

## Evaluation, PSI et Gestion de cas

**Karine COURTEAUD, Gestionnaire de cas**

## Présentation d'une Situation Clinique

Mme Jacqueline 82 ans.

### Contexte de l'évaluation :

Mme A. a été orientée vers notre service, le 23/10/2014, par le Service d'aide à domicile qui intervenait alors chez elle, à raison d'une fois/semaine. Madame A. a d'importantes pertes de mémoire et est très isolée. Elle est sous mesure de protection depuis peu. Mme a une nièce, anciennement sa tutrice, qui vit en province mais qui ne peut être très présente. Mme est coopérative et ne refuse pas les aides. Madame ne sort plus de chez elle, n'a pas de suivi médical, pas de médecin traitant et des aides au domicile insuffisantes.

11/12/2013

DIU GC

2

## Evaluation de la situation de Mme Jacqueline

- Le 28/10/14 : Entretien avec la responsable du SAD qui a signalé la situation
- 30/10/14: 1<sup>ère</sup>, VAD, en présence de l'aide à domicile
- Entretiens téléphoniques avec :
  - Sa nièce
  - Tutrice de Mme A
- Le 04/11: Nouvelle VAD: Evaluation multidimensionnelle.

11/12/2013

DIU GC

3

## Synthèse de l'évaluation

### Histoire de vie / Environnement social et familial:

- Célibataire, sans enfant. Un compagnon décédé en 2009. Une niece en Province, anciennement sa tutrice.
- A toujours vécu dans ce quartier Parisien, appartement obtenu en héritage de sa marraine.
- A travaillé en tant que secrétaire de direction.

11/12/2013

DIU GC

4

## Synthèse de l'évaluation suite

### Situation de santé:

- Absence de MT.
- Troubles alimentaires, mange de manière compulsive
- Importants troubles cognitifs.
- Troubles auditifs

11/12/2013

DIU GC

5

## Synthèse de l'évaluation suite

### Activités de la vie quotidienne et domestique:

- Autonomie fonctionnelle.
- Inquiétude sur l'alimentation.
- Mme A. semble autonome dans les activités de la vie quotidienne et domestique.

11/12/2013

DIU GC

6

## Synthèse de l'évaluation suite

### Environnement matériel et financier :

- Propriétaire depuis de nombreuses années de l'immeuble entier, suite à un héritage de sa marraine.
- Appartement adapté aux capacités de Madame mais très grand et un peu encombré.
- Gestion administrative et budgétaire déficiente, abus financiers: Une tutrice a été nommé peu avant (il s'agissait de la nièce auparavant)

11/12/2013

DIU GC

7

| PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI) 1/2                                |  |                                |                |
|---|--|--------------------------------|----------------|
| <b>Informations sur la personne</b>                                     |  |                                |                |
| Personne suivie : A. Jacqueline   | Né(e) le : 03/07/1932                    | N°dossier                      | 00             |
| Adresse : 117 Rue ... 750xx Paris                                       | Téléphone: 01 xx xx xx xx                | PSI n°                         | 1              |
| Situation familiale: célibataire sans enfants                           |  | Rédigé le :                    | 30/10/2012     |
| Médecin Traitant_ absence   | Téléphone / Mail:                        | Par :                          | A. HERVE       |
| Référent familial/amical/Niece  | Téléphone / Mail:01 xx xx xx xx          | Contact:                       | 01 XX XX XX XX |
| Mandataire légal: Mme B Association Y                                   | Téléphone / Mail:01 xx xx xx xx          | Date de dernière synthèse      | 13/11/2014     |
| Consentement à l'échange d'information                                  | oral <input checked="" type="checkbox"/> | Réévaluation prévue avant le : | 13/05/2015     |
| Autres informations utiles : Code + interphone. Frapper Fort à la porte |  |                                |                |
| <b>Droits ouverts</b>   |  |                                |                |

11/12/2013

DIU GC

9

| Besoins / Problématiques |                                |
|--------------------------|--------------------------------|
| N°                       | Domaines                       |
| 1                        | Santé, Soins, Médicaments      |
| 2                        | Fonctions mentales             |
| 3                        | Conditions économiques         |
| 4                        | Actes essentiels               |
| 5                        | Activités de la vie domestique |
| 6                        | Activités de la vie domestique |
| 7                        | Actes essentiels               |
| 8                        | Conditions économiques         |
| 9                        | Situation psychosociale        |

