

# MAIA

Méthode d'action pour  
l'intégration des services  
d'aide et de soins dans  
le champ de l'autonomie

LES CAHIERS PÉDAGOGIQUES DE LA CNSA  
**OCTOBRE 2014**

# Méthode MAIA :

## un modèle organisationnel national adapté aux diversités locales

### 3 MÉCANISMES MAIA

#### Les décideurs et les financeurs

ARS, CARSAT, MSA, RSI, Conseil général

#### Les opérateurs des champs sanitaire, social et médico-social sur le territoire interagissent :

CCAS  
Équipes mobiles gériatriques  
Équipes APA  
Réseaux de santé  
Infirmières  
Hébergement temporaire  
Hospitalisation à domicile  
EHPAD

Médecins libéraux  
Hôpitaux CLIC  
SAAD SSIAD  
Gestionnaires de cas



#### La population âgée de plus de 60 ans en perte d'autonomie



# Déploiement du dispositif MAIA

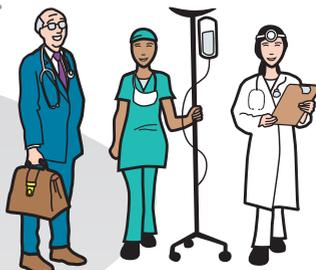
## Piloté par la CNSA

1

### COMMENT AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES DE 60 ANS ET PLUS (PA) ?



► Une réponse aux besoins des PA  
*qui repose sur...*



► l'intégration des services  
d'aide et de soins  
*déployée sur...*



► un territoire de proximité :  
une approche populationnelle.

## Chiffres

**2009**

Expérimentation  
sur 17 territoires

**2011**

Déploiement  
généralisé

**Fin 2013**

202 dispositifs MAIA  
sur le territoire national  
6 communes sur  
10 couvertes

**2014**

Poursuite du  
déploiement pour  
un maillage complet  
du territoire

## Bénéfices

- Lisibilité du système d'aide et de soins
- Simplification et optimisation du parcours des personnes âgées
- Maintien à domicile des publics concernés aussi longtemps que possible et dans les meilleures conditions

## L'INTÉGRATION

Mise en place d'un nouveau modèle d'organisation et mise en synergie des ressources et acteurs des champs sanitaire, social et médico-social



### Une ARS

Identifie les besoins d'intégration des services et lance un appel à candidatures

*confie à...*

### Un porteur de projet

CG, CLIC, CIAS, hôpitaux, établissements de santé, réseaux de santé...

### Un pilote MAIA

Chef d'orchestre, il impulse la démarche et assure l'articulation entre tous les acteurs

*recrute avec le conseil général et l'ARS...*

*anime et fait le lien entre...*



### Concertation stratégique

Espace collaboratif et décisionnel entre décideurs et financeurs

### Concertation tactique

Espace collaboratif et décisionnel entre les producteurs d'aides et de soins



S'assure d'une réponse harmonisée et unique aux demandes des PA à tout endroit du territoire



Professionnel dédié à la coordination de l'ensemble des actions nécessaires au maintien à domicile des personnes âgées en situation complexe

*structurés par...*

## des outils communs

Accueil, orientation et observation des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus



Ce « cahier pédagogique » propose une définition de l'intégration des services d'aide et de soins mise en œuvre par la méthode MAIA.

Ce document est destiné en priorité aux établissements et services d'aide et de soins qui accompagnent de près ou de loin les personnes âgées en perte d'autonomie de 60 ans ou plus et leurs aidants, et qui sont concernés par l'intégration (équipes des conseils généraux, de centres locaux d'information et de coordination, réseaux de santé, établissements de santé, référents des agences régionales de santé, professionnels libéraux, etc.).

Il s'adresse également aux porteurs, aux pilotes MAIA et aux gestionnaires de cas chargés de la mise en œuvre opérationnelle de l'intégration.

Le document propose 4 points d'entrée pour comprendre ce qu'est MAIA, quels sont les acteurs concernés, comment ils s'organisent, et quels sont les atouts de cette méthode de travail.

