

La journée du Gestionnaire de cas



Les 3 règles d'une bonne organisation du gestionnaire de cas

Règle 1:

Toujours prévoir, planifier, programmer et anticiper

Règle 2:

Un mail ou un appel téléphonique à votre arrivée vous empêchera de faire ce que vous aviez prévu la veille

Règle 3:

Soyez adaptable, flexible et disponible...
Chaque jour apporte de grandes surprises



9h30: Concertation en EHPAD pour la situation de Mme V.

Mme V. est en EHPAD depuis 5 mois. Aujourd'hui, elle souhaite rentrer chez elle. Les équipes de l'EHPAD sont épuisées au vu de ses demandes et son comportement. En effet, madame peut être agressive verbalement.

L'EHPAD cherche à comprendre comment se passaient les interventions à domicile, qui intervenait, afin d'organiser un retour à domicile, pour respecter son souhait.



Retour sur la situation

La situation nous avait été orientée par l'AS de l'hôpital car elle avait du mal à gérer ses papiers, elle était plutôt dans le refus des interventions malgré un besoin existant. Le médecin traitant était pratiquement inexistant, donc le suivi médical n'était pas régulier.

Mme avait épuisé une grande partie des SAAD intervenant sur le secteur, et les IDEL étaient prêtes à arrêter.

Mme avait un fort caractère. Elle avait travaillé en tant que responsable des Duty free sur des bateaux de croisière. Elle avait donc une grande équipe à gérer. C'est elle qui donnait les ordres.

Au bout d'un an d'intervention, le gériatre de l'hôpital préconise une entrée en EHPAD, expliquant que la situation allait encore se dégrader, et que Mme était ingérable.

Mme souhaitait rester à domicile.

Après concertation avec l'équipe intervenant au domicile (SSIAD, SAAD, nouveau MT), nous décidons de façon collégiale de continuer le maintien à domicile, tout en faisant des points régulièrement.

Des points seront faits régulièrement avec les équipes et Mme: la situation se dégrade petit à petit comme l'avait prévu le gériatre. Mme souhaite toujours rester à domicile, les interventions du SSIAD et du SAAD s'accroissent, afin de laisser madame le moins possible seule. L'autonomie fonctionnelle se dégrade, elle a besoin d'aide pour tous les actes essentiels de la vie et toutes les activités de la vie domestique.

Le maintien à domicile devient dangereux.

Mme est de plus en plus virulente, elle dit ne pas accepter de vieillir ainsi.

Il y a eu des chutes à répétition. Mme refuse de plus en plus les aides techniques. Elle prend du poids de façon importante. Un lève malade est maintenant nécessaire, mais elle le refuse catégoriquement. De longues explications sont apportées, elle finit par l'entendre mais hurle quand il est livré. Elle hurle et frappe les intervenantes quand elles l'utilisent. Lors d'un transfert madame a eu un mouvement brusque, ce qui a failli renverser le matériel et elle avec. Malgré les explications, Mme refusait cette utilisation.

Les intervenants étaient bloqués, le maintien à domicile devenait trop dangereux. Après de nombreuses heures de discussion, madame a finalement accepté une entrée en EHPAD.



Retour à la concertation

Cette réunion est organisée par l'EHPAD dans le cadre du projet de vie. Au vu de la demande persistante de madame, l'EHPAD prévoit un RAD à domicile dans quelques mois.

L'EHPAD souhaitait donc savoir comment se passait le maintien à domicile, quelles aides étaient en place afin d'organiser au mieux ce RAD.

Echanges domicile/EHPAD

Les choses avaient vraiment changé pour madame. Elle avait perdu du poids, et avait gagné en autonomie fonctionnelle. Elle fait ses transferts avec un verticalisateur, en présence d'une personne mais avec très peu d'aide. Arrive à se déplacer avec son fauteuil roulant, mais sur de courtes distances.

Madame mange seule à nouveau.

Elle dit aller mieux, et souhaite plus que tout rentrer chez elle.

Le SSIAD qui intervenait, ne souhaite plus intervenir, le SAAD non plus. Le MT traitant ne souhaite plus intervenir, si le SSIAD n'intervient plus.

L'EHPAD doit donc retrouver une nouvelle équipe.

La GC interviendra AU DOMICILE. Elle demande à être informée à l'avance de la date.

Mme rentrera chez elle 4 mois plus tard. Son RAD se fait en présence de tous les intervenants.

Nouveau cabinet IDEL, nouveau SAAD, Mme accepte le portage de repas, elle accepte toutes les aides techniques proposées.

Madame décèdera quelque temps après, lors d'un transfert entre l'hôpital et son domicile pour une consultation.