## Synthèse de l'évaluation suite

### Souhait de la personne:

Madame se sent seule, elle souhaite que quelqu'un vienne la voir et discuter. Elle souhaite rester chez elle le plus longtemps, souhaite qu'on l'aide dans l'entretien de son logement, souhaite également rencontrer du monde et sortir plus souvent

### Facteurs de risques:

- Troubles cognitifs
- Isolement
- Risque d'abus financiers
- troubles alimentaires

### Orientations et démarches en cours:

- Nouveau MT et continuité dans le suivi médical
- Mise en place d'un Centre d'accueil de jour 2 fois/semaines
- Augmentation des heures d'aides a domicile
- Bilan Mémoire pour évaluation et suivi des troubles cognitifs
- Réadaptation des prothèses auditives

11/12/2013

DIU GC

8

| PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI) 2/2              |                                   |   |                                      |             |
|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|-------------|
| <b>Services en place / apport des proches aidants</b> |                                   |   |                                      |             |
| 1) Service au long cours                              |                                   |   |                                      |             |
| Répond au(x) besoin(s) n°                             | Type de services/ Nom du référent | Téléphone/mail                                    | Jours/horaires/ fréquence de passage |             |
| 3   | Mandataire de justice             | Mme B   | 01 xx xx xx xx                       | 1 fois/mois |
| 4,5,6,7   | SAD                               | SAD Y   | 01 xx xx xx xx                       | 1*/semaine  |
| 2) Service ponctuel                                   |                                   |   |                                      |             |
| Répond au(x) besoin(s) n°                             | Type de services/ Nom du référent | Téléphone/mail                                    | Date ou date de début et de fin      |             |
| 2   | Consult mémoire                   | Hôpital R, Dr D geriatre                          | 01 xx xx xx xx                       | 05/05/2015  |
| <b>Analyse des besoins non comblés</b>                |                                   |   |                                      |             |
| N°  | Cause de l'écart                  | Actions à entreprendre                            | Délai de suivi                       |             |
| 4,5,6,7   | Démarche à effectuer              | augmentation des heures d'aide à domicile         | 1 mois                               |             |
| 8   | Démarche à effectuer              | constitution d'un dossier APA                     | 1 mois                               |             |
| 9   | Délai de réflexion personnelle    | mise en place d'un CAJ                            | 1 mois                               |             |
| 7   | Démarche à effectuer              | Consultation pour prothèses auditives à réadapter | 2 mois                               |             |
| 1   | Démarche à effectuer              | Mise en place d'un MT                             | le plus rapidement possible          |             |
| <b>Commentaires libres</b>                            |                                   |   |                                      |             |

11/12/2013

DIU GC

10

## Suite de la prise en charge

- Le 17/11 Entretien à domicile avec madame et avec le nouveau MT
- Le 04/12 Visite de pré admission pour le CAJ

### Nombreux changements:

- Augmentation des heures d'aides a domicile: passage tous les jours à raison de 2h par jour. Changement de SAD quelques mois plus tard
- Mise en place d'un MT et suivi régulier
- Prothèses auditives réajustées
- Portage de repas: 3\*/semaine..
- Consultation mémoire: 2 Rdv avec le médecin gériatre et un HDJ. Troubles cognitifs stables, pas de traitement. Mise en place d'une orthophoniste préconisé
- Mise en place d'un CAJ 2 fois Par semaine avec accompagnement véhiculé. Pas toujours évident car Mme n'est pas toujours prête le matin malgré la présence de l'AD. Changement d'heure pour les passages du service véhiculé

11/12/2013

DIU GC

11

## Suite de la prise en charge

- 15/03/15: réunion de concertation avec:
  - La responsable de secteur du SAD
  - La mandataire judiciaire
  - Le médecin traitant
  - La responsable du CAJ

### Décisions prises:

- Mise en place d'un boîtier à clés pour faciliter les interventions des professionnels
- Vigilance quant à l'aggravation des troubles cognitifs de Mme
- Validation des changements d'horaires de passage pour le service véhiculé pour le CAJ.
- Maintien à domicile, point à refaire en septembre 2015
- mise en place d'un orthophoniste comme préconisé par le Médecin gériatre de l'hôpital.

