MAIA SUD 92

LA GESTION DE CAS DISPOSITIF DE LA MAIA

Pour la conférence :

Le parcours de soins : mythe ou réalité

UNIVERSITE PARIS DAUPHINE

MARDI 3 JUIN 2014

1. MAIA CONTOURS D UN DISPOSITIF
2. LA GESTION DE CAS OUTIL DE LA MAIA
3. RETOURS D EXPERIENCES
4. VOS QUESTIONS

MAIA SUD 92

1 MAIA CONTOURS D UN DISPOSITIF

Définition
Cible
Etat des lieux
Les 6 axes de la méthode
Le déploiement sur le département des Hauts de Seine

2 *LA GESTION DE CAS OUTIL DE LA MAIA*

3 *RETOURS D EXPERIENCES*

4 *VOS QUESTIONS*

Définition de « MAIA »

Rappel :

- Les dispositifs MAIA **ne se superposent pas** aux structures de coordination déjà existantes réseaux de santé, établissements de santé, SSIAD, CLIC, CCAS, services sociaux…

- Néanmoins, **ils s'appuient sur ces structures** afin de les faire **évoluer** vers un mode d'organisation dit «intégré».

Intégration ≠ coordination

La MAIA est donc définie comme une **méthode de travail entre professionnels d'aides et de soins aux personnes âgées** des champs **sanitaire, médico-social et social** dans l'objectif d'**optimiser le parcours de soin et de vie** de la personne âgée vivant à domicile.

Acronyme MAIA :

« Méthode d'Actions pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie ».

CIBLE

Ces dispositifs ont été conceptualisés dans le cadre du plan Alzheimer avec un objectif clair :

« L'enjeu est de mettre fin au désarroi des familles qui ne savent à qui s'adresser et qui sont perdues dans de nombreux dispositifs mal articulés et cloisonnés. »

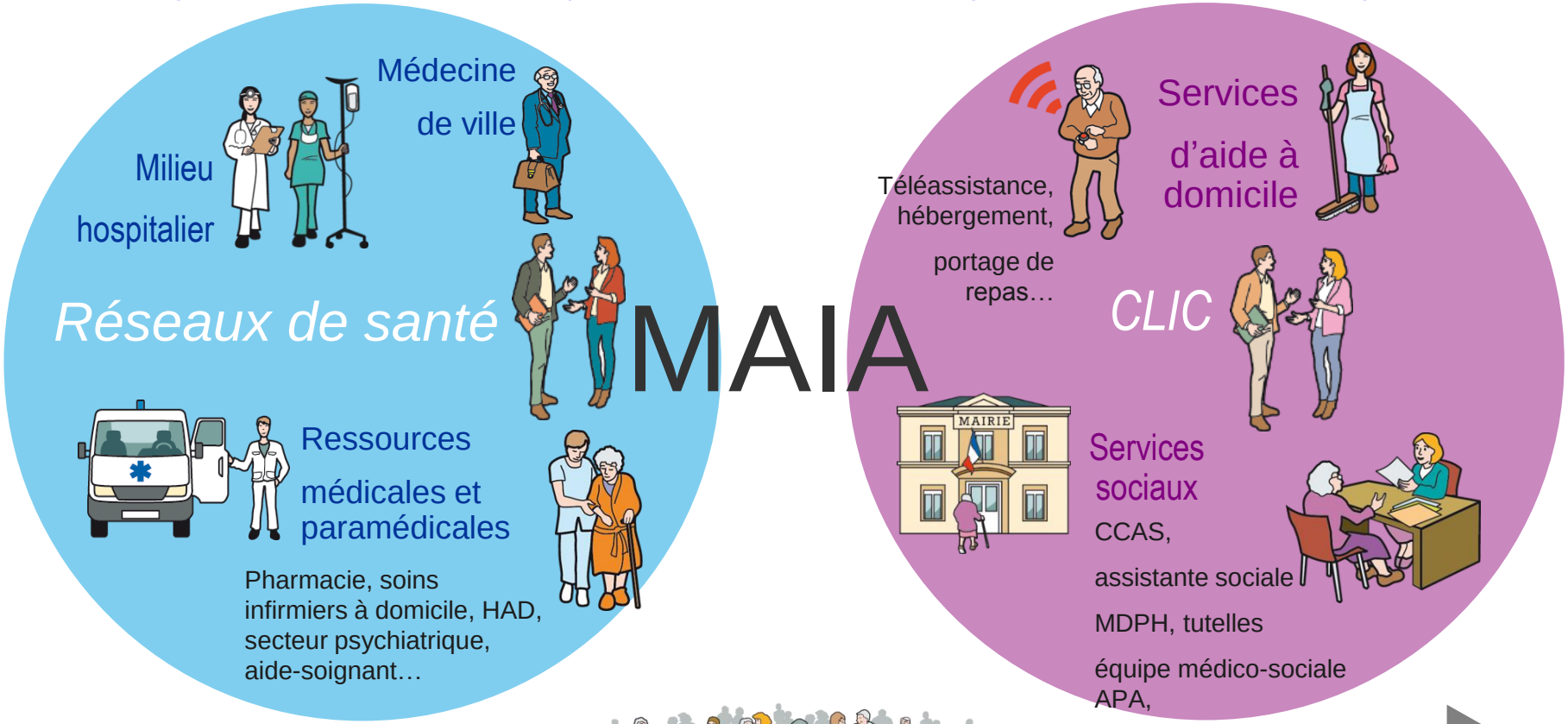
Aujourd'hui, ces dispositifs sont inscrits dans la loi
(art L 113-3 du Code l'Action Sociale et des Familles)

