



Concepts et Enjeux des MAIA

JASFGG
26 Novembre 2014

SOMMAIRE

- Contexte - Cadre Législatif – Définition- Constat
- Objectifs- Fonctionnement - Différents Acteurs
- Labellisation
- Premiers impacts

CONTEXTE MAIA

- **Mesure IV du Plan Alzheimer 2008/2012**

- 17 premières mises en place en 2009

- 250 dispositifs MAIA - 2014

Cadre réglementaire

- **Décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011 approuvant le cahier des charges des MAIA.**
- **Cahier des charges national publié au BO n°2011/10 du 15 novembre 2011.**
- **L'article L.1431-2 du code de la santé publique élargit les missions et compétences des ARS qui financent les dispositifs MAIA et s'assurent du respect du cahier des charges.**

DEFINITION

Acronyme

1) Au départ: **M**aison pour l'**A**utonomie et l'**I**ntégration des personnes âgées **A**lzheimer

2) Depuis loi d'adaptation de la société au vieillissement ,
article 52:

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

DEFINITION

L'article L.113-3 du code de l'action sociale et des familles pose la base légale et donne une définition des MAIA :

« Les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médicosocial et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie, coordonnent leur activité au sein des *Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer* ».

L'équipe MAIA

AU PLAN NATIONAL

- **Une EPN** (équipe nationale projet) depuis février 2009
- **4 missions pour l' EPN**
 - Expertise : outils et référentiels
 - Accompagnement et formation auprès des ARS
 - Formation des pilotes
 - Animation et échanges

AU PLAN REGIONAL

- **Un Référent Alzheimer** dans chaque ARS interlocuteur privilégié de l' EPN et du pilote local

AU PLAN LOCAL

- **Un Pilote** coordonnateur entre réseau et gestionnaires de cas
Il travaille dans des espaces collaboratifs qui sont les tables de concertation stratégiques et tactiques, qui rassemblent décideurs, financeurs et acteurs de soins.

Les porteurs de projets MAIA

Source CNSA/ARS Août 2013

Porteurs	%	Classement	Autres porteurs
Conseil Généraux	43	1	Organismes gestionnaires de services à domicile-CCAS; Associations-EHPAD -GCS
Clic	15,1	2	
Etablissements de santé	11,6	3	
Réseaux de santé Personnes Agées	9	4	

LA MAIA POURQUOI? POUR QUI?

Constat

Une personne âgée dépendante bénéficie en moyenne de l'intervention de trois professionnels et, pour un quart d'entre eux, de six ou plus. Les dispositifs d'aide et de soins ont été juxtaposés sans que soient clairement définis les champs de compétence de chacun des acteurs ni les modalités de communication et de partage d'informations.

La population ciblée dans les MAIA est celle des personnes âgées en perte d'autonomie et en situation complexe

Les enjeux

.Parvenir à mettre fin aux difficultés rencontrées par les malades et leurs familles ,face à une multitude de services présents sur les territoires.

- **Une réponse harmonisée** quelle que soit la structure à laquelle on s'adresse dans le périmètre des partenaires MAIA.
- **Une réponse complète** puisque le dispositif MAIA prend en compte toutes les prestations et tous les services disponibles dans son partenariat territoire.
- **Une réponse adaptée** à la demande: Information; Orientation; Mise en place de services et ou prestations.

FONCTIONNEMENT des MAIA

- Les conditions de leur fonctionnement répondent au cahier des charges qui fixe notamment **les modalités** selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que **les méthodes** mises en œuvre pour assurer le suivi des personnes concernées.

Une organisation systémique

Une approche populationnelle qui nécessite la coresponsabilité des acteurs et des décideurs.

Le Guichet Intégré

Ses objectifs

Lisibilité et accessibilité de l'offre

- Simplifier le parcours des personnes
- Optimiser l'utilisation des ressources
- Eviter les réponses fragmentées

Son mode opératoire

• Les dispositifs MAIA développent un processus « d'Intégration » qui permet de construire, selon une méthode innovante, un réseau intégré de partenaires pour les soins, le aides et l'accompagnement des personnes qui vivent à domicile.

