

CONCOURS D'ASSISTANT SOCIO-EDUCATIF

Spécialité Conseil en Economie Sociale et Familiale

Session 2014

Epreuve :

Rédaction d'un rapport, à partir des éléments d'un dossier dans la spécialité, assorti de propositions opérationnelles, portant sur une situation en relation avec les missions exercées par les membres du cadre d'emplois et notamment sur la déontologie de la profession.

Durée : 3 heures

Coefficient : 1

A LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE TRAITER LE SUJET :

- Vous ne devez faire apparaître aucun signe distinctif dans votre copie, ni votre nom ou un nom fictif, ni votre numéro de convocation, ni signature ou paraphe.
- Aucune référence (nom de collectivité, nom de personne, ...) autre que celles figurant le cas échéant sur le sujet ou dans le dossier ne doit apparaître dans votre copie.
- Seul l'usage d'un stylo à encre soit noire, soit bleue est autorisé. L'utilisation d'une autre couleur, pour écrire ou pour souligner, sera considérée comme un signe distinctif, de même que l'utilisation d'un surligneur.
- Le non-respect des règles ci-dessus peut entraîner l'annulation de la copie par le jury.
- Aucune feuille de papier brouillon ne sera acceptée à l'appui de votre copie.

Le sujet comprend 25 pages.

Il appartient au candidat de vérifier que le document comprend le nombre de pages indiqué.

S'il est incomplet, en avertir le surveillant.

Sujet

Vous travaillez comme Conseiller en Economie Sociale et Familiale au sein du pôle « Autonomie et santé » du Conseil Général de X.

Votre responsable de service envisage de créer une Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) et voudrait disposer d'informations complémentaires sur la prestation de gestion de cas qui y est rattachée.

Après avoir présenté rapidement les missions des MAIA et précisé le rôle particulier et novateur des gestionnaires de cas dans l'accompagnement des personnes âgées au sein de ces dispositifs, vous expliquerez, à l'aide des documents ci-joints, les contraintes rencontrées par ces nouveaux professionnels et vous présenterez, à l'aide de vos connaissances personnelles, les procédures à mettre en place au sein de la collectivité pour faciliter le fonctionnement de ce nouveau type d'accompagnement.

Liste des documents joints :

- Document 1 : Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits « MAIA » - Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie – Publié en septembre 2010 – extraits – 5 pages**
- Document 2 : Une gestionnaire de cas dans une MAIA : toujours sur le qui-vive – Actualités Sociales Hebdomadaires – Publié le 8 juillet 2011 – 4 pages**
- Document 3 : Compte-rendu des 2^{èmes} rencontres scientifiques de la CNSA, Les gestionnaires de cas : évaluation multidimensionnelle, concertation et ajustement constant du plan d'aide – Février 2012 – extraits – 2 pages**
- Document 4 : Quelles compétences pour devenir "gestionnaire de cas" en Maia ? – Travail Social Hebdomadaire – Publié le 21 novembre 2012 – 1 page**
- Document 5 : Démarrage difficile pour les gestionnaires de cas – Actualités Sociales Hebdomadaires – Publié le 12 juillet 2013 – 5 pages**
- Document 6 : Arrêté du 16 novembre 2012 modifiant l'arrêté du 8 novembre 2012 fixant les référentiels d'activités et de compétences pour exercer le rôle et les missions du gestionnaire de cas dans les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer – Journal Officiel publié le 21 novembre 2012 – 5 pages**
- Document 7 : Dépendance : deux études confirment une nouvelle fois la nécessité d'une réforme – Actualités Sociales Hebdomadaires – Publié le 4 octobre 2013 - 1 page**

Documents reproduits avec l'autorisation du CFC.

Certains documents peuvent comporter des renvois à des notes ou à des documents non fournis car non indispensables à la compréhension du sujet.

DOCUMENT 1

Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits « MAIA »

Publié en 2010 par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie – Extrait du document de 26 pages

Le présent cahier des charges national a pour objet de définir les dispositifs MAIA, dans le cadre de leur déploiement national prévu à compter de 2011.

Il sera enrichi au regard de la montée en charge des MAIA et des travaux encore en cours au niveau national.

La problématique générale

En France, le système de soins et d'aides auprès des personnes en perte d'autonomie se caractérise par des fragmentations multiples au niveau de l'organisation et du financement.

Cela est vrai entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, mais aussi entre le secteur hospitalier et le secteur des soins de ville, entre les services de court séjour et les soins de longue durée, entre privé, public et associatif, mais aussi entre niveaux décisionnels national, régional, départemental et communal.

Les dispositifs MAIA visent à créer un partenariat co-responsable de l'offre de soins et d'aides sur un territoire donné, pour les personnes atteintes de maladie neuro-dégénérative et plus généralement pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle, quelle que soit la nature de leurs besoins.

3. Les « MAIA » : un dispositif d'intégration des services de soins et d'aides qui se développe selon 6 axes

L'intégration se construit selon 6 axes qui visent à relier les champs sanitaire, social, médico-social, quel que soit le statut des structures ou des intervenants public, privé, institutionnel, libéral :

1. La concertation
2. Le guichet intégré
3. La gestion de cas
4. L'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne à l'aide d'un outil d'évaluation multidimensionnelle, standardisé
5. Le plan de services individualisé
6. Le système d'information partagé

3.1. La concertation

La concertation a pour objet d'inscrire dans le territoire concerné par le dispositif MAIA des espaces collaboratifs construits de façon particulière. Ce ne sont pas des comités de pilotage ou des groupes de travail. Afin de marquer cette différence, ils sont nommés « tables de concertation ».

La concertation pourra s'appuyer sur un comité existant si sa composition et la représentation le permettent. La concertation est un partenariat formalisé de « tables », fondée sur la co-responsabilité des acteurs.

La co-responsabilité est formalisée dans les comptes rendus des tables de concertation ; elle peut également être formalisée dans une convention ou par la constitution d'un groupement de coopération.

3.1.1. La composition des tables de concertation

La concertation se décline à deux niveaux :

- **La table stratégique** se compose des décideurs et des financeurs. Il est possible de s'appuyer sur un comité préexistant et de le faire évoluer pour lui faire prendre une dimension stratégique. La table de concertation stratégique comprend : le Directeur général de l'ARS ou son représentant mandaté, le représentant du Conseil général concerné, les représentants des caisses de retraite, les représentants des professionnels de santé libéraux, les représentants des associations d'usagers et toute autre représentation utile de niveau stratégique. Le niveau de représentation doit être décisionnel et légitime (mandat, lettre de mission, ...) ; il s'agit d'un élément déterminant de la co-responsabilité.

- **La table tactique** se compose des responsables et directeurs des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé libéraux qui accompagnent ou prennent en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle sur le territoire concerné. Le niveau de représentation doit être décisionnel et légitime (mandat, lettre de mission, ...) : c'est un élément déterminant de la co-responsabilité.

La différenciation explicite des représentants à ces deux niveaux est gage de réussite et permet ainsi une réelle co-responsabilité des acteurs.

3.1.2. Le rôle de chaque table de concertation

Au niveau stratégique, le retour d'informations et son analyse permettent d'ajuster les mécanismes de planification, d'évaluation et de régulation de l'offre de services sur le territoire, ce qui renforce la cohérence de l'offre de soins et médico-sociale, conformément aux demandes exprimées par la table « tactique ». La table stratégique assure le suivi de l'avancement du processus d'intégration : montée en charge globale du dispositif, changement des pratiques professionnelles, ...

Au niveau tactique s'effectuent la mise en œuvre et l'analyse du service rendu. La table peut alors ajuster l'offre et/ou interpeller la table de concertation stratégique. Ce niveau a pour mission d'harmoniser les pratiques et d'améliorer la lisibilité du système de soins et d'aides.

Les différents niveaux de concertation structurent l'organisation des acteurs.

La concertation aura pour corollaire de diminuer les redondances dans les évaluations des besoins des personnes par exemple par la réalisation de passerelles institutionnelles entre les différents organismes effectuant des évaluations (évaluation par les équipes médicosociales de l'APA, les caisses d'assurance vieillesse, les services hospitaliers, les réseaux, ...).

Ces différents niveaux de concertation constituent un point essentiel dans la construction des dispositifs MAIA. Leur inscription dans le temps et sur le territoire est un gage de pérennité du processus.

Le pilote joue un rôle central. Il remonte les données du territoire, il anime la concertation tactique, participe à l'animation de la table de concertation stratégique et s'assure de l'articulation des sujets traités. Il utilise, en outre, l'interaction des tables pour faire progresser ses 6 axes de travail.

3.2. Le guichet intégré MAIA pour la réponse aux usagers

Le guichet intégré, parfois appelé « guichet unique », constitue l'accès de proximité (quelle que soit la structure) à l'accueil et l'information, à partir duquel la population est orientée vers la ressource adaptée. C'est un ensemble coordonné des lieux d'information, d'analyse et d'orientation qui doit faciliter le parcours des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle et de leurs aidants en évitant les réponses fragmentées.

C'est donc un mode d'organisation partagée entre tous les partenaires chargés de l'information, de l'orientation de la population et de la coordination sur le territoire. Il réunit autour de pratiques, d'outils partagés et de processus articulés, les partenaires sanitaires (par exemple établissement de santé, réseau de santé), sociaux (par exemple centre communal d'action sociale) et médico-sociaux (par exemple CLIC, SSIAD, équipes APA).

Le guichet intégré n'est donc pas un lieu unique qui regroupe les moyens d'allouer des ressources et de mobiliser les prestataires. Ce n'est pas une plateforme de services. C'est un processus commun aux différentes structures du territoire pour l'analyse, l'orientation et le suivi des situations prises en compte.

