

Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits « MAIA »

Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

Le présent cahier des charges national a pour objet de définir les dispositifs MAIA (maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer), dans le cadre de leur déploiement national prévu à compter de 2011.

Il sera enrichi au regard de la montée en charge des MAIA et des travaux encore en cours au niveau national.

La problématique générale

En France, le système de soins et d'aides auprès des personnes en perte d'autonomie se caractérise par des fragmentations multiples au niveau de l'organisation et du financement. Cela est vrai entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, mais aussi entre le secteur hospitalier et le secteur des soins de ville, entre les services de court séjour et les soins de longue durée, entre privé, public et associatif, mais aussi entre niveaux décisionnels national, régional, départemental et communal.

Les dispositifs MAIA visent à créer un partenariat co-responsable¹ de l'offre de soins et d'aides sur un territoire donné, pour les personnes atteintes de maladie neuro-dégénérative et plus généralement pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle, quelle que soit la nature de leurs besoins.

Une expérimentation a été menée pendant deux ans sur 17 sites en France.

Les expérimentations menées en 2009-2010 dans le cadre de la mesure 4 du plan Alzheimer

Initialement présentées comme des « maisons » dans la mesure 4 du plan national Alzheimer 2008-2012, ces expérimentations développent un processus « d'intégration »² qui permet de construire, selon une méthode innovante, un réseau intégré de partenaires pour les soins, les aides et l'accompagnement des personnes qui vivent à domicile.

Au travers des « MAIA », où le mot « maison » renvoie à la « proximité », l'objectif est de renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social autour de la personne en perte d'autonomie fonctionnelle et de ses aidants. Cette nouvelle organisation vise à simplifier les parcours, à réduire les doublons en matière d'évaluation, à éviter les ruptures de continuité dans les interventions auprès des personnes en perte

¹ Voir annexe 1 : glossaire

² Voir annexe 1 : glossaire

d'autonomie fonctionnelle et à améliorer la lisibilité par l'organisation partagée des orientations.

De nombreuses expériences antérieures ont été conduites autour de la coordination. Le dispositif MAIA³ ne remplace pas les structures déjà en place. En revanche, il repère la structure la mieux placée pour mettre en œuvre l'intégration. La légitimité de cette structure, appelée « porteur », s'appuie sur les fonctions d'accueil, d'orientation et de coordination qu'elle exerce déjà.

Le processus d'intégration MAIA nécessite une articulation entre le secteur sanitaire, le secteur social et le secteur médico-social. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) confère aux ARS une mission de décloisonnement. A ce titre, elles ont un rôle central dans la généralisation du dispositif MAIA, aux côtés des Conseils généraux.

La généralisation des MAIA

Sur la base des expérimentations, la généralisation des MAIA a été décidée en septembre 2010 et elle débutera dès 2011 avec 40 nouveaux projets. Elle prévoit 100 autres dispositifs pour l'année 2012.

Cette généralisation aboutira à un maillage de l'ensemble du territoire national.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a donné une base légale au dispositif MAIA :

- l'article L.113-3 du code de l'action sociale et des familles est consacré aux MAIA,
- l'article L.14-10-5 du même code en prévoit leur financement par le budget de la CNSA (section I),
- l'article L.1431-2 du code de la santé publique relatif aux missions et compétences des ARS est complété par une disposition prévoyant que les ARS attribuent les financements aux MAIA et s'assurent du respect du cahier des charges.

Au regard de ces dispositions légales, les MAIA ne sont pas une nouvelle catégorie d'établissements ou de services médico-sociaux au sens de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles. Elles ne relèvent donc pas du régime des autorisations prévu à l'article L.313-1 du code précité. Afin de permettre la généralisation de ces dispositifs, leur déploiement relèvera d'une procédure d'appel à candidatures.

Les dispositifs MAIA ne se superposent pas aux structures de coordination déjà existantes. Néanmoins, elles s'appuient sur ces structures afin de les faire évoluer vers un mode d'organisation dit « intégré ». L'intégration commence par la création d'un partenariat co-responsable⁴ et formalisé sur les trois champs : sanitaire, social et médico-social. Les expérimentations MAIA ont inscrit dans le paysage de la santé, entendu au sens large, de nouveaux espaces collaboratifs, « les tables de concertation »⁵. La concertation contribue au décloisonnement des différents secteurs de notre système de soins et d'aides. Les expérimentations MAIA ont montré le rôle prépondérant du pilote MAIA dans la construction de l'intégration. L'intégration s'appuie sur la concertation pour construire un guichet intégré de réponses aux usagers (les « guichets intégrés MAIA »).

³ Voir annexe 1 : glossaire

⁴ Voir annexe 1 : glossaire

⁵ Voir annexe 1 : glossaire

Pour les personnes en situation complexe, les dispositifs intégrés MAIA, permettent une intervention spécifique et intense. Les dispositifs MAIA proposent, en effet, une nouvelle compétence professionnelle, celle de la gestion de cas. Les gestionnaires de cas utilisent notamment des outils spécifiques d'évaluation et de planification pour assurer le meilleur suivi possible du parcours de vie et de soins. Leur intervention prend toute sa valeur grâce à la mise en œuvre d'un système d'information partagé.

Les MAIA nécessitent de nouvelles modalités d'organisation et de travail des professionnels sur un territoire. Ces nouvelles modalités sont définies au paragraphe 3 du présent cahier des charges.

