

# Gestionnaire de cas

Pr Dominique Somme  
Faculté de Médecine Université Rennes 1 CHU Rennes  
Laboratoires ARENES UMR 6051  
Rédacteur en chef Gériatrie et société  
[dominique.somme@chu-rennes.fr](mailto:dominique.somme@chu-rennes.fr)

Pas de conflit d'intérêt financier  
avec l'industrie du médicament



# Histoires

- Mr José



## Monsieur José et la gestion de cas

- Mr José : personne en situation complexe
  - suivi de trajectoire = dysfonctionnements
- Gestionnaire de cas : priorité
  - anticiper dégradations
  - faire le lien ou intervenir médecin de 1ere ligne
- Gestionnaire de cas : action système
  - faire remonter les dysfonctionnements révélés

## Monsieur José « dysfonctionnements »

- Pas de repérage complexité durant séjour (>GC?)
- Manque de transmission de données pertinentes (doublons et perte de temps)
  - Pas de problème de santé actif, dégradation lente
  - Problème du fils, absence d'aide
  - Information fiable sur conditions de vie
  - Répétition des évaluations (AS, SSR-EMG)
  - Pas de liaison à la médecine de 1ere ligne
- Silos, manque de cohérence (manque de PSI)
- Orientations de vie de Mr José peu centrale

## 6 axes de l'intégration pour une MAIA

1. Concertation des partenaires
2. Guichet intégré
3. Outils d'évaluation multidimensionnel standardisé et système de classification
4. Système d'information
5. Gestion par cas
6. Plan de services individualisé

## Gestionnaire de cas

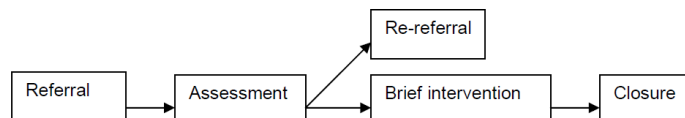
- Nouveau champ professionnel
- Objectifs :
  - améliorer continuité, accessibilité et coordination
  - améliorer usage des services,
  - améliorer opportunité du maintien à domicile
  - améliorer la participation des personnes
- Cible : personnes en situation complexe
- Méthode : coordination clinique intensive
- Temporalité : long cours

## Case management plusieurs modèles

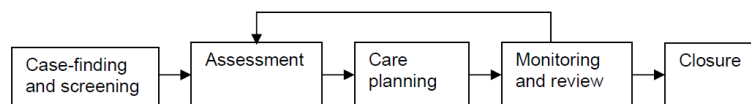
- Appellations : confusion des genres
- Quel employeur?
  - « client » : modèle « courtage » : USA
  - assureurs gérant une partie du système d'aide et de soins : modèle « assurantiel » : USA, All, Suisse, +/- Hollande
  - financeur(s) public(s): modèle « public »: Québec, Royaume Uni, Japon, et France
- Quelle charge en cas ? (<40, >150)
  - Domicile ou pas, courtage ou intervention, intensité suivi

**Figure 1: A model of care**

(i) *Short-term interventions*



(ii) *Long-term care case management*



Source: Challis et al., 1990

## Cœur de métier

1. Vérification (bon niveau d'intervention)
2. Evaluation multidimensionnelle standardisée
3. Planification : soins et aide
4. Monitoring : mise en place du plan et évolution situation
5. Réévaluation régulière
6. Suivi au long cours

## Connaissances à mobiliser

- Réseau local de service
- Sources de financement
- Dynamiques des comportements humains
- Standards et objectifs cliniques.
- Approche centrée sur la personne (PCC)
- Gestion des risques
- Enjeux de santé de la population suivie

## Compétences professionnelles

- Evaluation multidimensionnelle des besoins y compris du réseau d'aide
- Planification évolutive : santé et social, aide formelle et informelle, aspects financiers et non financiers
- Approche territoriale et populationnelle
- Coaching et advocacy
- Réflexivité analyse de pratique