Lors du diagnostic local, le périmètre du guichet intégré est défini ainsi que ses membres.

Le guichet intégré ne peut se mettre en place qu'après un travail préalable d'élaboration d'outils spécifiques et de procédures communes :

- annuaire partagé,
- référentiel des missions différenciées existant sur le territoire,
- critères d'inclusion dans les services du territoire facilitant l'orientation,
- outil multidimensionnel d'analyse des situations.

Ce travail est réalisé par le pilote du dispositif MAIA en concertation avec tous les partenaires du territoire et en reprenant les documents existants ou les travaux qui ont pu déjà être engagés.

L'identification et la mise en place d'un guichet intégré sont centrales dans le dispositif MAIA et les enjeux en sont multiples :

- accessibilité à tous les services de soins et d'aides disponibles, y compris la gestion de cas,
- qualité de réponse,
- continuité dans la prestation de services.

3.3. La gestion de cas

Les associations de malades et les associations d'usagers, qui ont depuis longtemps pointé la fragmentation du système, sollicitent l'émergence de référents. Les mesures 4 et 5 du plan national Alzheimer ont pour objet l'expérimentation puis le déploiement de MAIA et de professionnels dotés de nouvelles compétences pour le suivi individuel et intensif des personnes. Les personnes ayant des pathologies cognitives sont particulièrement sensibles à la fragmentation du système, plus particulièrement entre les champs sanitaire, médicosocial et social. Ces populations dont les diverses problématiques touchent tous les champs du système sont qualifiées de « situations complexes ».

C'est ainsi que la fonction de gestionnaire de cas est apparue comme une solution possible au suivi au long cours des personnes en situation complexe avec une réponse flexible et continue, adaptée à l'évolution des besoins. Le gestionnaire de cas assure la continuité de l'intervention informationnelle et relationnelle, il prend en compte l'ensemble des problématiques de la personne.

Le gestionnaire de cas intervient à la suite d'un processus de repérage des situations complexes par le guichet intégré.

Il est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels. Il est formé pour intervenir sur les situations complexes dont il est le référent.

L'analyse des données issues de l'expérimentation fait apparaître que ces profils cumulent des « alertes » sur leur état de santé (impliquant des besoins sanitaires ponctuels, intermittents ou au long cours), sur des problématiques d'aide et d'accompagnement (alimentation, nutrition, ...), de relations familiales et de sécurité individuelle et environnementale. La complexité n'est jamais le fait d'une seule problématique prise isolément.

Dans l'attente d'une définition validée au niveau national, les cas complexes sont définis en table de concertation tactique et validés en table de concertation stratégique.

Le gestionnaire de cas est positionné sur le suivi du parcours de vie et de soins de la personne, il s'implique dans le soutien et l'accompagnement des personnes et de leurs aidants et développe un partenariat avec les professionnels des champs sanitaire, médicosocial et social concernés. Ce suivi intensif ne permet pas que la file active du gestionnaire de cas puisse dépasser une quarantaine de situations complexes.

La gestion de cas mise en œuvre dans les MAIA ne se conçoit que sur un dispositif intégré ou en cours d'intégration pour en compléter le processus.¹⁸ Elle est légitimée par les concertations tactique et stratégique comme appui au processus d'intégration. Les gestionnaires de cas mobilisent les ressources pour une prise en charge globale des personnes mais ne se substituent pas aux professionnels en charge de la situation.

Le dispositif MAIA doit disposer d'au moins 2 personnes en équivalent temps plein (ETP), gestionnaires de cas entièrement dédiés, en privilégiant l'interdisciplinarité.

Les gestionnaires de cas sont titulaires du diplôme universitaire de gestionnaire de cas. Ils sont placés sous la responsabilité fonctionnelle du pilote.

Le pilote collige les données recueillies dans l'exercice de leurs fonctions. Ces données concernent la population suivie, les statistiques d'activité, l'analyse du service rendu. Elles sont analysées et diffusées en tables de concertation par le pilote.

Pour toutes les personnes repérées, le gestionnaire de cas :

- réalise à domicile **une évaluation multidimensionnelle** à l'aide d'un outil validé afin de mesurer l'ensemble des besoins sanitaires et sociaux de la personne. Cette évaluation confirme ou infirme le recours à la gestion de cas,
- fait le lien avec les professionnels déjà en charge de la situation,
- planifie les services nécessaires à l'aide d'un plan de services individualisé,
- fait les démarches pour l'accès de la personne à ces services ou à ces aides financières,
- assure un suivi de la réalisation des services planifiés,
- organise le soutien et coordonne les différents intervenants impliqués,
- assure une révision périodique du plan de services individualisé,
- est le référent pour la personne en perte d'autonomie fonctionnelle,
- recueille un document stipulant que la personne a donné son accord pour l'échange d'informations la concernant.

Dans son travail de coordination des actions autour de la personne il s'appuie sur plusieurs outils : un outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé, un plan de services individualisé et un système d'échange d'informations.

3.4. L'outil standardisé d'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne suivie en gestion de cas

Les gestionnaires de cas utilisent systématiquement un outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé dans l'exercice de leurs fonctions. L'usage de cet outil se justifie dans l'objectif de répondre à une approche globale des besoins de la personne.

L'outil d'évaluation doit avoir les caractéristiques suivantes :

- valide et reproductible,
- utilisable pour une population ayant des troubles cognitifs sans perte de valeur,
- corrélé au besoin d'aide,
- prenant en compte l'environnement, les problématiques de santé, familiales, sociales et économiques ainsi que la perte d'autonomie fonctionnelle,
- articulé avec la grille AGGIR, instrument d'éligibilité à la prestation APA.

Concomitamment à la montée en charge du dispositif, le choix de l'outil utilisé devra être déterminé en cohérence avec l'élaboration d'un système d'information partagé.

3.5. Le plan de services individualisé

L'intervention auprès de personnes en situation complexe se caractérise par la multiplicité des intervenants à un moment donné ou dans le temps.

Le plan de services individualisé découle de l'évaluation des besoins. C'est un outil du gestionnaire de cas qui cherche à rendre cohérent l'ensemble des interventions assurées auprès de la personne. Ce plan n'a pas pour but de prescrire l'intervention des uns ou des autres mais d'articuler les différentes interventions et les différents plans existants tout en s'assurant que les désirs de la personne et ses préférences sont prises en compte.

C'est un outil au service de la mise en œuvre de l'interdisciplinarité nécessaire au suivi de ces populations.

Par ailleurs, il est nécessaire que cet outil fasse état de l'écart entre la situation réelle et la situation souhaitée.

Il n'existe pas en France d'outils actuellement développés dans cette optique. La phase expérimentale des MAIA a permis la mise en œuvre d'un outil de planification des services individualisé qui rencontre un intérêt de la part des gestionnaires de cas et des pilotes. Il est essentiel que les sites utilisent le même outil ou un outil basé sur la même logique, l'objectif étant à terme de l'intégrer dans le système d'information

3.6. Le système d'information partagé

Des informations caractérisant la population, les parcours et le service rendu, agrégées et anonymisées sont recueillies par le pilote. Elles proviennent à la fois du guichet intégré et du travail des gestionnaires de cas.

Le système d'information permet la circulation optimale de l'information. La tâche des gestionnaires de cas sera facilitée par l'existence d'un système sécurisé permettant l'échange d'informations avec les professionnels concernés. Le recueil de ces informations est réalisé avec le consentement de la personne.

Ces informations sont traitées en tables de concertation tactique et stratégique afin de permettre la planification, l'évaluation, la régulation et la mise en œuvre d'un système de soins et d'aides en rapport avec les besoins de la population.

En l'absence d'un système d'information national il paraît important que les MAIA ne développent pas des outils qui ne répondraient pas aux besoins exprimés ici. La réflexion sur le contenu et l'architecture de ce système d'information et sa relation au dossier médical personnel sont en cours au niveau national.

UNE GESTIONNAIRE DE CAS DANS UNE MAIA

Toujours sur le qui-vive

A Mulhouse, la maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer emploie quatre « gestionnaires de cas », dont Isabelle Bourdon. Ces professionnels d'un genre nouveau ont pour tâche d'encadrer, par une action étendue, la prise en charge des personnes âgées dépendantes et de favoriser leur maintien à domicile.

C'est un nouveau métier, né de la mesure 5 du plan Alzheimer 2008-2012 (1). Ceux qui l'exercent peuvent être issus des formations sanitaires ou sociales. Leur titre, « gestionnaire de cas », vient de l'appellation « case manager », champ professionnel apparu dans les années 1970 en Amérique du Nord (2). A l'heure actuelle, en France, ils œuvrent au sein de 15 maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) en phase d'expérimentation depuis février 2009 (mesure 4 du plan). Isabelle Bourdon, 55 ans, est l'un d'entre eux et travaille depuis deux ans à la MAIA 68, qui couvre Mulhouse (Haut-Rhin) et les communes voisines du pôle gériatologique d'Ilzsch (3). Sa mission ? Aider – par l'évaluation multidimensionnelle des besoins sanitaires et sociaux, la planification, la coordination et la continuité des services – au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Les MAIA ne sont pas des structures nouvelles, mais une réorganisation de services existants qui permet de gagner en efficacité, face au désarroi des familles de personnes âgées qui ne savent plus où s'adresser dans le dédale des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (4). « En France, nous bénéficions d'une offre très riche, mais qui s'articule difficilement et demeure très cloisonnée, explique Béatrice Lorrain, pilote de la MAIA 68. L'hôpital et le domicile, le libéral et le public, l'aidant familial et le professionnel... ont du mal à se rencontrer. La prise en charge de la personne âgée devient un parcours du combattant, avec des aidants épuisés d'actionner de multiples services avant de parvenir à joindre le bon interlocuteur. Les personnes les plus en difficulté sont celles qui subissent le plus les conséquences de cette fragmentation. Ce manque de concertation peut même donner lieu à des désorganisations comme l'intervention de deux services dis-

