

# 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<sup>er</sup>.** – 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*

## A N N E X E

### 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...).