



AU SERVICE DE L'AUTONOMIE
ET DE L'INTÉGRATION
DES PERSONNES ÂGÉES

Département du Haut-Rhin

Le 11 juin 2015

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



MAIA - Pourquoi ?

Constats & conséquences :

Constats :

Grande fragmentation des services et soins aux personnes âgées en perte d'autonomie pour le maintien à domicile entre :

- le champ sanitaire, social et médico-social
- le secteur libéral et institutionnel, le secteur public, privé et associatif
- les lieux de vie « domicile » et « établissement »

Conséquences :

Difficulté pour l'utilisateur et le professionnel à trouver le bon interlocuteur :

- **Rupture** de continuité des soins ou services
- **Redondance** des évaluations
- **Incohérence** de l'organisation des soins à domicile
- **Épuisement** des aidants
- Utilisation **inappropriée** de l'hôpital et des Urgences

→ Ces cloisonnements rendent difficiles la coordination des services de maintien à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie entre tous les acteurs.



Le dispositif d'intégration MAIA - Buts

MAIA est une **méthode** qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'**intégration** des services d'aide et de soins.

L'intégration va plus loin que la coopération, qui repose seulement sur un principe de coordination. **L'intégration conduit tous les acteurs à co-construire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et in fine à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite.**

Cette approche permet d'apporter une réponse décroisée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse

↳ Les enjeux et principes :

- mobiliser sur un territoire donné l'ensemble des acteurs dans toute leur diversité en capitalisant sur leur richesse, prenant en compte l'ensemble des ressources
- travailler ensemble aux dysfonctionnements générés inévitablement par la diversité des acteurs et de leur gouvernance, des financements, des pratiques professionnelles et des organisations.



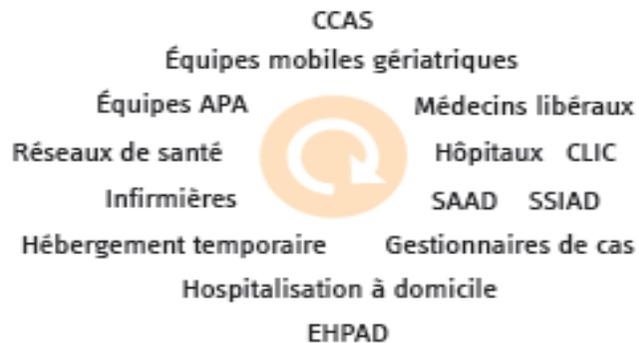
Le dispositif d'intégration MAIA

un modèle organisationnel national adapté aux diversités locales

3 MÉCANISMES MAIA

Les décideurs et les financeurs
ARS, CARSAT, MSA, RSI, Conseil général

**Les opérateurs des champs
sanitaire, social et médico-social
sur le territoire interagissent :**



**La population âgée de plus de 60 ans
en perte d'autonomie**



Le
**Pilote
MAIA**
anime
et
fait le lien
entre ...



Les instances de concertation = 1^{er} mécanisme de l'intégration

Concertation stratégique et tactique qui suppose une coresponsabilité pour décloisonner et rendre acteurs les partenaires

- du champ médico-social, sanitaire et social
- du secteur privé, public, associatif
- du domicile et de l'institution

Objectif : réfléchir et construire ensemble



Exemple de travaux menés

- Livret d'échange devenu dossier de coordination
- Étude prospective sur les besoins en hébergement temporaire et urgences médico-sociales gériatriques.
- Référentiels d'interventions sur les missions des différentes offres de services (SSIAD, HAD, SAD, Service social gérontologique, Gestion de cas, Réseau Alsace Gérontologie,...).
- Accompagnement à l'entrée en EHPAD (objectif de mieux préparer l'entrée en EHPAD et développer une culture commune, travailler sur des problématiques d'aide sociale avec les directeurs d'EHPAD).