Logique de territoire populationnel, les services travaillent ensemble pour une même population

• La construction d'une fonction « guichet intégré MAIA » met à l'épreuve le partenariat et provoque **un changement de paradigme.**

Sa Construction

- Des Concertations
- Un échange d'informations
- Une connaissance des missions de chacun
- Un esprit de travail en collaboration
- Une philosophie partagée de
l'agir ensemble

- Les tables Stratégiques et Tactiques
- Les groupes de travail
- Les outils partagés
- Des interlocuteurs identifiés

Les tables de concertation

. 1-La Table Stratégique

(se réunit 2 fois/an)

Planification et régulation de l'offre

- Garantit la cohérence du dispositif
- Identifie les valeurs partagées
- Clarifie les objectifs et missions de chacun
- Définit des objectifs communs, précis et hiérarchisés
- Définit les modalités d'intervention des professionnels

Table stratégique

-Sa Composition

Un partenariat de décideurs et financeurs pour la population du territoire

Mairies; Conseil Général; ARS; Directeurs de structures d'aides à domicile; Directeurs d'établissements sanitaires et Médico-Sociaux; Caisses de retraites et complémentaires
Présidents des associations de professionnels de santé libéraux; Présidents d'associations d'aide aux aidants

Table Tactique

2- La Table Tactique

(se réunit environ tous les 2 à 3 mois)

- Organisation et ajustement des services**
- Harmonisation des pratiques; lisibilité de l'offre**
- Niveau décisionnel local
- Fait remonter les difficultés de fonctionnement
- Participe aux repérages des besoins non satisfaits
- Valide les modèles des outils communs
- Partage les mêmes valeurs

Table Tactique

Sa composition

**Elle réunit les professionnels et associations dans chaque spécificité du
Sanitaire- Médico-social – Social**

Médecins; IDE; Kinésithérapeutes; SSIAD; Aides à domicile; Associations des usagers; Associations d'aide aux Aidants; Assistantes sociales; CCAS; Ergothérapeutes....

Premiers impacts

•Simplification de parcours

- Indice de simplification de parcours qui baisse en moyenne de 3,24 à 1,3
Amélioration de l'accessibilité des personnes aux services qu'elles requièrent

•Réduction des redondances

- Dans 13/17 sites précurseurs, des passerelles sont créées en GC et équipes APA
pour éviter les doublons d'évaluation

•Pertinence des prises en charge

Des éléments encourageants pour les personnes suivies en gestion de cas

- sur le taux d'hospitalisation
- sur la baisse du taux de neuroleptiques en particulier pour les personnes Alzheimer.

•La gestion de cas nouvelle pratique professionnelle

- est identifiée par les personnes suivies en gestion de cas

•Amélioration de la dynamique locale (études INPES)

Source CNSA-EPN

Le gestionnaire de cas

- Profil. Missions;
- Illustration cas concret

Le Gestionnaire de Cas

Profil :

- Il doit avoir une formation initiale : infirmier, assistant de service social, psychologue, ergothérapeute, conseillère en économie sociale et familiale.

Le Gestionnaire de Cas

- **Missions**

- Le gestionnaire de cas intervient à la suite d'un processus défini de repérage des situations complexes pour lesquelles il :
 - - évalue la situation dans toutes ses dimensions
 - - analyse les besoins
 - - organise la concertation des professionnels concernés par la situation pour mettre en commun les données d'évaluation et mettre en cohérence l'ensemble des interventions.
- Il organise en tant que de besoin la tenue de réunions interdisciplinaires réunissant des professionnels de différents établissements ou organismes

Le Gestionnaire de Cas

- - élabore avec la personne et/ou son aidant ou référent, le plan de service individualisé (PSI) en tenant compte des évaluations et interventions professionnelles déjà en place.
- Il s'assure de son ajustement aux préférences de la personne et à l'évolution de ses besoins.
- Le PSI est l'outil de référence pour la mise en cohérence de l'ensemble des plans d'intervention des professionnels.

Le Gestionnaire de Cas

- la gestion de cas est un suivi de type intensif qui ne permet pas de dépasser une quarantaine de situations en file active.
- Le gestionnaire de cas participe au mouvement d'intégration sur un territoire en remontant au pilote local les informations nécessaires à son action (dysfonctionnements des processus d'orientation, difficulté d'accès à un service ou à certaines informations, documentation du manque de ressources).
- Les données anonymiques et agrégées issues de son évaluation et du PSI sont destinées à être utilisées par le pilote dans le cadre de sa mission d'animation des tables tactiques et stratégiques.