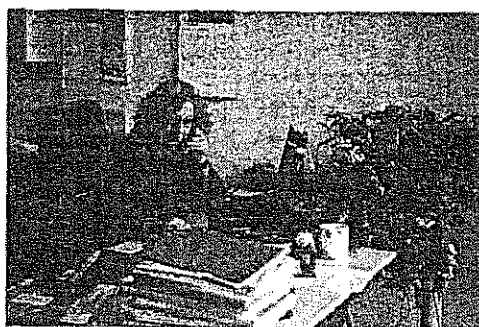
tincts, un service d'aide à domicile et un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) au sein d'un même foyer mais à des horaires très différents, pour la toilette d'un mari et de son épouse ! » Créés à partir de la fin 2002, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) avaient déjà pour objectif de rapprocher le sanitaire et le social en vue d'améliorer la prise en charge des personnes âgées. La MAIA va plus loin, car elle est fondée sur trois systèmes : le guichet intégré, les instances de concertation et le gestionnaire de cas. Pour pouvoir bénéficier des services gratuits de la MAIA, un demandeur doit être âgé de plus de 60 ans et souhaiter continuer à vivre chez lui tout en ayant du mal à assurer ses besoins fondamentaux. Ceux-ci pouvant être compromis soit par une maladie neurodégénérative, soit par une insuffisance des ressources humaines, professionnelles ou financières, soit encore par un échec de la mise en place de l'aide nécessaire. Ces « cas » transitent vers les gestionnaires de cas via le guichet intégré, lui-même « alimenté » par les médecins traitants, les familles, les assistantes sociales ou les différents professionnels du champ gériatologique.

Un suivi presque au jour le jour

Aujourd'hui comme tous les jours, ou presque, le programme de la journée d'Isabelle Bourdon est chamboulé. Elle a beau organiser des visites à domicile et des plages de travail de bureau pour l'expertise et l'analyse des données de manière à avancer sur ses évaluations, la gestionnaire de cas n'est jamais à l'abri d'une alerte de chute ou de l'aggravation de la situation de l'une des 33 personnes qu'elle suit, nécessitant l'appel du médecin traitant, la modification du plan d'aide ou la concertation avec les intervenants. Dans les textes, le nombre de dossiers par gestionnaire est fixé à 40 (dans la limite de cinq

« L'hôpital et le domicile, le libéral et le public, l'aidant familial et le professionnel... ont du mal à se rencontrer »

nouvelles situations par mois) mais à la MAIA 68, cela semblait excessif. « Un nombre un peu plus réduit de dossiers permet un suivi plus intensif, presque au jour le jour », souligne Isabelle Bourdon. Ce matin, c'est l'auxiliaire de vie sociale (AVS) de M^{me} H., veuve de 98 ans, qui l'appelle, paniquée. Au cours de son intervention, la patiente a fait un malaise. Dépêché d'urgence, le médecin traitant a décidé de faire hospitaliser la dame. Isabelle Bourdon suit M^{me} H. depuis mars 2010. « Cette femme très isolée a été orientée par son assistante sociale, qui s'était rendu compte d'un état de dénutrition. Elle a un fort caractère et



Gestionnaire de cas à la MAIA 68, Isabelle Bourdon vient rassurer M^{me} H., transférée à la clinique du Diaconat, à Strasbourg.

se montre opposante à toute forme d'aide. Pour lui faire accepter une livraison de repas à domicile, il a fallu faire preuve de diplomatie. La situation s'est néanmoins aggravée, d'autant qu'elle vivait l'intervention quotidienne comme une intrusion. J'ai opté pour une livraison de repas tous les deux jours et trois interventions d'AVS quotidienne: si nous devons respecter le choix de la personne âgée, il faut parfois passer outre quand elle se met en danger. Je négocie et je désamorce généralement par l'humour», admet la gestionnaire de cas, qui garde le sourire en toutes circonstances. Pour M^{me} H., tout a finalement bien fonctionné durant plusieurs mois, jusqu'à ce que de nouveaux soucis de santé – une insuffisance cardiaque – apparaissent.

Agir jusque dans le détail

Après le coup de téléphone de son AVS, c'est un travail de détective qu'Isabelle Bourdon entreprend pour retrouver la trace de la bénéficiaire. Plusieurs appels seront nécessaires pour repérer qu'une ambulance l'a transférée au service cardiologie de la clinique du Diaconat. L'interne prévient la gestionnaire de cas que la pose d'un *pacemaker* est nécessaire. Isabelle Bourdon est apte à informer le médecin de la situation, du contexte du domicile et de l'environnement de M^{me} H. Elle n'est pas pour autant tutrice de cette dernière et n'a pas de légitimité pour prendre

des décisions concernant sa santé. M^{me} H. s'oppose à l'intervention, et le cardiologue s'impatiente. Isabelle se tourne vers sa chef de service pour clarifier la posture professionnelle à adopter. « Il s'agit d'une décision sanitaire; ce n'est pas à toi de la prendre, mais au corps médical, estime Béatrice Lorrain. Ton rôle, en revanche, est de rassurer M^{me} H. Tu peux te rendre à la clinique et lui réexpliquer de façon simple ce que les médecins proposent. » Isabelle Bourdon en est persuadée, si la nonagénnaire ne veut pas être opérée, c'est pour ne pas laisser son chat seul. Elle règle cette question en joignant le service prestataire. « L'AVS viendra chaque jour nourrir l'animal. Cela peut paraître incongru qu'une professionnelle du social soit mobilisée pour cela, mais pour de nombreuses personnes âgées le chat est la seule présence et un élément de stimulation. Le savoir à la SPA peut être terriblement anxiogène. »

Une heure après, Isabelle Bourdon se trouve au chevet de M^{me} H. « Votre cœur est fatigué, il bat lentement. Le chirurgien veut vous poser une pile pour qu'il fonctionne mieux. Si vous ne mettez pas la pile, le cœur risque de décider de s'arrêter », decode-t-elle. Le médecin, de son côté, détaille les conditions de l'opération: la patiente ne sera pas endormie et restera hospitalisée très peu de temps. Mais M^{me} H. s'entête, affirmant ne pas se sentir fatiguée, et demande à rentrer chez elle. Isabelle Bourdon ne veut rien lui imposer et repartira en ayant rassuré la bénéficiaire sur son chat et sa maison et en lui laissant un laps de temps pour prendre sa décision. Si M^{me} H. disparaissait, la gestionnaire de cas n'arrêterait pas brutalement sa prise en charge. « Dans cette situation précise, il n'y a aucune famille. Donc, comme je le lui ai promis, je devrai trouver une solution pour le chat. Et, en toutes circonstances, je crée des passerelles avec les autres intervenants avant de me retirer progressivement des dossiers. » C'est dire si le rôle de la gestionnaire de cas est étendu: elle est disponible toute la semaine sur son téléphone por-

table professionnel pour des actions d'envergure (telle la mise en place d'un service à domicile) comme pour le moindre détail (récupérer le téléphone portable au domicile d'une personne en hébergement temporaire), et souvent dans l'urgence. A travers ce type d'interventions, il est possible de confondre les missions des gestionnaires avec celles des assistantes de service social. Et ce n'est sans doute pas un hasard si Isabelle Bourdon, après quelques années de bohème en tant que comédienne dans des troupes de théâtre à travers la France, a

«Ce n'est pas toujours facile de se faire reconnaître des professionnels. D'autant que notre dénomination n'est pas limpide»

exercé cette profession près de dix-sept ans à la caisse régionale de l'assurance maladie, puis au sein du pôle gérontologique du conseil général du Haut-Rhin. «Si la relation d'aide est similaire, les deux professions sont dissemblables, pointe-t-elle néanmoins. Pour tout ce qui concerne la précarité, par exemple, nous orien-

tons la personne âgée vers l'assistante sociale de secteur avec laquelle nous travaillons en collaboration étroite.»

De retour dans les locaux de la MAIA – un immeuble neuf du conseil général où cohabitent, au même niveau, le service social gérontologique, le réseau Alsace Gérontologique et la gestion de cas, «ce qui permet une fluidité de l'information, des rencontres et des échanges» –, Isabelle Bourdon s'assied à son bureau, avec les Vosges en panorama. Elle retrouve sa consœur Audrey Viard, gestionnaire de cas à la MAIA depuis février 2011. Encore en cours de formation, avec un nombre limité de dossiers, celle-ci était auparavant psychologue en service de cancérologie. «Par la volonté de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie [CNSA], qui pilote les MAIA durant leur phase d'expérimentation, les équipes de gestionnaires de cas sont obligatoirement constituées de plusieurs professionnels venant de métiers différents : psychomotriciens, conseillers en éducation sociale et familiale, assistantes sociales, infirmières, psychologues, ergothérapeutes, etc.», commente Béatrice Lorrain, elle-même assistante sociale de formation. «Pour ma part, j'ai souhaité recruter des professionnels ouverts d'esprit, ayant le goût de l'innovation, de la négociation et, bien entendu, de la gériatrie. Ils passent d'abord par une phase de renoncement à leur formation initiale, avant d'entreprendre un diplôme interuniversitaire de gestionnaire de cas en gériatrie.» Outre Isabelle et Audrey, l'équipe compte deux autres gestionnaires de cas, Catherine Essert et Michelle Mastio. «Je suis infirmière et j'ai longtemps travaillé en tant que cadre de santé dans un EHPAD en Suisse romande», raconte la première, qui affirme qu'elle retrouve dans ses fonctions actuelles les mêmes tâches de coordination qui lui incombait auparavant, même