# Sommaire

<b>1. MAIA, c'est quoi ?</b>	5
<b>2. MAIA, pour qui ? Pourquoi ?</b>	7
<b>3. MAIA, comment ? Et avec qui ?</b>	8
<b>4. MAIA, pour quels bénéfices ?</b>	12
<b>5. MAIA en situation</b>	13
Définitions	17
Glossaire	18

## MAIA, c'est quoi?

MAIA est **une méthode** qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : **l'intégration des services d'aide et de soins**. L'intégration fait l'objet d'une préoccupation internationale depuis les années 1990 et fait partie des politiques publiques en France depuis 2008.

L'intégration va plus loin que la coopération, qui repose seulement sur un principe de coordination. **L'intégration conduit tous les acteurs à coconstruire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et *in fine* à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite**. Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse.

### La mise en œuvre de l'intégration repose sur la méthode MAIA et ses 6 composantes :

#### 3 mécanismes interdépendants :

- **La concertation**, qui permet de décloisonner les différents secteurs et de construire un projet commun entre tous les acteurs, décideurs, financeurs et responsables des services d'aide et de soins.
- **Le guichet intégré**. Il s'agit de fournir, à tout endroit du territoire, une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers, en les orientant vers les ressources adéquates par **l'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation du territoire**. Cette organisation est notamment permise par la démarche de concertation.
- **La gestion de cas**. Pour les personnes âgées en situation complexe<sup>1</sup>, un suivi intensif au long cours (y compris pendant les périodes d'hospitalisation) est mis en œuvre par un gestionnaire de cas (c'est là une nouvelle compétence professionnelle<sup>2</sup>).

1. Des travaux sont en cours sur la définition des critères d'orientation vers la gestion de cas.

2. Le gestionnaire de cas est un professionnel spécifiquement formé à l'exercice de cette nouvelle fonction. Il suit un cursus pour obtenir un diplôme interuniversitaire « gestionnaire de cas ».

Il est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile et devient le référent des situations complexes. Ce faisant, il contribue à améliorer l'organisation du système de prise en charge en identifiant les éventuels dysfonctionnements observés sur le territoire.

**3 outils** qui permettent d'observer l'écart entre la demande de la personne âgée et les ressources existantes, et de s'assurer que l'ensemble des besoins est couvert :

- **Le formulaire d'analyse multidimensionnelle** (utilisé par les professionnels des guichets intégrés) **et l'outil d'évaluation multidimensionnelle** (utilisé par les gestionnaires de cas).
- **Le plan de service individualisé (PSI)**. C'est un outil de gestion de cas servant à définir et à planifier de manière cohérente l'ensemble des interventions assurées auprès de la personne âgée en situation complexe.
- **Les systèmes d'informations partageables** (informations en provenance des guichets intégrés, des pilotes et des gestionnaires de cas...).

### Ce mode opératoire garantit :

- **La concertation décisionnelle** des acteurs sur 2 plans :
  - stratégique : espace collaboratif entre décideurs et financeurs des politiques gérontologiques (ARS, conseils généraux, CARSAT, RSI, MSA, CPAM et autres) ;
  - tactique : espace collaboratif et décisionnel entre les opérateurs responsables des services d'aide et de soins qui concourent au soutien à domicile de la population âgée.
- **Le pilotage de la mise en œuvre de la méthode** par un professionnel dédié : le pilote MAIA. Il est chargé de veiller à la mise en cohérence des interventions par l'engagement de chacun des acteurs dans ce projet de territoire.
- **Une réponse populationnelle, intersectorielle, harmonisée, complète et adaptée** aux besoins de la personne (accueil, information, orientation, mise en place de soins, de services ou de prestations) quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse : on dit alors des **guichets qu'ils sont « intégrés »**.



- **Une prise en charge des situations complexes (= gestion de cas).**
- **L'utilisation d'outils communs de partage de l'information et de pilotage de l'action** (formulaire d'analyse multidimensionnelle et de liaison, outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé des besoins de la personne et plan de service individualisé).

