

Articulation gestion de cas MAIA et ESA

Aurélie LE CHANU – Pilote MAIA Pays de Rennes
Julie JACQ – Ergothérapeute ESAME

DIU Gestion de cas – Mars 2015



Présentation du dispositif ESA

Les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) sont issues de la mesure 6 du plan Alzheimer 2008/2012.

Elles ont été déployées pour couvrir tout le territoire français mais il existe encore des zones non couvertes en France.

7 ESA se sont implantées en Ille-et-Vilaine, avec chacune un territoire défini.

Toute ESA est rattachée à un SSIAD (service de soin infirmier à domicile) ou un SPASAD (service polyvalent d'aide et de soin à domicile).

Le budget correspond à une dotation globale correspondant à 10 places de SSIAD supplémentaires.

Un cahier des charges régit le fonctionnement des équipes.

Les ESA sont composées de :

- Un ergothérapeute et/ou psychomotricien
- Une infirmière coordinatrice
- D'assistant de soin en gérontologie (ASG)
- Éventuellement d'un psychologue

Le principal objectif des ESA est d'optimiser la qualité de vie de l'utilisateur et l'aidant dans le cadre du maintien à domicile

Modalités d'intervention :

- Sur prescription médicale
- Pour des personnes souffrant d'une maladie de mémoire diagnostiquée, à un stade débutant à modéré (MMSE > 15)
- 15 séances à raison d'une à 2 séances hebdomadaires, sur une durée de 3 mois, au domicile de la personne (le foyer logement est considéré comme un domicile)
- Séances renouvelables au bout d'un an
- Bilan d'entrée et de sortie réalisé par l'ergothérapeute ou le psychomotricien, les séances sont confiées aux ASG, sous supervision.
- 1 ou 2 objectifs de suivi

Les objectifs peuvent être :

- Pour la personne : maintenir les capacités résiduelles, limiter les troubles du comportement, favoriser sa participation dans les activités de la vie quotidienne
- Pour l'aidant familial : l'accompagner dans la compréhension de la maladie, lui transférer des solutions pour maintenir l'autonomie de l'aidé, le conseiller sur des solutions de répit.

- Pour l'aidant professionnel : le sensibiliser aux capacités restantes de la personne et le former à l'utilisation des adaptations matériels/des outils proposés.
- Au niveau de l'environnement matériel : adapter l'environnement pour sécuriser et prévenir les risques, ainsi que maintenir l'autonomie.

Questionnement sur la clarification et la lisibilité des critères d'entrée

Public GDC : situation complexe multi-problématique dont le critère du refus d'aide et de soins

Public ESA : le critère du refus pour des personnes atteintes de MA est aussi un motif d'orientation, de la part des acteurs utilisateurs, vers les ESA

Pour les deux services, on constate des orientations tardives nous conduisant à faire face à des refus d'aide et de soins relativement importants. Analyse de ces orientations tardives : difficulté de repérage en amont, difficulté de situer le passage de relais

Qu'est-ce qui nous différencie? Quelle complémentarité? Quelle place de l'ESA et de la gestion de cas dans le parcours des personnes âgées en perte d'autonomie?

Détermination des différences

GDC

- Suivi intensif et de longue durée
- Orientation tout professionnel et exclusivement professionnelle
- Coordination
- Consentement est recherché mais pas un préalable de condition à l'entrée (profils)
- Personnes isolées socialement/sans aidant
- Personne en perte d'autonomie fonctionnelle
- Evaluation au long cours
- Evaluation multidimensionnelle

ESA

- Suivi limité dans le temps (15 séances)
- Entrée par le certificat médical
- Mise en place d'un relais avant la sortie
- Besoin de l'accord pour la mise en place des séances (contractualisation)
- Place de l'aidant pour le passage de relais
- Personne atteinte de la MA ou apparentée (idéalement diagnostiquée et en début de maladie)
- Bilan d'entrée et de sortie envoyé au prescripteur
- Evaluation des capacités fonctionnelles et cognitives

Illustration de la complémentarité par des situations

GDC ———→ ESA

Mme C.

Orientation par l'ergothérapeute hospitalière. Problématique majeure liée à l'acceptation des soins d'hygiène malgré la mise en place d'un plan d'aide. Difficultés à accepter une aide à l'entretien du logement. Dame qui vit seule. 80 ans. Isolement social. 2 enfants dont 1 présent et curateur mais éloigné géographiquement. Pas diagnostiquée MA au moment de la demande.

Pourquoi orientation vers ESA (confirmée par le médecin de la Cs sur l'évaluation du GDC) ? Besoin d'évaluation sur les capacités fonctionnelles réelles (mise en situation) et besoin d'acceptation des soins d'hygiène et gestion des protections (ASG).

Echange avec ESA avant orientation. Ensuite partage de l'évaluation du GDC. Concertation sur le qui fait quoi dans cette situation. Mise en retrait du GDC durant évaluation de l'ESA. Retour de l'ESA sur ses interventions (en cours)

D'autres problématiques demeurent traitées par le GDC :

- sécurisation domicile (mode de chauffage, cuisson). Travail avec le fils
- recouvrement de loisirs/liens sociaux

Le GDC assure la coordination et maintient la référence : SAAD, IDEL, HDJ, fils, MT

Illustration de la complémentarité par des situations

ESA → GDC

Mme L.

Orientée par le médecin traitant qui a fait une ordonnance pour l'intervention de l'ESA.

Mariée, vit avec son époux dans une maison, le couple n'a pas d'enfants, notion de neveux/nièces.

Bilan ergo réalisé début avril 2014, MMSE = 18/30, plan d'aide : intervention d'IDE libéraux tous les jours pour soins (pansements) et gestion du traitement.

Risques identifiés : - risque de chute en lien avec capacités motrices de madame et environnement (chambre et SDB à l'étage).

- mauvaise gestion administrative et vulnérabilité du couple

Objectifs fixés au départ : - maintenir les capacités restantes par le biais d'activités significatives
- limiter le risque de chute en accompagnant le couple dans un projet d'aménagement (monte-escalier)

- améliorer l'organisation des papiers administratifs

Très rapidement au cours des séances , l'ASG a alerté sur la situation du couple, notamment victime de démarchages abusifs (factures retrouvées) et difficultés quotidiennes importantes (au niveau de l'hygiène corporelle, entretien du logement, gestion des RDV...). Monsieur apparait également ralenti, le couple n'arrive pas à prendre de décisions, absence de référent.

Le dossier APA a été déposé, le service d'aide à domicile a commencé à intervenir.

Suite à une réunion de coordination avec l'équipe APA, il est décidé de solliciter une demande de suivi en gestion de cas. La demande est envoyée le 28/07/2014. Elle est validée, transmissions et échanges ont lieu.

La suivi ESA s'est terminé le 21/08/2014, avec en relais :

- Le service d'aide à domicile
- L'intervention d'un kiné
- Un rendez-vous pris en consultation mémoire en septembre
- Un suivi en gestion de cas

Le compte-rendu de fin est envoyé au médecin traitant, au médecin gériatre de la consultation mémoire et à la gestionnaire de cas référente de la situation.

Outils guichet intégré en cours

- Référentiel des missions
- Formation pour travailler sur les orientations