

Vous intervenez auprès de Mr D. âgé de 92 ans. Ce monsieur est alcoolique depuis longtemps. Il vit dans un « taudis » : Une espèce de cabane au fond d'un jardin ouvrier. Une voiture (pas si ancienne apparemment) trône dans le jardin en question mais à voir les animaux qui semblent l'habiter, elle n'a pas dû bouger depuis un moment. Le jardin n'est pas bien entretenu mais il y a quand même quelques légumes dont Mr D dit qu'il les cultive lui-même (pommes de terre, quelques pieds de poireaux, carottes...). La cabane est elle-même assez rustique, il y a tout de même de l'eau (le jardin était relié à un réseau pour l'arrosage) et même de l'électricité ce qui permet à Mr D d'avoir un réfrigérateur passablement garni de bières. Mr D. est très discret sur ses ressources financières mais il a toujours de l'argent pour faire ses courses. Il a pour principal loisir de passer des soirées avec d'autres personnes alcooliques à boire dans son jardin. Il n'est pas exclu qu'il soit victimes d'abus ou d'extorsions mais il ne s'en plaint pas. Il ne sait pas quel jour on est et est imprécis sur nombre des dimensions de son quotidien. Son apparence est négligée, il sent l'urine. Vous êtes intervenu car les voisins de Mr D. se sont plaint au maire pour la millième fois mais cette fois il semble avoir passé un cap car il se promenait nu dans son jardin et les enfants des voisins en ont été semble-t-il choqués. Votre entretien avec Mr D. est courtois mais difficile à suivre, il répond évasivement à la plupart de vos questions ce qui a toujours été le cas des nombreux professionnels qui sont déjà passés chez Mr D. et auprès de qui vous aviez pu avoir quelques renseignements. Du fait de certains problèmes de santé qui vous inquiètent vous demandez à Mr D s'il est suivi sur le plan médical. Il vous dit qu'un de ses « amis » justement est un ancien médecin à la retraite mais que c'est lui qui lui fait ses renouvellements d'ordonnance. Vous lui demandez s'il ne faudrait pas faire un bilan de santé. Il rigole. Il ne veut aucune aide et dit très bien se débrouiller pour tout. Quand on lui parle de l'épisode de nudité, il dit qu'il était chez lui dans son jardin et que rien n'interdit à sa connaissance d'être « à poil chez soi ».

Quelques semaines plus tard vous êtes appelés car Mr D. est aux urgences du CHU. Il a été retrouvé la veille sur la voie publique à terre dans l'impossibilité de se relever. Le médecin qui a fini de l'examiner dit que la chute était liée à son alcoolisation qu'il n'en a pas de séquelles et veut le renvoyer chez lui mais l'assistante sociale du service des urgences est inquiète. Il y aurait possibilité d'avoir une place en Gériatrie dans 48 heures mais il faudrait qu'il reste aux services de très courte durée jusque-là. Le médecin des urgences s'oppose à ce projet en disant qu'il n'y a pas d'indication à une hospitalisation.

Que pensez-vous de cette prise de position du médecin ? Argumentez 8 points

Quels sont les 6 axes de développement d'un processus MAIA ? 3 points

En quoi le guichet intégré influence-t-il l'intégration ? En quoi influence-t-il l'action d'un gestionnaire de cas ? En quoi le gestionnaire de cas peut-il aider à l'implantation d'un guichet intégré ? 6 points

Qu'est-ce que le PRS ? 3 points

Guide de correction (la correction ne suit pas une « grille » mais tient compte de l'ensemble du discours, certaines copies en désaccord avec mes propositions ont ainsi eu des notes honorables car très bien argumentée).

Que pensez-vous de cette prise de position du médecin ? Argumentez

- Le médecin a plutôt raison :
 - o Pas d'indication à l'hospitalisation donc inutile de prendre un risque d'hospitalisation (infections nosocomiales, chutes, confusion...)
 - o Le service des urgences n'a pas vocation à servir de « stockage » des patients pour une hospitalisation qui pourrait être programmée.
 - o Les problématiques de santé de Mr D sont toutes chroniques et aucune n'est susceptible de se modifier de façon urgente.
- Un élément manque à l'analyse :
 - o On ne sait pas ce que Mr D dit de ce qui lui arrive à présent. Le fait qu'il est précédemment été réticent (rigolade) vis-à-vis de l'hospitalisation ne signifie pas que dans la situation actuelle son avis n'ait pas changé. S'il est inquiet pour sa santé, cela pourrait en soi devenir une indication à l'hospitalisation car cela signifierait que quelque chose se passe que le médecin des urgences n'a peut-être pas remarqué (par exemple en rapport avec l'humeur)
- On pourrait discuter de modes alternatifs d'intervention (plan de santé, gériatres, gestionnaires de cas, etc...) il peut être souhaitable que le service des urgences puissent être connectés au guichet intégré afin que la situation fasse l'objet d'une vigilance. Une équipe mobile de Gériatrie si elle existe sur le service des urgences serait d'un grand secours. Rien n'empêche bien sûr de négocier (les arguments ne manquent pas). En pratique il faut reconnaître que les marges de manœuvre sont quasi nulles et que même une hospitalisation a peu de chance de modifier pour le moment la trajectoire de Mr D (sauf et c'est très important s'il la demande).
- Attention à une dérive fréquente qui consiste à considérer que celui qui ne fait pas ce qu'on aimerait qu'il fasse n'est pas compétent...

6 axes

GC, GI, concertation, eval, psi, si

Guichet

- Centralisation des processus d'accès : le service dépend de la demande et pas du guichet, les orientations peuvent être analysées de façon collective ainsi que le résultat des orientations (co-responsabilité), partage des processus, des outils, +/- des moyens et de la formation des personnes
- Bonne orientation vers la GC et bonne réorientation si la situation n'est pas complexe après évaluation par le GC, ressource de connaissance de l'offre du territoire et des critères d'accès au service pour le GC
- Retour sur les orientations faites en GC, analyse des trajectoires avant le début de la GC et des contacts de la personne avec les partenaires GI, communication vis-à-vis des partenaires de la démarche GI

PRS :

Un Projet Régional de Santé (PRS) :

- Ciblage des priorités régionales
- Un plan d'actions pluri-annuel (5 ans) par thématique
- Un dispositif d'évaluation
- Une gouvernance régionale de sa mise en œuvre
 - o Instances de Démocratie sanitaire : Commission Régionale Santé Autonomie
 - o Instances inter-institutionnelles : Commission de coordination des Politiques Publiques