- La MAIA s'adresse à **toutes les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle**, quelle que soit la nature de leurs besoins, ainsi qu'aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée.

Notre contexte : un système riche…et fragmenté

DGS DGOS DSS DGCS Secrétariat général des ministères sociaux CNSA CNAM CNAV MSA RSI..

Agence régionale de santé, Conseil général, Mairie, Caisses d'assurance maladie…



MAIA SUD 92

LES 6 AXES DE LA METHODE MAIA

Concertation Tactique et stratégique *Partenaires du sanitaire et du social*

Guichet intégré

Processus partagé d'accès aux différents services du territoire

Gestion de cas

Pour les personnes en situation complexe

OEMD

Outil d'évaluation multidimensionnelle

Un PSI

plan de services individualisé

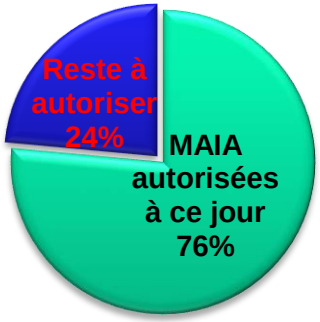
Un Système d' Information Partagé

MAIA SUD 92

Etat d'avancement et statistiques des MAIA Franciliennes

Répartition des 26 MAIA Franciliennes à ce jour :

Répartition des MAIA d'Ile-de-France								
Dpt	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Val-d'Oise
Nombre MAIA	5	3	4	3	3	2	3	3



→ Sur un objectif potentiel de 34 MAIA

Etat de déploiement :