Le Gestionnaire de Cas

- **Pour toutes les personnes repérées, le gestionnaire de cas :**
 - réalise à domicile une évaluation globale des besoins de la personne à l'aide de l'outil multidimensionnel standardisé,
 - confirme ou infirme le recours à la gestion de cas, à cette occasion,
 - fait le lien avec les professionnels déjà en charge de la situation,
 - planifie les services nécessaires à l'aide du plan de services individualisé (PSI),
 - assure un suivi effectif des démarches pour l'admission de la personne à ces services,
 - assure un suivi de la réalisation des services planifiés,

Le Gestionnaire de Cas

- 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 situation complexe,
- assure un retour d'information sur les situations suivies au pilote local.

Le Gestionnaire de Cas

- **Compétences :**

- - sens aigu de l'organisation, aptitude à la négociation,
- - bonne aptitude à la communication (écrite et orale),
- - connaissance du tissu associatif, médical, sanitaire et médico-social du secteur et de son organisation,
- - connaissance des droits des personnes, de la déontologie et du secret professionnel,
- - sens des relations humaines vis-à-vis des personnes prises en charge et des professionnels,
- - goût pour le travail en équipe, intérêt pour l'interdisciplinarité,
- - maîtrise de la bureautique (Word, Excel au moins) intérêt pour l'outil informatique

Qualités requises :

- rigueur
- forte compétence relationnelle
- Dynamisme



GESTION DE CAS : Mme B

- **Présentation générale :**

- Mme B est veuve, un fils décédé en Août 2013 (il vivait au domicile de Mme B)
- Agée de 84 ans.
- Elle vit seule à domicile.
- Mme B est diagnostiquée Alzheimer depuis 2011, a des oublis, elle est calme, elle présente une désorientation temporo spatiale.

GESTION DE CAS : Mme B

Intervenants déjà existants :

- Suivi médical par le médecin traitant : 1 fois / mois au domicile.
- Prise en charge Infirmier : tous les jours, matin et soir pour soins d'hygiène + préparation et prise du traitement, depuis 12/2011, le midi depuis 09/10/2014.
- Aide à domicile : 1 passage par jour de 1h à 1h30 , 7j/7 pour préparation des repas, entretien du logement et du linge, courses, surveillance et stimulation, aides à la personne par une structure d'aide à domicile depuis le 17/09/2013.
- Kinésithérapeute : 2 j/ semaine pour l'équilibre et maintenir ses repères, depuis le 01/10/2013.
- Orthophoniste : 1j/semaine pour rééducation du langage, depuis 02/01/2013.
- Mme B est en GIR 3 depuis le 17/09/2013 au 31/03/2016 pour 42h/ semaine d'aides à domicile.
- Mme B bénéficie de la télé alarme.

GESTION DE CAS : Mme B.

- **Souhaits de la personne et de ses proches sur le devenir :**
 - Pour Mme : Rester à domicile.
 - Pour les proches : Rester à domicile avec perspectives de placement et de mise sous protection.
- **Besoins non comblés :**
 - Isolement au domicile.
- **Problématiques :**
 - Renforcer la prise en charge au domicile.
 - Mme B se déplace seule dans le quartier : désorientation spatiale et risques de chutes .
 - Le petit fils (20ans) et l'ex belle fille ne sont pas toujours disponibles.
- **Objectifs : Mettre en place les actions du PSI**
 - Assurer une présence aux 3 repas
 - Rompre l'isolement
 - Sécuriser les déplacements extérieurs

GESTION DE CAS : Mme B

- Jour J** • 16/09/13 : Appel de l'évaluatrice du Conseil Général pour nous alerter.
- J +2** • 18/09/13 : **1^{ère} visite au domicile** de Mme B permettant le recueil de données.
- J + 8** • **ACTIONS MENEES**
 - 24/09/13 : Réorganisation des interventions des aides à domicile.
- J + 4 mois** • 23/01/14 : RDV en hôpital de jour pour bilan
- J + 5 mois** • 28/02 au 16/06/2014: Prise en charge en Hôpital de jour : 1j/semaine
- J + 11 mois** • 01/08/14 : Dossier déposé en EHPAD
- J + 12 mois** • 03/10/14 : Mesure de protection déposée au Tribunal
- J + 13 mois** • 12/11/14 : Révision du plan APA pour une demande de géo localisation



GESTION DE CAS : Mme B

J + 14 mois

• Ce jour :

- 15/11/2014 : Mandataire judiciaire nommé