Sommaire

1. Le concept des dispositifs intégrés

- 1.1. L'Intégration des services de soins et d'aides est une dynamique internationale, c'est la signification du « I » de MAIA
- 1.2. Les implications d'une organisation intégrée dans le contexte français : les objectifs généraux pour les porteurs
- 1.3. Le périmètre des dispositifs « MAIA »
 - 1.3.1. La population ciblée par les MAIA
 - 1.3.2. Le territoire
 - 1.3.3. Le porteur du projet MAIA

2. Le pilotage du dispositif

- 2.1. Le pilotage national
- 2.2. Le pilotage régional par les Agences régionales de santé
- 2.3. Le pilotage local MAIA

3. Les « MAIA » : un dispositif d'intégration des services de soins et d'aides qui se développe selon 6 axes

- 3.1. La concertation
- 3.2. Le guichet intégré MAIA pour la réponse aux usagers
- 3.3. La gestion de cas
- 3.4. L'outil standardisé d'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne suivie en gestion de cas
- 3.5. Le plan de services individualisé
- 3.6. Un système d'information partagé

4. Les étapes du processus

- 4.1. L'implantation de la concertation et le lancement du guichet intégré
- 4.2. La gestion de cas
- 4.3. La certification : le label qualité « MAIA »

Annexes :

- Annexe 1 : glossaire
- Annexe 2 : références bibliographiques
- Annexe 3 : profil du pilote MAIA
- Annexe 4 : profil des gestionnaires de cas
- Annexe 5 : caractéristiques des territoires MAIA

1. Le concept des dispositifs intégrés

1.1. L'Intégration des services de soins et d'aides est une dynamique internationale⁶, c'est la signification du « I » de MAIA

L'intégration a reçu en Europe la définition suivante (projet CARMEN⁷) : il s'agit d'un nouveau mode d'organisation des partenaires assurant des interventions auprès des personnes en perte d'autonomie, favorisant la coordination, la coopération puis la co-responsabilisation⁸.

Il s'agit de promouvoir un parcours individuel qui soit à la fois continu, diversifié, flexible et adapté aux changements de situations dans le respect de l'autonomie des personnes, avec un accompagnement personnalisé.

Les experts internationaux considèrent que l'intégration vise à introduire de nouveaux modes de coopération entre les professionnels et les personnes malades, entre la santé et le social, entre « prévention » et « intervention », entre hôpital et soins de ville.⁹

Les MAIA s'inscrivent donc dans ce contexte international, européen et français de déploiement de l'intégration.

1.2. Les implications d'une organisation intégrée dans le contexte français : les objectifs généraux pour les porteurs

Les MAIA sont des dispositifs de proximité organisés pour simplifier le parcours des personnes et de leurs aidants sur un territoire donné.

Ces dispositifs doivent proposer :

- une réponse **harmonisée** quelle que soit la structure à laquelle la personne s'adresse dans le périmètre intégré des partenaires MAIA,
- une réponse **complète** puisque le dispositif MAIA prend en compte toutes les prestations et tous les services disponibles du territoire,
- une réponse **adaptée** aux besoins de la personne : accueil, information, orientation, mise en place de soins, de services ou de prestations,
- **pour les personnes en situation complexe**, les MAIA proposent un accompagnement rapproché et **individualisé** par un « gestionnaire de cas »¹⁰ afin d'assurer la meilleure accessibilité et la meilleure continuité possible dans l'articulation des différentes interventions. Ce travail se concrétise dans la planification partagée des réponses nécessaires au maintien à domicile des personnes suivies.

Dans les MAIA, les différents partenaires se coordonnent, définissent ensemble leurs règles de fonctionnement et des outils communs. L'ensemble des partenaires légitime les gestionnaires de cas et valide les outils dont ils disposent.

⁶ Annexe 2 : références bibliographiques

⁷ VAARAMA, M & PIEPER R. Managing Integrated Care for Older People. European Perspectives and Good Practices. Vaajakoski, Finland: STAKES, EHMA eds; 2006.

⁸ Voir annexe 1 : glossaire

⁹ SHRIJVERS, Julis Center, University Medical Center Utrecht. Tempere, Finland, INIC 10

¹⁰ Voir annexe 1 : glossaire, définition de la gestion de cas

Le dispositif MAIA modifie les pratiques professionnelles de l'ensemble des partenaires et entraîne l'acquisition de compétences supplémentaires mais aussi induit des changements d'organisation avec de nouveaux modes de relations entre les services.

Le processus MAIA comporte 6 axes de travail (qui sont précisés au paragraphe 3) sur lesquels le pilote MAIA et le porteur s'appuient pour développer l'intégration.

1.3. Le périmètre des dispositifs « MAIA »

1.3.1. La population ciblée par les MAIA

La population ciblée dans les MAIA est celle des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Plus largement, toutes les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle sont concernées par ce dispositif.

Dans cette population, les situations dites « complexes »¹¹ sont orientées vers la gestion de cas. La population concernée par le dispositif MAIA est donc nécessairement plus large que celle concernée par la gestion de cas. Ainsi, le dispositif MAIA ne se réduit pas à la gestion de cas.

1.3.2. Le territoire

Un dispositif MAIA se développe sur un territoire défini et compatible avec le Projet régional de santé (PRS) et ses composantes et avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.

Les ARS ont défini des territoires de santé. Les territoires des MAIA en respectent les contours afin d'assurer la cohérence des actions de proximité. Les dispositifs MAIA intègrent les nouvelles ressources développées dans le cadre du plan national Alzheimer (équipes spécialisées Alzheimer à domicile, plateformes d'accompagnement et de répit, unités cognitivo-comportementales, pôles d'activités et de soins adaptés, unités d'hébergement renforcé, ...). Ces structures ont vocation à renforcer et à diversifier les solutions mobilisables par les gestionnaires de cas.

Le territoire choisi initialement est celui du porteur pour démarrer le travail d'intégration, car c'est celui qu'il connaît le mieux et où il est légitime.

La taille du territoire MAIA, qui peut différer de celui initialement choisi, est un territoire de proximité de taille infra-départementale.

Le territoire MAIA sera arrêté au cours du processus d'intégration. Il dépend de plusieurs critères, notamment la territorialité du porteur, l'état des partenariats au démarrage du processus, les territoires existants, la densité de population âgée, les professionnels à mobiliser pour le guichet intégré MAIA, ...

¹¹ Voir annexe 1 : glossaire

1.3.3. Le porteur du projet MAIA

Le porteur d'un projet MAIA doit poursuivre un but non lucratif : association, établissement public, etc. C'est un acteur de la coordination, légitime pour construire un partenariat intégré sur le territoire : centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC), réseau de santé gérontologique, centre intercommunal d'action sociale (CIAS), établissement de santé, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD, en particulier intercommunal ou départemental), groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), groupement de coopération sanitaire (GCS), service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), services du Conseil général, maison départementale des personnes handicapées (MDPH), regroupement de professionnels de santé libéraux, ...

