



MAIA

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



MAIA

GUIDE PRATIQUE DE LA GESTION DE CAS



42



loire.fr



Loire
LE DÉPARTEMENT

INTRODUCTION

La MAIA est une méthode de travail partagée entre professionnels pour fluidifier le parcours de la personne âgée en perte d'autonomie sur un territoire défini. Cette méthode s'articule autour de 3 mécanismes :

- la concertation,
- le guichet intégré,
- la gestion de cas.

Pour en savoir plus : [CNSA, cahier-pédagogique sur les MAIA](#)

À travers les accompagnements en gestion de cas, notre action a pour objectif de répondre aux situations complexes.

Ce guide présente aux professionnels et bénévoles :

- les critères d'orientation vers la gestion de cas,
- la procédure d'orientation en gestion de cas,
- les grandes étapes d'un accompagnement en gestion de cas.

PRÉSENTATION de la gestion de cas

La gestion de cas est un "accompagnement renforcé des situations complexes". Elle s'adresse à des personnes en situation complexe de 60 ans et plus, dont le projet est de rester à domicile et également aux personnes de moins de 60 ans souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée. Un gestionnaire de cas accompagne au maximum 40 personnes.

L'ENTRÉE EN GESTION DE CAS pourra être validée si les 3 critères sont réunis

Critère 1

Une situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile, en raison du cumul de problèmes relevant du champ médical, de l'autonomie fonctionnelle et de l'autonomie décisionnelle.

Critère 2

Des aides et soins insuffisants ou inadaptés.

Critère 3

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

ATTENTION

La gestion de cas :

- intervient en dehors de toute situation médicale aiguë ou de crise,
- est un accompagnement permettant le maintien à domicile intensif au long cours,
- mobilise les ressources pour une prise en charge globale des personnes mais ne se substitue pas aux professionnels en charge de la situation et intervient en complément.

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



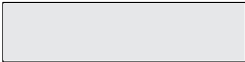

L'ORIENTATION vers la gestion de cas

L'orientation d'une situation complexe vers le service de gestion de cas est effectuée par un professionnel ou un bénévole grâce à un formulaire type.

Ce formulaire d'orientation permet :

- de transmettre les éléments nécessaires à la pré-analyse de la situation,
- de vérifier la validation des critères.

Il est nécessaire qu'il contienne un maximum d'informations pour que la pré-analyse de la situation soit possible.

	Fiche d'orientation GESTION DE CAS – Maison Loire Autonomie	
		MAIA ... TEL : ... FAX : ... E-MAIL : ...
IDENTIFICATION DU SIGNALANT		
PROFESSIONNELS		
<input type="checkbox"/> HOPITAL	<input type="checkbox"/> HAD	<input type="checkbox"/> MLA
<input type="checkbox"/> INFIRMIERS LIBERAUX	<input type="checkbox"/> ESAD	<input type="checkbox"/> CCAS
<input type="checkbox"/> MEDECIN	<input type="checkbox"/> SSIAD	<input type="checkbox"/> FRANCE ALZHEIMER LOIRE
<input type="checkbox"/> RESEAU DE SANTE	<input type="checkbox"/> SAAD	<input type="checkbox"/> ESPASS
		<input type="checkbox"/> SERVICE DES TUTELLES
		<input type="checkbox"/> ACCUEIL DE JOUR
		<input type="checkbox"/> PLATEFORME DE REPIT
		<input type="checkbox"/> AUTRES
NOM :	PRENOM :	
FONCTION :		
ADRESSE :		

Cette fiche doit être adressée à :

- **Forez** : genevieve.saby@mlla.loire.fr - tél. 04 77 96 55 70
- **Gier Ondaine** : laurie.gratton@mlla.loire.fr - tél. 04 77 40 00 80
- **Roanne** : rime.dvorian@mlla.loire.fr - tél. 04 26 24 52 10
- **Saint-Étienne** : anne-marie.gauthier@mlla.loire.fr - tél. 04 77 49 92 66

NOTICE DÉTAILLÉE des critères

Pour faciliter l'orientation, vous devez vous assurer qu'une rubrique de chaque sous-critère soit cochée.

Critère 1

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

• **Problèmes relevant du champ médical**

- Problème lié à l'absence de suivi médical, hospitalisations à répétition...
- Pathologie(s) chronique(s), invalidante ou cognitive (désorientation spatiale et temporelle...)
- Trouble(s) sensoriel(s) avec baisse sévère d'un des 5 sens
- Trouble(s) nutritionnel(s)

• **Problèmes d'autonomie fonctionnelle (AVQ et/ou AIVQ)**

- Problème dans les actes essentiels de la vie quotidienne (gérer son hygiène, s'habiller, se nourrir, se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, faire ses transferts...)
- Problème dans les activités de la vie domestique (repas, travaux ménagers...)