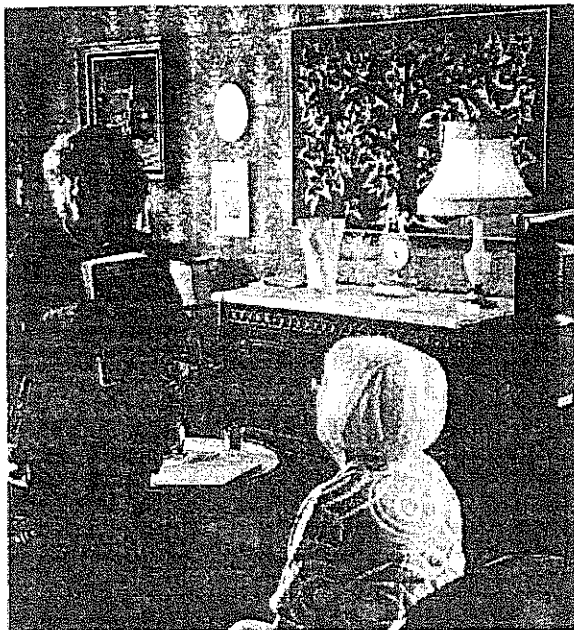
si elle a dû faire le deuil du soin. «Quant à moi, j'étais assistante sociale et particulièrement intéressée par les personnes ayant des problèmes d'autonomie psychique, explique Michelle Mastio. Je n'étais plus satisfaite du service rendu dans mon secteur : la charge de travail ne me permettait pas d'assurer une présence et une veille suffisantes pour chaque situation, comme c'est le cas à la MAIA.» Toutes le reconnaissent : «Faire partie d'une équipe pluridisciplinaire permet de s'enrichir des connaissances de chacune.» Au démarrage de l'expérimentation à Mulhouse, une sectorisation géographique avait été envisagée. Mais les quatre professionnelles ont préféré étudier les situations au fur et à mesure et se les répartir selon leurs disponibilités et la lourdeur des cas. «Elles se retrouvent ainsi avec un panel de situations qui les oblige à la créativité et à l'adaptation permanente», constate Béatrice Lorrain.

Si nécessaire, préparer «l'après»

Si leur objectif commun est de maintenir le plus longtemps possible les aînés chez eux, les gestionnaires de cas l'affirment : «Nous ne sommes pas des apparatchiks du domicile ! On se rend bien compte qu'il y a des situations où ce n'est plus possible, auquel cas nous travaillons "l'après", c'est-à-dire l'entrée en institution.» Quand la personne âgée entre en EHPAD, elle continue à être suivie par la MAIA pendant deux mois. Isabelle Bourdon se souvient de ce monsieur, en processus de clocharisation, pour lequel l'entrée en établissement a permis une fin de vie digne. «Une assistante sociale qui devait faire un rapport pour une demande d'expulsion a rencontré ce septuagénaire et l'a signalé au guichet intégré. Il ne payait plus ses factures, avait rompu tous liens sociaux et vivait dans l'insalubrité la plus extrême. Je lui rendais visite tous les quinze



Dans les locaux de la MAIA 68, Isabelle Bourdon retrouve sa collègue Audrey Viard (ci-contre) et Béatrice Lorrain, pilote du dispositif (ci-dessus).



Isabelle Bourdon s'entretient avec M^{me} O. et l'auxiliaire de vie qui s'occupe de son mari.

jours et il ne se souvenait pas de moi d'une fois sur l'autre. Alors j'ai décidé de le voir plus régulièrement, même s'il me refermait souvent la porte au nez ! A force de persistance, j'ai réussi à gagner sa confiance et, avec nos partenaires, à le faire hospitaliser. A l'hôpital, il a été si bien pris en charge qu'il a retrouvé le goût de vivre. Cela a été une satisfaction pour la MAIA. Sans notre intervention, ce monsieur aurait sans doute été envoyé aux urgences, et qui sait comment sa vie se serait terminée ? » Isabelle Bourdon poursuit son programme de visites. Elle a rendez-vous cet après-midi chez le couple O., qu'elle suit depuis un mois. « Monsieur a des légers troubles cognitifs et madame s'en occupait jusque-là. Mais elle souffre depuis quelques semaines d'une terrible sciatique. C'est leur voisine, leur aidante la plus proche, qui nous a appelés. » Au premier rendez-vous, la gestionnaire de cas a rencontré le couple et leur aidante pour évaluer leur situation à l'aide de grilles multidimensionnelles (outils OEMD et SMAF). Il a été décidé de mettre rapidement en place une aide à la toilette via un service prestataire. A la deuxième rencontre, Isabelle a monté le dossier pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

FOCUS

Un public en majorité féminin

Depuis juillet 2009, 184 personnes ont été accompagnées par les gestionnaires de cas de la MAIA 68, dont 70 % de femmes. La moyenne d'âge est comprise entre 85 et 89 ans. Dans la moitié des cas, les personnes vivent seules à leur domicile, 88 % ont des troubles de la mémoire, 85 % des problèmes de santé graves (cardiaques,

sensoriels, moteurs), 62 % souffrent de problèmes nutritionnels (amaigrissement, oubli de s'alimenter, alimentation inappropriée), et 34 % de soucis financiers. Un tiers est en situation d'isolement familial ou social. Les sorties de la gestion de cas correspondent à 44 % à une entrée en institution. ■

Et pour ce troisième entretien, elle fait le point sur la prestation mise en place : « La situation de crise est résolue, mais je continue le suivi de M. et M^{me} O. à travers une veille. Je téléphonerai régulièrement et resterai en contact avec les intervenants. Et ils peuvent me joindre en cas de problème. »

Le passage à l'échelon national

La CNSA a choisi le site de Mulhouse pour en faire une maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer expérimentale, parce qu'il représente à la fois la population la plus pauvre et la plus dense du département du Haut-Rhin. Les autres sites expérimentaux se situaient en milieu rural, dans un arrondissement de Paris, dans des zones disposant d'une large offre de services ou, au contraire, mal pourvues... L'objectif étant de comparer les résultats obtenus sur des sites contrastés. Aujourd'hui, ces expérimentations ont fait leurs preuves et la généralisation du dispositif à l'échelon national a été actée depuis janvier dernier. Quand la MAIA 68 aura finalisé sa transition vers le droit commun, elle sera gérée par l'agence régionale de santé. Actuellement, 37 nouvelles MAIA voient le jour. L'an prochain, une centaine d'autres viendront les rejoindre, l'objectif étant une couverture complète, avec 400 à 600 unités en 2014. Pour le moment, reste à mieux faire connaître le dispositif et à convaincre tous les partenaires afin qu'ils adoptent le « réflexe MAIA ». « Ce n'est pas toujours facile de se faire reconnaître des professionnels, admet Isabelle Bourdon. D'autant que notre dénomination n'est pas limpide. » Elle termine donc sa journée de travail par quelques coups de fil à des médecins traitants, pour lesquels la gestionnaire de cas doit être le référent. Par des contacts réguliers et par l'échange d'informations, cette dernière doit faciliter leur travail. A elle de leur prouver son utilité sur la durée. « Je me souviens d'une personne âgée dont le généraliste avait changé le traitement, ce qui lui avait provoqué un problème de transit. Cela peut vite être grave pour une octogénaire, relate Isabelle Bourdon. Son auxiliaire de vie sociale s'en était rendu compte, mais elle ne savait pas à qui transmettre cette information. Le problème a dégénéré et la dame a atterri aux urgences – et on sait combien une hospitalisation soudaine peut avoir des conséquences de grabatation au grand âge. D'un problème bénin, on était arrivé à un scénario catastrophe, qui peut désormais être évité par notre intermédiaire puisque la gestionnaire de cas organise la transmission de l'information et actionne les bons interlocuteurs. » ■

ÉLÉONORE VARINI

PHOTOS PASCAL BASTIEN

(1) www.alzheimer.gouv.fr.

(2) Le métier est en train de prendre corps. L'Association française des gestionnaires de cas a créé son propre forum de discussion (www.longuevieetautonomie.fr/forum/viewtopic.php?f=7&t=9) et travaille sur un référentiel du métier, qui compte en France actuellement une centaine de professionnels (dont 82 diplômés).

(3) MAIA : 61, rue de Pfaffstätt - 68100 Mulhouse - Tél. 03 89 59 68 88 - maia68@cg68.fr.

(4) Voir ASH n° 2629 du 23-10-09, p. 34.



Deuxièmes rencontres scientifiques de la CNSA Aide à l'autonomie et parcours de vie

Synthèse des colloques des 15 et 16 février 2012 à Paris - extraits

Les gestionnaires de cas : évaluation multidimensionnelle, concertation et ajustement constant du plan d'aide

L'intervention de **Samuel Lesplulier**, gestionnaire de cas dans une MAIA, a permis d'expliquer le rôle de ces nouveaux professionnels, notamment grâce à l'évocation d'une situation concrète. Il est prévu qu'en 2014 environ mille gestionnaires de cas soient déployés sur l'ensemble du territoire français dans les MAIA.