11h : VAD chez Mr E.

M.E. a des troubles cognitifs (observés par le M.T.) mais aucun diagnostic n'est posé.

Mr. E vit seul. Il est séparé, a deux filles mais aucun contact depuis au moins 10 ans.

Les intervenants sont en difficulté car monsieur est dans le refus des aides.



Retour sur la situation

La situation nous a été orientée par le CCAS et le services social personnes âgées du Département.

En effet, malgré un accompagnement durant des mois, monsieur est dans le refus des aides.

Un SAAD essaye d'intervenir. Monsieur a un plan d'aide APA de 18h/mois, mais 10h sont utilisées au grand maximum.

Un IDEL intervient pour l'aide à la toilette et s'assurer de la bonne observance du traitement. La toilette est faite une fois par semaine, au mieux. Monsieur refuse très régulièrement que l'IDEL entre dans son logement. Ce dernier explique qu'il n'insiste pas. Monsieur prend seul son traitement d'anticoagulants. De nombreuses boîtes entamées sont vues au domicile.

Monsieur a un MT qu'il voit une fois par mois. Le MT fait sa consultation sur le bord de la fenêtre. Il renouvelle le traitement.

Un agent administratif du CCAS aide monsieur pour la gestion administrative et financière (rédaction de chèques, traitement du courrier, etc).

L'évaluation multidimensionnelle fait apparaître:

- Besoin de compenser l'incapacité à gérer son budget et ses papiers: proposer une mesure de protection.
- Bilan complet de sa santé à faire au vu du suivi médical qui semble léger: proposition d'une hospitalisation en service de Court séjour gériatrique
- Evaluation des capacités cognitives: proposition d'une consultation mémoire
- Besoin de refaire un point avec le SAAD pour voir si les interventions répondent aux besoins de monsieur
- Faire un point avec l'IDEL afin d'améliorer l'observance du traitement.

-> Le maintien à domicile est encore possible d'après les intervenants, à condition que monsieur accepte d'avantage les aides.



Retour à la VAD

Mr n'était pas à son domicile.

Nouvelles tentatives, mais sans succès.

Les intervenants m'alertent à plusieurs reprises, me disent qu'il faut que j'agisse, mais je ne réussis pas à rencontrer monsieur.

Il fera une chute à domicile, rupture du col du fémur, puis séjour en SSR. Il décidera alors d'aller en EHPAD.



14h : Visite de Mr. S. à l'Accueil de jour.

L'équipe de l'ADJ est très inquiète suite aux dires de monsieur. Il est lui-même inquiet et en colère car son épouse l'aurait menacé de « l'enfermer en maison de retraite ». Monsieur aurait salit les WC.

Monsieur a une maladie d'Alzheimer, qui a été diagnostiquée il y a un an et demi. Il vit avec son épouse. Il est marié avec elle depuis un an et demi.

L'équipe de l'ADJ me demande de faire quelque chose rapidement.



Retour sur la situation

La situation de Mr. S. nous a été orientée par l'ESA. Son épouse avait décidé qu'il ne pourrait pas voter au vu du diagnostic. De toute façon, monsieur était devenu mal voyant et serait incapable de voter, selon madame.

De plus, les intervenants semblaient changer régulièrement (SAAD, Cabinet IDEL) à la demande de madame.

Pour l'ESA, il fallait un regard extérieur afin d'assurer une continuité dans les aides et les soins.

Le couple s'est marié il y a un an et demi, à deux semaines d'intervalle de l'annonce diagnostique.

Le couple se connaît depuis longtemps, madame ayant été l'aide à domicile de monsieur pendant de nombreuses années.

Madame dit ne pas avoir été informée de la maladie de monsieur, elle dit s'être mariée pour partager la vie ensemble et non pas pour être garde malade.

Monsieur explique que c'est un mariage de convenance: il ne souhaitait pas vieillir seul, et souhaite rester chez lui. Se voyant vieillir, il savait qu'il aurait besoin de quelqu'un. Selon lui, cette situation arrange madame qui a de petits revenus.

Madame ne semble pas comprendre les difficultés de monsieur. En effet, il a des problèmes de mémoire. Mais également de vue, l'atrophie du cerveau atteignant la vision.

L'ESA avait mis en place des aides techniques au domicile, que monsieur avait intégré lors de leurs passages.

Une semaine après la fin de l'intervention de l'ESA, les aides techniques avaient été enlevées. Madame a alors expliqué que monsieur n'y comprenait rien, et de toute façon, ce n'était pas beau au niveau décoration.

