

Hauts-de-France



# Intervention 5<sup>ième</sup> Journée des Thématiques du CHIBS 16 Mai 2019

Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie



## Intégration et Parcours : la Méthode MAIA

Rappel des concepts



#### MAIA c'est quoi?

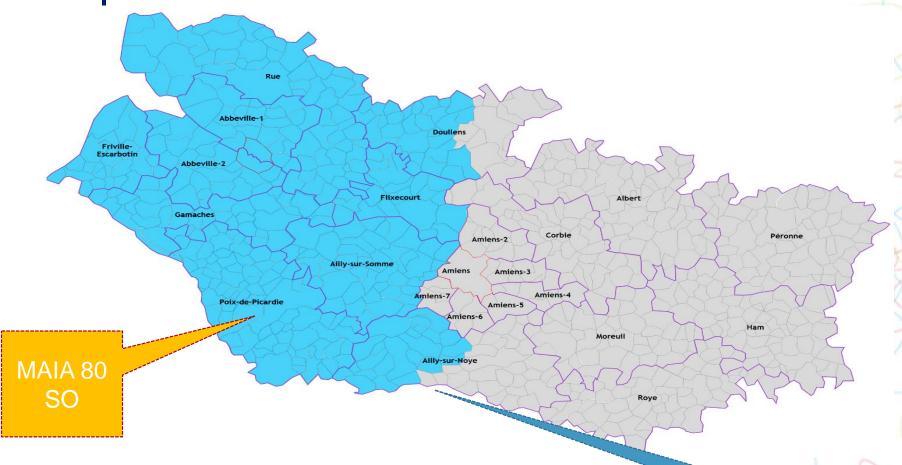
- Méthode

- A d'Action
- Pour l'Intégration des services d'aides et de soin
- Dans le champ de l'Autonomie

- Une approche populationnelle (PA)
- L'organisation d'un continuum des réponses : tous les acteurs sont coresponsables de la réponse (sanitaire, social, médico-social)
- o Une approche :
  - Clinique
  - Organisationnelle
  - Institutionnelle

#### Périmètre d'intervention

Territoire Somme Ouest



La couverture de la MAIA correspond : au territoire d'action sociale de : 356

communes; 281 815 habitants

Réseau de santé RGBSPM









- Amélioration de la lisibilité du système d'aide et de soins
- Simplification et optimisation du parcours des personnes âgées
- Permettre le maintien à domicile des publics concernés aussi longtemps que possible et dans les meilleurs conditions