Comme l'a dit Marie-Aline Bloch, la MAIA vise l'amélioration de la coordination entre les structures existantes pour un meilleur accompagnement du parcours des personnes. À l'origine réservée aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer, l'intervention des MAIA s'étend maintenant aux personnes souffrant de pathologies chroniques invalidantes autres que les démences. Conçue sur le modèle du guichet intégré, la MAIA favorise la concertation de l'ensemble des décideurs et des professionnels du territoire, *« l'objectif étant que la personne puisse avoir la même réponse, et une réponse adaptée, quel que soit le lieu où elle s'adresse »*

« La phase d'évaluation prend du temps parce que nous sommes souvent en face de personnes qui ne demandent pas d'aide. Il faut gagner leur confiance avant de mettre en place des actions. Nous consacrons aussi du temps à la connaissance des différents professionnels et aidants qui côtoient la personne malade (paramédicaux, auxiliaires de vie, bénévoles, voisins, famille...) pour comprendre la dynamique d'ensemble. Ce temps d'évaluation permet d'avoir une approche globale de la situation de la personne, en vue de dégager les capacités et incapacités, les forces et les faiblesses et les envies. »

À partir de cette synthèse, nous élaborons un plan de service individualisé (PSI) pour répondre aux besoins de la personne, des différents professionnels impliqués dans la prise en charge, et pour répondre aux besoins non comblés ou aux dysfonctionnements des interventions existantes (refus de la personne, manque de services adaptés, problème de délais, conflits familiaux...). »

Le PSI est partagé avec les professionnels. Quand elle concerne l'offre de services, l'analyse des dysfonctionnements est aussi utile au pilote de la MAIA chargé d'améliorer les services sur l'ensemble du territoire. Le gestionnaire de cas lui fait aussi part des difficultés concernant les outils d'évaluation ou la communication entre professionnels, notamment avec le secteur sanitaire.

Samuel Lesplulier termine sa présentation par une illustration clinique qui éclaire la posture de porte-parole du gestionnaire de cas vis-à-vis de la personne.

Un premier signalement à la MAIA est effectué en janvier 2011 par le CLIC à propos de Monsieur D. : *« Monsieur D. est âgé de 88 ans. Il vit seul, n'a pas été marié et n'a pas d'enfant. Il travaillait de nuit. Il vit dans une maison à laquelle il est très attaché : il en est propriétaire et l'a construite en partie ; il a toujours eu des chiens qui sont enterrés dans le jardin. Des troubles cognitifs liés à une maladie d'Alzheimer ont été diagnostiqués en 2004. C'est une personne suivie par le CLIC depuis cinq mois – le CLIC a pour référence les nièces de Monsieur D. Au début, de petites adaptations du logement ont été réalisées pour éviter les chutes mais cela ne suffit plus. Les nièces sont dépassées et fatiguées, elles sollicitent de plus en plus souvent le CLIC qui se sent débordé par la situation.*

À la suite du signalement, j'appelle les nièces pour avoir des informations sur la situation : Monsieur D. reste dans son fauteuil toute la journée, il n'a aucune activité. Il n'a même plus la télévision car il a coupé les fils. Il a également coupé les fils de son lit médicalisé et de sa cafetière. Il ne mange plus, jette tous les aliments à la poubelle. Il déclenche toutes les nuits le système de téléalarme, ce qui oblige une des nièces à venir voir ce qui se passe. J'appelle son médecin traitant qui m'indique que Monsieur D. a été hospitalisé en unité cognitivo-comportementale (UCC) à cause d'une lésion au niveau de la bouche. Il était pris en charge en service de médecine mais, du fait de troubles du comportement, il a dû être transféré en unité sécurisée.

À domicile, des aides ont été mises en place mais l'organisation ne semble pas convenir. D'après les dires des nièces : une infirmière passe le matin vers 7 h 30 pour lui donner ses médicaments et mettre les bandes de contention ; un service d'auxiliaires de vie a été mis en place (Monsieur D. est coté GIR 4 APA) – il a besoin d'aide pour la toilette, l'habillage, la préparation des repas et pour l'ensemble des actes de la vie domestique ; un kiné et un orthophoniste interviennent plusieurs fois par semaine. Comme Monsieur D. n'ouvrait pas la porte aux intervenants, l'ergothérapeute du CLIC a préconisé la pose d'un petit coffre de clés à code, afin que les professionnels puissent entrer pour leurs interventions. Quand je rencontre Monsieur D., alors pris en charge en UCC, il est impatient de rentrer chez lui. Il ne comprend pas ce qu'il fait avec toutes ces personnes, il refuse de s'alimenter. Il se couche très tard et se lève vers 9 h 30, il a toujours eu un rythme décalé du fait de son activité professionnelle antérieure.

Après l'évaluation multidimensionnelle, on pointe un certain nombre d'alertes concernant la nutrition, la santé, la situation environnementale, l'organisation du quotidien, l'occupationnel et le social. Son souhait est de rentrer chez lui, alors que ses nièces et son médecin préféreraient plutôt une institutionnalisation.

À la suite d'une réunion de concertation organisée avec les professionnels de l'hôpital et avec le médecin traitant, en présence du gestionnaire de cas et de la famille, le choix d'un retour à domicile a été retenu. Le plan d'aide a été modifié pour mieux s'adapter au mode de vie de Monsieur D. : l'infirmière et l'auxiliaire de vie ont revu leurs horaires d'intervention, un cahier de liaison a été mis en place, de même qu'un suivi médical plus régulier. La répartition des tâches entre les nièces et les professionnels a aussi été revue.

Aujourd'hui, Monsieur D. est toujours à son domicile. Le service d'aide a changé car il y avait un problème au niveau des amplitudes horaires. Des réajustements constants sont nécessaires en fonction de l'évolution de la situation. Il a des troubles du comportement qui rendent difficile le maintien à domicile, mais en ayant des contacts réguliers avec les professionnels, en travaillant sur cette planification, on a réussi à faire en sorte que ce monsieur puisse rester à domicile conformément à sa volonté. »



Quelles compétences pour devenir "gestionnaire de cas" en Maia ?

Article de TSA mensuel du 21/11/2012

Les référentiels d'activités et de compétences pour exercer le rôle et les missions du "gestionnaire de cas" dans les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia) sont publiés.

Nouveaux lieux de coordination associant tous les intervenants auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou en perte d'autonomie (guichets uniques), les Maia devront couvrir l'ensemble du territoire à l'horizon 2014, avec près de 350 sites.

Une nouvelle fonction

Les Maia proposent aux personnes "en situation complexe", c'est-à-dire subissant de graves atteintes cognitives ou de lourdes pertes d'autonomie fonctionnelle, un accompagnement individualisé. Il est mis en œuvre par un "gestionnaire de cas" qui intervient à la suite d'un processus de repérage de la personne concernée. Chaque Maia doit disposer d'au moins deux gestionnaires de cas.

Professionnel de santé ou travailleur social

Les référentiels d'activités et de compétences auxquels doivent répondre ces nouveaux professionnels viennent d'être publiés. Conformément au cahier des charges du dispositif Maia, le gestionnaire de cas doit avoir une formation initiale d'auxiliaire médical, de psychologue ou être titulaire d'un diplôme de travailleur social de niveau III (DEASS par exemple) et justifier d'une expérience professionnelle dans le soin, l'aide ou l'accompagnement des personnes. Il doit en outre avoir suivi la formation complémentaire de gestionnaire de cas.

Diplôme de gestion de cas

L'acquisition des compétences nécessaires pour intervenir en qualité de gestionnaire de cas requiert en effet une formation de type "diplôme interuniversitaire de gestion de cas", d'une durée minimale de 100 heures d'enseignement théorique et 20 demi-journées de stage pratique. A compter de la date de son recrutement par le porteur de la Maia, l'intéressé a trois ans pour obtenir le diplôme de gestion de cas.

Activités et compétences

Le gestionnaire de cas est un professionnel doté de compétences spécifiques "pour un suivi continu, individuel et intensif des personnes en situation complexe". Son rôle est de coordonner les différentes interventions tout au long du parcours d'aide et de soins. Il agit "en collaboration étroite" avec le médecin traitant. Après évaluation de la situation à l'aide d'un outil d'évaluation multidimensionnelle "standardisé et validé", il élabore "en interdisciplinarité" un plan de services individualisé (PSI).

Le référentiel d'activités décrit dans le détail les fonctions attachées à ce poste : entretien relationnel avec la personne et son entourage (accompagnement, soutien, médiation), recueil d'informations, synthèse de l'évaluation multidimensionnelle à domicile, définition, réalisation et suivi du PSI, coordination avec le médecin traitant et les professionnels concernés, information et formation.

Quant au référentiel de compétences, il est dans le même ordre d'idées : évaluer une situation complexe, élaborer et conduire un PSI, organiser et coordonner les interventions des différents acteurs, communiquer et conduire une relation, mettre en œuvre l'éducation pour la santé.



Démarrage difficile pour les gestionnaires de cas

En 2009, l'arrivée des gestionnaires de cas, ces bras armés de la politique d'intégration portée par les MAIA, avait suscité beaucoup d'espoirs. Quatre ans après, force est de constater la résistance des professionnels du terrain à déléguer leurs responsabilités, le manque d'implication des pouvoirs publics et la dilution du message de l'intégration.

Le référentiel d'activité du gestionnaire de cas, ce professionnel né dans le cadre du plan Alzheimer pour prendre en charge les situations les plus complexes de cette maladie, en dit long sur les attentes autour de cette fonction. Tout à la fois responsable de l'évaluation multi-dimensionnelle des patients, coordinateur des services, garant de la circulation de l'information entre les professionnels des soins et de l'aide, ce multi-cartes est également un « référent de la personne aidée », un superviseur susceptible de « transmettre des savoir-faire » à ses partenaires et, s'il le faut, pouvant « identifier et analyser les écarts constatés entre les réponses nécessaires aux besoins de la personne et celles apportées ».

Les gestionnaires de cas sont inséparables de l'installation des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), qui visent à dépasser la logique de coordination en engageant les acteurs du sanitaire et social dans une logique d'intégration sur un territoire.

« Dans la prise en charge des situations complexes, ils sont venus combler un vide laissé par les autres professionnels intervenant dans un rôle de coordination classique », explique Marie-Aline Bloch, directrice de la recherche et de l'innovation pédagogique à l'EHESP (Ecole des hautes études en santé publique). Selon elle, aucune des formes de coordination inventées dans les deux ou trois dernières décennies – coordinations gérontologiques, centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), réseaux gérontologiques, réseaux de santé gériatrique – n'a eu une taille critique suffisante pour s'imposer.