#### **Cadre légal :**

- L'article L. 113-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) donne la définition de MAIA.
- L'article L. 14-10-5 du CASF fixe les modalités de financement des MAIA (section I du budget de la CNSA).
- L'article L. 1431-2 du Code de la santé publique élargit les missions et compétences des ARS qui financent les dispositifs et s'assurent du respect du cahier des charges MAIA.

#### **Cadre réglementaire :**

- Le décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 approuvant le cahier des charges des MAIA.
- Chaque année, une circulaire fixe les conditions du déploiement des nouveaux dispositifs MAIA.
- L'arrêté du 16 novembre 2012 fixe le référentiel d'activités et de compétences des gestionnaires de cas.

## **2**

### **MAIA, pour qui? Pourquoi?**

MAIA apporte **une réponse** novatrice, de par sa globalité et son efficacité, **aux défis croissants de l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie**, et de leurs aidants.

La méthode MAIA œuvre :

- à la **lisibilité du système** d'aide et de soins ;
- à la **simplification et à l'optimisation** du parcours des personnes âgées ;
- au **soutien à domicile** des publics concernés, aussi longtemps que possible et dans les meilleures conditions.

Cette réponse a pour premiers enjeux et principes :

- de mobiliser sur un territoire donné l'ensemble des acteurs dans toute leur diversité en **capitalisant sur leur richesse**, prenant en compte l'ensemble des ressources au plus près des besoins du territoire ;
- de **corriger les dysfonctionnements générés inévitablement par la diversité des acteurs et de leur gouvernance, des financements, des pratiques professionnelles et des organisations**. En effet, dans un schéma classique de simple coopération, chaque acteur conserve ses propres outils et son propre champ de responsabilités. À grande échelle, ce fonctionnement fragmente la prise en charge et altère la performance du système : discontinuité du service rendu, réponses redondantes ou inappropriées, retards dans les traitements, complexification des parcours de prise en charge et opacité des procédures.

La méthode MAIA conduit à transformer en profondeur l'organisation des services d'aide et de soins au sein d'un territoire infradépartemental par la mise en œuvre d'un processus d'intégration.

### 3

## MAIA, comment? Et avec qui?

La mise en œuvre de MAIA se décline à travers **un modèle organisationnel** défini qui s'adapte aux diversités locales et qui repose à la fois sur les dynamiques locales et sur la mise en place des mécanismes propres à l'intégration. La bonne mise en œuvre de ce modèle garantit la simplification de l'accès à l'information et du parcours de la population âgée de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de ses aidants.

Les territoires où se déploie la méthode MAIA doivent être en adéquation avec ceux qu'ont définis le projet régional de santé (ARS) et les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale (conseils généraux).

## La mise en place d'un dispositif MAIA

Chaque année, l'ARS lance un appel à candidatures (avec l'appui technique et méthodologique de la CNSA et en coopération avec le conseil général) pour



mettre en place la méthode MAIA sur un ou plusieurs nouveaux territoires infradépartementaux. Elle sélectionne le **«porteur» de projet** chargé de son déploiement. Ce porteur n'est pas une institution prédéfinie, mais il s'agit nécessairement d'une structure ou d'un organisme à but non lucratif, légitime sur le territoire par sa capacité à mobiliser les acteurs locaux. Il peut s'agir des services du conseil général, d'un centre local d'information et de coordination (CLIC), d'un réseau de santé, d'un établissement de santé, etc.

L'ARS, en lien avec le conseil général, formalise la création d'un dispositif MAIA à travers la signature d'une convention avec le porteur. Celle-ci définit le territoire couvert, les financements, les modalités d'octroi et de versement des crédits et assure la mise en œuvre effective de la méthode MAIA.

