

16 février 2012 – Samuel LESPLULIER

2^{es} rencontres
scientifiques
de la CNSA pour
l'autonomie

15 et 16 février
2012 - Paris

Aide à l'autonomie et parcours de vie

Atelier 8 : Les ruptures évitables des parcours des personnes âgées

La gestion de cas : une nouvelle fonction au sein d'un dispositif intégré



La gestion de cas dans le Plan Alzheimer 2008-2012

La gestion de cas constitue la Mesure 5 du plan national Alzheimer

A terme : déploiement de 1000 gestionnaires de cas sur l'ensemble du territoire français

Ces gestionnaires de cas ne peuvent se déployer qu'en lien avec la Mesure 4 du plan national Alzheimer

A terme : Création d'un « Label MAIA » garant d'un fonctionnement intégré des soins et des services sur un territoire.

En 2014 l'ensemble du territoire français devrait disposer de MAIA.

LA MAIA EN QUELQUES MOTS

Elle vise la **problématique spécifique des personnes en situation de grande dépendance (personnes souffrant de démence ou de pathologies chroniques invalidantes)** afin de faire évoluer les pratiques et la coordination territoriale pour un meilleur accompagnement du parcours du patient.

C'est un **dispositif de proximité identifié** et **proche** des personnes malades et des familles, porte d'entrée unique pour les utilisateurs rassemblant l'ensemble des dispositifs.

Il s'agit d'améliorer le dispositif actuel en s'appuyant sur l'existant **sans superposition de nouvelle structure**, partager pour améliorer l'efficacité, se coordonner autour du malade et **favoriser l'intégration**.

Le Label M.A.I.A.

1. La Concertation de l'ensemble des décideurs et professionnels du territoire (3 niveaux de concertation)
3. Un Guichet Intégré regroupant l'ensemble des acteurs : l'objectif étant que la personne puisse avoir la même réponse quel que soit le lieu où elle s'adresse.
5. L'utilisation d'un Outil d'évaluation multidimensionnelle (GEVA A)
7. L'élaboration d'un Plan de service individualisé
9. La mise en œuvre d'un Système d'informations partagées
- 11. L'implantation d'une nouvelle compétence : les Gestionnaire de cas**



Mesure 5



UN GUICHET INTEGRE

accessible en plusieurs endroits

La réponse ne dépend pas de l'endroit où on s'adresse
mais du besoin exprimé,

La personne n'a pas à savoir « comment ça marche » ou
« à qui faut-il s'adresser » pour ceci ou cela,

Quel que soit le partenaire MAIA sollicité, il apportera une
réponse tenant compte de l'ensemble des ressources
locales,

La personne voit l'accès au service dont elle a besoin
facilité,

La réponse se doit d'être équitable et multidimensionnelle,

L'ensemble des partenaires MAIA sont coresponsables
des orientations effectuées, du respect de l'équité et de
la pertinence des orientations par rapport aux besoins.

Les objectifs

Renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social autour de la personne malade et de ses aidants.

Simplifier les parcours.

Réduire les doublons en matière d'évaluation.

Éviter les ruptures de continuité dans les interventions.

Le constat

Un indicateur de simplification des parcours a été mesuré dans les MAIA expérimentales entre fin 2009 et fin 2010.

Cet indicateur mesure le nombre d'organismes contactés par la personne ou son aidant, avant de trouver le bon interlocuteur.

La création d'une MAIA fait baisser le nombre d'organismes contactés avant de voir traiter sa demande: de 3,24 à 1,3.

Ce qui témoigne d'une amélioration de l'accessibilité des personnes aux services qu'elles requièrent.

La Gestion de cas

La gestion de cas est issue du modèle de l'intensive case management (ICM), visant à fournir des soins de longue durée pour des personnes en situation dite « complexe » : les personnes accompagnées évoluent dans un environnement qui n'est pas adapté à leur situation et/ou ont des besoins multiples.

Les personnes suivies en gestion de cas ont des besoins spécifiques, nécessitant un ajustement constant des prestations de service.

Les composantes de la Gestion de cas:

- Le travail en binôme avec le médecin traitant de la personne
- L'évaluation multi-dimensionnelle permettant d'avoir une connaissance globale de la personne
- La planification de services
- Le suivi et réajustement constant des services mis en place
- Le suivi au long cours de la situation

Ce suivi intensif au long cours n'est possible que si le nombre de personnes suivies est limité : case load de 40 personnes selon des critères de complexité définis.

La Gestion de Cas

L'ÉVALUATION

Au fil des visites, après avoir créé une relation de confiance avec la personne, nous pouvons compléter l'outil d'évaluation.