« Depuis 2005, 25 rapports et autant de lois, de décrets, d'arrêtés sont sortis sans parvenir à établir une vision d'ensemble ou une hiérarchie dans la kyrielle d'acteurs mandatés pour coordonner. Tous ces dispositifs, créés dans un souci de simplification du système, n'ont fait que se superposer », constate-t-elle.

Il est probable que jamais un professionnel de terrain n'a endossé un habit aussi large. A la différence du « case manager » canadien, qui ne fait qu'accompagner les personnes les plus en difficulté, le gestionnaire de cas français est en outre chargé d'améliorer l'organisation entre les différents partenaires avec qui il compose. Un positionnement qui n'a pas manqué d'intriguer un grand nombre d'observateurs.

« Placer un intervenant au centre d'un dispositif en réseau en le chargeant de suivre au plus près l'évolution des situations supposerait qu'il soit reconnu sur l'ensemble des interventions qu'il prétend coordonner », commente Claude Martin, directeur de recherche à la chaire « social care-lien social et santé » de l'EHESP.

À L'IMAGE D'UN FUNAMBULE

Les 17 MAIA expérimentées entre 2009 et 2011 ont vite éprouvé les limites de l'exercice. En dépit de l'implication des tutelles locales dans l'implantation des dispositifs, les différences statutaires entre les nombreux intervenants d'un accompagnement, voire la résistance de certains d'entre eux à déléguer une part de leur responsabilité, ont transformé les premiers pas des gestionnaires de cas en un exercice de funambule.

« Au début, j'ai eu du mal à mettre en avant mon rôle, se souvient Céline Pierre, gestionnaire de cas à la MAIA de Nancy-Couronne (Meurthe-et-Moselle). Le modèle du case management sur lequel s'appuyait notre mission à l'origine repose sur un système de santé communautaire. D'où des difficultés par rapport à la culture professionnelle à laquelle nous étions confrontés. »

Trop vertical, leur positionnement a dû évoluer. L'idée initiale d'un acteur mobilisable depuis une plateforme d'évaluation et d'orientation intégrée aux MAIA a fait place à un système plus partenarial, croisant les informations avec les équipes de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) et les réseaux et coordinations du territoire. A la MAIA de Nancy-Couronne, les doutes se sont depuis atténués.

« Mobiliser autour du cas d'une personne est plus facilement accepté aujourd'hui, explique Céline Pierre. Une fois un plan d'intervention arrêté en lien avec les professionnels, notre action consiste à s'assurer de son bon déroulement, à raison de plusieurs visites par semaine en début d'accompagnement. S'il le faut, le plan est révisé en fonction des observations des intervenants qui se succèdent au domicile. »

Pour autant, chacun dans cette MAIA a conscience de l'ampleur de la tâche qui reste à accomplir. Si la présence des gestionnaires de cas s'est banalisée, leur message de cohésion est quant à lui à affirmer en permanence, ne serait-ce qu'en raison du turnover des professionnels du soin et de l'aide.

« Il y a certes une évolution positive dans les transmissions d'informations entre partenaires et dans la façon dont ils nous utilisent, souligne Marie-Charlotte Fauchon, pilote du dispositif nancéen. Mais au regard des théories ambitieuses sur l'intégration qui ont pu être données en 2009, il faudra peut-être 10 ou 15 ans d'évolution des mentalités pour y parvenir tant le système de soins français est spécifique. »

Dans les réunions de suivi organisées par la CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) durant cette phase d'expérimentation, nombre de pilotes et, avec eux, de gériatres impliqués dans le plan Alzheimer avaient d'ailleurs manifesté leurs doutes face à la généralisation du dispositif prévue à partir de 2011.

« Compte tenu de la situation sur le terrain, il aurait fallu soit une année supplémentaire, soit développer des outils adaptés, sans lesquels chacun prend des trajectoires différentes parce qu'il faut bien avancer », commente en aparté l'une de ces pilotes.

De fait, le déploiement d'une première vague de 100 nouvelles MAIA, en janvier 2011, s'est accompagné d'aménagements. La CNSA a remplacé le soutien méthodologique qu'elle accordait aux équipes des MAIA par une formation de quelques jours des pilotes et de 140 heures des gestionnaires de cas. A des fins d'homogénéité, les différents outils d'évaluation multidimensionnelle, rodés depuis 2009, ont été remplacés par le seul GEVA (guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées), l'outil des maisons départementales des personnes handicapées. Reste que ce dernier, encore inabouti, se réduit à un vaste questionnaire papier nécessitant parfois jusqu'à six heures de validation. Parachevant cette évolution, la spécialisation des MAIA sur la maladie d'Alzheimer a été abandonnée au profit d'une définition plus large des situations complexes intégrant le handicap et les maladies chroniques. Les MAIA ont d'ailleurs reçu la consigne de ne plus décliner leur acronyme, devenu obsolète par l'allusion à la maladie d'Alzheimer...

« IL A FALLU ASSURER »

A la MAIA Sud Haute-Vienne, l'une des 100 de la génération 2011, on reconnaît avoir essuyé les plâtres. Portée par le centre hospitalier de Saint-Yrieix en partenariat avec le conseil général de la Haute-Vienne, la MAIA s'est implantée dans les mêmes bureaux que les travailleurs sociaux du service de l'APA, eux-mêmes issus de la suppression du CLIC départemental...

« Il a fallu rassurer, dire qu'elle ne recevrait personne dans les locaux, qu'elle était une méthode de travail et non une structure qui allait concurrencer les services existants », se rappelle Juliette Brionaud, pilote de la MAIA. Six mois de préparation ont été nécessaires pour trouver un équilibre avec le service de l'APA, fixer les règles de l'intervention des gestionnaires de cas avec les partenaires du territoire et adapter les procédures de l'évaluation multidimensionnelle afin qu'elle compose avec les outils de chacun.

Autant de précautions qui n'ont pas évité aux quatre gestionnaires de cas une entrée en fonction délicate. L'une d'entre elles, Javotte Diet, recrutée fin 2011 après avoir été dix ans assistante sociale à l'hôpital de Saint-Yrieix, avoue avoir été surprise par la méfiance de ses anciens collègues.

« On m'identifiait bien dans les murs de l'hôpital, mais dès lors que j'allais à domicile et que je réinterrogeais les plans d'aide, on me demandait ce que je venais faire là et quelle était ma plus-value. » L'accueil a été particulièrement frileux du côté des travailleurs sociaux « qui craignaient autant une dépossession de leur travail que de voir un nouvel intervenant se pencher par-dessus leurs épaules ». Même si aujourd'hui son apport dans la prise en charge des situations complexes lui vaut un début de reconnaissance, son rôle reste « inconfortable », juge-t-elle.

« Tout le monde n'a pas encore intégré l'intérêt de la gestion de cas. Certains professionnels continuent de penser qu'elle est mineure par rapport à leur activité. Du côté des médecins et des paramédicaux libéraux, on ressent même une incrédulité sur la survie du dispositif. »

CONTEXTE DÉFAVORABLE

Autant de constats qui se multiplient à mesure des implantations sur des terrains peu préparés. Et qu'Olivier Saint-Jean, chef du service de gériatrie à l'hôpital européen Georges-Pompidou à Paris, voit remonter dans les formations préparant au diplôme inter-universitaire de gestionnaire de cas, dont il est l'un des coordonnateurs.

« Les professionnels en place veulent conserver leurs prérogatives, déplore-t-il. A travers la réalité des gestionnaires de cas, on assiste à la reformulation de très vieilles questions, celles du partage d'informations, de la possibilité de confier à un acteur [en position de coordination] une autonomie de décision. Ce qui renvoie à des problèmes majeurs dans le système de santé qui n'étaient jamais exposés au grand jour. »

Mais, pour bien des nouveaux porteurs de projet, l'appel au dépassement des cloisonnements institutionnels auquel invitent les MAIA et leurs gestionnaires de cas apparaît bien abstrait dans le contexte sanitaire et social français. Céline Guéguen-Huchet, directrice du pôle « santé et services à la population » du Pays d'Auray et pilote de la MAIA d'Auray (Morbihan), préfère parler de « co-responsabilité » des acteurs :

« On a mis en place les MAIA au nom d'une logique d'intégration, mais en oubliant ou en ignorant ce qui existait déjà. Si bien que l'articulation avec le terrain est loin d'être simple. Certaines d'entre elles n'ont d'ailleurs qu'une activité extrêmement modeste. »

Encore en phase d'implantation, la MAIA d'Auray sera quant à elle intégrée dans une plateforme d'information et de coordination regroupant les différentes coordinations du territoire.

« Ce schéma part de l'existant, explique Céline Guéguen-Huchet. Le CLIC avait déjà un rôle d'observation du territoire et de cohésion des professionnels. De même, il existait déjà des instances regroupant les acteurs de la gérontologie, avec des élus, des professionnels, les libéraux. La MAIA

intervient comme un plus, car elle propose des modes de fonctionnement beaucoup plus formalisés, avec un niveau stratégique qui permettra de mieux faire remonter les manques du terrain. »

Concrètement, l'usager de la plateforme n'a plus à se soucier de son premier interlocuteur. En fonction de sa situation, il pourra bénéficier d'une information simple au guichet du pôle, d'un accompagnement médico-social ou sanitaire piloté par le CLIC ou d'une prise en charge par un gestionnaire de cas si la situation se révèle trop complexe. Pour la directrice, l'erreur serait de placer les gestionnaires de cas au sommet d'une pyramide.