Le porteur recrute ensuite, en lien avec l'ARS, le **«pilote» MAIA**. Véritable chef d'orchestre et animateur du projet, cette personne, dédiée à temps plein à cette mission, a plusieurs rôles clés. Le pilote est le garant de la mise en œuvre de la méthode MAIA au niveau local :

- Il établit un diagnostic organisationnel approfondi d'identification des ressources, de connaissance des acteurs et des interventions du territoire. Ce diagnostic est un préalable à l'intégration des services d'aide et de soins.
- Il impulse l'intégration des guichets d'accueil et d'orientation en associant tous les opérateurs identifiés.
- Il organise et anime les instances de concertation tactique et stratégique en lien avec l'ARS et le conseil général.
- Il est la courroie de transmission entre les différents mécanismes de l'intégration (instances de concertation, guichet intégré et gestion de cas).

## Les mécanismes

**La concertation.** Il s'agit à la fois d'un mode d'organisation et du **premier mécanisme de construction de l'intégration**. Les instances de concertation engagent la coresponsabilité de tous les acteurs. Elles se décomposent en :

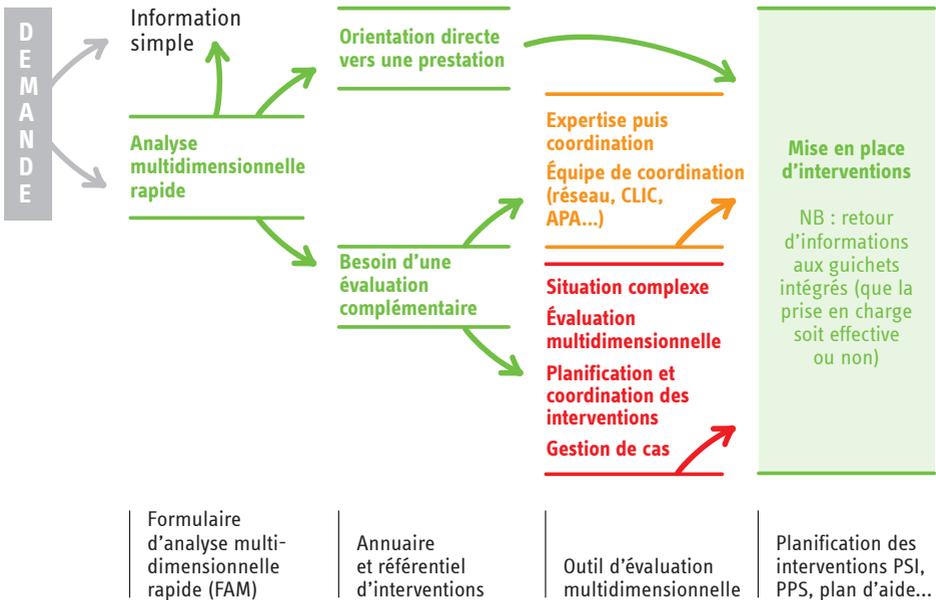
- instance de **concertation stratégique** qui engage les décideurs institutionnels et les financeurs sur le territoire (ARS, conseils généraux, CARSAT, RSI, MSA, CPAM et autres) pour l'ajustement d'une politique, des moyens et des pratiques partagés ;

- instance de **concertation tactique** qui mobilise les opérateurs responsables des services d'aide et de soins (secteurs sanitaire, social et médico-social) ; tous ensemble étant en charge d'observer et de faire le constat du fonctionnement du système de prise en charge et de développer les pratiques nécessaires à la mise en cohérence de l'offre.

Les instances de concertation tactique suivent la mise en œuvre et l'analyse du service rendu, et le cas échéant l'ajustement nécessaire de l'offre en lien avec l'échelon de concertation stratégique.

**Le guichet intégré.** L'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation du territoire permet de fédérer tous les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux chargés de l'information, de l'orientation et de la coordination des interventions sur le territoire, autour de pratiques, d'outils partagés et de processus articulés. Ils participent au processus d'information et d'orientation de la personne âgée selon 4 fonctions : accueil de la demande, analyse de la situation, repérage multidimensionnel des besoins et orientation de la personne. Il s'agit là du **deuxième mécanisme nécessaire à la mise en application de la démarche d'intégration.**