Le guichet intégré = 2^{ème} mécanisme de la démarche d'intégration

Le guichet intégré constitue un ensemble coordonné des lieux d'accueil, d'information et d'orientation des personnes âgées sur le territoire. Il est mobilisé dès qu'une personne âgée en perte d'autonomie ou son entourage font une demande d'aide ou dès qu'un besoin est identifié par un professionnel.

Les professionnels des guichets intégrés établissent un **processus commun d'analyse multidimensionnelle** des situations qui se présentent à eux, d'orientation des usagers vers les réponses à leurs besoins en prenant en compte **l'intégralité des ressources disponibles, qu'elles soient sanitaires, sociales ou médico sociales.**



Le Guichet Intégré

- L'objectif est de proposer une **réponse harmonisée** quelle que soit la structure dans laquelle la personne entre dans le dispositif.
- Le guichet intégré induit l'évolution des pratiques de l'accueillant chargé du repérage des alertes associées à la demande amenant à l'analyse des besoins.



« Gestionnaire de cas » = 3^{ème} mécanisme de l'intégration

= Case Manager

=

(Recherche de synonymes)

Gestionnaire de situation
complexe à domicile, décompensée ou non

=

Référent de suivi

Personne ressource

=

Coordonnateur

=

Chef d'orchestre

=

Médiateur, conciliateur

=

Porte-parole, messenger, intermédiaire (advocacy)

=

Facilitateur

=

Conseiller, guide, aidant



Critères d'accès à la Gestion de Cas = 3 critères validés

CNSA 14 mai 14

**En l'absence de situation médicale aiguë ou de crise,
la gestion de cas s'adresse à une personne de 60 ans et plus qui souhaite rester à domicile**

Une personne peut bénéficier d'un gestionnaire de cas **si les 3 critères suivants sont présents** :

1- Critère 1 validé **si** : *Si l'un des trois problèmes est absent, la situation ne relève pas de la gestion de cas. Si les trois problèmes sont présents, le critère est validé*

Situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile en raison de :

- a. problème d'**autonomie fonctionnelle** (AVQ et/ou AIVQ)
- b. **et** problème relevant du **champ médical**
- c. **et** problème d'**autonomie décisionnelle**

Autonomie décisionnelle : altération du processus décisionnel avec pour conséquences des difficultés de gestion administrative et financière, de protection de soi et de sécurité affective et matérielle, d'élaboration d'un projet de vie, d'expression de ses souhaits, aspirations et besoins.

2- Critère 2 validé **si** :

- Aides et soins insuffisants ou inadaptés

3- Critère 3 validé **si** :

- Pas de personne ressource ni d'entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner les réponses aux besoins.

En conclusion : si les 3 critères sont validés **alors la multiplicité des champs à suivre et l'intensité de l'accompagnement (fréquent et continu dans tous les domaines) nécessite le suivi par un gestionnaire de cas**

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

Si un des critères au moins n'est pas validé, la situation ne relève pas de la gestion de cas. Elle devra être orientée vers un autre service du guichet intégré.



Missions

Accompagnement intensif et continu pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées en situation complexe.

