

## Les missions du gestionnaire de cas MAIA

Le gestionnaire de cas (GC) a fait son apparition en France avec le plan Alzheimer 2008-2012. Il exerce au sein d'un dispositif appelé MAIA, auprès de personnes âgées en perte d'autonomie et celles atteintes de maladies neurodégénératives ou apparentées. Le GC participe à l'évaluation des besoins médicaux et sociaux du patient et de son aidant en collaboration avec les médecins traitants, les professionnels du domicile, les praticiens hospitaliers... Il assure un rôle continu dans l'accompagnement et maintient le lien entre les partenaires de ville et l'hôpital dès lors que la personne est hospitalisée.

L'une de ses missions est d'élaborer un plan de soin et d'accompagnement de manière continue dans le temps et de coordonner les équipes autour du patient à domicile.

L'objectif de la gestion de cas est d'accompagner et de maintenir dans les meilleures conditions possibles les « malades » en situation complexe à domicile et d'éviter les ruptures de parcours et autant que possible les hospitalisations d'urgence. Il assure la coordination des services mis en place autour du patient en situation complexe. Ce n'est pas un professionnel de gestion de l'urgence.

Le GC fait donc une coordination intensive et de proximité, son activité est donc limitée à une quarantaine de situations simultanées.

Voici ci-dessous, une situation emblématique d'un suivi en gestion de cas.

### Vignette clinique :

**Mme F. 84 ans** souffre d'une maladie d'Alzheimer diagnostiquée en 2012 par un neurologue. Elle vit avec son époux âgé de 86 ans ayant des problèmes cardiaques. Un fils unique vit à distance, peu présent auprès de ses parents. Elle a une sœur plus âgée qui leur rend visite une fois par semaine. Ils sont propriétaires d'une maison individuelle à étage avec montée d'escaliers ouverte, à proximité des commerces. Couturière de métier, elle n'a jamais eu d'emploi rémunéré. **Monsieur F.** a une retraite modeste. **Mme F.** est anosognosique. Elle dit effectuer seule sa toilette, ses repas, son ménage et gérer ses comptes mais son époux affirme que ce n'est plus vraiment le cas. En consultation, elle donne assez bien le change. Son époux évoque à demi-mot quelques troubles du comportement avec agressivité, mais dit pouvoir gérer parfaitement la situation. Le médecin suggère de constituer un dossier APA. Devant le refus de **Mme F.**, aucun plan d'aide n'a été mis en place. L'introduction de soins par un cabinet infirmier a aussi échoué, la patiente se montrant agressive. Son mari continue à pallier tous les actes de la vie quotidienne. Quelques mois plus tard, les troubles se sont aggravés. Elle ne reste plus à table, mange peu et a beaucoup maigri. Son époux est épuisé et ses propres examens sont préoccupants. Il évoque ses difficultés à son médecin, affirme ne pas pouvoir se reposer car son épouse déambule sans cesse la journée et se réveille la nuit. Son médecin suggère l'hospitalisation de son épouse mais Mr refuse. Le médecin modifie le traitement et lui parle d'un soutien par le réseau. **Monsieur F.** accepte, le médecin fait une demande d'inclusion au réseau Visage.

Devant les différentes problématiques repérées l'équipe du réseau valide un accompagnement en gestion de cas. La justification est le repérage de critères de complexité (*source CNSA*) : baisse d'autonomie décisionnelle et fonctionnelle, insuffisance des soins conséquence du refus, absence de personne ressource du fait de l'épuisement de l'aidant principal.

A cela s'ajoutent des troubles du comportement, une précarité financière et un habitat inadapté propice à un risque important de chute.

⇒ Première évaluation du gestionnaire de cas :

Au premier abord, Mme ne comprend pas l'importance de la visite du GC. Elle nie avoir besoin d'aide puis se détache de la discussion pour déambuler dans l'appartement.

Elle se montre agressive verbalement envers son époux lorsqu'il se met à décrire leurs difficultés.

Le premier plan de service individualisé est proposé par le gestionnaire de cas : réévaluation du GIR et élaboration d'un plan d'aide, mise en place de passage IDE pour le traitement, coordination avec le médecin traitant pour prévoir une hospitalisation de manière à réadapter le traitement et réduire les troubles du comportement.

La réévaluation du référent APA a abouti sur un GIR 2, avec préconisation de 3 passages par semaine d'une aide à domicile pour du ménage et permettre à monsieur d'avoir un peu de temps pour lui. La mise en place de ce plan d'aide est difficilement acceptée et Mme est rapidement hospitalisée, ce qui permet une réadaptation du traitement. Mme F. est beaucoup plus apaisée à son retour à domicile, elle déambule moins et arrive à se poser, mais refuse toujours les soins de nursing. Son mari n'osant s'opposer, arrête les interventions.

⇒ Deuxième évaluation du gestionnaire de cas :

Un travail d'accompagnement auprès du couple est mis en place afin de proposer des aides plus ajustées à leurs besoins. Lors de l'élaboration d'un second plan de service individualisé, le GC met l'accent sur les aides et le soutien à l'aidant en interpellant la plateforme d'accompagnement et de répit pour monsieur.

L'Équipe spécialisée Alzheimer à domicile intervient pour Mme en vue de stimuler ses habilités cognitives et de faciliter l'acceptation des aides. La question de l'amélioration de l'ergonomie du domicile est abordée (sécurisation des escaliers) et s'en suit un travail sur les limites du maintien à domicile (demandes de précaution en EHPAD).

Malgré la fragilité de cette situation, le maintien à domicile a pu tenir durant plus d'un an grâce à la majoration des aides et le suivi rapproché du GC. Plusieurs chutes ont malheureusement amené **Mme F.** à être hospitalisée. Une dégradation de son état général brutal occasionnera son décès.

### Les missions du gestionnaire de cas :

- Il accompagne des situations dites complexes concernant des personnes en perte d'autonomie, atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés de tout âge,
- Il réalise une évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne en collaboration avec les médecins traitants, les professionnels du domicile, les praticiens hospitaliers...,
- Il élabore un plan de service individualisé et coordonne les équipes intervenant auprès des malades en veillant à la qualité de la prise en charge à domicile,
- Il assure un suivi au long cours avec réévaluation régulière de chaque situation,
- Il rédige une synthèse qu'il transmet au médecin traitant, au gériatre et dès lors que la personne est hospitalisée,
- Il contribue aussi à améliorer l'organisation du système de prise en charge en identifiant d'éventuels dysfonctionnements observés sur le territoire.

### Comment nous orienter une situation ?

- Recueil de la demande par les assistantes administratives à partir de la fiche de recueil d'informations et de renseignements.
- Réunion hebdomadaire de la cellule de coordination VISage/MAIA : répartition des situations en fonction des compétences ressources les plus appropriées (médicales, infirmières, sociales ou psychologiques) et du besoin d'accompagnement pressenti soit vers une coordination du réseau, soit vers un accompagnement en gestion de cas.