## Les 3 Axes d'Intégration

**Concertations** 



Guichet Intégré



Gestion de cas



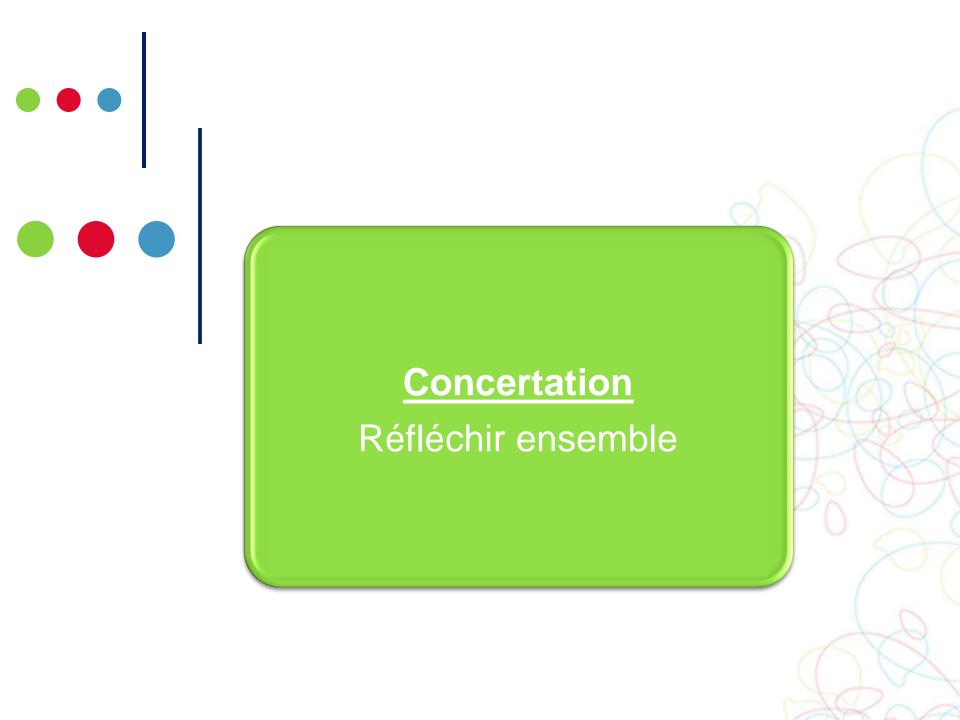




Comités de pilotage décisionnel et opérationnel

Etablir une réponse unique et adaptée quelque soit la structure interpellée

Accompagnement des situations dites « complexes »



## La concertation décisionnelle des acteurs sur 2 plans

Table TACTIQUE

 Les responsables des structures se rassemblent en vue d'analyser l'ensemble des orientations proposées à la population sur le territoire et d'observer l'écart entre la demande et l'offre existante

Table STRATEGIQUE  Les financeurs et décideurs (ARS, CG 80, CPAM, représentants des professionnels de ville et d'usagers) se réunissent et sont informés des réflexions de la table tactique. A partir desquelles ils peuvent ajuster l'offre

#### **Guichet intégré**

Mieux se connaitre

Construire et partager des outils

Mieux informer et orienter

#### Le Guichet Intégré

Intégration des services avec création d'un Guichet Intégré : à tout endroit du territoire, les besoins d'une personne ou de son aidant sont pris en compte quelque soit la porte d'entrée dans le système d'aides et de soins

#### Une réponse unique

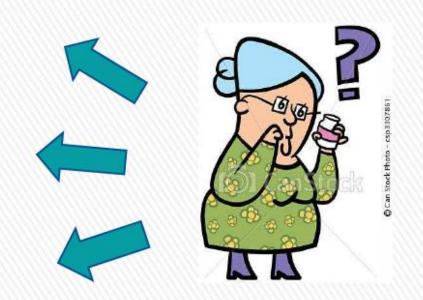
quelle que soit la structure à laquelle on s'adresse

#### Une réponse complète

qui prend en compte toutes les prestations et tous les services disponibles du territoire

#### Une réponse adaptée

aux besoins : information, orientation, mise en place de plan d'aide



#### Le Guichet Intégré



## Intérêts du dispositif d'intégration MAIA pour les personnes âgées en perte d'autonomie

#### Pour le Conseil Général et l'ARS:

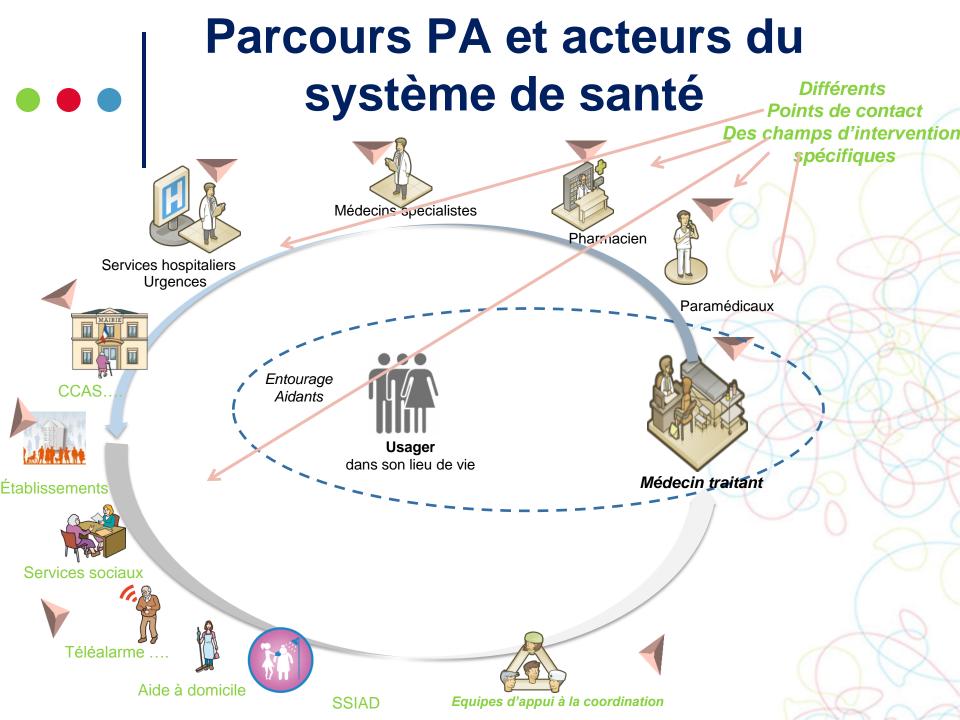
- Approche d'une gouvernance conjointe
- Analyse des dysfonctionnements, des insuffisances d'offres de soins et services sur un territoire
- Outil de pilotage pour travailler sur des projets de territoire.

