="checkbox"/> CMRR <input type="checkbox"/> Cs Mémoire/CHA	<input type="checkbox"/> Réseau de santé	<input type="checkbox"/> Autre

Information de l'intervention de la MAIA : bénéficiaire Référent

Le bénéficiaire a-t-il été informé de la demande d'orientation MAIA ? oui non

Si oui est-il favorable à la demande ? oui non

Le référent a-t-il été informé de la demande d'orientation ? oui non

Si oui est-il favorable à la demande ? oui non

BENEFICIAIRE

NOM : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

Aidant principal à contacter

Nom / Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone : **Autre contact :**

FAMO MAIA - BENEFICIAIRE : M. Mme

Médecin traitant : Dr..... ☎

Infirmière : ☎

Assistante sociale : ☎

Assurance maladie / dépendance :

Caisse d'assurance maladie : N° SS :

Prise en charge ALD :

Mutuelle :

Caisse de retraite :

APA : oui non en cours

GIR : Nombres d'heures attribuées :

Téléalarme Amélioration habitat Protections Autre

Aide sociale (a. ménagère) AAH PCH

Suivi :

CLIC contrôle effectivité (Plan APA) CDC suivi social

Mesure de protection :

Aucune Demande en cours Curatelle Curatelle renforcée Sauvegarde de justice tutelle MASP

Nom de la personne chargée de l'exercice de la mesure de protection :

Etablie conjointement avec GC MAIA

ANALYSE DE 1^{ER} NIVEAU Etablie par le professionnel à l'origine/demande

Merci de cocher les cases correspondantes (plusieurs réponses possibles)

SANTE

Problème de santé (*maladies chroniques, invalidantes*)

Troubles cognitifs (*troubles mnésiques, oublis fréquents, oublis des faits récents*)

Désorientation (dans le temps, dans l'espace)

Troubles du comportement (*repli, déambulation, errance, agressivité...*)

Troubles de l'équilibre (chutes récentes, répétitives...)

Troubles sensoriels (*auditifs, visuels, odorat...*)

Trouble du langage

Troubles nutritionnels (*amaigrissement, perte d'appétit,*

Perte d'autonomie **récente**

Difficultés de mobilité

Hospitalisations régulières

Absence de suivi du médecin

Absence de diagnostic neuropsychologique (*Cs Mémoire*)

Absence ou traitement médicamenteux non suivis/contradictoires

Difficultés dans la gestion/médicaments

Refus d'aide et de soins (*opposition*)

Troubles psychiatriques diagnostiqués

AUTONOMIE FONCTIONNELLE

Problèmes dans les actes essentiels de la vie

Problèmes dans les activités domestiques

Activités personnelles et de loisirs impossibles

SECURITE ENVIRONNEMENTALE

Habitat inadapté (*risque gaz, inaccessibilité...*)

Insalubrité (*logement indécent, indigne*)

Isolement géographique

ASPECTS FAMILIAUX ET SOCIAUX

Epuisement et / ou incapacité de l'aidant

Absence ou faible mobilisation des aidants

Problématique familiale

Isolement familial (*absence ou fragilité du lien*)

Refus d'aide de l'entourage

Problématique sociale

ASPECTS ECONOMIQUES ET ADMINISTRATIFS

Difficultés dans la gestion courante

Perte ou difficulté d'accès aux droits

Précarité économique (*dettes...*)

Problématique juridique

FICHE ORIENTATION MAIA - BENEFICIAIRE :

PRISE EN CHARGE EXISTANTE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accueil de jour : | <input type="checkbox"/> Psychiatre libéral..... |
| <input type="checkbox"/> Aide à domicile : | <input type="checkbox"/> ESA Plateforme de répit : |
| <input type="checkbox"/> Portage de repas : | <input type="checkbox"/> Garde itinérante de nuit..... |
| <input type="checkbox"/> SSIAD : | <input type="checkbox"/> Suivi psychologue..... |
| <input type="checkbox"/> Réseau de santé : | <input type="checkbox"/> Hébergement temporaire en EHPAD |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(e) libéral(e)..... | <input type="checkbox"/> Suivi assistante sociale ou CESF : |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute libéral(e) : | <input type="checkbox"/> Autres (ergothérapeute, psychomotricien
orthophoniste)..... |
| <input type="checkbox"/> Gériatre:..... | <input type="checkbox"/> Aidant Familial (présence et aide quotidienne) |
| <input type="checkbox"/> Neurologue : | <input type="checkbox"/> Lien parenté/Aidant Familial : |
| <input type="checkbox"/> CMRR : | <input type="checkbox"/> Hôpital de jour / CMP..... |

PROBLEMATIQUES PRINCIPALES IDENTIFIEES PAR LE PROFESSIONNEL (1 à 2 maximum) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AUTRES INFORMATIONS UTILES (Localisation, environnement...)