Les intervenants semblent avoir des difficultés face aux demandes de madame. Cependant, avec monsieur, tout se passe bien. Il accepte les soins sans soucis, aime voir arriver les auxiliaires de vie à son domicile.

Madame assume la plupart des activités de la vie domestique, elle se plaint d'être épuisée, malgré de nombreuses propositions d'aide: PARA, plus d'heures d'intervention, etc.

Monsieur explique que les relations entre lui et son épouse sont compliquées. Il dit faire un peu comme elle veut car il a peur qu'elle parte. Si elle part, il ne pourra pas rester à domicile.

Cette idée restera même si on explique à maintes reprises qu'un maintien à domicile est possible avec des aides en place.



Retour à l'accueil de jour

L'équipe est remontée contre madame.

Monsieur explique qu'il ne souhaite pas aller en maison de retraite. Il pense qu'elle a dit cela pour partir en vacances.

Mais il explique avoir toujours cette peur de ne pas pouvoir rester chez lui.

J'explique à l'équipe que je ne peux rien faire à ce jour. Cependant, je prendrai contact avec madame, afin d'avoir sa version des faits.

Madame accepte de me rencontrer quelques jours plus tard. Je souhaite faire un point sur la situation, comme d'habitude. Au vu des tensions dans le couple, je rencontre souvent monsieur seul puis madame seule, avant de faire un point avec le couple.

Madame se dit épuisée. Elle souhaite avoir des aides pour elle, et non pas pour monsieur.

J'évoque l'intervention de la PARA, mais elle refuse.

Je propose de faire une demande pour augmenter les interventions des aides à domicile: n'en voit pas l'intérêt. Elle explique qu'elle a besoin de se reposer, de ne plus voir monsieur.

J'évoque alors un hébergement temporaire, expliquant que monsieur doit être d'accord. Elle semble accepter cette solution.

Monsieur accepte d'aller en hébergement temporaire, à condition de revenir chez lui après. Les dates sont fixées. Monsieur va à l'EHPAD où se trouve l'ADJ. Pour que monsieur soit le moins perturbé, l'ADJ propose de l'accueillir tous les jours.

Lors de ce séjour, monsieur va exprimer sa forte inquiétude concernant son argent, et sa peur que son épouse apprenne qu'il nous en parle. L'équipe de l'EHPAD fait un signalement au procureur.

Je continue un accompagnement « de près », avec des rencontres très régulières avec madame. L'objectif étant de travailler l'acceptation des aides qui pourront la soulager. Lors d'un entretien, madame craque et me dit « je m'en fous de lui, je suis là pour son argent, vous croyez quoi? Sinon je serai déjà partie depuis longtemps ». Cet entretien durera longtemps afin d'avoir un maximum d'éléments. J'informe madame, qu'au vu de la gravité de ses propos, je suis dans l'obligation d'en informer le Juge des Tutelles.



Un an plus tard

Une mesure de protection a été prononcée.
Monsieur est sous curatelle renforcée.
Madame est nommée curatrice et un mandataire judiciaire privé est nommé subrogé curateur.

Madame réitérera les hébergements temporaires. Le deuxième séjour durera 5 semaines. Puis un mois plus tard, 4 semaines. Elle ne viendra pas chercher monsieur le jour de la fin du séjour, expliquant qu'elle ne peut pas s'en occuper. Elle prolongera le séjour d'un mois. Puis changera d'EHPAD pour un nouveau séjour.

Pendant ce temps, l'état de santé de monsieur se dégrade. Il marche de moins en moins bien. Ses troubles cognitifs sont de plus en plus importants. Il ne se reconnaît pas dans le miroir, ne sait plus manger avec des couverts.

Il a besoin d'aide pour s'habiller, pour aller aux toilettes, pour manger.

Le retour à domicile est difficilement envisageable.

Suite aux différentes notes d'information complémentaires faites au Juge, une expertise sera demandée afin de définir si un RAD est possible.

La conclusion sera négative.



16h: appel d'un travailleur social du Service Personnes âgées du département.

Elle nous a orienté une situation il y a quelques jours. Elle souhaite savoir quand est-ce qu'on va au domicile car c'est une situation urgente.

J'explique que les nouvelles situations sont traitées le mardi, elle sera donc traitée en équipe, lors de la commission d'inclusion, demain.

Elle me dit que c'est inadmissible, c'est une situation URGENTE.

Cette assistante sociale n'a pas voulu entendre la spécificité de notre intervention.

J'ai demandé si monsieur avait été informé, car cela n'était pas notifié sur le formulaire d'orientation. Elle m'a alors répondu que la situation était bien plus grave, qu'on n'avait pas le temps de poser ce genre de questions à monsieur.

