



MAIA

TARN SUD

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

MAIA une méthode d'action
pour l'intégration des services d'aide et de soins
dans le champ de l'autonomie

Cette plaquette est à destination des professionnels

Pour toutes personnes âgées en perte d'autonomie

CONTEXTE

Le Plan Alzheimer national 2008-2012 a fait le constat de la **fragmentation du système de soin, d'aide et d'accompagnement** : difficultés rencontrées par les personnes et leurs familles, face à une multitude de services présents sur un territoire mais insuffisamment articulés et n'aboutissant pas à une prise en charge coordonnée. La mise en place des MAIA doit permettre de répondre à cette fragmentation **en décloisonnant ces différents secteurs**.

Le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 conforte le déploiement des MAIA sur tout le territoire.

UNE MAIA, C'EST :

Une méthode d'action, associant les acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social pour simplifier le parcours des personnes et de leurs aidants à domicile.

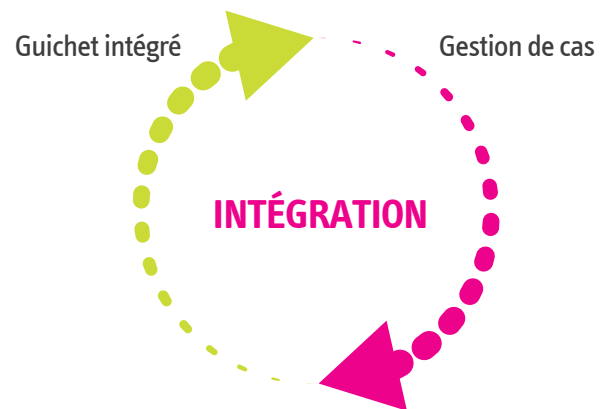
La MAIA poursuit **deux objectifs**:

- Un objectif **collectif** : **interconnecter** tous les acteurs autour d'un mode d'organisation partagé (**guichet intégré**),
- Un objectif **individuel** : la **gestion de cas complexes** avec un suivi personnalisé et intensif à domicile au long cours. **Sans superposition ni substitution aux professionnels impliqués et à l'entourage**

POURQUOI ?

- **Faciliter le parcours des personnes âgées** sur le territoire
- Construire une **organisation partagée et adaptée** des ressources du territoire
- Construire un parcours de prise en charge personnalisé **en respectant le projet de vie** de la personne.

TROIS MÉCANISMES POUR L'INTÉGRATION



Construire des espaces de **concertation** à tous les niveaux de prises de décision (Institutionnel, organisationnel, auprès des personnes).

LA GESTION DE CAS

Un accompagnement renforcé au domicile

Définition : La gestion de cas est un nouveau rôle exercé par des professionnels (de formation initiale travailleur social, ergothérapeute, infirmier ou psychologue) formés à l'évaluation et à l'accompagnement de situations complexes. Cette fonction renvoie à un suivi à domicile personnalisé et intensif.

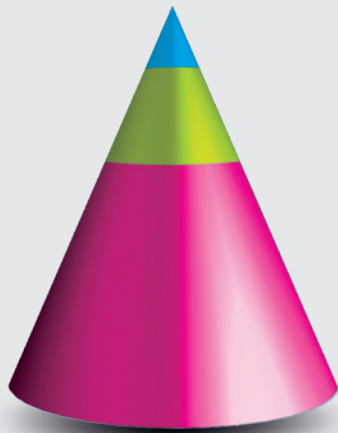
Source Cahier des charges national des dispositifs MAIA du 15 novembre 2011

Population cible :

Personnes de 60 ans et plus souhaitant vivre à domicile et dont la situation présente les 3 critères (détaillés au dos), situation qu'on peut qualifier de complexe.



Situation complexe : problématiques multiples, de santé, sociale, familiale et économique remettant en cause le maintien à domicile.



- Gestion de cas
- Soins et services renforcés
- Soins primaires

Part de cas complexes dans la prise en charge des personnes âgées

CRITÈRES D'ORIENTATION VERS LA GESTION DE CAS 3 critères nationaux :

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 et dont la situation présente les 3 critères suivants :

Critère 1

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

- a - Problème d'autonomie fonctionnelle (AVS et AIVQ)
- b - Et problème relevant du champ médical
- c - Et problème d'autonomie décisionnel

AVQ ou AIVQ : les activités de la vie quotidienne et/ou les activités «instrumentales» de la vie quotidienne sont impactées : la personne a des difficultés pour se laver, s'habiller, se déplacer...(AVQ), faire ses courses, le ménage, le repas, la lessive, prendre ses médicaments, utiliser le téléphone, gérer son budget...(AIVQ)

Autonomie décisionnelle : altération du processus décisionnel quelle qu'en soit l'origine (individuelle ou environnementale) 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.

Critère 2

Aides et soins insuffisants ou inadaptés

Critère 3

Pas d'entourage proche en mesure de mettre en place et de coordonner dans la durée les réponses aux besoins

Si les trois critères sont validés alors il y a orientation vers la gestion de cas.

SANS PARTICIPATION FINANCIÈRE DE L'USAGER

LE GUICHET INTEGRE

Définition : C'est un **mode d'organisation partagé** entre tous les partenaires chargés de l'information, de l'orientation de la population et de la coordination sur le territoire.

Le guichet intégré réunit autour de pratiques, d'outils partagés et de processus articulés les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

En partageant référentiels, pratiques et données, le guichet intégré est une organisation essentielle à l'**accessibilité des services** et à la **définition des besoins** d'un territoire.

Source Cahier des charges national des dispositifs MAIA du 15 novembre 2011

OBJECTIFS :

- Lisibilité et accessibilité de l'offre
- Qualité de réponse et continuité dans la prestation de service
- Homogénéisation de l'information et des pratiques d'orientation sur le territoire
- Coresponsabilité des décideurs et acteurs

Fonctionnement :

Le guichet intégré permet une démarche commune d'analyse de la demande, d'identification des besoins et d'orientation.

SUR SOLLICITATION DES PROFESSIONNELS DE PROXIMITE

(Médecin traitant, infirmier, services d'aide à domicile, CCAS, services sociaux...)

ET/OU DES ETABLISSEMENTS DE SANTE



ANALYSE DE LA DEMANDE A PARTIR D'ALERTES

(Santé, environnement familial, social...)

ET ORIENTATION

Si la situation est jugée complexe

Vers la gestion de cas

Sinon

Vers un autre service intégré du dispositif

Des outils supports au dispositif sont élaborés avec la participation des partenaires (fiche d'orientation, annuaire, référentiel, ...)



QUI ?

La MAIA Tarn Sud est un dispositif **porté** par le **CHIC Castres-Mazamet**, et **financé** par l'**Agence Régionale de Santé**.



Un **guichet intégré** regroupant les **partenaires** du territoire de la MAIA : Médecins traitants, Pharmaciens, Professionnels libéraux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes...), Conseil Départemental, Établissements de santé et médico-sociaux, Consultation mémoire, UMG, Accueils de jour, CCAS, Services d'Aide à Domicile, Mairies, SSIAD, HAD, Services de soins palliatifs, ESA, Services tutélares, Services sociaux, associations d'usagers....

Un **pilote**, animateur du dispositif et du processus d'intégration entre les partenaires.

Une **équipe pluridisciplinaire** de gestionnaires de cas