2009 – 2012 : 19 MAIA autorisées

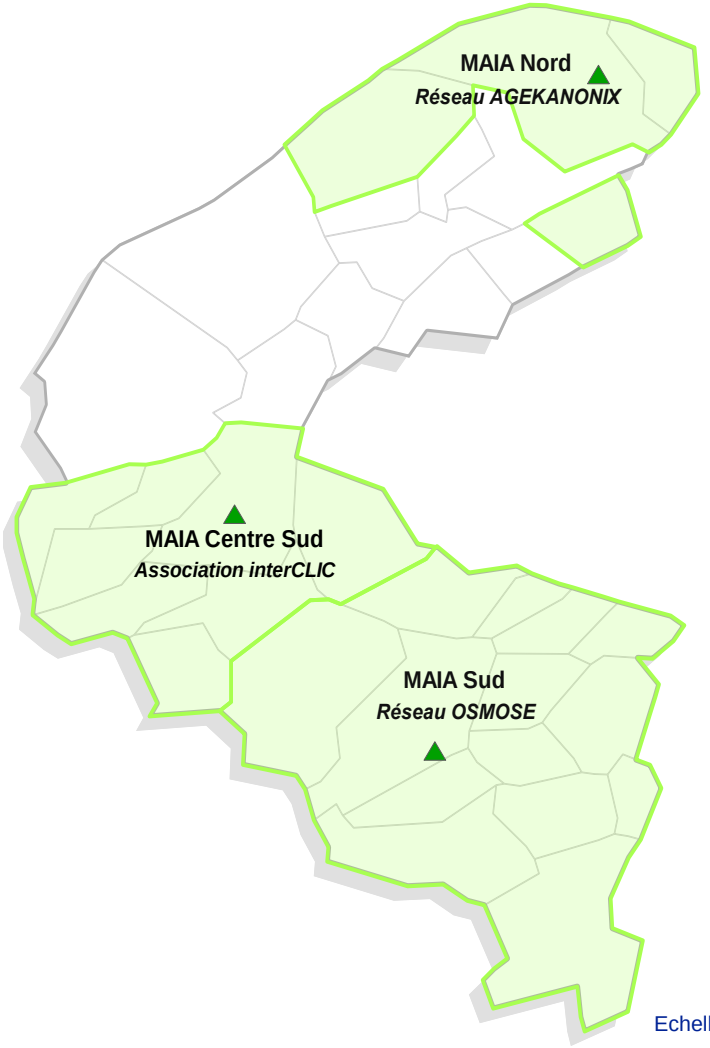
2013 : 7 MAIA autorisées

2014 : Appel à candidatures en cours pour autoriser 7 nouvelles MAIA

Objectif :

Couverture totale de la région francilienne à terme

MAIA SUD 92



Plan national Alzheimer
Mesure 4
Hauts-de-Seine (92)

Echelle : 100 000

Document sans valeur juridique
© 2013 – DOSMS-ARS Ile-de-France
tous droits réservés

1 *MAIA CONTOURS D UN DISPOSITIF*

2 LA GESTION DE CAS OUTIL DE LA MAIA

La gestion de cas et le gestionnaire de cas

L'outil d'évaluation et le PSI

En pratique :

- Le parcours d'une personne en gestion de cas
- La fiche d'orientation vers la gestion de cas

3 *RETOURS D EXPERIENCES*

4 *VOS QUESTIONS*

LA GESTION DE CAS
ET LE GESTIONNAIRE DE CAS

La gestion de cas est un **accompagnement** continu sans rupture, individuel et intensif des personnes en situation complexe par un gestionnaire de cas

Le gestionnaire de cas, est un professionnel doté de compétences spécifiques,

titulaire d'un **DIU de Gestion de Cas** qui complète sa formation de base

Son rôle :

- **coordonner** les différentes interventions **tout au long du parcours d'aide et de soins**.

Il agit "en collaboration étroite" avec le médecin traitant et les différents intervenants dans la situation **sans remplacer aucun d'entre eux**.
Après évaluation de la situation à l'aide d'un outil d'évaluation multidimensionnelle, il élabore **en interdisciplinarité** un plan de services individualisé (PSI).

