



# LA GESTION DE CAS

Présentation au Club des volontaires MAIA  
Géront expo 19 Mai 2011  
CNSA/Association Française des Gestionnaires de Cas

# PLAN

- Présentation synthétique focus sur 3 points clefs de la gestion de cas
- Une démarche particulière d'évaluation & un positionnement particulier  
→ Cas de Mme B.
- Une influence sur les trajectoires de santé → Cas de Mr L.

# POPULATION CIBLE

- Le modèle de gestion de cas développé en France s'adresse aux situations complexes; c'est un modèle de suivi intensif.
- La complexité n'a pas de définition consensuelle.
- Chaque site MAIA a été amené à définir la population cible en fonction du contexte local et en partenariat.
- Harmonisation en cours.

## LE CONTEXTE

Le gestionnaire de cas pratique **exclusivement dans un système intégré** (Les MAIA, en France) qui lui permet d'être légitime sur le territoire qu'il couvre.

De plus le travail d'intégration réalisé au préalable lui donne **une parfaite connaissance**, sur ce territoire, **des ressources, freins et leviers** liés à son action.

Le gestionnaire de cas (GC) est un professionnel issu du champ sanitaire, social ou médico-social, ayant une expérience significative.

### **Formé de manière spécifique.**

DIU de coordonnateur - gestionnaire de cas.

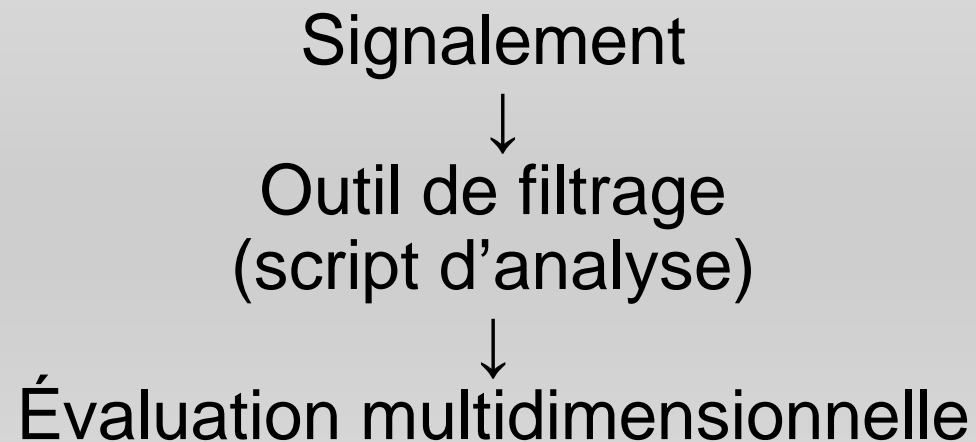
Initié aux pratiques des différents champs.

Formé aux spécificités du territoire couvert.

Formé à la démarche d'évaluation multidimensionnelle (EMD).

Le GC utilise **des outils spécifiques et dédiés**  
de préférence validés et standardisés

Les situations suivent le parcours suivant :



Signalement → outils de filtrage

=

Guichet intégré

(Ensemble des partenaires MAIA)

GC: un professionnel qui n'est pas  
dédié à une structure mais au service du  
dispositif

L'évaluation multidimensionnelle **couvre les champs médical, social et médico-social**, elle est **globale** et après analyse, permet d'établir un **Plan de Services Individualisé (PSI)**.

Le PSI permet au GC la **mise en place et le suivi dans le domaine des soins, aides et services corrélés à l'ensemble des besoins** de la personne suivie.

Le PSI, partagé avec les intervenants, permet de s'assurer de la **cohérence et l'efficacité** des actions menées.

Le modèle de gestion de cas développé en France s'adresse aux situations complexes; c'est **un modèle de suivi intensif**.

Dans le cadre de l'accompagnement personnalisé les besoins doivent être réévalués régulièrement.

La gestion de cas permet :

- Un suivi effectif des démarches d'admission aux services, soins et aides requis
- Un suivi de la réalisation de ces derniers
- La meilleure coordination possible sur le territoire favorisant la dynamique d'intégration MAIA

# CAS CONCRET Mlle B.

77 ans, d'origine Algérienne

Vit en France, dans la même commune, depuis 50 ans.

Célibataire ; sans enfants ; vit seule en logement social.

Signalement :

Centre Local d'Information et de Coordination interpellé par un élu de la Mairie, suite à des « plaintes du voisinage ».

Le CLIC se posait des questions quant à l'explication

Des troubles du comportement chez Mme B :

Démence ou pathologie psychiatrique?