Nous consacrons aussi du temps à la connaissance des différents professionnels et aidants qui côtoient la personne malade (paramédicaux, auxiliaires de vie, bénévoles, voisins, famille...).

Ce temps d'évaluation permet d'avoir une approche globale de la situation de la personne, en vue de dégager les capacités et incapacités, les forces et les faiblesses.

Le moment de synthèse

La synthèse de l'outil d'évaluation GEVA A permet de dégager un certain nombre de problématiques repérées sous forme d'alertes dans les différents champs de la vie de la personne.

Les contacts pris auprès de toutes les personnes permettent de comprendre comment s'est organisé le système d'aide qui gravite autour de la personne : qui passe quand, qui fait quoi, quels sont les enjeux, quelle est la dynamique familiale, sociale...

La Gestion de Cas

Le Plan de Service Individualisé

A partir de la synthèse de l'évaluation, nous pouvons construire le Plan de Service Individualisé (PSI) en « concertation », à partir des besoins et des souhaits exprimés par la personne et son entourage.

Le PSI est construit en 3 parties :

- Les besoins de la personne
- Les différents professionnels impliqués dans la prise en charge
- Les besoins qui restent « non comblés »

La Gestion de Cas

DYSFONCTIONNEMENTS

A partir des besoins qui demeurent non comblés, le gestionnaire de cas a pour mission de pointer les dysfonctionnements ne permettant pas une prise en charge optimale.

Ces dysfonctionnements sont ensuite exprimés lors des tables tactique et stratégique par le pilote local. L'objectif étant de trouver une réponse plus opérante dans la prise en charge de futures situations.

L'accompagnement dans la durée

La complexité des situations suivies en gestion de cas oblige un ajustement constant des aides mises en place.

Le gestionnaire de cas veillera à faire circuler les informations auprès des différents intervenants, en vue d'une planification des actions en concertation.

Le gestionnaire de cas accompagnera la personne tout au long de son parcours de vie, quelque soit le lieu ou la situation rencontrée.

La connaissance de la personne, le travail avec le médecin traitant, la réactualisation permanente de l'outil GEVA A, permettront au gestionnaire de cas d'être une personne ressource capable d'apporter une somme importante d'informations.

La planification, la concertation et la prise en charge dans un modèle en voie d'intégration permettront à chacun des acteurs d'être proactifs et de gérer au mieux les situations difficiles afin d'éviter les ruptures de parcours.

Situation de M.D.

ILLUSTRATION CLINIQUE

CAS CONCRET Mr.D.

1^{er} signalement en janvier 2011 :

Le CLIC suivait M.D. depuis 5 mois pour les axes suivants:

Mise en place d'aides humaines

Sécurisation de l'environnement pour éviter les chutes (petites adaptations du logement)

M.D. est aidé par ses nièces (les filles de sa sœur): elles s'occupent des démarches administratives et financières et font les courses.

Les nièces sont dépassées et fatiguées par l'accompagnement apporté à leur oncle, ils sollicitent de plus en plus souvent le CLIC qui se sent débordé par la situation.

Evaluation de M. D.

M.D. est âgé de 88 ans.

Il vit seul, n'a pas été marié et n'a pas d'enfants.

M.D. travaillait dans l'impression d'un journal local (travail de nuit)

Troubles cognitifs diagnostiqués en 2004 (Maladie d'Alzheimer)

On note également des troubles de l'équilibre et de la marche

M.D. vit dans une maison dont il est propriétaire.

Il est très attaché à cette maison qu'il a construite en partie. Il a toujours eu des chiens auxquels il s'est beaucoup attaché, qui sont enterrés dans son jardin.

CAS CONCRET Mr D.

1/ J'appelle les nièces pour avoir des informations sur la situation:

M.D. reste dans son fauteuil toute la journée, il n'a aucune activité. Il n'a même plus la 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 à la poubelle.

Il déclenche toutes les nuits le système de télé-alarme, ce qui oblige une des nièces à venir voir ce qui se passe.

2/ J'appelle le M.T. de M.D. qui m'indique que M.D. a été hospitalisé en Unité Cognitivo-comportementale à cause d'une lésion au niveau de la bouche. Il était pris en charge en service de médecine, mais du fait de troubles du comportement il a du être transféré en « unité sécurisée »

Avant la prise en charge en gestion de cas

- * **A domicile, des aides ont été mises en place.
Mais l'organisation ne semble pas convenir, d'après les dires des nièces:**

Une I.D.E. passe le matin vers 7h30 pour donner les médicaments et mettre les bandes de contention.

Un service d'auxiliaires de vie a été mis en place en prestataire (Monsieur est coté GIR 4 APA) – 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 3x/semaine pour des exercices de mobilisation et de ré-entraînement à la marche

Un orthophoniste intervient 2x/semaine pour des activités de stimulation cognitive.