#### Pour les services impliqués :

- Mise en œuvre de l'intégration des offres de services
- Réorientation des offres vers le service compétent
- Mise en œuvre d'indicateurs communs permettant une analyse par services, une analyse commune pour un territoire.

#### Pour l'usager :

- Simplification des parcours avec une meilleure accessibilité
- Mise en relation avec la bonne offre de service
- Prise en charge dans un processus d'intégration au-delà de la coordination.



## La Gestion de Cas

La Méthode MAIA

#### **Gestion de cas**

Améliorer l'accompagnement des situations les plus complexes

#### Une population et différents niveaux de besoin : des risques de ruptures, un système peu lisible



Coordination des Soins et services renforcés

(Réseaux gérontologiques, CLIC)

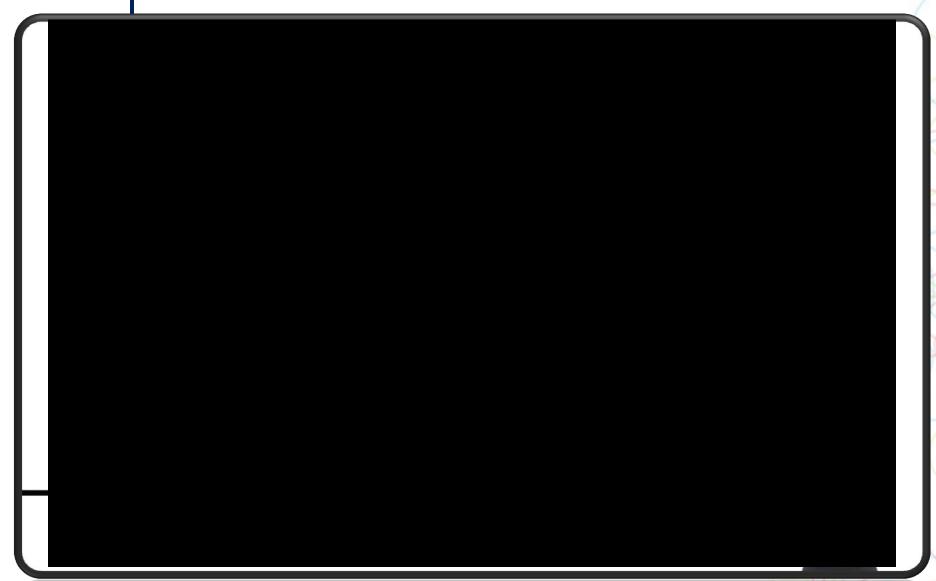
Coordination des Soins Primaires

(Médecin Traitant, Professionnels Libéraux) **Niveau 3 :** 5% de la population cible Personnes avec situations à haut niveau de complexité avec besoin intensif de soins et aides

**Niveau 2 :** 15-20% de la population cible. Personnes avec un besoin de soins et d'aides et coordination des interventions

**Niveau 1 :** 70-80% de la population cible. Personnes prises en charge en ambulatoire, proactive dans leurs traitements ou demandes d'aides





#### La Gestion de Cas

- Le Gestionnaire de Cas est le garant de la mise en œuvre de la concertation, de la coordination pluridisciplinaire, de la démarche intégrative autour de la personne âgée.
- Rôle d'expertise et acteur intégrateur au niveau clinique.
- Mise en œuvre de la coresponsabilité.
- Il permet de retraduire les difficultés, les manques et les incohérences, les doublons.
- Il peut faire remonter en table tactique et stratégique les dysfonctionnements ou insuffisances pour améliorer l'offre de services et de soins sur le territoire.