.....

.....

.....

.....



MAIA

L'intégration des acteurs pour
l'autonomie des personnes âgées

CLIC

Centres Locaux d'Information et de Coordination

FICHE DE LIAISON – Collaboration des équipes Réseau/CLIC MAIA
Réseau de Santé Gérontologique AXE

DATE : 00/00/2018

Individu :

Nom :Prénom : Date de naissance :

Localisation :

➔ **Origine de la demande**

RG Axe **VERS** CLIC RG Axe **VERS** MAIA CLIC **VERS** RG Axe

Gestion/Cas **VERS** RG Axe Régulation CLIC/MAIA **VERS** RG Axe

MOTIF DE LA DEMANDE

- Problème relevant du champ médical - Demande d'expertise médicale (EGS)
- Problème relevant du champ médical - Demande d'expertise psychologique (Bilan psychologique)
- Demande d'intervention/Professionnel (Ergothérapeute, Orthophoniste, IDE, Nutritionniste...)
- Demande CLIC : Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3
- Demande Gestion de cas/File Active (Hors FAMO) : SUIVI Nouvelle/Problématique
- Autre :

❖ **TOUTE 1^{ère} ACTION (Visite à Domicile, Evaluation, Concertation...) se réalisera CONJOINTEMENT**

❖ **CADRE LEGISLATIF**

*CASF - Article L311-3 (Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, **respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché** lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. **A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché**)

Impact sur les soins dans les territoires – Public PA

Données à recueillir dans le cadre du partenariat Réseau de santé/MAIA

- 1) *Durée moyenne de séjour (DMS) des plus de 75 ans*
- 2) *Taux de ré-hospitalisations à 30 jours des plus de 75 ans*
- 3) *Taux de passages aux urgences non suivies d'une hospitalisation des plus de 75 ans*
- 4) *Taux d'hospitalisations non programmées pour les personnes âgées de plus de 75 ans du territoire*
- 5) *Part des hospitalisations non programmées des plus de 75 ans pour les établissements du territoire*
- 6) *Fréquence des polyprescriptions des plus de 75 ans*

CHARTRE DE L'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE

Cette chartre engage collectivement les partenaires dans une démarche de qualité et de responsabilité, fondée sur un certain nombre de valeurs reconnues au plan national et international.

Les professionnels intervenant dans le cadre de l'accompagnement à domicile s'engagent à prendre connaissance, accepter les termes de cette chartre et à respecter les principes y figurant.

Les limites de l'accompagnement à domicile pourront être posées lors d'une concertation (proches - intervenants médico-sociaux - soignants) et bénéficier d'une réflexion éthique.

1. Le libre choix

Toute personne accompagnée garde la liberté de choisir son mode de vie. Ses désirs doivent être respectés en tenant compte de ses capacités de jugement (la famille et les intervenants doivent respecter le plus possible son projet de vie).

2. Le lieu de vie

Toute personne accompagnée a la liberté de choisir son cadre de vie. Les intervenants doivent le respecter dans la mesure du possible, ainsi que ses rythmes et ses habitudes de vie. Son lieu de vie doit être adapté, autant que faire se peut, à ses besoins et ses handicaps.

3. La vie sociétale et culturelle

Toute personne accompagnée doit être encouragée à maintenir et développer ses capacités et ses ressources. Sa vie culturelle, sa liberté de conscience religieuse et philosophique doivent être respectées. Il est important d'inciter les aidants à maintenir un réseau sociétal élargi, à participer et à partager leurs expériences.

4. Le rôle de l'entourage

Les liens affectifs doivent être respectés. Il faut conforter la famille dans son rôle et la soulager, autant que possible, de tout soin. Il est indispensable aussi bien pour le professionnel que pour l'entourage de partager une exacte compréhension des rôles : le soignant soigne, le proche aime, et ce pour une meilleure prise en charge de la maladie et de son évolution.

5. La protection des personnes vulnérables

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir ses biens et sa personne protégés. Chaque intervenant familial ou professionnel doit, si besoin après concertation, être en capacité de solliciter ou de mettre en place les mesures adaptées dans l'intérêt de la personne.