- * **Comme M.D. n'ouvrirait pas la porte aux intervenants, l'ergothérapeute du CLIC a préconisé la pose d'un petit coffre de clé à code, afin que les professionnels puissent entrer pour leurs interventions.**

Entretiens avec M.D. : poursuite de l'évaluation

- * **M.D. est pris en charge en U.C.C., il est impatient de rentrer chez lui.
Il ne comprend pas ce qu'il fait avec toutes ces personnes, il refuse de s'alimenter.**
- * **M.D. 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 13h30
Dîner vers 20h
Coucher vers 23h**

En discutant avec M.D., on arrive à comprendre qu'il a une histoire de l'enfance qui n'a jamais été oubliée, et dont il parle très souvent de façon détournée : il a été victime d'attouchements sexuels en classe.

Synthèse de l'évaluation

- * **Alerte nutrition : M.D. ne mange pas, jette les aliments de ses repas à la poubelle**
- * **Alerte santé : il 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, M.D. se met en danger en coupant les fils électriques des équipements.**
- * **Alerte sur l'organisation du quotidien : le plan d'aides n'est pas adapté au rythme de vie de M.D.**
- * **Alerte occupationnelle et sociale : M.D. s'isole, il ne fait rien la journée, n'a plus de TV et ne voit que les professionnels intervenant chez lui.**

Souhait de M.D. : rentrer chez lui, retrouver sa maison au plus vite

Volonté des nièces et du médecin : envisager un placement de M.D. en EHPAD

Les propositions du PSI

Le choix retenu est celui d'un retour à domicile, après discussion avec les professionnels de l'hôpital et avec le M.T. (rôle d'advocacy du G.C.)

*** Organisation d'une table de concertation clinique avec l'ensemble des intervenants, afin de prévoir la sortie de l'U.C.C. dans des conditions optimales. Les intervenants sont conviés à une rencontre organisée à l'hôpital:**

- L'IDE et le service d'aides à domicile peuvent coordonner leurs interventions. Ils peuvent aussi entendre la demande d'aménagement des horaires avec le rythme de vie de M.D.

- Le kiné, l'orthophoniste peuvent organiser leurs passages afin qu'il y ait des visites régulières.

- Les nièces et le service d'aides à domicile peuvent partager les tâches à effectuer (courses, gestion des repas...)

- Un cahier de liaison est mis en place, les coordonnées de chacun des intervenants apparaît sur le PSI qui sera partagé.

- Une nouvelle date de consultation mémoire est programmée, le médecin traitant, les nièces en sont informés.

Ce qui facilitera l'organisation du transport.

Quelques mois après l'hospitalisation en U.C.C.

- * **M.D. est toujours à son domicile.**
Le service d'aides à domicile a changé, car la responsable de secteur du service précédent n'a pas trouvé de possibilité de s'adapter aux exigences horaires de M.D.
 - * **Il est de nouveau hospitalisé à la suite d'une chute à domicile : passage par le service des urgences, rencontre avec l'équipe mobile de gériatrie (E.M.G.)**
M.D. confie à l'E.M.G. qu'il s'ennuie.
Le médecin de l'E.M.G. constate une perte de poids importante depuis la dernière hospitalisation.
L'assistante sociale est interpellée, elle prend l'initiative de contacter le S.S.I.A.D. pour la réalisation de la toilette, de réviser le plan d'aide et de contacter un accueil de jour.
- Les nièces sont contactées à l'issue de cette hospitalisation de courte durée, elles me font part de ces modifications qui risquent de bouleverser l'organisation du quotidien.

- * Je reprends contact avec l'assistante sociale qui m'explique qu'elle a essayé de trouver une solution en lien avec les problématiques de la situation au moment de l'hospitalisation.**
- * Après un entretien avec l'E.M.G. (médecin et assistante sociale), en s'appuyant sur la synthèse de l'E.M.D. et sur le PSI, le plan d'aide reste inchangé. Toutefois, l'E.M.G. insiste sur l'isolement social de M.D.**

M.D. a besoin d'aide, il s'ennuie mais ne veut pas sortir de chez lui. Il veut conserver son rythme de vie et ne pas être « envahi » chez lui.

La concertation avec l'ensemble des partenaires, le suivi des situations au travers d'outils validés et reconnus sur le territoire MAIA, permet un accompagnement au plus près des souhaits des personnes en respectant leur choix de vie.

2^{es} rencontres
scientifiques
de la CNSA pour
l'autonomie

15 et 16 février
2012 - Paris

MERCI DE VOTRE ATTENTION