## Missions du Gestionnaire de Cas auprès de la PA

- Suivi intensif et continu du parcours de vie et de soins jusqu'à l'entrée définitive en EMS ou jusqu'au décès Soutien et accompagnement, référent direct pour le médecin traitant.
- Évaluation multidimensionnelle des besoins centrée sur la personne et son potentiel.
- Clarifier les aspirations, les attentes pour respecter le projet de vie de la personne.
- Planifier la mise en place des prestations et accompagner vers les services requis.
- Réajuster et harmoniser les aides planifiées.

## Missions du gestionnaire de cas auprès du collectif

- Repérer les besoins non comblés tant individuels que structurels et les faire remonter au Pilote.
- Concertation clinique : coordination, réunion, rencontre, partage & échange, mise en lien.
- Soutien des aidants.













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

- a. Un problème <u>d'autonomie fonctionnelle (AVQ/AIVQ)</u>
- b. Et problème relevant du <u>champ médical</u>
- c. Et problème d'autonomie décisionnelle



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



Aide et soins insuffisants et/ou inadaptés

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

\* Moins de 60 avec une maladie neurodégénérative

#### Fiche d'Identification des Besoins et d'Orientation et **Guichet Intégré (FIBOGUI)**

*	Fiche d'Iden	<u>FIBOGUI</u> tification des Besoins	<u>Picardie</u> s et d'Orienta	tion Guiche	et Intégré
MAIA Picardie	Do	cument à utiliser pour toute	orientation entre p	rofessionnels	
L'intégration des acteurs pour l'autonomie des personnes âgées	Date de la demande : Date de réception de la den	nanda -			
		st favorable à l'orientation et au	partage des données	s strictement néo	essaires*.
Elle donne son :	Consentement*	Type de oonsentement :			eil non adapté
		ORIGINE DE LA DEMAN	NDF		1000
Person	ne Aldant s	ur oonsetl d'un professionnel		nel associé à la de	mande
Nom - prénom du Den	nandeur :	Fonction :	Structure :	Service :	
Email:		Téléphone :		Fax:	
Adresse:					
		PERSONNE CONCERN	EE		
Nom d'usage et préno	m :	Nom	de natssance :		
Date de natssance :		Age :			
Adresse :					
Téléphone :		Portable :			
Situation familiale :					
Mode de vie :			A préciser si a	utre	
	INF	ORMATIONS FAMILIALES E	T SOCIALES		
Nom - prénom du réfé	rent familial :	lten :	Tél:		Informé de la
Nom - prénom entour		Iten :	Tél:		démarche
Mesure de protection					
Nom du tuteur/curate		Tël:		Info	rmé de la démarche
Atde financière en pla		Autres (pre	edser) :	GIR:	
	dvant avec une personne dép		Non Apr	éctser :	
Clé nécessatre pour a	ooëder au domtatle :	Oui			
Antmaux au domicile		Non Type:			
		ERVENANTS DANS L'ACCOM Ilbérale, kinésithérapeute, SSIAD, S			
FONCTION	NOM PRENOM	COORDONNE	ES	INFORME DE L	A DEMARCHE
MEDECIN TRAITANT				Oui	Non
IDE/oentre de soins				Oui	Non
SSIAD/HAD				Oui	Non
SAAD				Oui	Non
Autres				Oui	Non
		PRECISION SUR LA SITUA	ATION		