Refus de soins.

## CAS CONCRET Mlle B.

Les actions du GC :

- **Établir une relation de confiance avec Mme B .**

Il a fallu du temps pour pouvoir être identifiée et reconnue.

- **Accepter de ne rien pouvoir mettre en place dans un premier temps.**

Malgré les demandes pressantes des partenaires il est important de savoir se positionner et de ne pas répondre aux demandes immédiates.

Il convient ici de respecter le rythme de Mme B, ses choix, ses envies, ses réticences.

# CAS CONCRET Mlle B.

- **Compréhension de la situation.**

EMD: Recueil de l'histoire de vie de la personne : antécédents médicaux, histoire familiale, culture, état affectif, comportement, relations sociales...

- **Organiser des temps de concertation.**

Pour que des orientations soient prises, il a été nécessaire d'organiser des temps de concertation, où étaient présents le médecin traitant, le GC, l'office HLM, un élu de la mairie, le CLIC, l'assistante sociale de secteur.

- **Assurer un retour des actions menées auprès de tous.**

## CAS CONCRET Mlle B.

- **Créer un partenariat privilégié avec le médecin traitant .**

Le partenariat avec le médecin traitant est essentiel. Sa mobilisation a permis de trouver des réponses adaptées et adaptables à chaque étape du parcours de Mme B.

Le médecin a su prendre en compte la situation dans sa globalité et intégrer toutes les données, tenant compte de la position de référent du GC.

# CAS CONCRET Mlle B.

- **Être présent lors des épisodes d'hospitalisations:**

Mme B a été hospitalisée suite à une chute.

Grâce à ma connaissance de la situation et à l'utilisation de l'EMD, j'ai pu transmettre des informations clefs au gériatre, qui lui ont permis de prendre en charge Mme B différemment : Les données médicales, son analphabétisme, son histoire de vie et la composition familiale.

Ce travail de partenariat, a permis d'organiser le retour à domicile de Mme B de façon efficace et cohérente.

La fonction de GC est d'assurer la continuité du parcours d'aide et de soins y compris à l'hôpital en incluant dans sa concertation clinique les acteurs hospitaliers (AS; Médecins; Infirmières....)

# CAS CONCRET Mlle B.

- **Favoriser la coresponsabilité des partenaires.**

Dans cette situation chacun connaît sa mission, en lien avec des besoins établis dans le Plan de Services Individualisé.

Cette posture s'établit dans le respect de la place de chacun.

- **Rôle d' « advocacy ».**

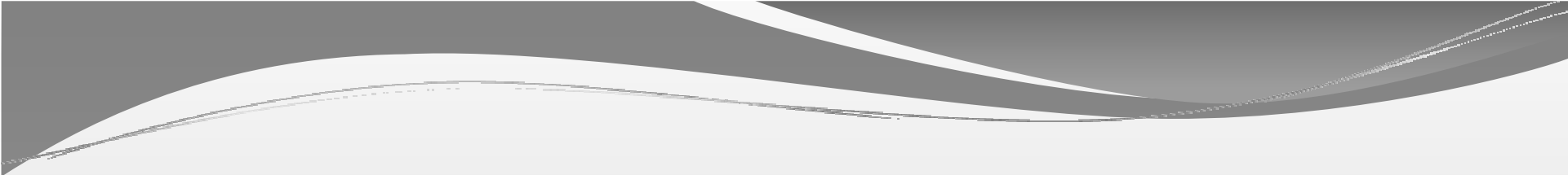
Faire entendre la voix de la personne suivie.

Demande de Mme B : retour à domicile.

Avis du service d'hospitalisation : institutionnalisation.

En transmettant un certain nombre d'éléments rassurants à l'équipe hospitalière celle-ci a revu sa perception de la situation et nous avons alors pu répondre à la demande de Mme B.

- **Planification des services et suivi de cette planification.**



# L'AMELIORATION DU PARCOURS DES PERSONNES SUIVIES EN GESTION DE CAS

« Ce sont souvent les services d'urgences qui découvrent les personnes seules, isolées, en perte d'autonomie et qui doivent gérer les situations de crises. »

(Interne aux urgences.)

Exemple: engorgement des urgences de l'hôpital Antoine Béclère

(AP-HP Clamart/ France 5/ 7' pour une vie/07/05/2011).