L' OUTIL D'EVALUATION

Un outil standardisé d'évaluation multidimensionnelle des besoins :
le **GEVA – A MAIA**
Il permet au gestionnaire de cas de collecter à partir de l'expression des attentes et aspirations de la personne, avec l'appui des professionnels déjà dans la situation et en intégrant les évaluations déjà réalisées,
les informations sur la situation de la personne accompagnée
dans 5 domaines :

- Environnement social familial et budgétaire
- Habitat et cadre de vie
- Aspects psycho comportementaux et cognitif
- Aspects médicaux
- Activités et réalisations effectives

MAIA SUD 92

LE P.S.I

Ou Plan de Services Individualisé

- Le PSI est un **outil de coordination des soins et aides**

- Il reprend les différents volets de l'Evaluation Multidimensionnelle

- Proposés par le Gestionnaire de Cas, les axes du PSI sont **validés en commun et leur mise en œuvre partagée** par les intervenants dans la situation : *médecin traitant, aidants, mandataire judiciaire, intervenants au domicile, travailleurs sociaux, professionnels libéraux, bénévoles associatifs….*

- C'est un outil dynamique, **tableau de bord** servant à planifier et à coordonner les actions entreprises tout en gardant **la personne accompagnée au centre des décisions**. Il s'agit de la feuille de route du gestionnaire de cas

L'utilisation du PSI permet d'assurer la coordination de l'ensemble des acteurs et la mise en œuvre de l'interdisciplinarité. Il est réévalué et modifié en fonction de l'évolution de la situation

MAIA SUD 92

LE PARCOURS D’ UNE PERSONNE ORIENTEE EN GESTION DE CAS

Parcours d'une personne accompagnée en gestion de cas

orientation d'une situation par :

- Un professionnel de santé (libéral, institution, réseau…)
- Un service social
- Un professionnel de la coordination
- Un représentant légal
- Un service de maintien à domicile
- Un bénévole associatif accompagnant

FICHE DE DEMANDE D'ENTREE EN GDC

CRITERES SPECIFIQUES

STAFF MAIA

Correspond à un suivi en Gestion de cas

Ne correspond pas à un suivi en gestion de cas.

REORIENTATION
Vers 1 service adapté : réseau, CLIC, service social, EHPAD….

Pilote : Retour au demandeur
Transmission du dossier au GDC

INCLUSION EN GESTION DE CAS

PHASE D'EVALUATION

1ere VAD conjointe GDC avec orienteur si possible ou une personne connue et proche du malade
Début Evaluation Multi Dimensionnelle au domicile de la personne

Recherche du consentement de la personne accompagnée

OUTIL D'EVALUATION GEVA - A

Prise de contact avec l'accord de la personne avec les personnes ressources de la situation : MT, aidants, enfants, IDEL, SAAD…

Elaboration du Plan de Services Individualisé
Suite à l'évaluation multidimensionnelle

PSI

Partage des éléments du PSI avec les intervenants

autour d'une **table clinique**

Réévaluation des besoins de la personne (au moins tous les 6 mois)
=> Actualisation et ajustement du PSI

SORTIE D'ACCOMPAGNEMENT : déménagement, décès, décision d'arrêt de l'accompagnement, entrée en EHPAD

LA FICHE D' ORIENTATION

FICHE DE DEMANDE D'ENTREE EN GESTION DE CAS

Origine de l'orientation :

Date de la demande :

Nom de la personne/service qui oriente :
Coordonnées (Adresse, tél, mail) :

Personne concernée :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :
Adresse :

Code : Bat/Esc : Etage : Porte :

Téléphone : Mail :

Situation familiale : □ Marié □ Célibataire □ Séparé/Divorcé □ Veuf
Personnes vivant au domicile :

Aidant principal : / lien de parenté :
Coordonnées :

Médecin traitant :

Coordonnées :

Protection juridique : □ Tutelle □ Curatelle □ Sauvegarde de justice
Date de la décision (si connue) : Demande en cours □
Coordonnées du mandataire judiciaire :

Intervenants au domicile :

PROTOTYPE DE TRAVAIL MAIA SUD 92

***Rappel** : La gestion de cas est un accompagnement permettant de répondre aux problématiques complexes de personnes vivant à domicile, selon des critères spécifiques*

UN CRITERE OBLIGATOIRE PARMI CEUX CI :

- o Personne de moins de 60 ans avec pathologie neuro dégénérative chronique évolutive (Alzheimer ou troubles apparentés).
- o Personne de 60 ans ou plus avec une ou plusieurs pathologies chroniques évolutives, lourdes et invalidantes.