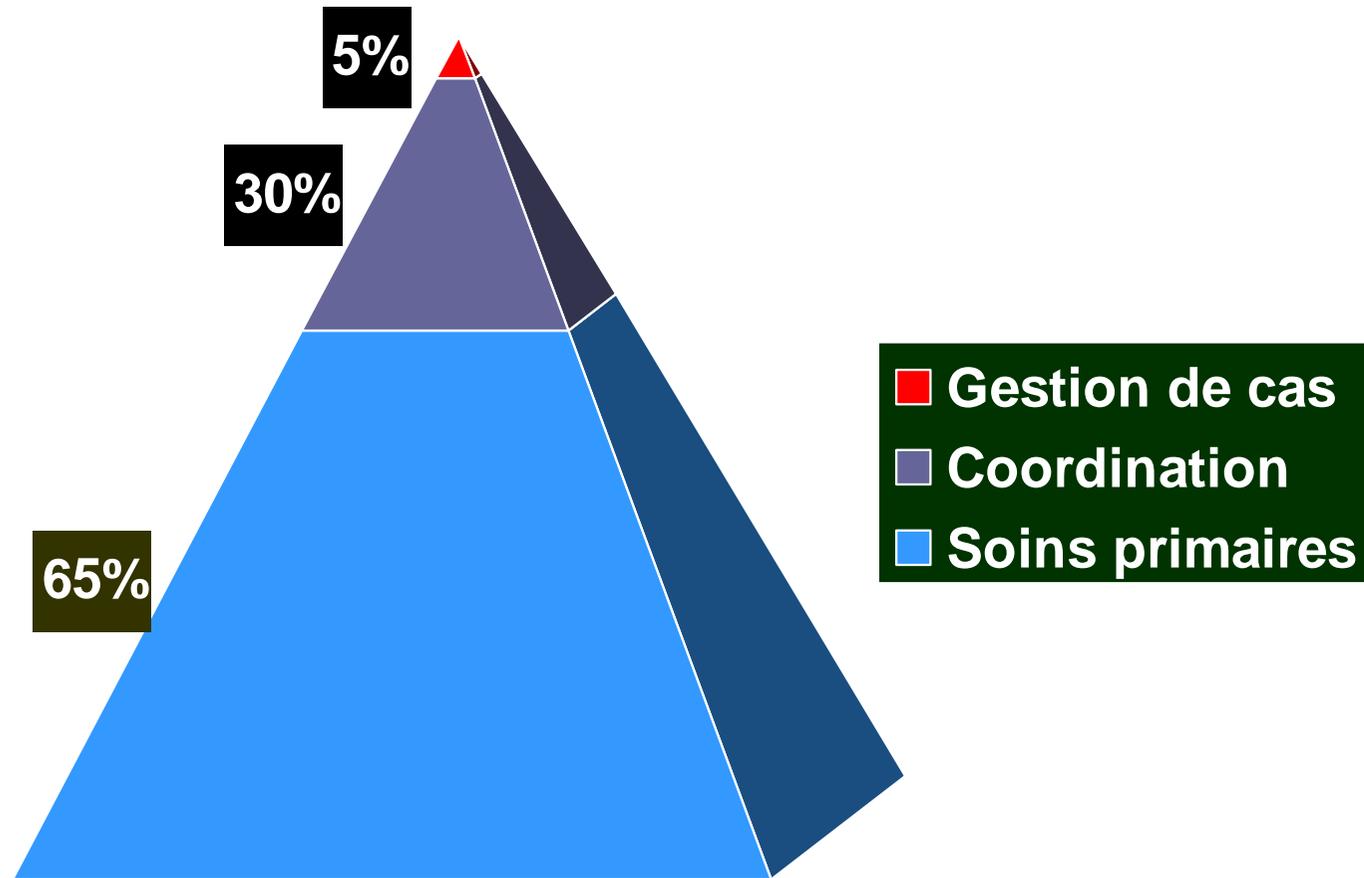
La gestion de cas permet de faire remonter les éventuels dysfonctionnements du système observés sur le territoire pour que les professionnels décident d'actions correctives afin d'améliorer le système de prise en charge.

Ce repérage donne lieu à des travaux en table tactique et validation en table stratégique.

Le résultat des travaux peut connaître un développement régional.



Public Cible





Coresponsabilité/ Intégration

- Le **gestionnaire de cas** est le garant de la mise en œuvre de la concertation, de la coordination pluridisciplinaire, de la démarche intégrative autour de la personne âgée. Rôle d'expertise et acteur intégrateur au niveau clinique.

Mise en œuvre de la coresponsabilité.

EN VOUS REMERCIANT POUR VOTRE ATTENTION

Béatrice Lorrain Pilote MAIA

Tél. 03 89 36 64 10
lorrain.b@haut-rhin.fr