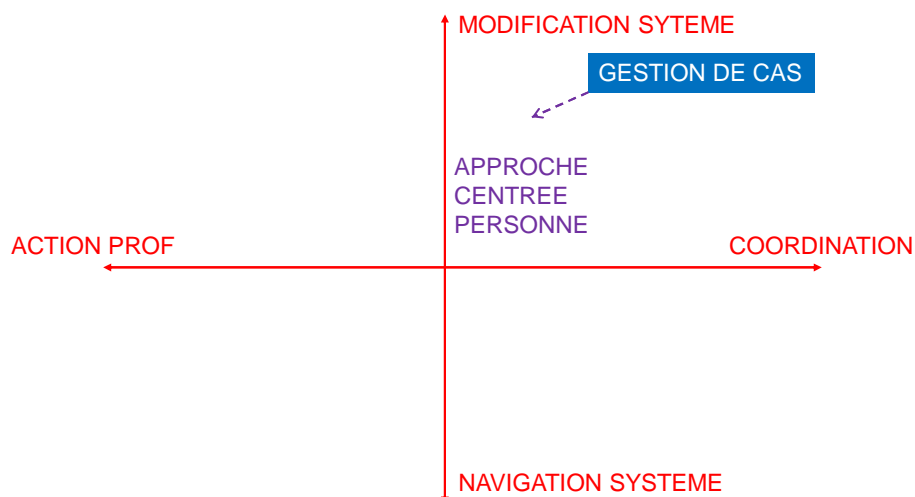
## Compétences relationnelles

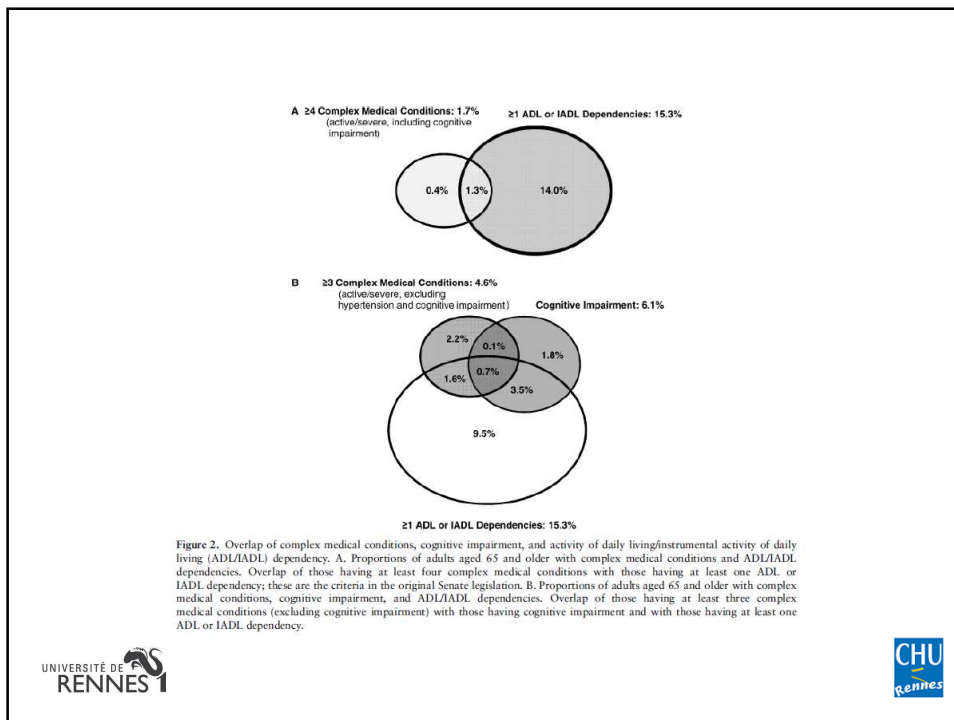
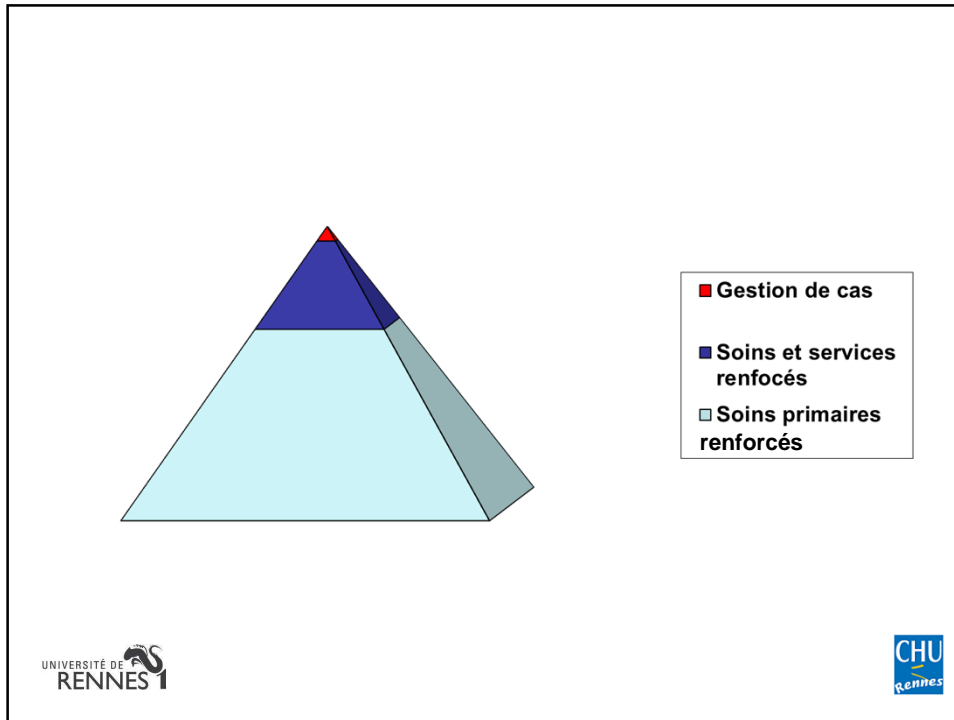
- Communication avec les personnes en situation complexe
- Communication verbale et écrite dans le réseau
- Support émotionnel construction de relation positive et distance
- Négociation

