

Les objectifs

- Simplifier, optimiser le parcours de santé des personnes âgées et de leurs aidants,
- Proposer, à tout endroit du territoire, une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des personnes,
- Soutenir à domicile, aussi longtemps que possible et dans les meilleures conditions.

Une équipe

- 1 Pilote
- 3 Gestionnaires de cas
- 1 Secrétaire

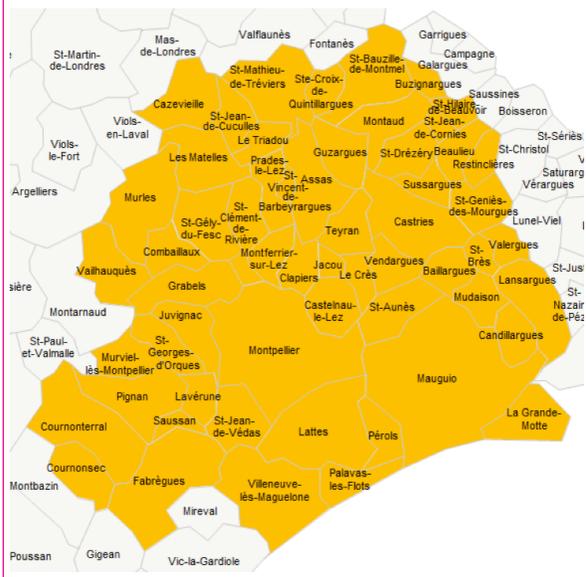
CONTACTS :

80, Avenue Augustin FLICHE
34295 MONTPELLIER Cedex 5

Tél. : 04 67 33 24 21

maia-est-heraultaise@chu-montpellier.fr

Territoire de la MAIA Est-Héraultaise : 58 communes



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

une méthode

Pour améliorer
le parcours de santé
des Personnes Âgées

de + de 60 ans
en perte d'autonomie

Au service des professionnels
de santé (aides et soins)
du territoire Est-Héraultais

Pour mieux connaître
les différents dispositifs
et champs d'intervention

Pour faciliter la coordination
et l'intégration des services
du territoire

MAIA EST HERAULTAISE (34)

2^{ème} édition : 07/2017



La MAIA, c'est quoi ?

- Une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de + 60 ans en perte d'autonomie et de leurs aidants.

LES OBJECTIFS

- Eviter les ruptures du parcours santé,
- Améliorer la connaissance des dispositifs,
- Limiter les pertes de temps, les redondances et les doublons.

Qui peut bénéficier de la gestion de cas ?

Les personnes à domicile âgées de + 60 ans présentant :

- Une perte d'autonomie,
- Des critères de complexité. *

Nécessitant un suivi intensif au long cours.

Les Critères de complexité

Critère 1

Situation instable qui compromet le maintien à domicile en raison d'un problème :

- A - d'autonomie fonctionnelle,
- B - relevant du champ médical,
- C - d'autonomie décisionnelle.

Critère 2

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.

Si les 3 critères sont validés alors la multiplicité des champs à suivre et l'intensité de l'accompagnement nécessite le suivi par un gestionnaire de cas.

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

Comment ?

Sur sollicitation des professionnels de proximité :

- Médecin traitant, IDEL, Pharmaciens, Kinésithérapeutes, etc...
- Services sociaux,
- Services d'aides et de soins à domicile,
- Et/ou des Etablissements de Santé.

Avec le consentement de la personne et/ou de son représentant

Analyse de la demande à partir d'alertes
(santé, environnement familial, social,...)
Orientation à l'aide d'une fiche unique

La situation remplit les 3 critères de complexité

GESTION DE CAS

Sinon

ORIENTATION VERS UN AUTRE SERVICE DU GUICHET INTEGRE

Ce service est gratuit pour les bénéficiaires
Tél. : 04 67 33 24 21

Les gestionnaires de cas

« Référents » des personnes âgées en situation complexe

- Ils sont habilités à évaluer globalement les besoins par le Plan de Soins Individualisé (PSI),
- Ils initient et animent les concertations cliniques avec l'ensemble des intervenants du domicile et garantissent le lien entre tous les services nécessaires (médicaux, paramédicaux, sociaux).

Le pilote

Animateur du dispositif et de la concertation entre tous les partenaires des différents secteurs :

- Il établit un diagnostic organisationnel d'identification des ressources, de connaissance des actions et des interventions du territoire,
- Il organise et anime les instances de concertation (table stratégique et table tactique),
- Il impulse l'intégration des services d'aides et de soins du territoire par la mise en place, entre autre, d'outils communs (annuaire de ressources, fiche de liaison,...),
- Il fait remonter les difficultés rencontrées et les besoins observés sur le territoire.