« Nous resterons humbles en privilégiant une modeste pluridisciplinarité. Car, derrière, il y a des relations créées par les professionnels en place. »

Un choix plus radical été fait dans l'Indre, où le démarrage d'une MAIA est prévu pour septembre prochain. Dans ce département qui a fait du CLIC le point d'ancrage d'une instance fédérant l'ensemble des coordinations et des acteurs gérontologiques du territoire, la MAIA se réduira pour l'essentiel à l'action des gestionnaires de cas. Deux missions lui seront dévolues : intervenir sur la file active des situations complexes déjà repérées par les coordinations et tenter d'impliquer les acteurs du soin grâce à la présence de l'hôpital de Châteauroux parmi les membres fondateurs.

« La MAIA sera une sorte de plateforme de recours pour des situations non résolues au plan local, avec l'avantage de rajouter un échelon de coordination départemental autour de la personne », explique Françoise Le Monnier de Gouville, directrice de la prévention et du développement social du conseil général de l'Indre.

EXIT LES INTENTIONS INITIALES ?

Le 27 mai dernier, la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) a rappelé que le dispositif des MAIA et des gestionnaires de cas ne se résumait pas à « une adaptation à la marge » mais à « une complète réorganisation des services de soins et d'aide ». Ferme, cette société invite les pouvoirs publics à reprendre le dossier et à redonner un sens au dispositif des MAIA.

« Deux ans après sa généralisation, force est de constater que, même si ce programme se poursuit, il est en train de se vider complètement de ses intentions initiales », dénonce le gériatre Dominique Somme, co-signataire de la prise de position de la SFGG et l'un des principaux importateurs du modèle canadien du « case management ». Focalisation des acteurs sur les cas complexes et non sur l'organisation du système, dispositifs montés par pure obligation administrative ou pour profiter des financements, la coupe, pour lui, est pleine :

« Il y a peu de politiques publiques qui auront été aussi vite oubliées voire totalement effacées. Depuis le changement de gouvernement, [...] lorsque les MAIA sont citées, c'est souvent à contre-sens, comme s'il s'agissait d'un mécanisme de coordination ! »

A la MAIA de Lille Métropole Sud-Est, l'une des 17 pionnières, on voit dans la montée du débat un mal nécessaire. En quatre ans, les résultats engrangés dans le Nord sont déjà importants. L'implication des pouvoirs publics sur ce territoire très dense a abouti à la création d'un réseau de six MAIA, travaillant ensemble et en concertation avec leurs quatre voisines du Pas-de-Calais. Une culture de l'échange entre professionnels a vu le jour. Par exemple, les instances de coordination de cette vaste toile sont engagées dans l'écriture d'un protocole commun permettant de croiser leurs évaluations. A terme, CLIC, coordonnateurs de réseau de santé et gestionnaires de cas pourront même participer à l'évaluation d'une situation au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Pourtant, Cécile Guernier, ancienne pilote de la MAIA de Lille Métropole Sud-Est, n'hésite pas à parler d'un abîme qui s'est installé entre le projet et la réalité.

« Pour répondre à l'objectif de mailler le territoire national, les MAIA sont obligées de recouvrir des zones immenses au regard des moyens alloués. S'il fallait appliquer les critères de la CNSA, il

faudrait multiplier le nombre de gestionnaires de cas compte tenu de notre population. Or, aujourd'hui, il y a trois postes financés et il n'y en aura pas quatre. »

Les conséquences ? Un décrochage grave par rapport aux besoins d'accompagnement que la MAIA était censée recouvrir, avec des gestionnaires de cas qui n'interviennent qu'en second recours, une fois toutes les solutions épuisées par les services partenaires. La définition même d'une situation complexe a été adaptée au nombre de personnes que ces derniers peuvent suivre, soit une quarantaine chacun. Plus les demandes augmenteront, plus les critères seront resserrés, prévoit déjà la pilote. « Ce n'est plus que de la mécanique », déplore-t-elle.

UN METIER SOUS PRESSION

La gestion de cas se révèle une activité difficile, voire usante. L'évaluation de l'expérimentation des MAIA, faite en 2011, a montré une profession soumise à un turnover exceptionnel. La moitié de la soixantaine de gestionnaires de cas recrutés entre 2009 et 2010 avait déjà démissionné au moment du passage des experts. Dans un tiers des cas, les pilotes des MAIA estimaient qu'un syndrome d'épuisement professionnel avait pu participer à la démission. Celui-ci pouvait aussi bien provenir des difficultés à gérer un métier exclusivement centré sur les situations lourdes, qu'à devoir faire face à un système très fragmenté.

Le profil de ces professionnels est très divers. On compte environ 40 % de travailleurs sociaux (assistants de service social et conseillers en économie sociale et familiale), un tiers d'infirmiers, avec souvent une spécialisation dans la coordination, le reste se partageant entre différentes professions du paramédical, telles que psychologues et ergothérapeutes.

En 2011, les relations des gestionnaires de cas avec les médecins traitants restaient le gros point noir des dispositifs. 42 % des gestionnaires de cas les jugeaient « très difficiles », 40 % tout juste passables, et seulement 18 % estimaient n'avoir aucun problème.

En revanche, celles avec les médecins hospitaliers ou les infirmiers libéraux étaient perçues dans l'ensemble comme plutôt positives. Mais la culture d'origine des gestionnaires de cas jouait un rôle important dans ces résultats. Ainsi, les travailleurs sociaux étaient ceux qui ressentaient le plus de difficultés avec les médecins traitants et les médecins hospitaliers (dans environ 60 % des cas). Tandis que les gestionnaires de cas de culture infirmière étaient près de 60 % à éprouver quelques tiraillements avec leurs homologues libéraux.

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 16 novembre 2012 modifiant l'arrêté du 8 novembre 2012 fixant les référentiels d'activités et de compétences pour exercer le rôle et les missions du gestionnaire de cas dans les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

NOR: AFSA1239697A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 113-3 ;

Vu le décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer ;

Vu l'arrêté du 8 novembre 2012 fixant les référentiels d'activités et de compétences pour exercer le rôle et les missions du gestionnaire de cas dans les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 15 octobre 2012,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Les référentiels d'activités et de compétences du gestionnaire de cas exerçant dans les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, mentionnées à l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles, figurent en annexe du présent arrêté.

Art. 2. – L'acquisition des compétences nécessaires pour intervenir en qualité de gestionnaire de cas requiert une formation de type diplôme interuniversitaire de gestion de cas d'une durée minimale de cent heures d'enseignement théorique et vingt demi-journées de stage pratique.

Art. 3. – Le gestionnaire de cas dispose d'un délai de trois ans pour obtenir le diplôme mentionné à l'article 2 à compter de la date de son recrutement par le porteur de la maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.

Art. 4. – Le directeur général de l'offre de soins et la directrice générale de la cohésion sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 16 novembre 2012.

Pour la ministre et par délégation :

*Le chef de service,
adjoint à la directrice générale
de la cohésion sociale,
P. DIDIER-COURBIN*

*Le chef de service,
adjoint au directeur général
de l'offre de soins,
F. FAUCON*

ANNEXE

RÉFÉRENTIEL DE GESTIONNAIRE DE CAS

Référentiel de compétences

1. Evaluer une situation complexe

1. Evaluer de façon périodique et systématique les besoins de santé (1) et les attentes d'une personne et leurs évolutions.

2. Rechercher et sélectionner, notamment auprès des professionnels intervenants, les informations utiles à la prise en charge de la personne en perte d'autonomie, dans le respect de ses droits.
3. Identifier les problématiques de santé de la personne.
4. Conduire un entretien afin de recueillir des données.
5. Repérer les ressources et les potentialités d'une personne.
6. Evaluer les risques et déterminer les mesures prioritaires.
7. Hiérarchiser et planifier les objectifs et les actions permettant de valider l'orientation en gestion de cas.
8. Sélectionner les données issues de l'évaluation pour renseigner l'outil multidimensionnel standardisé et informatisé.

(1) Au sens de la définition de l'OMS (« la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social »...), prenant en compte l'environnement, les problématiques de santé, familiales, sociales et économiques ainsi que l'autonomie fonctionnelle.

2. Elaborer et conduire un plan de service individualisé

1. Elaborer un programme personnalisé d'intervention dans un contexte de pluriprofessionnalité.
2. Conduire un programme personnalisé d'intervention à partir de l'inclusion validée en gestion de cas.
3. A partir de l'évaluation des besoins, prévoir les ressources matérielles nécessaires à la réalisation des activités et identifier les modalités d'adaptation de l'environnement.
4. Evaluer la mise en œuvre du projet avec la personne et son entourage et identifier les réajustements et les adaptations nécessaires.
5. Mettre en œuvre les dispositions juridiques d'accès aux droits de la personne dans un contexte de perte d'autonomie.
6. Formuler des objectifs adaptés au projet de vie de la personne et au contexte, en collaboration étroite avec la personne.

3. Organiser et coordonner les interventions des différents acteurs

1. Identifier les acteurs intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...).
2. Identifier et mobiliser les acteurs ou services dont l'intervention est nécessaire.
3. Organiser et répartir les activités en relation avec le médecin traitant et les intervenants déterminés.
4. Organiser son intervention en tenant compte des limites de sa fonction de gestionnaire de cas.
5. Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité.
6. Coordonner les actions et les soins auprès de la personne avec les différents acteurs des champs sanitaire, social et médico-social.
7. Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle, notamment avec le médecin traitant, dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale.
8. Instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs et structures intervenant auprès des personnes.

4. Communiquer et conduire une relation

1. Savoir adapter les informations transmises en fonction de l'interlocuteur et dans le respect des règles déontologiques du partage d'informations.