■ **Processus et outils du guichet intégré**





- Le processus d'intégration des guichets d'accueil et d'orientation permet à tous les opérateurs (conseil général, CLIC, réseau gérontologique, centre communal ou intercommunal d'action sociale, établissement de santé, service de soins infirmiers à domicile –SSIAD–, services sociaux du conseil général et des caisses de retraite, équipe médico-sociale APA, plateforme de répit, médecin de ville, réseau de santé...) d'harmoniser les réponses à tout endroit du territoire afin de satisfaire aux objectifs finaux définis, à savoir la lisibilité du système d'aide et de soins, la simplification et l'optimisation du parcours des personnes âgées, et le soutien à domicile.
- Les professionnels des guichets intégrés établissent un processus commun d'analyse multidimensionnelle des situations qui se présentent à eux, d'orientation des usagers vers les réponses à leurs besoins en prenant en compte l'intégralité des ressources disponibles, qu'elles soient sanitaires, sociales ou médico-sociales. Ils s'assurent du suivi des situations prises en charge.
- L'intégration permet ainsi de passer d'une stricte réponse à la demande formulée par l'utilisateur à une réponse globale élaborée en fonction des besoins de la personne, y compris ceux qu'elle n'a pas exprimés.
- Les guichets intégrés ne sont ni un lieu unique qui regroupe les moyens d'allouer les ressources et de mobiliser les prestataires ni une plateforme de services, **mais un mode d'organisation des services existants permettant une harmonisation des réponses et des orientations.**

**La gestion de cas.** Pour chaque dispositif MAIA, 2 ou 3 gestionnaires de cas sont recrutés :

- Ils sont entièrement dédiés à la coordination des interventions pour les personnes âgées dont la complexité de la situation met en jeu la fluidité de leur parcours.
- Pour ces personnes, le gestionnaire de cas dédié organise un suivi intensif et au long cours. Ce professionnel est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant et des professionnels intervenant à domicile. Il est le référent des situations complexes, facilitant ainsi le parcours des personnes âgées.
- La gestion de cas permet de faire remonter les éventuels dysfonctionnements du système observés sur le territoire pour que les professionnels décident d'actions correctives afin d'améliorer le système de prise en charge.

Il s'agit là du **troisième mécanisme de la démarche d'intégration MAIA.**

4

## MAIA, pour quels bénéfices ?

MAIA est désormais **une réalité**, les dispositifs se déploient sur l'ensemble du territoire national depuis 2011 :

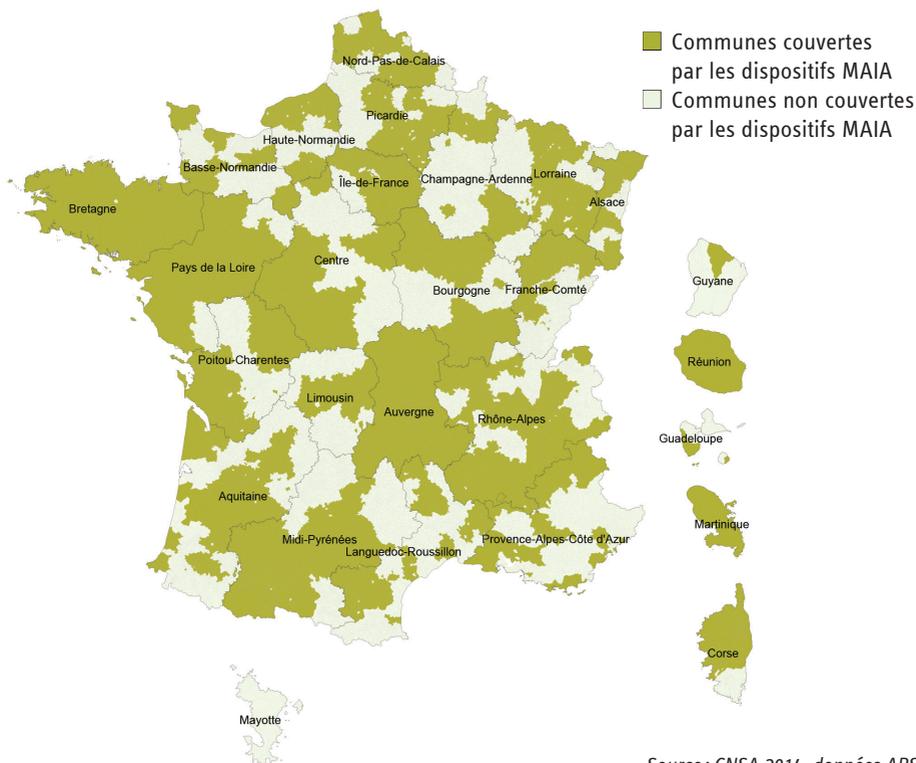
- Depuis les premières expérimentations conduites en 2009 dans le cadre du 3<sup>e</sup> plan Alzheimer et la généralisation en 2011, **202 dispositifs MAIA sont en fonctionnement (décembre 2013)**, soit plus de 6 communes sur 10 couvertes. Et le déploiement se poursuit à un rythme régulier.
- En 2014, 35 % des dispositifs MAIA sont portés par des conseils généraux, 11 % par des CLIC, 13 % par des établissements de santé et 6 % par des réseaux de santé.
- En 2014, 50 nouveaux dispositifs sont en cours de déploiement pour permettre la poursuite du maillage du territoire national.