**Convention de partenariat et de financement dans le cadre de
l'action gériatologique sur le territoire**
*avec le réseau de santé polyvalent Sartenais, Alta-Rocca, Valinco
(SARV)*

VU le Code Général des Collectivités Territoriales, titre II, livre IV, IVème partie,

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles,

VU la délibération n° 19/094 AC de l'Assemblée de Corse du 28 mars 2019,

Entre

La Collectivité de Corse, représentée par M. Gilles SIMEONI, Président du Conseil Exécutif de Corse,
d'une part,

Et

Le Réseau de santé polyvalent Sartenais, Alta-Rocca, Valinco, SARV, réseau de gériatologie, représentée par sa Présidente Mme Odile MONDOLONI,
d'autre part.

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

La Collectivité de Corse dans le cadre de ses compétences en matière sociale et médico-sociale dispose d'un rôle de cheffe de file. Parmi ses principales missions, il est en une qui concerne la mise en œuvre et la coordination d'une politique gériatologique sur le territoire.

La mise en œuvre et la coordination de cette politique gériatologique pour le territoire insulaire définie aux articles L. 113-1 à L. 113-4 du code de l'action sociale et des familles sont notamment assurées par la Direction Générale Adjointe en charge des Affaires sociales et Sanitaires et plus particulièrement par les différents services de la direction de l'autonomie de la Collectivité de Corse.

S'agissant plus particulièrement de la coordination des parcours des personnes âgées, la Collectivité de Corse est notamment porteuse des dispositifs de coordination suivants :

- Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) (*cf. annexe 1 « Missions »*) ;
- Méthode d'Action pour l'intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) (*cf. annexe 1 « Missions »*) ;
- Expérimentation pour la coordination du parcours des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA).

Leurs missions respectives ont pour objectifs :

Pour le CLIC de niveau 3 de :

Améliorer la qualité de l'accompagnement des parcours des personnes âgées par une approche globale et personnalisée de leurs besoins :

- en mobilisant et en coordonnant les ressources des champs sanitaire, médico-social et social,
- en associant prévention, accompagnement social et soins mettant en place des réponses rapides, complètes et coordonnées notamment pour les situations complexes et/ou urgentes (prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile ou en situation de retour à domicile après une hospitalisation).

Pour la MAIA :

Mise en œuvre de la méthode « intégration » sur le territoire selon un modèle organisationnel national adapté aux diversités locales et permettant la mise en place d'espaces collaboratifs tactiques et stratégiques (**niveau tactique** composé des représentants professionnels des secteurs : sanitaire, médico-social et social - **niveau stratégique** composé des décideurs et des financeurs (ARS, CDC, autres Collectivités, CARSAT, MSA, SECU-Indépendants ainsi que les URPS et associations d'usagers à titre consultatif. Cette méthode développe également un accompagnement spécifique par la mise en place d'un **Service de gestion de cas** dans les secteurs : sanitaire médico-social et social, avec l'intervention de professionnels appelés **Gestionnaires de cas** dédiés et formés à **une coordination intensive et au long cours pour des situations identifiées complexes** et présentant les critères nationaux d'éligibilité à la gestion de cas (*cf. annexe 2 « Critères d'éligibilité CNSA »*).

Pour le PAERPA :

Le PAERPA, déjà déployé en Cismonte et dont le déploiement en Pumonte est programmé au cours de l'année 2019, s'articule nécessairement avec les dispositifs de coordination que sont les CLIC et les MAIA et qui seront entre autres des composantes de la Coordination Territoriale d'Appui (CTA) et qui seront également intégrées au sein des futures plateformes de coordination territoriale qui sont en construction.

En effet ces plateformes d'appui à la coordination devront réunir l'ensemble des équipes des services d'appui et de coordination identifiés sur le territoire pour répondre aux situations dites complexes (*HAS : Haute Autorité de Santé, Septembre 2014*) et s'inscrivant dans la convergence de l'ensemble des dispositifs existants selon la Stratégie Nationale de Santé de 2017.

Aussi, afin de favoriser l'accompagnement des publics âgés, il est nécessaire de poursuivre et de formaliser le partenariat entre **les services de la Collectivité de Corse et le Réseau de santé polyvalent Sartenais, Alta-Rocca, Valinco (S.A.R.V)**. Ce dernier a pour missions le suivi des personnes relevant de gériatrie, douleurs et soins palliatifs, quel que soit l'âge, en favorisant l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités de soins.

Les modalités de la mise en œuvre de ce partenariat sont détaillées dans la présente convention :

Article 1 : Objectifs et territoire d'intervention

La présente convention a pour objet de définir les modalités de coopération du **CLIC de niveau 3**, de la **MAIA** et de de la **CTA**, liée au déploiement du **PAERPA** en Pumont, avec le **réseau de santé polyvalent Sartenais, Alta-Rocca, Valinco**, pour les zones d'interventions de celui-ci (*cf. annexe 3*).