• **Problèmes d'autonomie décisionnelle**

- Problème de gestion administrative et financière, vulnérabilité en lien avec des troubles cognitifs.

Critère 2

Des aides et soins insuffisants ou inadaptés :

- Inadaptation de l'environnement, insalubrité, risque de chutes, problème d'accessibilité
- Refus d'aide et de soin, ou inadaptation des aides professionnelles déjà en place à domicile
- Pathologie non diagnostiquée, rupture de suivi médical

Critère 3

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

- Isolement
- Épuisement des aidants
- Problématique familiale, difficulté de positionnement du représentant légal ou familial, refus de la personne d'impliquer ses proches

LA PROCÉDURE d'accompagnement

1

Pré-admission

- Fiche d'orientation MAIA.
- La demande est étudiée lors de la réunion d'équipe hebdomadaire MAIA.

Si acceptation

1^{re} visite pour confirmation des critères d'inclusion.

Si refus

Retour avec réorientation.

2

Évaluation

- L'équipe MAIA valide l'inclusion.
- Elle donne une réponse à l'orienteur.
 - Évaluation multidimensionnelle.
- Synthèse de la situation.

3

Accompagnement

- Réunion de concertation (si nécessaire).
- Élaboration du Plan de services individualisé (PSI).
- Suivi régulier de la situation et réévaluation du PSI à 6 mois.

1^{re} ÉTAPE : la pré-admission

1 Un professionnel transmet la fiche d'orientation :

Par fax ou par mail à l'attention du service gestion de cas. À ce moment, aucun référent n'est désigné parmi les gestionnaires de cas.

2 La demande est étudiée lors de la réunion d'équipe hebdomadaire :

- Pour vérifier l'adéquation de la situation orientée avec les critères d'inclusion en gestion de cas (GC).
- À partir de la fiche d'orientation complétée.
- À partir des éléments médicaux confiés au médecin de l'équipe.

3 Une réponse est donnée.

- Si les critères correspondent, une 1^{re} visite d'évaluation est effectuée par un gestionnaire de cas désigné comme référent.
- Des contacts sont pris avec l'orienteur et les professionnels intervenants.

4 La validation inclusion ou non inclusion par l'équipe MAIA :

Envoi d'un courrier au médecin généraliste lors de l'inclusion.

Si les critères ne correspondent pas à une situation de gestion de cas, une prise de contact avec l'orienteur est nécessaire pour :

- échanger sur la situation,
- orienter vers la ressource adaptée,
- décider d'assurer, au besoin, une visite d'évaluation complémentaire.

2^e ÉTAPE : l'évaluation

5 L'évaluation multidimensionnelle

Le gestionnaire de cas conduit l'évaluation des besoins de la personne dans toutes ses dimensions : sociales, familiales, budgétaires, habitat cadre de vie, volet psycho-comportemental, cognitif et médical... à l'aide d'un outil standardisé appelé RAI-HC (Resident Assessment Instrument-Home Care).

Cette évaluation se base sur les expertises transmises par les professionnels intervenant sur la situation (notamment le médecin traitant), et sur une visite à domicile réalisée en moyenne dans les 10 jours suivant l'inclusion.

C'est un instrument d'aide à la décision et au suivi. De cette évaluation, le gestionnaire de cas va rédiger une synthèse.

NB : Lors de cette visite, le gestionnaire de cas recueille le consentement de la personne et identifie une personne de confiance.

En fonction de l'urgence, des aides pourront déjà être mises en place.

6 La synthèse de la situation permet d'échanger avec les professionnels sur :

- le contexte de l'orientation,
- les souhaits de la personne,
- sa situation médicale, sociale, environnementale, économique...
- les forces sur lesquelles s'appuyer et les éléments manquants.

De plus, elle met en avant les difficultés, les démarches en cours et les orientations envisagées.

3^e ÉTAPE : l'accompagnement

7 La réunion de concertation (si nécessaire)

Elle réunit les acteurs de terrain en charge de l'accompagnement :

- avec l'objectif de consentir à un plan d'action partagé par chacun des partenaires intervenants : le Plan de services individualisé.
- dans le respect des souhaits exprimés par la personne.