Les porteurs d'un dispositif MAIA doivent faire état d'un partenariat formalisé au minimum par un courrier d'engagement des acteurs sanitaires (réseaux de santé, établissements de santé, ...), médico-sociaux (EHPAD, SSIAD, accueils temporaires, CLIC, ...) et sociaux (services sociaux et équipes APA du Conseil général), ou constitués en groupement (GCSMS ou GCS).

2. Le pilotage du dispositif

2.1. Le pilotage national

Une équipe projet nationale située à la CNSA accompagnera le déploiement des nouveaux dispositifs MAIA. L'équipe projet qui a mené les expérimentations sera en appui technique et méthodologique auprès des ARS à toutes les étapes de l'appel à candidatures ainsi que pour la formation des pilotes MAIA.

2.2. Le pilotage régional par les ARS

L'Agence régionale de santé est chargée du développement des dispositifs intégrés MAIA dans sa région. Les Conseils généraux sont des acteurs incontournables pour les dispositifs intégrés et leur présence est essentielle. Par conséquent, ils doivent être associés au processus de sélection des porteurs.

Le développement des dispositifs MAIA se fait par appels à candidatures organisés par l'ARS.

Les 15 sites expérimentaux MAIA, validés fin 2010 au niveau national, ne sont pas concernés par ces appels à candidatures. Ils devront conventionner directement avec l'ARS concernée, au plus tard début 2012 afin d'entrer dans le régime de droit commun.

L'ARS organise l'appel à candidatures. Elle met en place une commission régionale consultative pour la sélection des candidatures qui associe tous les Conseils généraux de la région. Le Directeur général de l'ARS décide du (des) porteur(s) retenu(s).

L'ARS passe convention avec le porteur sélectionné à l'issue de la procédure d'appel à candidatures. Cette convention définit les engagements mutuels des parties et notamment le montant des financements alloués au porteur pour développer un dispositif MAIA ainsi que les modalités de suivi du dispositif par l'ARS.

Le porteur transmet annuellement un rapport d'activité à l'ARS qui comprend notamment les caractéristiques du territoire MAIA¹² ainsi que les indicateurs demandés par l'ARS. Ces données sont ensuite transmises par chaque ARS à l'équipe projet nationale.

Le rapport d'activité type est en cours de finalisation, il sera communiqué ultérieurement.

L'ARS participe au financement du budget de fonctionnement du dispositif MAIA. Les crédits sont attribués au regard d'un budget prévisionnel transmis par le porteur. Ces crédits couvrent les charges suivantes : le poste de pilote, les postes de gestionnaire de cas et les moyens nécessaires au fonctionnement du dispositif (les frais de formation du pilote et des gestionnaires de cas, leurs frais de déplacements, les dépenses liées à leur équipement informatique, les licences et les droits d'utilisation des outils et des systèmes d'information et les dépenses liées à la labellisation du dispositif MAIA).

¹² Voir annexe 5 : caractéristiques des territoires MAIA. Ce document n'est pas exhaustif et peut être complété par l'ARS.

Les postes de gestionnaires de cas sont attribués par l'ARS après analyse des besoins et des ressources mobilisables par le porteur. L'ARS finance 2 à 3 postes de gestionnaires de cas par dispositif. Au-delà de ces postes dédiés et financés par l'ARS, le dispositif peut bénéficier de gestionnaires de cas supplémentaires financés ou mis à disposition par d'autres partenaires.

Le financement par l'ARS n'est donc pas exclusif et l'objectif du dispositif MAIA doit conduire le porteur à rechercher des cofinancements.

L'ARS est un appui indispensable aux pilotes pour la mise en œuvre de l'intégration et en particulier dans l'organisation de la concertation stratégique.

2.3. Le pilotage local MAIA

Les expérimentations MAIA ont montré la nécessité du poste de pilote, entièrement dédié à la mise en œuvre du dispositif. C'est un emploi à temps plein.

Le porteur fait valider par l'ARS le choix du pilote MAIA. Les compétences et les aptitudes recherchées pour ce poste et ses fonctions sont détaillées dans l'annexe 3.

Le pilote local a pour mission de travailler à l'intégration des services de soins et d'aides sur le territoire MAIA. Pour cela, il établit au préalable un diagnostic organisationnel approfondi des ressources du territoire, régulièrement actualisé¹³.

Il anime la « table de concertation stratégique »¹⁴ en lien avec le représentant de l'ARS qui renforce sa légitimité. Il transmet des données permettant d'ajuster l'offre sur le territoire, Il rend compte de son action collectivement aux partenaires engagés dans le dispositif MAIA et spécifiquement à l'ARS selon un rythme prédéfini.

L'activité des gestionnaires de cas, les données de parcours des personnes issues du guichet intégré¹⁵ et les échanges en « table tactique »¹⁶ peuvent révéler des lacunes dans l'offre ou son organisation qui, après analyse, sont remontées en table de concertation stratégique par le pilote.

Le pilote assure l'articulation des informations et des décisions entre la table stratégique, la table tactique et les gestionnaires de cas. Un lien fonctionnel existe entre le pilote et les gestionnaires de cas.

Sur la base de la méthodologie définie, le pilote impulse le développement d'un dispositif intégré. Il construit et anime localement l'espace de concertation tactique, en vue du développement de l'intégration des services sur un territoire. Il doit tout mettre en œuvre pour obtenir la présence des organismes et des ressources, à un niveau décisionnel, aux tables de concertation tactique.

¹³ Voir annexe 5 : caractéristiques des territoires MAIA. Ces données constituent seulement un des éléments du diagnostic organisationnel.

¹⁴ Voir annexe 1 : glossaire et paragraphe 3.1.

¹⁵ Voir annexe 1 : glossaire

¹⁶ Voir annexe 1 : glossaire et paragraphe 3.1.

S'appuyant sur les outils méthodologiques MAIA (les 6 axes développés au paragraphe 3), il impulse également la création d'un guichet intégré du territoire associant tous les acteurs identifiés.

3. Les « MAIA » : un dispositif d'intégration des services de soins et d'aides qui se développe selon 6 axes

L'intégration dans les dispositifs MAIA se développe selon une méthode d'implantation éprouvée lors des expérimentations MAIA et donc retenue dans la phase de déploiement nationale.

L'intégration se construit selon 6 axes qui visent à relier les champs sanitaire, social, médico-social, quel que soit le statut des structures ou des intervenants public, privé, institutionnel, libéral.