Ces modalités de coopération devront être en conformité avec le cadre législatif suivant :

1. *Loi ASV du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;*
2. *Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie de Corse ;*
3. *Des conventionnements CNSA et Collectivité de Corse au titre de la section IV ;*
4. *Des Articles L. 113-3 du CASF et Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 modifiant l'article 96 de la Loi de Santé du 26 janvier 2016.*
5. *Stratégie Nationale de Santé de septembre 2017 ;*
6. *Extension de l'expérimentation PAERPA au Pumont, arrêté ministériel du 20 décembre 2018*

Au-delà du cadre législatif, le « prughjettu d'azione suciale » 2018-2021 de la Collectivité de Corse détermine les orientations et objectifs pour les politiques de l'autonomie et définit également les modalités de mise en œuvre de nouvelles actions auprès notamment des personnes âgées fragiles et de leurs proches aidants.

Article 2 : Modalités du partenariat

Le réseau de santé polyvalent Sartenais, Alta-Rocca, Valinco (S.A.R.V) devra dans le cadre de cette coopération s'inscrire dans :

- une convergence opérationnelle pour l'accompagnement du public cible en termes de compétences et de ressources en réalisant les expertises médicales gériatriques et psychologiques que sont les **EGS** : Evaluations gériatriques standardisées et les **PPS** : Plans personnalisés de soins, permettant des diagnostics affinés des besoins de manière individualisée pour chaque situation suivie conjointement par le CLIC de Sartè et/ou le Service Gestion de Cas de la MAIA SUD/Territoires Valincu et Bavedda.

- dans un mode d'organisation de cette coopération, conforme aux orientations fixées par le « prughjettu d'azione suciale » 2018-2021 de la Collectivité de Corse et au cadre législatif de chacun, relatif aux procédures d'orientation et de suivi par le biais d'outils communs (*fiches de liaison pour le CLIC et le FAMO/Formulaire d'analyse multidimensionnelle et d'orientation validé par le guichet intégré pour la MAIA cf. annexe 4*) et d'actions conjointes. (*visites à domicile, visites en établissement pour les admissions et/ou sorties, réunions de concertations...*).

- Dans le cadre des retours à domicile après une hospitalisation, l'objectif commun sera d'anticiper au mieux les sorties afin de fluidifier au mieux le parcours des personnes âgées en accompagnant et facilitant les retours à domicile.

- dans le cadre des **SI : systèmes d'information partagée sur un « modèle intégré »** (méthode MAIA, programme PAERPA) mise en œuvre d'un rapprochement inter Réseau sur une base commune via des logiciels spécifiques.

Ceci afin de réaliser une évaluation globale des problématiques et une articulation des interventions à domicile.

Les services de la direction de l'autonomie et notamment les équipes CLIC et Service Gestion de Cas MAIA répondront pour leur part aux sollicitations du Réseau de santé polyvalent Sartenais, Alta-Rocca, Valinco (S.A.R.V) au regard de leurs missions mais aussi dans le cadre de la **procédure Régulation CLIC/Service de gestion de cas MAIA** (*procédure validée depuis 2017 par la voie hiérarchique actuelle Direction de l'Autonomie de la Collectivité de Corse*).

Article 3 : Evaluation des modalités de l'article 2

L'organisation de la coopération entre le réseau de santé polyvalent Sartenais, Alta-Rocca, Valinco et les services du CLIC, de la gestion de cas MAIA et de la future CTA, devra se décliner sous la forme de rencontres trimestrielles afin de fournir un bilan des actions réalisées (visites conjointes, concertations cliniques...) mais aussi des apports en termes d'expertises (EGS-PPS) ainsi que des données liées à l'impact sur les soins (indicateurs de pilotage MAIA *cf. Annexe 5*).

Ces données seront reportées sur le bilan d'activité annuel dont la transmission s'opère selon l'article 6 de l'engagement conventionnel.

La transmission du bilan d'activité du réseau de santé polyvalent Sartenais, Alta-Rocca, Valinco devra se réaliser au plus tard pour le 31 mars de l'année N+1 afin de permettre le règlement des 50 % de la subvention allouée par la Collectivité de Corse relatif à l'exercice N-1.

Article 4 : Ethique et déontologie

Les mesures prises par le réseau de santé polyvalent Sartenais, Alta-Rocca, Valinco, dans le cadre de ces modalités, ne doivent faire l'objet pour l'utilisateur ni d'un appel de cotisation, ni d'une rémunération. De plus, il est admis que le libre choix de la personne âgée, la protection des données la concernant, son environnement devront être préservés (*cf. Annexe 6*).