DES CRITERES COMPLEMENTAIRES : (dont plusieurs cochés dans la zone de droite)

ENTOURAGE MEDICAL ET PROFESSIONNEL	o Présent et adapté	o Insuffisant	o Inexistant ou difficultés d'intervention et/ou de coordination
ENTOURAGE FAMILIAL ET SOCIAL	o Présent et aidant	o Aidant mais éloigné ou présent et difficile	o Inexistant ou épuisé
ENVIRONNEMENT /HABITAT	o Adapté	o Faiblement adapté	o Inadapté avec mise en danger et/ou insalubrité
COMPORTEMENT	o Adapté	o Inadapté sans grande incidence sur la vie quotidienne	o Refus d'aide et/ou mise en danger
AUTONOMIE ET VIE SOCIALE	o Personne autonome et indépendante	o Perte d'autonomie et incidence sur la dépendance	o Perte d'autonomie avec forte incidence sur la dépendance et la vie sociale

COMMENTAIRES :

PROTOTYPE DE TRAVAIL MAIA 92

- La personne est informée de l'orientation OUI □ PAS ENCORE □

- Personne à contacter pour l'organisation de la première visite à domicile (*Nom- fonction et coordonnées tél) :*

DECISION PRISE PAR L'EQUIPE MAIA :

□ **Entrée en gestion de cas**	□ **Réorientation vers :**
Nom du gestionnaire de cas en charge de la situation :	

E TRAVAIL MAIA SUD 92

Merci de renvoyer cette fiche-orientation complétée de préférence par mail à l'adresse suivante :
fpougnet@maia.reseau-osmose.fr (ou par fax : 01.46.30.46.71)
Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à nous contacter au 01.46.30.44.55/06 71 16 66 89

1. *MAIA CONTOURS D UN DISPOSITIF*
2. *LA GESTION DE CAS OUTIL DE LA MAIA*
3. **RETOURS D EXPERIENCES**

   Présentation de deux situations suivies en gestion de cas
4. *VOS QUESTIONS*

MAIA SUD 92

Présentation de 2 situations illustrant le parcours de personnes en gestion de cas

1 ***Mme L*** *personne âgée de plus de 60 ans présentant une pathologie chronique évolutive, lourde et invalidante.*

2 ***Mme C*** *personne âgée de moins de 60 ans présentant une pathologie neuro dégénérative chronique évolutive.*

Madame L.

Personne âgée présentant une pathologie chronique évolutive, lourde et invalidante

Réseau
Cancérologie Gérontologie Soins Palliatifs

MAIA SUD

Mme L - 77 ans - Bagneux.

Maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie cognitive et fonctionnelle.

Epoux résidant en EHPAD depuis 2 mois.

Ancienne blanchisseuse

1 fils unique ne souhaitant pas être impliqué dans la PEC de sa mère, vit à Versailles.

Souhait de Mme L : Maintien à domicile.

En refus d'aide et de soins.

<u>Démarches initiées et professionnels présents avant l'inclusion en gestion de cas:</u>

- **Suivi médical régulier par le médecin traitant**

- **Administration quotidienne du traitement par l'infirmière libérale à domicile**

Évaluation GEVA-A : constat des problématiques

Volet familial social et budgétaire	Volet habitat et cadre de vie	Volet des aspects médicaux	Volet cognitif et psycho-comportemental	Volet activités et réalisations effectives
• Isolement social • Aucune gestion administrative ni financière.	• Locataire • Insalubrité et dégradation du domicile. • Logement non adapté aux besoins de la personne • Risque d'accident domestique	• Maladie d'Alzheimer suspectée. • Troubles cardiaques et troubles de l'équilibre • Dénutrition	• Désorientation temporelle • Troubles cognitifs non documentés • Anxiété, tristesse…	• Absence de professionnels • Perte d'autonomie dans plusieurs domaines