1. La concertation
2. Le guichet intégré
3. La gestion de cas
4. L'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne à l'aide d'un outil d'évaluation multidimensionnelle, standardisé
5. Le plan de services individualisé
6. Un système d'information partagé

3.1. La concertation

La concertation a pour objet d'inscrire dans le territoire concerné par le dispositif MAIA des espaces collaboratifs construits de façon particulière. Ce ne sont pas des comités de pilotage ou des groupes de travail. Afin de marquer cette différence, ils sont nommés « tables de concertation ».

La concertation pourra s'appuyer sur un comité existant si sa composition et la représentation le permettent. La concertation est par conséquent un partenariat formalisé de « tables », fondée sur la co-responsabilité des acteurs.

La co-responsabilité est formalisée dans les comptes rendus des tables de concertation ; elle peut également être formalisée dans une convention ou par la constitution d'un groupement de coopération.

3.1.1. La composition des tables de concertation

La concertation se décline à deux niveaux :

- **La table stratégique** se compose des décideurs et des financeurs. Il est possible de s'appuyer sur un comité préexistant et de le faire évoluer pour lui faire prendre une dimension stratégique. La table de concertation stratégique comprend : le Directeur général de l'ARS ou son représentant mandaté, le représentant du (des) Conseil(s) général(aux) concerné(s), les représentants des caisses de retraite, les représentants des professionnels de santé libéraux, les représentants des associations d'usagers et toute autre représentation utile de niveau stratégique. Le niveau de représentation doit être décisionnel et légitime (mandat, lettre de mission, ...) ; il s'agit d'un élément déterminant de la co-responsabilité.

Le pilote, avec l'appui de l'ARS, constitue la table de concertation stratégique.

Dans l'avenir, avec le développement des MAIA, afin de ne pas multiplier les tables, la table stratégique pourra être commune à plusieurs dispositifs MAIA.

- **La table tactique** se compose des responsables et directeurs des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé libéraux qui accompagnent ou prennent en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle sur le territoire concerné. Le niveau de représentation doit être décisionnel et légitime (mandat, lettre de mission, ...) c'est un élément déterminant de la co-responsabilité.

La différenciation explicite des représentants à ces deux niveaux est gage de réussite et permet ainsi une réelle co-responsabilité des acteurs.

3.1.2. Le rôle de chaque table de concertation

Au niveau stratégique, le retour d'informations et son analyse permettent d'ajuster les mécanismes de planification, d'évaluation et de régulation de l'offre de services sur le territoire, ce qui renforce la cohérence de l'offre de soins et médico-sociale, conformément aux demandes exprimées par la table « tactique ». La table stratégique assure le suivi de l'avancement du processus d'intégration : montée en charge globale du dispositif, changement des pratiques professionnelles, ...

Au niveau tactique, s'effectuent la mise en œuvre et l'analyse du service rendu. La table peut alors ajuster l'offre et/ou interpeller la table de concertation stratégique. Ce niveau a pour mission d'harmoniser les pratiques et d'améliorer la lisibilité du système de soins et d'aides.

Les différents niveaux de concertation structurent l'organisation des acteurs.

La concertation aura pour corollaire de diminuer les redondances dans les évaluations des besoins des personnes par exemple par la réalisation de passerelles institutionnelles entre les différents organismes effectuant des évaluations (évaluation par les équipes médico-sociales de l'APA, les caisses d'assurance vieillesse, les services hospitaliers, les réseaux, ...)

Ces différents niveaux de concertation constituent un point essentiel dans la construction des dispositifs MAIA. Leur inscription dans le temps et sur le territoire est un gage de pérennité du processus.

Le pilote joue un rôle central. Il anime la concertation tactique, participe à l'animation de la table de concertation stratégique et s'assure de l'articulation des sujets traités. Il utilise, en outre, l'interaction des tables pour faire progresser ses 6 axes de travail.

3.2. Le guichet intégré MAIA pour la réponse aux usagers

Le guichet intégré, parfois appelé « guichet unique », constitue l'accès de proximité (quelle que soit la structure) à l'accueil et l'information, à partir duquel la population est orientée vers la ressource adaptée. C'est un ensemble coordonné des lieux d'information, d'analyse et d'orientation qui doit faciliter le parcours des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle et de leurs aidants en évitant les réponses fragmentées.

C'est donc un mode d'organisation partagée entre tous les partenaires chargés de l'information, de l'orientation de la population et de la coordination sur le territoire. Il réunit autour de pratiques, d'outils partagés et de processus articulés, les partenaires sanitaires (par exemple établissement de santé, réseau de santé), sociaux (par exemple centre communal d'action sociale) et médico-sociaux (par exemple CLIC, SSIAD, équipes APA).

Le guichet intégré n'est donc pas un lieu unique qui regroupe les moyens d'allouer des ressources et de mobiliser les prestataires. Ce n'est pas une plateforme de services. C'est un processus commun aux différentes structures du territoire pour l'analyse, l'orientation et le suivi des situations prises en compte.

Lors du diagnostic local, le périmètre du guichet intégré est défini ainsi que ses membres. Le guichet intégré ne peut se mettre en place qu'après un travail préalable d'élaboration d'outils spécifiques et de procédures communes :

- annuaire partagé,
- référentiel des missions différenciées existant sur le territoire,
- critères d'inclusion dans les services du territoire facilitant l'orientation,
- outil multidimensionnel d'analyse des situations.

Ce travail est réalisé par le pilote du dispositif MAIA en concertation avec tous les partenaires du territoire et en reprenant les documents existants ou les travaux qui ont pu déjà être engagés.

L'identification et la mise en place d'un guichet intégré sont centrales dans le dispositif MAIA et les enjeux en sont multiples :

- accessibilité à tous les services de soins et d'aides disponibles, y compris la gestion de cas,
- qualité de réponse,
- continuité dans la prestation de services.

3.3. La gestion de cas

Les associations de malades et les associations d'usagers, qui ont depuis longtemps pointé la fragmentation du système, sollicitent l'émergence de référents. Les mesures 4 et 5 du plan national Alzheimer ont pour objet l'expérimentation puis le déploiement de MAIA et de professionnels dotés de nouvelles compétences pour le suivi individuel et intensif des personnes. Les personnes ayant des pathologies cognitives sont particulièrement sensibles à la fragmentation du système, plus particulièrement entre les champs sanitaire, médico-social et social. Ces populations dont les diverses problématiques touchent tous les champs du système sont qualifiées de « situations complexes ».