## Gestion de cas intensive

### *Intensive case management*

- Population à haut risque
- Faible charge en cas (<60 ou <40)
- Domicile, suivi dense
- Réponse à plusieurs niveaux :
  - Niveau personne (clinique) = interdisciplinarité
  - Niveau système (organisation) = lien pilote
- Approche qualité, traçabilité, amélioration continue







## GC : « *Je le faisais déjà !* »

- OUI !! : « un peu »
- GC = IMPUTABLE
- GC = DEDIE
- GC = NIVEAU d'intervention justifié
- GC = spécialiste de coordination  
SYSTEMATIQUE et SPECIFIQUE
- GC = outils de l'intégration

→ *faible charge en cas*

## Personne en situation complexe

- Critères → sélection d'une population à risque
- Jugement clinique nécessaire ensuite
- Complexité :
  - Instabilité
  - Imprévisibilité
  - intensité
- Collaboration nécessaire

## Critères

*circulaire PMND 7 sept 2015*

- **Critère d'orientation pas d'inclusion !**
- Pas de crise, > 60 ans, souhait de rester à domicile
- + critère 1 : situation instable compromet projet car
  - 1/ problème d'autonomie fonctionnelle
  - 2/ problème relevant du champ médical
  - 3/ problème d'autonomie décisionnelle
- + critère 2 : aides et soins insuffisants ou inadaptés
- + critère 3 : pas d'entourage
- **critères ne suffisent pas. Orientation = interconnaissance GC et autres professionnels des rôles et missions respectifs.**

## Sortir de la gestion de cas

- Situation complexe : risque de décompensation
- Si 0 décompensation temporalité longue → réflexivité
  - *(situation vraiment complexe au début?, élément stabilisateur?..)*
- Envisager arrêt GC si n'aurait jamais dû commencer → attention au tuilage
- Rapporter dysfonctionnement (population non desservie à tort, population orientée à tort...)

.../...

## Continuité

- Relationnelle: la personne identifie le professionnel qui lui apporte l'aide (médecin traitant). Dimension la plus valorisée
- D'approche: les professionnels ont la même compréhension de la situation et de l'intervention
- Informationnelle: les informations appropriées aux interventions circulent

## Concertation clinique (1)

- GC = rôle de coordination
  - NE PAS tout savoir faire
  - NE PAS être « super-professionnel » ni « supra-professionnel » (ni parfait ni donneur d'ordre)
  - ETRE une professionnel **spécialisé** dans l'accompagnement des personnes âgées en situation complexe.