8 Le PSI (Plan de services individualisé)

- C'est un des outils du gestionnaire de cas, partagé au besoin avec les partenaires.
- Il est présenté sous la forme d'un document unique pour :
 - mettre en relief les besoins comblés, non comblés de la personne,
 - hiérarchiser les réponses à apporter aux besoins,
 - identifier l'ensemble des intervenants sur une problématique donnée,
 - définir des délais/échéances pour la mise en place des solutions envisagées.

9 L'accompagnement régulier de la situation

- Il consiste à réévaluer la situation en fonction du besoin pour tenir compte des changements majeurs et réactualiser l'accompagnement :
 - réalisation d'un PSI maximum tous les 6 mois.
- Il s'effectue par des contacts réguliers avec les partenaires et les aidants.
- Il permet de suivre et faciliter la mise en œuvre des services adaptés aux besoins.

NON INCLUSION et/ou critères de sortie

L'accompagnement en gestion de cas est un accompagnement individuel dit "intensif et au long cours".

Les critères de sortie d'accompagnement en gestion de cas sont limités.

- **La situation de la personne ne correspond pas aux critères d'accompagnement en gestion de cas** : généralement, ce constat est fait dès l'orientation ou durant l'évaluation. Dans ce cas, l'orienteur est informé et une réorientation vers la ressource professionnelle la plus adaptée, disponible sur le territoire, est recherchée.
- **Le refus éclairé ou la renonciation à l'accompagnement** : si, durant l'évaluation, la personne émet un refus éclairé d'être accompagnée en gestion de cas, ou si, durant l'accompagnement, elle y renonce, alors l'orienteur est informé. Une réorientation vers la ressource professionnelle la plus adaptée, disponible sur le territoire, est alors recherchée.
- **La personne déménage hors du territoire MAIA** : le gestionnaire de cas recherche alors dans le nouveau territoire où réside la personne, la ressource la plus adaptée, afin d'éviter toute rupture dans le parcours d'accompagnement.
Un lien sera fait avec le service gestion de cas MAIA du nouveau territoire de résidence.
- **L'entrée en établissement** (EHPAD, USLD) justifie une sortie d'accompagnement en gestion de cas à plus ou moins long terme.
- **Le décès de la personne** entraîne la fin de l'accompagnement en gestion de cas.

4 DISPOSITIFS MAIA

4 territoires d'intervention

ROANNE

31-33 rue Alexandre Raffin
42300 Roanne
Pilote : Rime Dvorian
rime.dvorian@mlla.loire.fr
Tél. 04 26 24 52 10

Médecin : Martine Dion
martine.dion@mlla.loire.fr
Tél. 04 77 23 61 52

SAINT-ÉTIENNE

23 rue d'Arcole
42000 Saint-Étienne
Pilote : Anne-Marie Gauthier
anne-marie.gauthier@mlla.loire.fr
Tél. 04 77 49 92 66

Médecin : Claire Heras
claire.heras@mlla.loire.fr
Tél. 04 77 29 35 61

GIER-ONDAINE

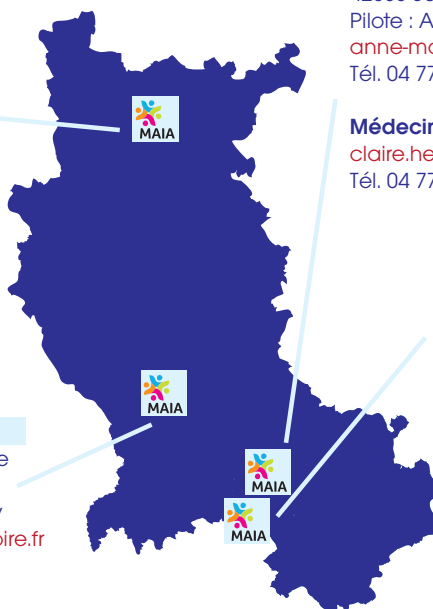
2 place de la Plantée
42700 Firminy
Pilote : Laurie Gratton
laurie.gratton@mlla.loire.fr
Tél. 04 77 40 00 80

Médecin : Claire Heras
claire.heras@mlla.loire.fr
Tél. 04 77 29 35 61

FOREZ

53 rue de la République
42600 Montbrison
Pilote : Geneviève Saby
genevieve.saby@mlla.loire.fr
Tél. 04 77 96 55 70

Médecin : Martine Dion
martine.dion@mlla.loire.fr
Tél. 04 77 23 61 52



Pour nous écrire

Hôtel du Département
MLA - MAIA
2 rue Charles de Gaulle
42000 Saint-Étienne



Loire
LE DÉPARTEMENT