C'est ainsi que la fonction de gestionnaire de cas¹⁷ est apparue comme une solution possible au suivi au long cours des personnes en situation complexe avec une réponse flexible et continue, adaptée à l'évolution des besoins. Le gestionnaire de cas assure la continuité de l'intervention informationnelle et relationnelle, il prend en compte l'ensemble de la problématique de la personne et de son entourage.

¹⁷ Voir annexe 4 : profil de poste du gestionnaire de cas.

Le gestionnaire de cas intervient à la suite d'un processus de repérage des situations complexes par le guichet intégré.

Il est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels. Il est formé pour intervenir sur les situations complexes dont il est le référent.

L'analyse des données issues de l'expérimentation fait apparaître que ces profils cumulent des « alertes » sur leur état de santé (impliquant des besoins sanitaires ponctuels, intermittents ou au long cours), sur des problématiques d'aide et d'accompagnement (alimentation, nutrition, ...), de relations familiales et de sécurité individuelle et environnementale. La complexité n'est jamais le fait d'une seule problématique prise isolément.

Dans l'attente d'une définition validée au niveau national, les cas complexes sont définis en table de concertation tactique et validés en table de concertation stratégique.

Le gestionnaire de cas est positionné sur le suivi du parcours de vie et de soins de la personne, il s'implique dans le soutien et l'accompagnement des personnes et de leurs aidants et développe un partenariat avec les professionnels des champs sanitaire, médico-social et social concernés. Ce suivi intensif ne permet pas que la file active du gestionnaire de cas puisse dépasser une quarantaine de situations complexes.

La gestion de cas mise en œuvre dans les MAIA ne se conçoit que sur un dispositif intégré ou en cours d'intégration pour en compléter le processus.¹⁸ Elle est légitimée par les concertations tactique et stratégique comme appui au processus d'intégration. Les gestionnaires de cas mobilisent les ressources pour une prise en charge globale des personnes mais ne se substituent pas aux professionnels en charge de la situation.

Le dispositif MAIA doit disposer d'au moins 2 personnes en équivalent temps plein (ETP) de gestionnaires de cas entièrement dédiés, en privilégiant l'interdisciplinarité.

Les gestionnaires de cas sont titulaires du diplôme universitaire de gestionnaire de cas. Ils sont placés sous la responsabilité fonctionnelle du pilote.

Le pilote collige les données recueillies dans l'exercice de leurs fonctions. Ces données concernent la population suivie, les statistiques d'activité, l'analyse du service rendu. Elles sont analysées et diffusées en tables de concertation par le pilote.

Pour toutes les personnes repérées, le gestionnaire de cas :

- réalise à domicile **une évaluation multidimensionnelle** à l'aide d'un outil validé¹⁹ afin de mesurer l'ensemble des besoins sanitaires et sociaux de la personne. Cette évaluation confirme ou infirme le recours à la gestion de cas,
- fait le lien avec les professionnels déjà en charge de la situation,
- planifie les services nécessaires à l'aide d'un plan de services individualisé,
- fait les démarches pour l'accès de la personne à ces services ou à ces aides financières,
- assure un suivi de la réalisation des services planifiés,
- 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 perte d'autonomie fonctionnelle,

¹⁸ CHALLIS, PH Intensive model case management selon séminaire case-management 8 et 9 mars 2010, Essonne.

¹⁹ Voir annexe 1 : glossaire

- recueille un document stipulant que la personne a donné son accord pour l'échange d'informations la concernant.

Dans son travail de coordination des actions autour de la personne il s'appuie sur plusieurs outils : un outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé, un plan de services individualisé²⁰ et un système d'échange d'informations.

3.4. L'outil standardisé d'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne suivie en gestion de cas

Les gestionnaires de cas utilisent systématiquement un outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé dans l'exercice de leurs fonctions. L'usage de cet outil se justifie dans l'objectif de répondre à une approche globale des besoins de la personne.

L'outil d'évaluation doit avoir les caractéristiques suivantes :

- o valide et reproductible,
- o utilisable pour une population ayant des troubles cognitifs sans perte de valeur,
- o corrélé au besoin d'aide,
- o prenant en compte l'environnement, les problématiques de santé, familiales, sociales et économiques ainsi que la perte d'autonomie fonctionnelle,
- o articulé avec la grille AGGIR, instrument d'éligibilité à la prestation APA.

Concomitamment à la montée en charge du dispositif, le choix de l'outil utilisé devra être déterminé²¹ en cohérence avec l'élaboration d'un système d'information partagé.

3.5. Le plan de services individualisé

L'intervention auprès de personnes en situation complexe se caractérise par la multiplicité des intervenants à un moment donné ou dans le temps.

Le plan de services individualisé découle de l'évaluation des besoins. C'est un outil du gestionnaire de cas qui cherche à rendre cohérent l'ensemble des interventions assurées auprès de la personne. Ce plan n'a pas pour but de prescrire l'intervention des uns ou des autres mais d'articuler les différentes interventions et les différents plans existants tout en s'assurant que les désirs de la personne et ses préférences sont prises en compte.

C'est un outil au service de la mise en œuvre de l'interdisciplinarité nécessaire au suivi de ces populations.

Par ailleurs, il est nécessaire que cet outil fasse état de l'écart entre la situation réelle et la situation souhaitée.

Il n'existe pas en France d'outils actuellement développés dans cette optique. La phase expérimentale des MAIA a permis la mise en œuvre d'un outil de planification des services

²⁰ Voir annexe 1 : glossaire

²¹ Projet POEM – Etude de la pertinence des outils d'évaluation multidimensionnelle dans le cadre du Plan national Alzheimer – Comité scientifique réuni par le Dr SOMME – Fondation nationale de gérontologie – Décembre 2010.

individualisé qui rencontre un intérêt de la part des gestionnaires de cas et des pilotes. Il est essentiel que les sites utilisent le même outil ou un outil basé sur la même logique, l'objectif étant à terme de l'intégrer dans le système d'information

3.6. Un système d'information partagé

Des informations caractérisant la population, les parcours et le service rendu, agrégées et anonymisées sont recueillies. Elles proviennent à la fois du guichet intégré et du travail des gestionnaires de cas.