Article 5 : Dispositions financières

Une subvention annuelle de **25 000 Euros** sera allouée chaque année au Réseau de santé SARV pour la mise en œuvre des actions prévues par la présente convention, sous réserve du respect des modalités fixées aux articles 1 à 4.

Pour 2019, le versement de cette subvention interviendra à hauteur de 50 % à la signature de la présente convention, les 50 % restant feront l'objet d'un versement sur présentation du bilan d'activité prévu par l'article 3 de la présente convention.

Pour 2020, le versement de cette subvention interviendra à hauteur de 50 % au cours du 1^{er} trimestre, les 50 % restant feront l'objet d'un versement sur présentation du bilan d'activité selon l'article 3.

Article 6 : Modalités de l'engagement conventionnel

La présente convention est prévue pour une durée de deux ans, soit du 1er Janvier 2019 au 31 Décembre 2020, reconductible annuellement sur présentation du bilan d'activité annuel et par reconduction expresse.

Elle peut faire l'objet d'un avenant en fonction de l'évaluation de l'activité ou de nouvelles dispositions législatives ou de stratégie territoriale en termes d'action gérontologique (notamment en lien avec le déploiement de l'expérimentation PAERPA en Pumonté).

La présente convention pourra être dénoncée par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception sous réserve d'un préavis de trois mois.

Elle pourra prendre fin avant le terme en cas de dissolution du **Réseau de santé polyvalent Sartonais, Alta-Rocca, Valinco** ou de non application de ces dispositions. La juridiction compétente pour connaître les litiges sera le tribunal administratif de Bastia.

Aiacciu, le

Le Président du Conseil Exécutif
de Corse

La Présidente du Réseau de santé
polyvalent SARV

M. Gilles SIMEONI

Mme Odile MONDOLONI

Centres Locaux d'Information et de Coordination CLIC

Les **CLIC** s'adressent à des personnes âgées de 60 ans et plus, à leur famille ainsi qu'aux professionnels intervenant à leur domicile, aux établissements de santé.

Les **CLIC** sont des lieux d'information, d'écoute, de dialogue, de soutien et de conseils ainsi que des services de veille et d'alerte au profit des personnes âgées vulnérables.

Ils permettent d'améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées en participant activement au maintien ou au retour à domicile des personnes âgées à domicile (dépendantes ou non) :

- Par une approche globale et personnalisée des besoins des personnes âgées,
- En mobilisant les ressources des champs sanitaires, médico social et social,
- En associant prévention, accompagnement social et soins.

Les différents niveaux d'intervention des CLIC :

- Niveau 1 : accueil, information, soutien
- Niveau 2 : évaluation et élaboration du plan d'aide, coordination avec les professionnels et missions de niveau 1
- Niveau 3 : suivi du plan d'aide et missions des niveaux 1 et 2

Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins pour l'Intégration

MAIA

Dispositif **d'Intégration des soins et des services** construit sur un territoire donné

Concept et Public :

Méthode fondée sur le **concept d'intégration des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux** d'un territoire défini et qui n'est pas un lieu ou une structure d'accueil dédié au public mais un modèle organisationnel national **adapté aux diversités locales** et qui se base sur les services et structures territoriaux existants.

- **Public cible** : personnes de + 60 ans en perte d'autonomie et leur entourage.

Objectifs :

- Construire avec les **partenaires institutionnels et les professionnels** d'un territoire défini, de nouveaux modes de travail partenarial afin : d'améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge, décloisonner les secteurs médico-social et sanitaire, faire partager des référentiels et pratiques communs afin d'apporter une réponse harmonisée et adaptée à la population.
- Mise en place du **service de gestion de cas** dans les secteurs : sanitaire médico-social et social, par un professionnel appelé **Gestionnaire de cas** dédié et formé à **une coordination intensive et au long cours pour des situations identifiées complexes** pour une population pouvant bénéficier de cet accompagnement.

En l'absence de **situation médicale aiguë ou de crise** la **gestion de cas** s'adresse à toute personne de plus de 60 ans souhaitant continuer à vivre à domicile mais dont le **projet de vie** est compromis par les **éléments suivants** :

Problème d'**autonomie fonctionnelle** > AVQ* et/ou AIVQ*
*Les activités de la vie quotidienne (AVQ) sont l'hygiène corporelle, l'habillage, l'alimentation, la continence, le déplacement, les transferts
*Les activités **instrumentales** de la vie quotidienne (AIVQ) sont la gestion domestique (ménage, lessive, préparer repas, courses), la gestion financières et administrative, utiliser le téléphone, utiliser les transports, gestion et prise des thérapeutiques.