Axes du Plan de Services Individualisé

GDC

MEDICAL:

Evaluation gériatrique standardisée

RDV réguliers chez le spécialise

Séance hebdomadaire de kinésithérapie au domicile

MT

Cardiologue

HABITAT :

Réparations du logement

Coupure du gaz et achat d'une plaque électrique

Tutrice

ACTIVITES, REALISATIONS EFFECTIVES:

Mise en place d'un service d'aide à domicile:

-Pour les sorties, courses et ménage.

-Auxiliaire de vie pour la toilette

CCAS: Portage de plateaux repas.

SAAD

Portage de repas

COGNITIF ET PSYCHOCOMPORTEMENTAL:

Exploration des troubles cognitifs

Suivi psychologique et stimulation cognitive au domicile

Mise en place d'un trombinoscope

MT, psychologue,

Institut Lannelongue

ESA

SOCIAL BUDGETAIRE

Mise en place de l'APA

Demande de protection juridique:

→ **Tutelle et nomination d'un mandataire judiciaire**

La plus value de la gestion de cas pour Mme L:

Relation de **confiance** avec la personne

Temps pour approfondir **l'histoire de vie** de la personne afin de faciliter la PEC.

Participation à la **prévention des risques** et apport de **réponses graduées et évolutives** par rapport aux dangers au domicile

Madame C.

Personne présentant une pathologie neuro dégénérative chronique évolutive.

Médecin d'un centre Municipal de Santé de Clamart

MAIA SUD

Mme C - 57 ans

Malade d'Alzheimer jeune diagnostiquée

Divorcée

Ancienne professeur de chinois

1 enfant unique au domicile de 30 ans (troubles psychiatriques)

1 ami aidant principal épuisé (ancien élève de Mme)

Mme souhaite changer de logement (logement précaire)

<u>Démarches initiées et professionnels présents avant l'inclusion en Gestion de cas</u>

Demande de mesure de protection judiciaire (requête faite par l'ami)