Le système d'information permet la circulation optimale de l'information. La tâche des gestionnaires de cas sera facilitée par l'existence d'un système sécurisé permettant l'échange d'informations avec les professionnels concernés. Le recueil de ces informations est réalisé avec le consentement de la personne.

Ces informations sont traitées en tables de concertation tactique et stratégique afin de permettre la planification, l'évaluation, la régulation et la mise en œuvre d'un système de soins et d'aides en rapport avec les besoins de la population.

En l'absence d'un système d'information national il paraît important que les MAIA ne développent pas des outils qui ne répondraient pas aux besoins exprimés ici. La réflexion sur le contenu et l'architecture de ce système d'information et sa relation au dossier médical personnel sont en cours au niveau national.

4. Les étapes du processus

Le processus se déroule en deux temps. Le premier temps est une phase débutant le travail d'intégration, le second concerne la gestion de cas.

4.1. L'implantation de la concertation et le lancement du guichet intégré

Les étapes sont ainsi résumées en sachant que des variations sont inévitables et que le processus d'intégration s'étale dans le temps. C'est un phénomène dynamique qui doit être entretenu.

Le porteur retenu devra procéder au recrutement d'un pilote local MAIA dans les plus brefs délais. Le pilote débute alors le travail d'intégration en commençant par :

- faire un diagnostic territorial approfondi des ressources, des outils et des prestations,
- formaliser la concertation avec l'ARS pour la table de concertation stratégique et construire la table de concertation tactique,
- construire le guichet intégré MAIA,
- mettre en place le partage des procédures et des outils du guichet intégré.

4.2. La gestion de cas

Il est nécessaire d'avoir construit le partenariat, mis en place la concertation à ces deux niveaux et lancé les bases du guichet intégré pour amorcer la gestion de cas.

Afin de ne pas assimiler l'intégration à la seule composante gestion de cas, les procédures d'orientation devront être définies ; les critères d'éligibilité à la gestion de cas faciliteront ce travail.

Cette étape comprend la mise en place d'un service de gestion de cas et le recrutement des gestionnaires de cas. Pour exercer leurs missions, ils doivent disposer d'outils : outil d'évaluation multidimensionnelle et plan de services individualisé, notamment.

4.3. La certification : le label qualité « MAIA »

Dès l'installation d'un dispositif intégré MAIA, l'obtention du label qualité MAIA sera envisagée. Le processus de labellisation des dispositifs MAIA fera l'objet de développements ultérieurs.

Toutefois, le positionnement dans un processus d'obtention du label débute dès la prise de fonctions du pilote.

La première période de ce processus s'étend sur 18 mois et s'achève par la validation ou non de la poursuite du processus d'intégration. L'ARS procède à cette validation en fonction des données remontées régulièrement par le pilote et le porteur, d'une part, et par une expertise sur site, d'autre part. Les modalités concrètes de cette étape de validation seront précisées.

Différents niveaux de décision peuvent être pris par l'ARS :

- décision de non validation, qui entraîne l'arrêt du financement,
- décision de validation avec réserves qui alerte le porteur sur des difficultés et dysfonctionnements à corriger, le financement restant accordé pour les 18 mois suivants,
- décision de validation avec recommandations permettant d'atteindre l'objectif de labellisation dans les 18 mois suivants.

La seconde période s'étend de 18 à 36 mois et donne lieu à un processus qui débouche sur l'obtention d'un label qualité en mode certification.

A l'issue de ce processus, le label qualité MAIA est délivré à l'ensemble des partenaires du dispositif.

L'intégration n'est pas spontanée, car elle aboutit notamment à de nouveaux modes d'organisation des professionnels. C'est aussi un processus qui nécessite du temps et le respect d'une démarche spécifique, décrite dans ce cahier des charges.

Face au défi du vieillissement démographique, les dispositifs intégrés MAIA sont un des instruments permettant d'optimiser les ressources en services d'aides et de soins et de favoriser la fluidité et la simplification des parcours des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle.

Annexe 1

GLOSSAIRE

Les dispositifs intégrés MAIA s'appuient sur des expériences françaises et étrangères et une expérimentation menée dans le cadre du plan national Alzheimer depuis 2009.

Dans ce cadre, un vocabulaire spécifique a été utilisé et est repris dans le présent cahier des charges. Ce lexique est proposé afin d'en faciliter l'appropriation.

Intégration :

L'intégration cherche à répondre à la fragmentation du système qui se traduit par une discontinuité du service rendu, à l'existence de doublons ou de réponses redondantes. Elle conduit à un nouveau mode d'organisation des partenaires assurant des interventions auprès des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle favorisant la coordination, la coopération et la co-responsabilisation des acteurs.

Dispositifs intégrés MAIA :

Les dispositifs intégrés MAIA constituent des réseaux intégrés des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, dans le cadre d'un processus d'intégration.

Co-responsabilité :

La co-responsabilité est une notion qui s'entend par le fait que tous les acteurs participant au maintien à domicile de la population ciblée sont responsables collectivement du service rendu. Ils s'efforcent de construire une offre accessible, diversifiée, flexible, adaptée aux besoins de la population et distribuée avec équité.

L'atteinte de cet objectif dans le fonctionnement des tables de concertation constitue une étape importante dans le processus d'intégration.

Elle est formalisée par l'inscription des décisions prises dans les comptes rendus des tables de concertation. Elle peut être également formalisée dans des conventions ou par la constitution de groupements de coopération.

Tables de concertation :

Les tables de concertation ou comités de concertation correspondent à une liste prédéfinie de membres. Ces espaces collaboratifs réunissent des acteurs identifiés qui sont représentés par les personnes ayant reçues une délégation formalisée. La table de concertation est réunie sur la base d'un ordre du jour. Les décisions et les échanges sont actés dans un compte rendu écrit. Une table de concertation peut être tactique ou stratégique selon qu'elle met en jeu la co-responsabilité des responsables de services (tactique) ou des décideurs et financeurs (stratégique).