Origine de la demande

> Personne concernée

**Informations** familiales et sociales.

Intervenants dans l'accompagnement

Précision sur la situation

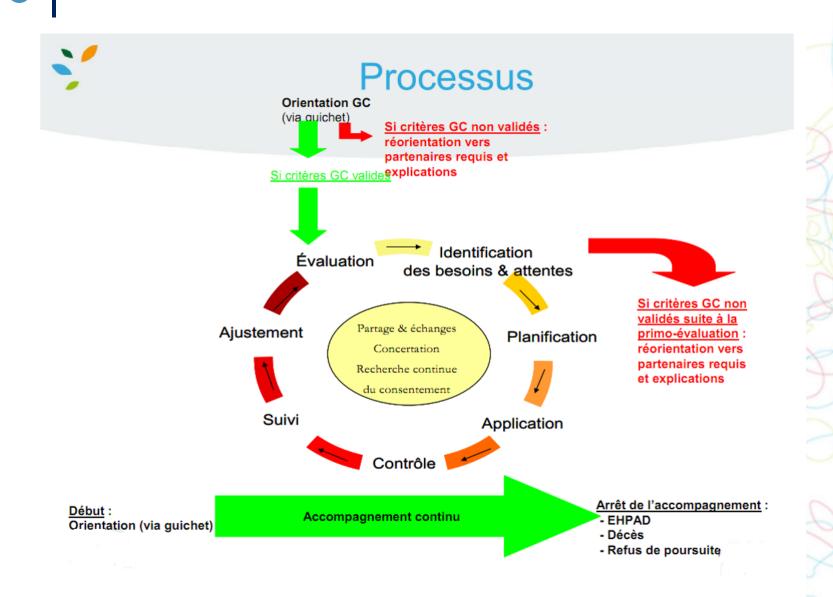
SIGNAUX D'ALERTE :						
1. Champ médical*						
	Hospitalisations non programmées à répétition au cours					
des 6 derniers mois						
Pathologie(s) chronique(s) et.						
Stabilisée	O Aggravée					
Mécessitant des soi Fréquence des soins :	ns infirmiers Temps de so					
Troubles cognitifs ayant un in						
O Modéré	O Important					
Troubles du comportement av	The second of th	qualité de vie				
O Modéré	O Important	-				
Chutes O A risque	A répétition					
Addiction ayant un retentissement sur le quotidien						
Troubles sensoriels ayant un i						
O Modéré	O Important -	Type à préciser :				
Variation récente du poids no	n souhaitée					
2. Autonomie fonctionnelle						
Difficultés dans les actes essentiels de la vie quotidienne Difficultés à gérer les actes de la vie domestique						
Difficultés dans les actes de la vie domestique  Difficultés dans les activités personnelles						
Difficultés à la mobilité						
Faible	Modérée	O Forte				
3. Autonomie décisionnelle		_				
Incapacité à donner l'alerte						
Incapacité à élaborer un projet de vie						
Incapacité à repérer les dang Incapacité à gérer son budget						
l <b>H</b> ' ' '						
Incapacité à gérer l'administratif						
Décisions inadaptées à la gestion du quotidien						
LDéni de la maladie ou des difi	ncultes					
Incidence sur la vie guotidienne :						
O Faible	O Modérée	O Forte				

4. Aide, soins et environnement
Plan d'aide inadapté
Plan de soins inadapté
Déficit du suivi médical
Difficulté à participer à la vie sociale
Refus d'aide et/ou de soins
Situation demandant des ajustements constants
Epuisement professionnel
Logement inadapté
Logement ne répondant pas à des critères de décence
Incidence sur la vie quotidienne : O Faible O Modérée O Forte
5. Entourage    Personne isolée
Aidant en difficulté - Préciser :
Risque de négligence, de maltraitance, de malveillance
Conflits de l'entourage
6. Situation sociale et financière
Droits non ouverts
Situation financière précaire

En cas d'incertitude sur la définition d'un critère, merci de vous aider de la notice de la FIBOGUI

<sup>&</sup>quot;Sous reserve d'une validation medicale

#### **Gestion de Cas**



#### Un cas concret

Les Etapes de l'Accompagnement par le Service de Gestion de Cas

## L'Orientation en Gestion de Cas de Mr Paul

- Le Réseau Gérontologique suivait depuis 5 mois la situation de Mr P pour la mise en place d'aides humaines et la sécurisation de l'environnement pour éviter les chutes.
- Mr P est aidé par ses nièces : elles s'occupent des démarches administratives et font les courses.
- Les nièces sont dépassées et fatiguées par l'accompagnement apporté à leur oncle, elles sollicitent de plus en plus souvent le Réseau Gérontologique qui juge la situation complexe et l'oriente vers la MAIA.

#### Situation de Mr P (suite)

- Mr P est âgé de 88 ans, vit seul, n'a jamais été marié et est sans enfant. Il vit dans une maison dont il est propriétaire.
- Très attaché à cette maison qu'il a construite en grande partie. Il a toujours eu des chiens auxquels il s'est beaucoup attaché, qui sont enterrés dans son jardin.
- Mr P travaillait dans l'impression d'un journal local (travail de nuit).
- En 2004, des troubles cognitifs sont diagnostiqués (Maladie d'Alzheimer).
- On note également des troubles de l'équilibre et de la marche.

