



Stéphane Marson a accepté de représenter le GPO, lors des réunions de travail le vendredi 11 avril, le vendredi 18 avril Jacques et moi étions présents également afin de comprendre cette nouvelle organisation.

Une MAIA n'est pas une structure au sens physique du terme, il s'agit **d'un dispositif d'accueil, d'orientation et de coordination qui repose sur une structure préexistante**. C'est-à-dire que la MAIA est intégrée au sein d'un **CLIC (Centre local d'information et de coordination)**, d'un conseil général, d'un accueil de jour, d'une MDPH (Maison départementale pour les personnes handicapées), d'un hôpital ...

De 2009 à 2011 17 sites expérimentaux en France, puis généralisation avec 40 sites en 2011, 100 en 2012.....

En Basse Normandie : deux MAIA dans le Calvados, deux dans la Manche et **une dans l'Orne**

*La MAIA est un processus de travail collaboratif avec la création **d'un guichet unique** pour le maintien à domicile des Malades et d'une méthode unique d'évaluation pour organiser les différentes structures au service du Patient pour son maintien à domicile, parfois à domicile chaque intervenant remplit un cahier avec sa méthodologie spécifique, il devient très difficile de suivre l'évolution du malade, on peut avoir 4 cahiers différents à lire....*

La MAIA permet **de réduire la dispersion des services** en favorisant la circulation de l'information entre les différents professionnels de santé intervenant auprès de la personne malade (médecin, infirmier, assistant social, ergothérapeute...) et en assurant la coordination des soins à domicile. C'est à la fois du temps gagné pour les professionnels et des démarches moins contraignantes pour les familles.

Des groupes de travail vont être organisés pour évaluer les besoins et pour établir une méthode d'évaluation unique : Pour le GPO Stéphane participe au groupe : **Etude prospective sur les besoins en hébergement temporaire** car c'est le besoin qui pose souvent problème pour un malade de parkinson.

Des coordinateurs par secteur ont été nommés pour organiser ce process (infirmiers - assistants sociaux)

Lorsque la situation des personnes est jugée « complexe » (isolement, refus de soins, conflits familiaux, situation sociale précaire, etc.), elles bénéficient de l'intervention d'un **gestionnaire de cas** pour un suivi plus personnalisé.

Interlocuteur direct de la personne malade, de sa famille et des professionnels, **le gestionnaire de cas** assure un suivi intensif du parcours de vie et de soins de la personne malade : évaluation de la situation à domicile, élaboration d'un plan de services individualisé, réalisation des démarches administratives notamment financières, coordination des différents intervenants... La gestion de cas s'adresse :

-aux personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée sans critère d'âge, aux personnes âgées en risque ou en perte d'autonomie, qui sont dans une situation complexe au domicile. Le gestionnaire de cas coordonne en favorisant la concertation des secteurs médical, médico-social et social ; assure un suivi continu dans le temps, y compris lors des épisodes d'hospitalisation ; est l'interlocuteur direct de la personne, de son entourage et des professionnels ; recueille les informations utiles à l'accompagnement de la personne ; évalue l'ensemble des besoins de la personne ; planifie les services à mettre en place et en assure le suivi, dans le respect du projet de vie de la personne. L'orientation vers la gestion de cas est faite par un professionnels, tel que les CLIC, l'équipe médico-sociale, les SSIAD, l'Association France Alzheimer, les services d'aide à domicile...

L'orientation doit être validée par le gestionnaire de cas.

Trois gestionnaires de cas dans le Perche: Karine Manzoni, Sarah Delacour, Audrey Menand