et Problème relevant du **champ médical**

et Problème d'**autonomie décisionnelle** > altération du processus décisionnel avec conséquences multiples

⇒ **Critère N°1 validé uniquement si les trois problèmes présents**

Aides et soins **insuffisants** ou **inadaptés**

⇒ **Critère N°2 validé**

Absence de **personne ressource** ou **entourage proche** en capacité de mettre en place et coordonner les réponses aux besoins de la situation de la personne

⇒ **Critère N°3 validé**

Si les 3 critères sont validés un suivi par un gestionnaire de cas est avéré



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

Si un des critères n'est pas validé la situation ne relève pas d'une **gestion de cas**

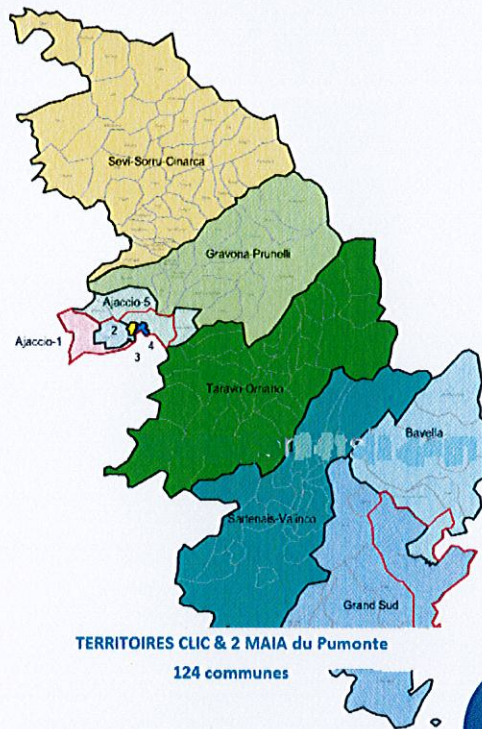
⇒ **Orientation** vers un autre service du **Guichet intégré (File REGULATION)**

Convention CDC/Réseau SARV – Annexe 3

Partenariat Réseau SARV avec :

- MAIA SUD/Territoires Valincu et Bavedda
- CLIC Sartè

Territoire d'intervention du Réseau de santé SARV
31 Communes : Territoires Valincu - Bavedda



TERRITOIRES CLIC & 2 MAIA du Pumonti
124 communes

Autres communes (dérogation ARS non formalisée) :

Pila è Canali Casalabriva Arghjusta è Muricciu
Pitretu è Bicchisgià

Sartè
Belvidè è Campumoru
Bilia
Foci è Bilzesi
Ghjunchetu
Granaccia
A Grossa
Arbiddali
Fozzà
Ulmetu
Prupìa
Santa Maria Ficaniedda
Vighjaneddu
Altaghjè
Auddè
Carghjaca
Laretu d'Attallà
Mela
Ulimiccia
Quenza
Santa Lucia di Tallà
A Sarra di Scupamena
Surbuddà
Zirubia
Zozza
Carbini
Livià
San Gavinu di Carbini
Zonza
Suddacarò
A Sarra di Farru

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



☎ Pilote MAIA : Mme NICOLI 04 20 03 93 95
☎ Secrétariat : 04 95 29 13 21 secretariat.maia@isula.corsica
MAIA SUD – Territoires Valincu et Bavedda

FICHE ORIENTATION (FAMO*)

*Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation
REGULATION / GESTION DE CAS

DATE DE LA DEMANDE :/...../.....

Origine de la demande et Nom / fonction :

☎ :

@ :

<input type="checkbox"/> Equipe APA	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Autre établissement de santé (UHR, SSR...)	<input type="checkbox"/> SAAD
<input type="checkbox"/> CLIC	<input type="checkbox"/> Médecin Gériatre <input type="checkbox"/> Médecin psychiatre	<input type="checkbox"/> SSIAD	<input type="checkbox"/> Accueil de jour
<input type="checkbox"/> MDPH	<input type="checkbox"/> Professionnel de santé libéral (IDE, Kiné...)	<input type="checkbox"/> ESA <input type="checkbox"/> Plateforme de répit	<input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> H.T* <i>*Hébergement Temporaire</i>
<input type="checkbox"/> Assistante sociale	<input type="checkbox"/> CSG*/CHA <i>*Court séjour gériatrique</i>	<input type="checkbox"/> Service social <i>(CPAM RSI MSA CARSAT ...)</i>	<input type="checkbox"/> CCAS
<input type="checkbox"/> Caisse de retraite	<input type="checkbox"/> CMRR <input type="checkbox"/> Cs Mémoire/CHA	<input type="checkbox"/> Réseau de santé	<input type="checkbox"/> Autre