**Ce mode opératoire fait la preuve de son efficacité auprès des personnes âgées et de tous les acteurs qui se sont inscrits dans la démarche :**

- Les conseils généraux témoignent d'une meilleure gestion des demandes, en matière d'information, d'orientation et de prise en charge.
- L'intégration concrétise un enjeu d'équité pour les usagers, en leur assurant une prise en charge harmonisée quelle que soit la structure à laquelle ils s'adressent.
- Une situation est rendue complexe par le refus d'aide et de soins d'une personne avec des difficultés d'accompagnement et de suivi par les professionnels du territoire. Ces difficultés s'avèrent réduites par la mise en place de la gestion de cas. Ainsi, par exemple, sur un territoire MAIA, après un an d'accompagnement en gestion de cas, la proportion de personnes suivies et refusant d'être aidées est passée de 30 % à 7 %.
- Le souhait d'un soutien à domicile plus long s'avère aussi conforté.
- L'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation permet de simplifier les parcours des personnes et de réduire sensiblement le nombre de contacts : 1,3 interlocuteur pour trouver des solutions adaptées sur un territoire intégré, contre 3,2 interlocuteurs différents avant le déploiement de l'intégration.



## ■ Carte « Couverture du territoire national par les dispositifs MAIA »



5

### MAIA en situation

## Cas d'un fonctionnement en guichets non intégrés et en guichets intégrés

### Fonctionnement en guichets non intégrés

Une dame âgée de 81 ans, en GIR 2, est reçue quotidiennement en accueil de jour. La directrice de l'établissement contacte la fille de cette dame pour l'informer d'un problème d'hygiène et de l'intervention nécessaire d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour une aide à la toilette.

**Contact 1 :** La fille recherche la liste des SSIAD, en contacte un et demande une aide à la toilette. Le SSIAD l'informe qu'elle doit préalablement disposer d'un certificat médical délivré par le médecin traitant.

**Contact 2 :** La fille contacte le médecin traitant de sa mère et lui demande ce certificat médical. Ce dernier l'informe que, au regard de l'autonomie de sa patiente, celle-ci ne relève pas des services d'un SSIAD et qu'il faut plutôt contacter l'assistante sociale du CLIC pour mettre en place une aide partielle à la toilette réalisée par un service d'aide à domicile (SAAD).

**Contact 3 :** La fille recherche le numéro de téléphone du CLIC. Elle réexplique à l'assistante sociale le cas de sa mère, qui lui communique les coordonnées des SAAD.

**Contact 4 :** La fille choisit un SAAD dans la liste et le contacte.

**Contact 5 :** La fille rencontre au domicile de sa mère le SAAD choisi pour la mise en place effective de la prestation.

Malgré la perte d'autonomie de sa mère, en l'absence de mobilisation des services du conseil général, le plan d'aides n'est pas modifié, et aucune aide financière n'est octroyée pour l'aide à la toilette.