## Investigation : Prise de Contact avec les différents Intervenants

#### Informations recueillies auprès des nièces :

- Mr P est de plus en plus apathique, il reste dans son fauteuil toute la journée, il n'a même plus de TV car il a coupé les fils.
- Il a également coupé les fils de son lit médicalisé et de sa cafetière.
- Il ne mange plus, jette tous les aliments et la vaisselle à la poubelle.
- Il déclenche toutes les nuits la téléalarme car il est angoissé, ce qui oblige une des nièces à se déplacer chez lui.
- Les nièces évoquent la piste de l'EHPAD, mais...Elles savent que Mr P s'y oppose formellement quitte à menacer de mettre fin à ses jours.

## Investigation- suite : contact avec le Médecin Traitant

- Ce dernier m'indique que Mr P vient d'être hospitalisé pour une lésion au niveau de la bouche et face à des troubles de comportement à type d'agressivité, a été hospitalisé en Unité Cognitivo-Comportementale.
- La mise en place des aides est de plus en plus compliquée, l'organisation semble ne pas convenir.
   Monsieur refuse les interventions.

### Investigation – Suite : Contact SAAD- IDEL

- A domicile, les aides sont mises en place.
  - Une IDE passe le matin vers 7h30 pour donner les médicaments et mettre les bandes de contentions.
  - Un Service d'Aides A Domicile a été mis en place en prestataire : il a besoin d'aide pour la toilette, l'habillage, la préparation des repas et pour l'ensemble des actes de la vie domestique.
  - Un kiné intervient 3 fois /semaine pour des exercices de mobilisation et de réentraînement à la marche.
  - Un orthophoniste intervient 2 fois/semaine pour des activités de stimulation cognitive.
- Comme Mr P n'ouvrait pas la porte aux intervenants, une boîte à clef à code a été posée à l'extérieur, afin qu'ils puissent entrer pour leurs interventions.

## Décision : Pré Inclusion en Gestion de Cas

- 1/ La personne souffre d'une ou plusieurs pathologies chroniques évolutives.
- 2/ Les pathologies ont un retentissement sur les actes essentiels et de la vie domestique.
- 3/ La personne nécessite un suivi intensif et régulier au long cours ( nièces dépassées qui s'épuisent et souhaitent limiter leurs interventions à court terme )
  - A/ Plan d'aide inadapté à la situation
  - B/ Référent dépassés / épuisés
  - C/ Projet de vie non partagé avec l'entourage + déni des troubles

### **Evaluation Multi dimensionnelle: Entretien avec Mr P**

- Mr P est pris en charge en UCC, il est impatient de rentrer chez lui.
- Il ne comprend pas ce qu'il fait avec toutes ces personnes, il refuse de s'alimenter.
- Mr P se couche très tard, il a toujours eu un rythme décalé du fait de son activité professionnelle antérieure :
  - Il souhaite se lever vers 9h30, prendre son petit déjeuner après la toilette.
  - Déjeuner vers 12h30.
  - Dîner vers 20h00.
  - Coucher vers 23h00.

#### Souhait de Monsieur :

- Finir sa vie chez lui, en regardant son jardin et en pensant à ses chiens contrairement à ses nièces qui souhaiteraient un placement en EHPAD.
- Il souhaite se reposer et être tranquille.

#### **Synthèse**

- Alerte nutrition : Mr P ne mange pas, jette les aliments des ses repas à la poubelle.
- Alerte santé : Mr P a refusé plusieurs fois d'aller en consultation mémoire, et présente des troubles du comportement.
- Alerte sur la situation environnementale : l'équilibre est assez précaire, Mr P se met en danger en coupant les fils électriques des équipements.
- Alerte sur l'organisation au quotidien : le plan d'aides n'est pas adapté au rythme de vie de Mr P.
- Alerte occupationnelle : Mr P s'isole, il ne fait rien de sa journée, n'a plus de TV et ne voit que les professionnels intervenants chez lui.

#### Le choix retenu...

- Retour à domicile, validé par les professionnels de l'hôpital et le Médecin traitant :
  - Une première table de concertation clinique est organisée à l'hôpital avec l'ensemble des intervenants, afin de prévoir la sortie dans des conditions optimales.
  - Une deuxième rencontre est à programmer à sa sortie avec les intervenants chez Mr P.