Guichet intégré :

Le guichet intégré est un mode d'organisation partagée entre tous les partenaires chargés de l'information, de l'orientation de la population et de la coordination sur le territoire. Il réunit autour de pratiques, d'outils partagés et de processus articulés les partenaires sanitaires (par exemple établissements de santé, réseaux de santé), sociaux (par exemple maisons des solidarités, centres communaux d'action sociale) et médico-sociaux (par exemple CLIC, SSIAD, équipes APA).

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.

Gestion de cas :

La gestion de cas est un nouveau rôle exercé par des professionnels (de formation initiale travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmiers ou bien encore psychologues) formés à l'évaluation et à l'accompagnement de situations complexes. Cette fonction renvoie à « un maintien à domicile intensif ». Les gestionnaires de cas travaillent avec un nombre circonscrit de personnes âgées (il est classiquement admis que le nombre maximum de dossiers actifs est de 40).

Cas complexes :

Les premiers retours d'expérimentation montrent une population particulièrement sensible à la fragmentation du système du fait de problématiques multiples (de santé, sociale, familiale et économique) remettant en cause leur maintien à domicile. Un accompagnement optimal de ces personnes nécessite d'évaluer l'ensemble des problématiques en jeu et d'articuler l'ensemble des professionnels susceptibles de renforcer le maintien à domicile et/ou de stabiliser la situation. Cette population gagne particulièrement à être accompagnée par un gestionnaire de cas. Les critères de définition de la complexité sont encore à préciser.

Outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé (et validé) des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie :

Un seul outil doit être défini sur le territoire MAIA afin de réduire les redondances d'évaluation et d'intervention. La lecture des situations par un outil standardisé pour toutes les situations suivies en gestion de cas et par tous les partenaires constitue un élément important de l'intégration.

Plan de services individualisé :

L'élaboration d'un plan de services individualisé est une démarche globale issue de l'évaluation multidimensionnelle de la situation. Il prend en compte et intègre les différents plans existant (plan d'aides, plan de soins, ...) et les articule entre eux. Il s'élabore avec la personne, en concertation avec le médecin traitant et en partenariat avec les intervenants concernés. Le déploiement de ce plan vise à mettre en cohérence les interventions autour de la personne. Toute la population en gestion de cas doit avoir un plan de services individualisé connu et reconnu par l'ensemble des partenaires.

Annexe 2

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Kodner DL : Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly : an exploration of North American models and lessons. Health Soc Care Community 2006, 14(5):384-390.

Leutz WN : Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. Milbank Quarterly 1999, 77(1):77-110, iv-v.

Contandriopoulos AP, Denis J-L, Touati N, Rodriguez R: Intégration des soins : Dimensions et mise en œuvre. Revue transdisciplinaire en santé 2001, 8:38-52.

Demers L, Saint-Pierre M, Tourigny A, Bonin L, Bergeron P, Rancourt P, Dieleman L, Trahan L, Caris P, Barrette H et al : Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie. Ecole Nationale d'administration publique, Université du Québec ; 2005.

Disponible à l'adresse suivante : Managing integrated care for older people. Helsinki: Stakes, EHMA ; 2006.

Livres et rapports

Le livre Prisma 1 <http://www.prismaquebec.ca/documents/document/Prisma.livre.pdf>
Et le livre 2 : <http://207.253.82.104/documents/PRISMA2007/PRISMA.volume2.2007.pdf>

Le livre Prisma France :
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000078/0000.pdf>

Le rapport de l'HCAAM avril 2010-12-08 Avis du HCAAM sur Vieillesse, longévité et assurance maladie adopté le 22 avril 2010
www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_avis_220410.pdf

Le rapport de l'OCDE
<http://www.oecd.org/dataoecd/22/9/39791610.pdf>

Le séminaire sur le « case management » organisé par la Fondation plan Alzheimer et consultable :
<http://www.fondation-alzheimer.org/content/s%C3%A9minaires>

Annexe 3

PROFIL DE POSTE : PILOTE LOCAL MAIA

Missions

Le pilote a pour mission principale de faciliter et de promouvoir l'intégration des services de soins et d'aides en direction de la population cible du dispositif MAIA dans le site où il exerce.

Le pilote, avec l'appui de l'ARS, constitue puis réunit la table stratégique. Le pilote MAIA rend compte au porteur, à l'ARS et plus généralement aux membres de la table stratégique, des moyens mis en œuvre pour le déploiement du dispositif MAIA.

Il anime la table de concertation tactique en assurant son organisation pratique (ordre du jour, locaux, réunion elle-même et compte-rendu). Il s'assure également du suivi des prises de décision en table tactique auprès des différents partenaires impliqués.

Il impulse et s'assure de la mise en œuvre progressive sur le territoire MAIA du processus de guichet intégré.

Il supervise et anime l'équipe de gestionnaires de cas.

Il fait le lien entre les informations cliniques recueillies par les gestionnaires de cas (qu'il utilise au besoin de façon anonyme et agrégée) et les orientations et décisions des tables tactique et stratégique. Il a donc un rôle de veille sur l'adéquation du système de soins et d'aides aux besoins de cette population.

Il rend compte de son action collectivement aux partenaires engagés dans le dispositif MAIA, et spécifiquement à l'ARS dans le cadre du financement. Il documente les actions réalisées en vue de l'identification puis de la résolution des obstacles à la mise en œuvre du dispositif et à la labellisation.

Employeurs

Le pilote est employé par le porteur du dispositif MAIA sur un territoire. Le porteur est donc responsable de son recrutement et de son action.

Le pilote ne doit pas favoriser son employeur par rapport à tout autre partenaire dans la mise en œuvre du dispositif MAIA. La concertation stratégique veille à cette neutralité.

L'employeur doit s'attacher à faciliter l'action du pilote auprès des partenaires en facilitant les contacts avec les personnes ayant le bon niveau décisionnel dans chaque établissement, institution ou organisme en s'aidant pour cela du réseau relationnel de sa propre structure.

L'employeur doit également s'attacher à faciliter l'action du pilote auprès des gestionnaires de cas en identifiant des locaux pour la tenue des réunions hebdomadaires et en apportant si possible et si nécessaire une aide à l'encadrement fonctionnel des gestionnaires de cas à la demande du pilote.