# SUIVI INTENSIF ET ÉVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE

La gestion de cas :

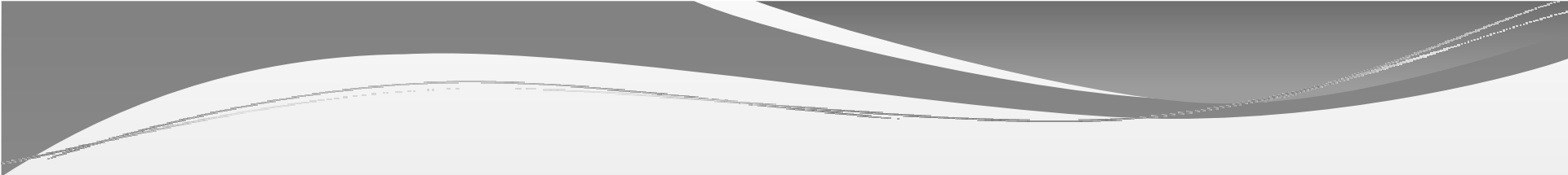
Aborde tous les champs :

- Sanitaire/ Social/ Médico-social

Lutte contre le **fractionnement**

**Améliorer les parcours :**

- Réduction des hospitalisations
- Préparation efficiente des entrées en institution dans le respect du choix de vie des personnes



Pour chaque situation le GC développe un partenariat avec l'ensemble des personnes qui ont un rôle à jouer dans la situation, qu'ils soient professionnels ou non.

Le partage consenti des informations recueillies lors de l'évaluation et la planification partagée **améliorent** la qualité des prises en charge.

La connaissance globale et approfondie des situations ainsi que l'accompagnement individualisé permettent de **prévenir les situations de crise** (Passages aux urgences / Hospitalisations à Répétition / institutionnalisation non préparée....)

Dans la perspective d'agir favorablement sur **la qualité de vie des personnes.**

## CAS CONCRET Mr L.

74 ans.

Vit seul; marginalisé; pas de famille.

Troubles cognitifs en cours de diagnostic

M.M.S 21/30

Troubles psychiques non évalués.

Nombreuses hospitalisations pour chutes.

## CAS CONCRET Mr L.

1<sup>er</sup> signalement:

Service Social de l'hôpital

2<sup>ème</sup> signalement:

CCAS: nouvelle chute → réhospitalisation.

Doit rester hospitalisé jusqu'à un placement.

3<sup>ème</sup> signalement:

Hôpital: sortie effectuée.

5 hospitalisations consécutives en 4 mois.

# CAS CONCRET Mr L.

## Avant la prise en charge en GC:

Passages par les urgences, visite de l'E.M.G. puis orientation vers le service de médecine.

En sortie d'hospitalisation : le service social propose un plan d'aide qui n'est pas appliqué

Un M.T. qui passe 1x/mois

Une I.D.E. qui ne peut pas toujours accéder au domicile de Mr L.

Lors de la dernière hospitalisation, M.L. a intégré le S.S.R. en vue d'un placement en institution.

M.L. supplie les professionnels de rentrer chez lui, qui décident de lui donner une dernière chance.

L'E.M.G. contacte le G.C. afin de signaler que M.L. est rentré chez lui.

**Le C.H. pense que M.L. reviendra, mais cette fois ils « seront plus convainçants» pour qu'il soit placé en hébergement permanent**

# CAS CONCRET Mr L.

## Les actions du GC:

- Le GC travaille avec le C.H. (E.M.G. et service social) dans la mise en place d'une procédure lors de la prochaine hospitalisation.
- Négociation afin que Mr L. puisse choisir son mode de vie.
- Possibilité de rencontre de Mr L. avec le GC dès le début de l'hospitalisation.
- Entretiens cliniques afin de gagner la confiance de Mr L. et de débiter l'évaluation multidimensionnelle.
- Contacts avec le M.T. et l'IDE.
- Liens avec le service social qui prépare à nouveau la sortie.

## CAS CONCRET Mr L.

- Travail avec Mr L. sur la prise de conscience de ses difficultés.
- Préparer la possibilité d'un suivi à domicile après la sortie.
- Information au C.C.A.S.
- Liens avec l'I.D.E. pour améliorer la prise en charge : passage à heure régulière, mise en place d'un pilulier.
- Liens avec le M.T.
- Poursuite de l'EMD à domicile.

## CAS CONCRET Mr L.

- Après 3 mois de prise en charge en GC, pas de nouvelles hospitalisations.
- Mr L. ne veut accueillir personne chez lui pour l'aider. Il a pris conscience que sans aide le maintien domicile devenait difficile.
- Un essai d'une semaine en foyer-logement est prévu.



# AFGC

**Association Française des Gestionnaires de Cas**

Géront expo 19 Mai 2011

CNSA/Association Française des Gestionnaires de Cas