Information de l'intervention de la MAIA : bénéficiaire Référent

Le bénéficiaire a-t-il été informé de la demande d'orientation MAIA ? oui non

Si oui est-il favorable à la demande ? oui non

Le référent a-t-il été informé de la demande d'orientation ? oui non

Si oui est-il favorable à la demande ? oui non

BENEFICIAIRE

NOM : Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

Aidant principal à contacter

Nom / Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone : **Autre contact :**

FAMO MAIA - BENEFICIAIRE : M. Mme

Médecin traitant : Dr..... ☎

Infirmière : ☎

Assistante sociale : ☎

Assurance maladie / dépendance :

Caisse d'assurance maladie : N° SS :

Prise en charge ALD :

Mutuelle :

Caisse de retraite :

APA : oui non en cours

GIR : Nombres d'heures attribuées :

Téléalarme Amélioration habitat Protections Autre

Aide sociale (a. ménagère) AAH PCH

Suivi :

CLIC contrôle effectivité (Plan APA) CDC suivi social

Mesure de protection :

Aucune Demande en cours Curatelle Curatelle renforcée Sauvegarde de justice tutelle MASP

Nom de la personne chargée de l'exercice de la mesure de protection :

.....

Etablie conjointement avec GC MAIA

ANALYSE DE 1^{ER} NIVEAU Etablie par le professionnel à l'origine/demande

Merci de cocher les cases correspondantes (plusieurs réponses possibles)

SANTE

- Problème de santé (*maladies chroniques, invalidantes*) Absence de suivi du médecin
- Troubles cognitifs (*troubles mnésiques, oublis fréquents, oublis des faits récents*) Absence de diagnostic neuropsychologique (*Cs Mémoire*)
- Désorientation (dans le temps, dans l'espace) Absence ou traitement médicamenteux non suivis/contradictoires
- Troubles du comportement (*repli, déambulation, errance, agressivité...*) Difficultés dans la gestion/médicaments
- Troubles de l'équilibre (chutes récentes, répétitives...) Refus d'aide et de soins (*opposition*)
- Troubles sensoriels (*auditifs, visuels, odorat...*)
- Trouble du langage
- Troubles nutritionnels (*amaigrissement, perte d'appétit, Perte d'autonomie récente*) Troubles psychiatriques diagnostiqués
- Difficultés de mobilité
- Hospitalisations régulières

AUTONOMIE FONCTIONNELLE

- Problèmes dans les actes essentiels de la vie
- Problèmes dans les activités domestiques
- Activités personnelles et de loisirs impossibles

ASPECTS FAMILIAUX ET SOCIAUX

- Epuisement et / ou incapacité de l'aidant
- Absence ou faible mobilisation des aidants
- Problématique familiale
- Isolement familial (*absence ou fragilité du lien*)
- Refus d'aide de l'entourage
- Problématique sociale

SECURITE ENVIRONNEMENTALE

- Habitat inadapté (*risque gaz, inaccessibilité...*)
- Insalubrité (*logement indécent, indigne*)
- Isolement géographique

ASPECTS ECONOMIQUES ET ADMINISTRATIFS

- Difficultés dans la gestion courante
- Perte ou difficulté d'accès aux droits
- Précarité économique (*dettes...*)
- Problématique juridique

FICHE ORIENTATION MAIA - BENEFICIAIRE :

PRISE EN CHARGE EXISTANTE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accueil de jour : | <input type="checkbox"/> Psychiatre libéral..... |
| <input type="checkbox"/> Aide à domicile : | <input type="checkbox"/> ESA Plateforme de répit : |
| <input type="checkbox"/> Portage de repas : | <input type="checkbox"/> Garde itinérante de nuit..... |
| <input type="checkbox"/> SSIAD : | <input type="checkbox"/> Suivi psychologue..... |
| <input type="checkbox"/> Réseau de santé : | <input type="checkbox"/> Hébergement temporaire en EHPAD |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(e) libéral(e)..... | <input type="checkbox"/> Suivi assistante sociale ou CESF : |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute libéral(e) : | <input type="checkbox"/> Autres (ergothérapeute, psychomotricien orthophoniste)..... |
| <input type="checkbox"/> Gériatre:..... | <input type="checkbox"/> Aidant Familial (présence et aide quotidienne) |
| <input type="checkbox"/> Neurologue : | <input type="checkbox"/> Lien parenté/Aidant Familial : |
| <input type="checkbox"/> CMRR : | <input type="checkbox"/> Hôpital de jour / CMP..... |

PROBLEMATIQUES PRINCIPALES IDENTIFIEES PAR LE PROFESSIONNEL (1 à 2 maximum) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AUTRES INFORMATIONS UTILES (Localisation, environnement...)