accès aux droits: Pension d'invalidité par l'AS CRAMIF

ouverture de droits à la MDPH (AAH-PCH) par l'AS CRAMIF+ ami

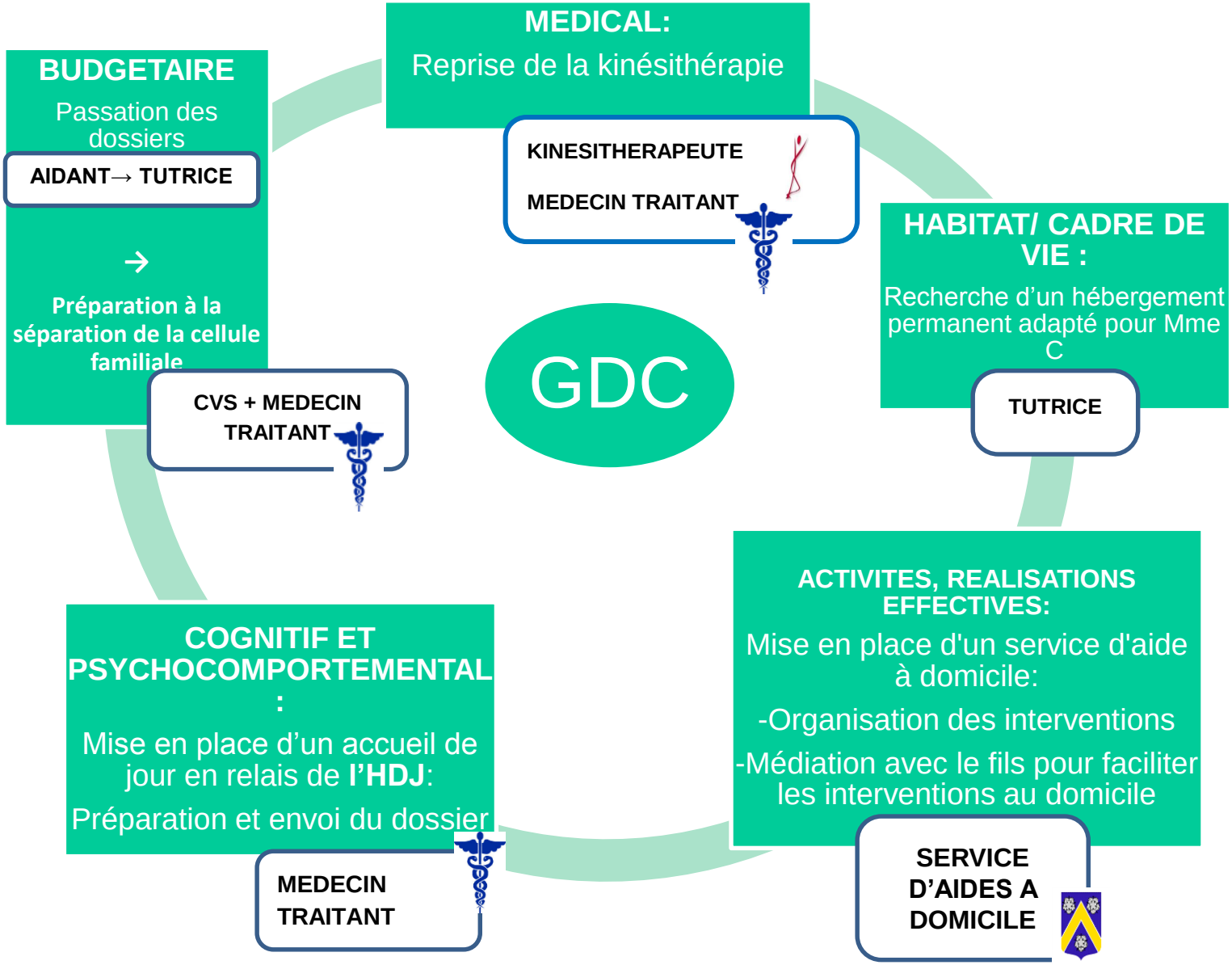
suivi sanitaire rapproché (HDJ-kiné-orthophoniste-IDEL

EN COURS

Évaluation GEVA-A: constat des problématiques

Volet familial social et budgétaire	Volet habitat et cadre de vie	Volet des aspects médicaux	Volet cognitif et psycho-comportemental	Volet activités et réalisations effectives
Problématiques • Nécessité de l'intervention d' un Représentant Légal Épuisement de l'aidant unique • Vulnérabilité financière • violence physique et verbale de la part du fils au domicile	• Précarité du statut du logement (hébergement à titre gratuit) • Logement inadapté 1studio/2pers	• Douleurs aux épaules accentuées par l'arrêt des séances de kiné	• Risque de dégradation rapide des fonctions cognitives • Désorientation temporo-spatiale +++	• Articulation des intervention des professionnels • Pas d'entretien du logement • Non préparation des repas

Axes du Plan de Services Individualisé



La plus value de la gestion de cas pour Mme C:

Accompagnement sans rupture y compris pendant l'hospitalisation (4 mois) dans différents établissements

soutien pour travailler en profondeur le projet de vie : parcours d'admission en EHPAD/visites d'établissements

l'aidant soulagé a pu reprendre sa place d'ami auprès de Mme

MAIA SUD 92

1. *MAIA CONTOURS D UN DISPOSITIF*
2. *LA GESTION DE CAS OUTIL DE LA MAIA*
3. *RETOURS D EXPERIENCES*
4. **VOS QUESTIONS**

MAIA SUD 92

- Florence POUGNET – Pilote
- fpougnet@maia.reseau-osmose.fr
- 06 71 16 66 89

MERCI DE VOTRE ATTENTION