- Coordination des interventions entre l'IDE et le Service d'Aides à domicile.
- Aménagement des horaires selon le rythme de vie de Mr P.
- Organisation des passages du kiné, de l'orthophoniste afin qu'il y ait des visites régulières.
- Répartition des tâches entre nièces et SAAD (courses, achats des nouveaux équipements électrique, gestion des repas...)
- Transmission : un cahier de liaison est mis en place, les coordonnées de chacun des intervenants apparaît sur le PSI qui sera partagé.
- Suivi médical : RDV pour consultation mémoire, le médecin traitant, les nièces en sont informés ; ce qui facilitera l'organisation du transport.
- Projet à moyen et plus ou moins long terme : travailler sur la mise en place d'une mesure de protection juridique, et un accueil de jour

#### Suivi intensif au long cours... Réajustements...Différents constats

- Maintien à domicile de Mr P.
- Changement du SAAD pour mieux s'adapter aux exigences horaires de Mr P.
- Une nouvelle hospitalisation suite à une chute met en évidence une perte de poids importante et Mr P exprime son ennui...

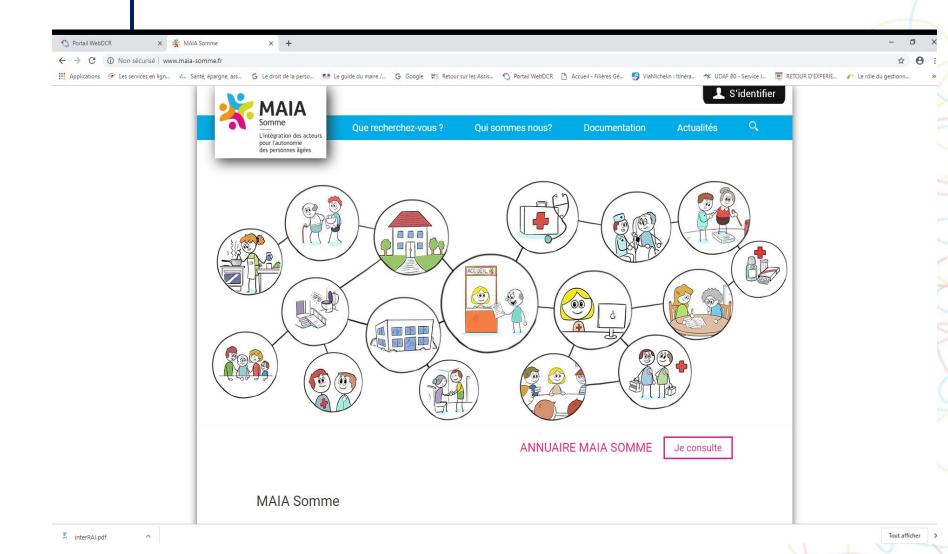
### Pistes de réajustement - discussion

- Le service social de l'Hôpital préconiserait de réviser le plan d'aide en initiant de nouveaux services, notamment la mise en place d'un SSIAD et d'un Accueil de Jour ou ESA.
- Les nièces contactées lors de cette hospitalisation de courte durée sont inquiètes de ces modifications qui risquent de bouleverser l'organisation du quotidien et se posent la question de l'intérêt de tels changements...
- Mr P exprime qu'il s'ennuie mais il ne veut pas sortir de chez lui. Il veut conserver son rythme de vie et ne pas être « envahi » à son domicile.
- Le gestionnaire de cas initie une nouvelle concertation au domicile, il est décidé que l'organisation restera finalement inchangée, en accord avec le médecin traitant et l'ensemble des intervenants.

#### **En Conclusion...**

- Bonne connaissance de la situation, de l'histoire de vie de la personne, de son projet de vie permettant au Gestionnaire de Cas d'effectuer une synthèse globale et objective de la vie de la personne à domicile.
- Travail en concertation et co-construction avec les partenaires afin que des solutions soient trouvées et adaptées.
- Implication de l'ensemble des partenaires dans les réponses apportées permettant à chacun d'avoir sa place dans l'accompagnement global, au plus près des souhaits des personnes en respectant leur choix de vie.
- Meilleure connaissance des acteurs, des champs d'intervention, des missions permettant d'assurer à la personne un accompagnement complet et une lisibilité des acteurs.

#### Le Site Internet de la MAIA Somme



#### **Equipe MAIA Somme Ouest**

Ghenwa MATAR – Pilote

Laurence FRISE- GC

Julien TERNISIEN – GC

Pascale JECKER – Assistante

## Merci pour votre attention!