Cette conversation de fin de journée m'a emmené dans un certain nombre de pensées...

Gestionnaire de cas...

Ce que l'on peut entendre...

Ce que les gens peuvent imaginer...

Ce que l'on porte comme représentation...

Vas-tu venir à notre secours?



Prière à Sainte Rita

« Sainte Rita, avocate des causes désespérées, priez pour nous.

Sainte Rita, j'ai recours à vous, que tous proclament « la sainte des impossibles ».

Je suis angoissé, dans une impasse.

Je vous implore, car j'ai confiance en vous et j'espère être rapidement exaucé,

car vous êtes proche de notre Père du ciel.

Rendez le calme à mon esprit.

Je ne vois pas de solution humaine, mais je me confie à vous que Dieu a choisie pour être « l'avocate des causes désespérées ».

www.sainte-rita.fr

Vas-tu nous sauver?



Superman est actuellement doté :

- d'une **super-force**
- d'une **super-vitesse**
- d'une **super-endurance**
- d'une **super-résistance** proche de l'**invulnérabilité**
- d'une **super-vision**.
- d'une **super-ouïe**
- d'un **super-odorat**
- d'un **super-souffle**
- d'une **super-mémoire**
- d'une **super-intelligence**
- d'une **super-agilité**
- d'un **facteur de guérison**
- de la **capacité à voler**

Quelqu'un se reconnaît dans ce descriptif?

www.wikipedia.org

Vas-tu foncer?



Foncer tête baissée

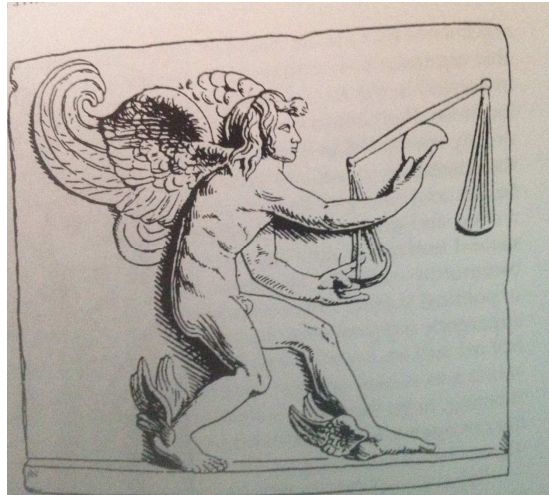
Agir **sans réfléchir** et sans redouter les difficultés.

Cette expression viendrait du fait qu'au Moyen-Âge les casques des guerriers étaient munis de bassinets à visière qui obligeaient les combattants à baisser la tête lors des charges pour les batailles.

A l'heure actuelle d'autres combattants illustrent à merveille le fait de "foncer tête baissée" pour se **jeter dans une mêlée tout en évitant les coups**: les rugbymen.

www.mon-expression.info

Vas-tu prendre le temps?



- Le concept de KAIROS désigne tout à la fois l'instant où les choses sont agencées de telle manière que leur cours va nécessairement basculer, la capacité à discerner cet instant, et celle à agir de manière juste, mesurée et efficace. Il relève d'une réflexion sur la pratique (médicale, stratégique, politique, militaire...).

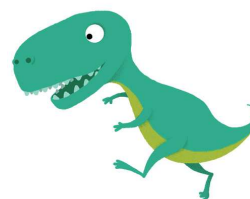
Ce concept est intéressant pour cette richesse, et pour ce qu'il évoque de pertinence et d'écologie face aux systèmes et à leur évolution. Il représente un cap qui guide les pas de l'intervenant.

Entendez les problèmes
Proposez plusieurs solutions
Laissez le temps agir...
Profitez d'un événement de vie pour aborder à
nouveau les solutions proposées
Laissez le temps agir...
Entendez les problèmes
Etudiez les solutions potentielles
Laissez le temps agir...

ET SURTOUT...

Préparez vous à être confronté aux remarques
des professionnels et des partenaires :

LA POURQUOICANAVANCEPAÏTE





Super G.C. est doté

D'un grand pouvoir d'écoute et d'analyse

D'un esprit ouvert et créatif

D'une capacité à laisser émerger des solutions

D'un sens accru de l'observation

D'une humanité sans jugement

D'un pouvoir de négociation et de persuasion

De patience et de ténacité

D'une capacité à prendre des coups, des critiques et même parfois des menaces...

Supers G.C. c'est nous... Sauf que les ARS ne fournissent pas le costume!

L' A.F.G.C.

Communauté d'échange et de partage
d'expériences.

S'inscrire:

groupe_de_GC-subscribe@yahoo-groupes.fr