Relations fonctionnelles

Elles sont nombreuses et variées : ensemble des personnes impliquées dans la planification, l'organisation et la gestion des structures de soins et d'aides du territoire MAIA participant au maintien à domicile de la population cible. Le pilote doit avoir avec les partenaires des contacts directs en dehors des réunions des tables de concertation afin d'identifier avec chaque partenaire les difficultés propres à son établissement ou organisme à participer à l'ensemble de la mise en œuvre du dispositif MAIA. Le pilote peut à l'occasion se positionner comme médiateur entre deux organismes si cela est approprié pour la mise en œuvre du dispositif MAIA.

Principales activités

- Faire un diagnostic systémique et standardisé des ressources et de l'organisation de l'offre de soins et de services du territoire
- Conduire la construction du guichet intégré
- Impulser et animer la construction d'outils communs
- Piloter et coordonner l'équipe des gestionnaires de cas
- Structurer l'activité de l'équipe de gestionnaires de cas en coopération avec leurs responsables hiérarchiques le cas échéant
- Accompagner les gestionnaires de cas dans la mise en œuvre de leurs nouvelles fonctions, repérer leurs besoins éventuels de formation complémentaire
- Identifier avec les gestionnaires de cas les doublons et ruptures de continuité des parcours des personnes suivies en gestion de cas
- Développer le partenariat local
- Suivre les indicateurs définis en concertation
- Organiser le recueil des données partagées entre les membres du guichet intégré
- Réunir et animer la table de concertation tactique
- Mobiliser et informer régulièrement la table de concertation stratégique de l'avancée de l'intégration
- Suivre la mise en œuvre des décisions des tables de concertation

Profil requis, compétences

- Niveau master tourné vers l'organisation et la gestion du système sanitaire et médico-social
- Expérience de conduite de projet et capacité à travailler en mode conduite de projet
- Capacité à analyser et à identifier les problématiques locales afin d'adapter le mode d'organisation MAIA aux particularités du territoire
- Connaissance du tissu sanitaire et médico-social construite en particulier lors d'expériences antérieures
- Intérêt pour l'organisation systémique
- Expérience en management d'équipe
- Aptitude à la communication institutionnelle
- Aptitude à la négociation
- Expérience en gérontologie
- Maîtrise de la bureautique (Word, Excel, Power Point) ; web

Qualités requises

- Forte compétence relationnelle
- Sens de l'innovation
- Dynamisme
- Créativité
- Autonomie
- Leadership

Annexe 4

PROFIL DE POSTE : 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,
- élabore avec la personne et éventuellement son entourage le plan de services 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.

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 anonymisées 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 tactique et stratégique.

Employeurs

Les employeurs qui embauchent des gestionnaires de cas doivent être engagés dans le processus MAIA.

Quel que soit leur rattachement hiérarchique, les relations des gestionnaires de cas avec le pilote local et les modes de fonctionnement sont identiques sur un territoire donné.

Les gestionnaires de cas tiennent leur légitimité d'intervention du partenariat (tactique et stratégique).

Le gestionnaire de cas est indépendant de l'offre de services de son employeur dans la planification des services nécessaires. Le pilote local et le partenariat stratégique sont garants de cette neutralité.

Rattachement hiérarchique

Chaque gestionnaire de cas peut rester rattaché hiérarchiquement à son employeur mais il est encadré dans son intervention de gestionnaire de cas par le pilote local.

Les gestionnaires de cas rendent compte de leur activité à la fois au pilote local (afin qu'il en fasse part et en tire les analyses nécessaires au partenariat tactique et au partenariat stratégique) et à leur employeur.

Relations fonctionnelles

Elles sont nombreuses et variées : ensemble des professionnels intervenant sur le territoire du dispositif MAIA.

Principales activités

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,
- 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.

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

Conditions d'exercice

Le gestionnaire de cas doit :

- Etre employé dans un dispositif MAIA
- Avoir une formation d'auxiliaire médical, d'assistant de service social ou de psychologue
- Avoir une expérience professionnelle dans le soin, l'aide ou l'accompagnement des personnes
- S'engager dans une formation validée en gestion de cas, permettant notamment d'exercer des fonctions d'évaluation multidimensionnelle des besoins des personnes et de coordination des différents intervenants.

Qualités requises

- Rigueur
- Forte compétence relationnelle
- Dynamisme

Aspects pratiques

- Réunion hebdomadaire sous la responsabilité du pilote en équipe de gestion de cas

- Formation D.U. de gestion de cas

Annexe 5

CARACTERISTIQUES DES TERRITOIRES MAIA

Données recensées :

Région
Département
MAIA
Structure porteuse
Territoire administratif couvert
Liste des cantons
Nombre de cantons
Superficie (km²)
Taux d'urbanisation (données Sénat 2003)
Ville de référence

Population totale du département
Population totale du territoire MAIA
Densité de population du territoire MAIA

Population de 60 ans et plus du département
Population de 60 ans et plus du territoire MAIA
Taux de personnes âgées de 60 ans et plus dans le département
Taux de personnes âgées de 60 ans et plus dans le territoire MAIA

Population de 75 ans et plus du département
Population de 75 ans et plus du territoire MAIA
Taux de personnes âgées de 75 ans et plus dans le département
Taux de personnes âgées de 75 ans et plus dans le territoire MAIA

Nombre de cas Alzheimer recensé dans le département (extrapolation PAQUID)
Nombre de cas Alzheimer recensé dans le territoire MAIA (extrapolation PAQUID)

Nombre de bénéficiaires de l'APA dans le département
Nombre de bénéficiaires de l'APA dans le territoire MAIA
Taux d'allocataires de l'APA dans le département
Taux d'allocataires de l'APA dans le territoire MAIA

Taux d'équipement du territoire MAIA :

- Médecine
- Chirurgie
- SSR
- SSIAD
- Hébergement pour personnes âgées dépendantes (USLD+EHPAD)

Autres équipements spécifiques : accueil de jour, hébergement temporaire, consultation mémoire, etc.

Pour le territoire MAIA :

- Nombre d'IDE libéraux
- Leur densité (pour 100 000 habts)
- Nombre de médecins généralistes
- Leur densité (pour 100 000 habts)
- Nombre de médecins libéraux
- Leur densité (pour 100 000 habts)
- Proportion médecins généralistes / médecins libéraux