### Le même cas en fonctionnement en guichets intégrés

Constatant un problème d'hygiène avec cette personne âgée, l'accueil de jour, informé des ressources disponibles sur le territoire, identifie que la mobilisation d'un SSIAD n'est pas nécessaire pour une toilette complète mais requiert un service d'aide à domicile. La directrice contacte l'équipe médico-sociale du conseil général pour envisager la modification du plan d'aide APA avec une prise en compte du besoin d'aide à la toilette. Elle informe la fille de la personne âgée de ses démarches et lui donne les coordonnées des SAAD, le temps de la modification du plan d'aides.

**Contact 1 :** La fille choisit un SAAD dans la liste et le contacte.



**Contact 2 :** La fille rencontre au domicile de sa mère le SAAD pour la mise en place effective de la prestation.



## Exemple d'une situation complexe et d'une prise en charge de gestion de cas

M. Paul, 81 ans, veuf depuis peu, n'a plus qu'un fils avec lequel les relations sont plutôt conflictuelles. Suite à une chute avec altération de l'état général, il est hospitalisé. À cette occasion, une suspicion de maladie d'Alzheimer est confirmée. Les chutes sont expliquées par une arthrose sévère. À sa sortie de l'hôpital, il retourne vivre à domicile. Son fils est nommé mandataire du fait des troubles cognitifs. Celui-ci semble toutefois peu présent.

M. Paul se présente quinze fois aux urgences dans les mois suivants pour des motifs ne justifiant pas une hospitalisation mais révélant des problèmes d'hygiène. Une demande d'hébergement social d'urgence est lancée. L'assistante sociale des urgences appelle sa collègue des hébergements, qui lui apprend que la demande a déjà été faite mais que M. Paul ne s'est pas présenté.

L'assistante sociale du conseil général est saisie. Elle se rend au domicile de M. Paul, qui ne répond pas : il est à nouveau aux urgences. Un voisin l'informe qu'il est inquiet de ses conditions de vie. Il lui fait ses courses mais pense que M. Paul ne mange plus. Il lui dit qu'une assistante sociale de la mairie est venue. Après plusieurs appels, l'assistante sociale joint sa collègue, qui l'informe que, ignorant que cela avait été traité, une nouvelle demande de tutelle a été faite.

À la demande de l'assistante sociale, M. Paul est orienté par son fils vers un centre de santé proche de son domicile. À la suite du bilan, il est décidé qu'une infirmière se présentera tous les matins pour donner le traitement et surveiller son état de santé. Le dossier d'aide financière est débloqué, mais les professionnels ont du mal à intervenir, car M. Paul est souvent absent de son domicile. Le mandataire ne règle pas la facture, aussi le service suspend-il ses interventions. Le renouvellement des ordonnances pose problème, d'autant plus que la carte Vitale a été égarée.

M. Paul est hospitalisé en urgence et envoyé contre sa volonté en hébergement de longue durée. Il est pourtant pris en charge par le système, et chaque professionnel a rempli sa mission.

Cette situation dans sa complexité révèle la fragmentation des interventions, centrées sur leur propre champ d'action, d'autant plus que M. Paul a eu du mal à énoncer ses besoins.

Si le gestionnaire de cas était intervenu, il aurait eu pour mission de recevoir le projet de vie de M. Paul, de procéder à une évaluation multidimensionnelle de ses besoins et de le porter dans l'ensemble du réseau pour mettre en cohérence les interventions (PSI) afin de trouver la solution la mieux adaptée à ses besoins. Ainsi, l'hôpital aurait été en lien avec le système de soins primaires, le service social n'aurait pas été représenté par de multiples professionnels aux prérogatives différentes.

Pour soutenir cette situation, le gestionnaire de cas a besoin de s'inscrire dans un système qui le légitime par une action sociale et médicale intégrée appuyée par un système d'informations partageables, des outils communs et standardisés d'évaluation et de planification des services.