A. – Avec la personne et son entourage

2. Ecouter la personne.
3. Définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propices à l'intervention du gestionnaire de cas en tenant compte du niveau de compréhension de la personne, de sa demande, de son histoire de vie et du contexte de la situation.
4. Maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication et instaurer un climat de confiance.
5. Informer la personne en recherchant son consentement.
6. Négocier le contenu du programme d'intervention avec la personne.
7. Négocier la mise en œuvre du programme d'intervention avec l'entourage et les professionnels en tenant compte de la volonté de la personne.

B. – Avec les professionnels

8. Communiquer avec les autres professionnels et les partenaires sur le dispositif MAIA et la gestion de cas.

9. Transmettre ses savoir-faire auprès des nouveaux personnels et des stagiaires.

10. Identifier et analyser les écarts constatés entre les réponses nécessaires aux besoins de la personne et celles apportées compte tenu des ressources du territoire, en vue de l'amélioration du service rendu sur le territoire.

5. Mettre en œuvre l'éducation pour la santé

1. Analyser ses propres représentations en matière d'éducation pour la santé.
2. Repérer les besoins et les ressources de la personne ainsi que ses représentations.
3. Accompagner une personne dans une démarche d'éducation pour la santé.
4. Acquérir et développer une posture éducative, notamment pour négocier des objectifs éducatifs partagés avec la personne.
5. Evaluer ses modes d'intervention au cours de la démarche éducative et apporter en conséquence les ajustements nécessaires.
6. Conseiller et guider les aidants et les partenaires en fonction de leurs connaissances et de leurs savoir-faire afin de faciliter l'activité et la participation sociale.

Référentiel d'activités

1. Entretien relationnel avec la personne et son entourage

Entretien d'accompagnement et de soutien.

Médiation entre des personnes et des groupes.

Accompagnement de la personne dans une information progressive.

Vigilance pro-active de l'évolution de la situation.

Recherche de l'adhésion de la personne (notamment pour le recueil et le partage d'informations).

Présentation du rôle de gestionnaire de cas et du cadre d'intervention (MAIA, partenariat...).

2. Recueil d'informations à l'aide d'un outil multidimensionnel (2) standardisé et validé

Prise de connaissance de l'origine et du contexte de la demande :

- prise de connaissance de la demande de la personne ;
- identification des critères justifiant l'inclusion en gestion de cas.

Recueil d'informations concernant la situation :

- prise de connaissance des informations liées au contexte (environnement de la personne interventions et aides existantes) ;
- recueil d'informations concernant la santé, l'autonomie fonctionnelle, l'environnement, le contexte de vie sociale et familiale, les ressources, les attentes, les projets et les habitudes de vie de la personne.

Recueil d'informations auprès des intervenants :

- recueil d'informations concernant les évaluations des intervenants et leurs modalités actuelles d'intervention.

Observation de la personne dans son environnement :

- observation de l'état de santé ;
- observation de l'attitude générale (présentation, comportement, communication, mobilité, autonomie fonctionnelle...) ;
- observation de l'interaction personne/environnement humain et matériel.

Utilisation de l'outil d'évaluation multidimensionnelle pour la mesure de l'autonomie fonctionnelle :

- compilation de l'ensemble des données de l'évaluation dans l'outil (recueil et observations) ;
- enregistrement d'informations sur logiciels informatiques dédiés.

(2) Prenant en compte l'environnement, les problématiques de santé, familiales, sociales et économiques ainsi que l'autonomie fonctionnelle.

3. Synthèse de l'évaluation multidimensionnelle à domicile

Identification de toutes les problématiques de la situation (la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (3)).

Détermination et priorisation des besoins et ressources dans la situation (en tenant compte de ceux des aidants).

Identification des facteurs environnementaux (facilitateurs ou faisant obstacles).
Validation de l'inclusion en gestion de cas.
Rédaction de la synthèse.
Enregistrement d'informations dans le système d'information partagée.

(3) Prenant en compte l'environnement, les problématiques de santé, familiales, sociales et économiques ainsi que l'autonomie fonctionnelle).

4. Définition du plan de services individualisé

Définition, formalisation et rédaction d'un plan de services individualisé.
Présentation et explication des orientations à la personne et à son entourage.
Réajustement du plan en fonction de la négociation avec la personne.
Repérage des besoins non comblés.
Recherche des professionnels ou services devant intervenir en réponse aux besoins, y compris ceux des aidants.
Informations et conseils à la personne et son entourage sur les ressources du territoire appropriées à ses demandes et orientation vers les intervenants les plus pertinents.
Identification des situations nécessitant une action de promotion ou d'éducation de santé.
Information sur l'accès aux droits (notamment médico-sociaux, en rapport avec la santé, etc.).

5. Réalisation et suivi du plan de services individualisé

Introduction du (ou des) professionnel(s) auprès de la personne, suivi des liens.
Accompagnement physique de la personne dans les services ou auprès des intervenants sollicités.
Réajustement du plan de services individualisé en fonction de l'évolution des besoins et des préférences, en fonction des évaluations régulières ou requises lors d'un événement significatif (par exemple, hospitalisation ou défaillance dans l'environnement).
Recueil d'informations sur logiciels informatiques dédiés.
Intervention lors de réunions de travail ou institutionnelles, en réunion de synthèse ou de transmission entre équipes.
Conseils en éducation à la santé.

6. Coordination avec le médecin traitant et les professionnels concernés, transmission des données au pilote MAIA

Transmission d'informations orales et écrites aux médecins et professionnels concernés.
Organisation et animation de temps de concertation.
Mise en cohérence des interventions.
Articulation des interventions.
Réajustement de l'intervention de chacun en fonction des autres interventions.
Mobilisation des différents intervenants.
Proposition des solutions innovantes et leurs diverses modalités en tenant compte de l'action des aidants non professionnels.
Réajustement du plan de services individualisé en fonction de la coordination.
Recueil d'indicateurs de l'état de santé de la population concernée.
Saisie de données exactes et précises.
Transmission de ces données et échanges d'informations au pilote MAIA en vue de leur exploitation pour une analyse des services rendus sur le territoire.
Alerte du pilote local sur les écarts constatés entre les réponses nécessaires aux besoins de la personne et celles apportées compte tenu des ressources du territoire.
Actualisation de la connaissance du réseau des partenaires sur le territoire.

7. Information et formation

Accueil de stagiaire ou de nouveau personnel :
– élaboration en équipe de documents de présentation du service ou d'accueil du projet ou du protocole d'encadrement ;
– délivrance d'information et de conseil aux stagiaires ou aux nouveaux personnels ;
– réajustement d'activités réalisées par des stagiaires ou des nouveaux personnels en vue d'apprentissage.
Réalisation d'action de formation professionnelle :
– intervention ou cours en institut de formation ;

– intervention dans le cadre de la formation continue.

Bilan sur les pratiques professionnelles :

- analyse de pratiques professionnelles avec ses pairs ou avec d'autres professionnels ;
- apport d'éléments dans le cadre d'élaboration de recommandations de bonnes pratiques ou dans le cadre d'évaluation de pratiques professionnelles ;
- veille législative et réglementaire (notamment évolution des droits des personnes...).



Paru dans Actualités Sociales Hebdomadaires: N° 2827 du 04/10/2013

Dépendance : deux études confirment une nouvelle fois la nécessité d'une réforme

Alors que le futur projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement pourrait être présenté avant la fin de l'année, deux études – l'une démographique, l'autre économique – donnent de nouvelles perspectives en vue de la prise en charge de la dépendance dans les décennies à venir.

Selon les scénarios, en 2060, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait se situer entre 1,82 million et 2,65 millions – contre 1,2 million début 2012 –, évalue la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Au-delà de ces chiffres, l'étude anticipe les modes de vie de ces publics. Alors qu'aujourd'hui 80 % des plus de 60 ans vivant à domicile sont accompagnés par un proche, les aidants pourraient à l'avenir être moins nombreux, les baby-boomers ayant eu moins d'enfants que leurs parents. La proportion d'hommes dépendants sans conjoint ni enfant augmenterait progressivement de 12 % en 2030 à 18 % en 2040. A cela s'ajoutent les conséquences du recul de l'âge de la retraite et la hausse de l'activité féminine : les aidants potentiels seront moins disponibles pour leurs parents. Enfin, l'augmentation de l'âge moyen des publics dépendants signifie que leurs enfants auront davantage de risques d'être eux-mêmes en mauvaise santé.

Ces évolutions pourraient entraîner une progression plus forte des entrées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à l'horizon 2040.

Le taux de croissance moyen du nombre de personnes résidant dans ce type d'établissement serait d'environ 2,2 % par an, contre 1,9 % par an pour les personnes âgées dépendantes vivant à domicile.

L'augmentation du nombre de personnes âgées pose la question du coût de leur prise en charge. Une seconde étude publiée par l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), et qui se base sur des projections démographiques datant de 2011, analyse le coût de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Elle montre que le besoin de financement passerait de 7,7 milliards d'euros en 2010 à 12,4 milliards en 2025, puis à 20,6 milliards en 2040.

La clé du partage de ce coût entre la prise en charge publique et le reste à charge dépendra ensuite de l'indexation du plafond et des seuils du barème de l'APA. Si ces derniers sont indexés sur les prix, comme c'est le cas aujourd'hui, « une part croissante des allocataires [verra] son montant d'APA restreint par le plafond » et la part du financement public se monterait à 7,7 milliards en 2025 et à 11,2 en 2040, soit 54 % du besoin total (contre 68 % en 2010). A l'inverse, l'indexation sur les salaires « éviterait une dégradation du taux de prise en charge » mais coûterait plus cher à la collectivité. Le coût de l'APA pour les finances publiques atteindrait, dans ce cas, 15,4 milliards en 2040 et représenterait 75 % du besoin de financement.