.....

.....

.....

.....



FICHE DE LIAISON – Collaboration des équipes Réseau/CLIC MAIA
Réseau de Santé Gérontologique SARV – Sartenais Alta Rocca Valinco

DATE : 00/00/2018

Individu :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Localisation :

➔ **Origine de la demande**

RG Axe **VERS** CLIC RG Axe **VERS** MAIA CLIC **VERS** RG Axe

Gestion/Cas **VERS** RG Axe Régulation CLIC/MAIA **VERS** RG Axe

MOTIF DE LA DEMANDE

- Problème relevant du champ médical - Demande d'expertise médicale (EGS)
- Problème relevant du champ médical - Demande d'expertise psychologique (Bilan psychologique)
- Demande d'intervention/Professionnel (Ergothérapeute, Orthophoniste, IDE, Nutritionniste...)
- Demande CLIC : Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3
- Demande Gestion de cas/File Active (Hors FAMO) : SUIVI Nouvelle/Problématique
- Autre :

❖ **TOUTE 1^{ère} ACTION (Visite à Domicile, Evaluation, Concertation...) se réalisera CONJOINTEMENT**

❖ **CADRE LEGISLATIF**

*CASF - Article L311-3 (Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, **respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché** lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. **A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché**)

Impact sur les soins dans les territoires – Public PA

Données à recueillir dans le cadre du partenariat Réseau de santé/MAIA

- 1) *Durée moyenne de séjour (DMS) des plus de 75 ans*
- 2) *Taux de ré-hospitalisations à 30 jours des plus de 75 ans*
- 3) *Taux de passages aux urgences non suivies d'une hospitalisation des plus de 75 ans*
- 4) *Taux d'hospitalisations non programmées pour les personnes âgées de plus de 75 ans du territoire*
- 5) *Part des hospitalisations non programmées des plus de 75 ans pour les établissements du territoire*
- 6) *Fréquence des polyprescriptions des plus de 75 ans*

CHARTRE DE L'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE

Cette charte engage collectivement les partenaires dans une démarche de qualité et de responsabilité, fondée sur un certain nombre de valeurs reconnues au plan national et international.

Les professionnels intervenant dans le cadre de l'accompagnement à domicile s'engagent à prendre connaissance, accepter les termes de cette charte et à respecter les principes y figurant.

Les limites de l'accompagnement à domicile pourront être posées lors d'une concertation (proches - intervenants médico-sociaux - soignants) et bénéficier d'une réflexion éthique.

1. Le libre choix

Toute personne accompagnée garde la liberté de choisir son mode de vie. Ses désirs doivent être respectés en tenant compte de ses capacités de jugement (la famille et les intervenants doivent respecter le plus possible son projet de vie).

2. Le lieu de vie

Toute personne accompagnée a la liberté de choisir son cadre de vie. Les intervenants doivent le respecter dans la mesure du possible, ainsi que ses rythmes et ses habitudes de vie. Son lieu de vie doit être adapté, autant que faire se peut, à ses besoins et ses handicaps.

3. La vie sociétale et culturelle

Toute personne accompagnée doit être encouragée à maintenir et développer ses capacités et ses ressources. Sa vie culturelle, sa liberté de conscience religieuse et philosophique doivent être respectées. Il est important d'inciter les aidants à maintenir un réseau sociétal élargi, à participer et à partager leurs expériences.

4. Le rôle de l'entourage

Les liens affectifs doivent être respectés. Il faut conforter la famille dans son rôle et la soulager, autant que possible, de tout soin. Il est indispensable aussi bien pour le professionnel que pour l'entourage de partager une exacte compréhension des rôles : le soignant soigne, le proche aime, et ce pour une meilleure prise en charge de la maladie et de son évolution.

5. La protection des personnes vulnérables

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir ses biens et sa personne protégés. Chaque intervenant familial ou professionnel doit, si besoin après concertation, être en capacité de solliciter ou de mettre en place les mesures adaptées dans l'intérêt de la personne.

Accusé de réception

Objet	CONVENTIONS DE PARTENARIAT AVEC LES RESEAUX GERONTOLOGIQUES INSULAIRES
Identifiant acte	02A-200076958-20190328-034545-CC
Identifiant interne	034545
Date de réception par la préfecture	5 avril 2019
Nombre d'annexes	0
Date de l'acte	28 mars 2019
Code nature de l'acte	4
Classification	9.3.7

[Fermer](#)