11/12/2013

DIU GC

12

| PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI) 1/2  |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>Informations sur la personne</b>   |  |   |  |
| Personne suivie : A JACQUELINE  | Né(e) le : 03/07/1932                              | N°dossier                               | 00   |
| Adresse : 117 Rue ... 750 Paris   | Téléphone: 01 xx xx xx xx                          | PSI n°                                  | 18   |
| Situation familiale: célibataire sans enfants   |  | Rédigé le :                             | 26/10/2015   |
| Médecin Traitant: Dr J  | Téléphone / Mail: 01 xx xx xx xx                   | Par :                                   | K. COURTEAUD   |
| Réfèrent familial/amical: Niece   | Téléphone / Mail: 03 xx xx xx xx et 01 xx xx xx xx | Contact:                                | 01 XX XX XX XX   |
| Mandataire légal: Mme B.  | Téléphone / Mail: 01 xx xx xx xx                   | Date de dernière synthèse d'évaluation: | 26/10/2015   |
| Consentement à l'échange d'information oral <input type="checkbox"/> écrit <input type="checkbox"/> |  | Réévaluation prévue avant le :          | 26/04/2015   |
| Autres informations utiles: interphone + frapper fort   |  |   |  |
| <b>Droits ouverts</b>   |  |   |  |
| APA, Gir 2 Referente Mme Y. Carte Paris à domicile  |  |   |  |
| <b>Besoins / Problématiques</b>   |  |   |  |
| N°  | P  | Domaines                                | Liste de toutes les problématiques détaillées avec orientation des interventions |
| 1   |  | Santé, Soins, Médicaments               | Maintenir le suivi médical régulier  |
| 2   |  | Fonctions mentales                      | poursuivre le suivi des troubles cognitifs                                       |
| 3   |  | Conditions économiques                  | compenser la gestion administrative et budgétaire                                |
| 4   |  | Actes essentiels                        | améliorer l'alimentation   |
| 5   |  | Activités de la vie domestique          | compenser l'aide aux courses   |
| 6   |  | Activités de la vie domestique          | Compenser la préparation des repas   |
| 7   |  | Activités de la vie domestique          | maintenir l'aide à l'entretien du logement                                       |
| 8   |  | Conditions économiques                  | appliquer la prise en charge des heures d'aide à domicile                        |
| 9   |  | Fonctions mentales                      | améliorer les activités de stimulation cognitives                                |
| 10  |  | Situation psychosociale                 | appliquer la mise en place d'un accompagnement véhiculé pour le CAJ              |
| 11  |  | Actes essentiels                        | améliorer la capacité à entendre   |
| 12  |  | Santé, Soins, Médicaments               | appliquer l'amélioration des troubles cognitifs et du langage                    |

| PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI) 2/2              |  |                                   |  |                |
|---|--|-----------------------------------|--|----------------|
| <b>Services en place / apport des proches aidants</b> |  |                                   |  |                |
| 1) Service au long cours                              |  |                                   |  |                |
| Répond au(x) besoin(s) n°                             | Type de services/ Nom du référent          | Téléphone/mail                    | Jours/horaires/ fréquence de passage                           |                |
| 1   | Médecin Traitant Dr J                      | 01 xx xx xx xx                    | 2°/mois  |                |
| 9   | Accueil de jour Axxxx Resp: Mr I           | 01 xx xx xx xx                    | Lundi et jeudi   |                |
| 10  | Accompagnement Véhiculé Société L          | 01 xx xx xx xx                    | Lundi et jeudi à 10h45   |                |
| 5,6,7   | SAD Dxxxx Resp: Mme B                      | 01 xx xx xx xx                    | Lundi au dimanche de 11h à 13h sauf le lun et jeu de 09h à 10h |                |
| 2   | Consult mémoire Hôpital R, Dr D neurologue | 01 xx xx xx xx                    | 04/05/2015 (tous les 6 mois)                                   |                |
| 3   | Mandataire Judiciaire Mme B                | 01 xx xx xx xx                    |  |                |
| 4   | Portage de repas Ville de Paris Mme D      | 01 xx xx xx xx                    | 3°/semaine Mardi mercredi et vendredi                          |                |
| 2) Service ponctuel                                   |  |                                   |  |                |
| Répond au(x) besoin(s) n°                             | Type de services/ Nom du référent          | Téléphone/mail                    | Date ou date de début et de fin                                |                |
| <b>Analyse des besoins non comblés</b>                |  |                                   |  |                |
| N°  | Cause de l'écart                           | Actions à entreprendre            |  | Délai de suivi |
|   | Démarche à effectuer                       | Mise en place d'un boîtier à clés |  | 1 mois         |
| 12  | Démarche à effectuer                       | Mise en place d'un orthophoniste  |  | rapidement     |
| <b>Commentaires libres</b>                            |  |                                   |  |                |
| 11/12/2013 DJU GC                                     |  |                                   |  |                |