# Définitions

## Concertation

Mode d'organisation et premier mécanisme de construction de l'intégration. Elle permet de décloisonner les différents secteurs et de construire un projet commun entre tous les acteurs, décideurs, financeurs et acteurs de l'aide et du soin. Elle repose sur l'engagement et la gouvernance partagée entre plusieurs acteurs. Elle engage de fait la coresponsabilité des acteurs impliqués. Elle se décompose en deux instances :

- une instance de concertation stratégique qui engage les décideurs institutionnels et les financeurs sur le territoire (ARS, conseils généraux, CARSAT, RSI, MSA, CPAM et autres);
- une instance de concertation tactique qui mobilise les opérateurs responsables des services d'aide et de soins (secteurs sanitaire, social et médico-social), tous étant en charge d'ajuster ensemble une politique, des moyens et des pratiques partagés.

## Coresponsabilité

Dans le cadre de l'intégration, la coresponsabilité se concrétise par la coconstruction des moyens d'action, des outils collaboratifs, des actions et de leur conduite entre les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux, par la planification et la gestion des ressources mises à la disposition des personnes âgées.

## Gestion de cas

Suivi intensif et au long cours (y compris pendant les périodes d'hospitalisation) des personnes âgées en situation complexe. Troisième mécanisme de la démarche d'intégration, la gestion de cas repose sur l'intervention spécifique et soutenue d'un professionnel dédié (le gestionnaire de cas). Celui-ci est l'interlocuteur direct de la personne âgée, du médecin traitant, des professionnels. Il est le référent des situations complexes. La gestion de cas ne peut s'exercer que si le travail d'intégration des services est mis en œuvre.

## Guichet intégré

Intégration de l'ensemble des points d'accueil, d'orientation des personnes âgées et des services de coordination des interventions. Il s'agit du deuxième mécanisme de construction de la démarche intégrative. Par ce mécanisme sont fédérés tous les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux chargés de l'information, de l'orientation et de la coordination des services sur le territoire, autour de pratiques, d'outils partagés et de processus articulés. Les guichets intégrés participent au processus d'information et d'orientation selon 4 fonctions : accueil de la demande, analyse de la situation, repérage des besoins, y compris ceux que la personne n'exprime pas spontanément, et orientation.

## Intégration

Démarche novatrice conduisant tous les acteurs d'un territoire à coconstruire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et *in fine* à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite. Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins d'accueil, d'information, d'orientation et de mise en place de soins, d'aides ou de prestations, quelle que soit la structure à laquelle la personne âgée s'adresse. L'intégration a fait l'objet de nombreux travaux de recherche scientifiques et a été définie par plusieurs auteurs, notamment W. Leutz (1999), D. L. Kodner (2000), L. Demers (2005), D. Somme *et al.* (2013).

## MAIA

Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie<sup>1</sup>.

## Glossaire

**APA** Allocation personnalisée d'autonomie

**ARS** Agence régionale de santé

**CARSAT** Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

**CCAS** Caisse centrale des activités sociales ou centre communal d'aide sociale

**CG** Conseil général

**CIAS** Centres intercommunaux d'aide sociale

**CLIC** Centre local d'information et de coordination gérontologique

**CPAM** Caisse primaire d'assurance maladie

**EHPAD** Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**MSA** Mutuelle sociale agricole

**PPS** Plan personnalisé de santé

**PSI** Plan de service individualisé

**RSI** Régime social des indépendants

**SAAD** Services d'aide à domicile

**SSIAD** Service de soins infirmiers à domicile

---

1. Terminologie revue pour tenir compte de la réalité de terrain, en attente de l'adoption et de la publication de la loi « Adaptation de la société au vieillissement ».



Directrice de la publication : Geneviève Gueydan  
Imprimerie de La Centrale 62302 Lens Cedex  
Date d'achèvement du tirage : octobre 2014  
Dépôt légal : octobre 2014

Conception-réalisation : **con**fluence

Crédits photo : Jean-Marie Heindinger, pour la CNSA ; Olivier Jobard, Sipa Press, pour la CNSA



[www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)

66, avenue du Maine  
75682 Paris Cedex 14  
Tél.: 01 53 91 28 00  
[contact@cnsa.fr](mailto:contact@cnsa.fr)