## Concertation clinique (2)

- GC = concertation clinique nécessaire sinon risque de rupture de continuité
  - Beaucoup d'intervenants à un moment donné (continuité **synchronique** – approche et informationnelle)
  - Risque de relation multiples avec divers professionnels ou services dans le temps (continuité **diachronique** – relationnelle)

## Concertation clinique (3)

- Réunir professionnels en charge (attention cadres)
- Coordonner
  - Renseigner et connaître SENS des actions
  - Donner un SENS COMMUN à l'intervention d'une « équipe éclatée »
- Autonomiser
  - Redonner à la personne l'initiative et le contrôle
  - La réinstaller dans un rôle décisionnaire

## Concertation clinique (4)

- Savoir se positionner
- Connaître ses « atouts »
  - Accord de la personne/ connaissance de la personne dans le temps
  - Disponibilité pour l'évaluation/outils d'évaluation standardisé fiable
  - Connaissance du réseau clinique/légitimité (tactique et stratégique)
- Connaître ses « besoins »
  - Ne pas se substituer aux professionnels mais s'appuyer sur eux
  - Respect des relations avec la personne et son entourage
  - Accès aux données complémentaires (dg pro, pronostic)

## Concertation clinique (5)

- Relation avec médecin traitant
- Pleins droits (mise à jour APA...)
- Suivre la personne où qu'elle soit
  - À l'hôpital, en soins de suite, en accueil temporaire...
  - En hospitalisation à domicile, en service de soins infirmiers à domicile, dans un suivi service social polyvalent...

## Concertation clinique (6)

- Les ruptures de continuité
  - Relationnelle: GC = lien en cas de rupture relationnelle (départ retraite du médecin...), valorise cette dimension
  - Informationnelle: GC = dossier régulièrement mis à jour → carrefour de l'information
  - Approche: GC = principale cible

## Concertation clinique (7)

- Quelques moments clefs de rupture
  - hospitalisation non programmée
  - demande d'entrée en institution
  - perte d'un aidant proche
  - changement de domicile
  - changement de médecin traitant

## Concertation clinique (8)

- Intégration = légitime intervention GC
- Gestionnaire de cas acteur d'intégration
  - Intégration verticale (outils standardisés, reporting, action système, lieu de concertation)
  - Intégration clinique (Identification, analyse, reporting des freins intégrateurs)
  - Responsabilité populationnelle, image du « nous »

.../...

## Gestionnaire de cas et Pilote

- Pilote = référent intégration tactique/stratégique
- GC = référent intégration clinique
- Pilote = situation privilégiée de référent GC
  - Assurer dans le temps la légitimité des GC
  - Revenir vers tables tactiques et stratégiques avec des informations cliniques agrégées pertinentes
  - Faire évoluer les outils de la GC



## GC = efficacité?

- Pour les GC eux-mêmes:
  - Nouvelles pratiques prof (outils, systématisation, standardisation)
  - Interdisciplinarité
  - Ambivalence fréquente
  - Métier éprouvant (contexte et métier)
- Pour les autres professionnels:
  - Les médecins : plutôt bonne participation
  - Toujours plus dur avec les « proches »
- Pour les personnes elles-mêmes:
  - Un acteur interstitiel
  - Un « responsable »

## Gestion de cas: pièges

- Pas gestionnaire « de maladie d'Alzheimer »
- Approche situationnelle
- Disease management n'est pas sans valeur mais c'est un autre mode d'intervention
  - Moins intensif
  - Plus axé sur le plan de soins
  - Niveau complexité : entre soins de 1<sup>ère</sup> ligne et GC
- Dédié à la complexité mais définition difficile

## Gestion de cas : difficultés

- GC est facteur de jugement positif des MAIAs
- Sens de cette forme d'intervention clinique
  - Pour les professionnels exerçant la fonction,
  - Pour les partenaires,
  - Pour les usagers
- Développement GC MALGRE faible intégration

## Risque GC sans intégration

- Attention : dérive de GC sans intégration (donc hors modèle PRISMA/MAIA)
  - Epuisement du sens clinique
  - Epuisement professionnel
- Attention : dérive des GC vers « institutionnalisation »
  - Perte de la place interstitielle
  - Epuisement du sens clinique

## Conclusion

- L'intégration
  - Passe par des modifications organisationnelles
  - Est portée par des professionnels qui doivent modifier leurs pratiques
  - En s'appuyant sur des valeurs fortes en rapport avec les personnes âgées
  - En gardant en tête les objectifs
    - De réduire les fragmentations
    - De continuité, d'accessibilité et d'autonomisation

## Messages à retenir

- GC doit être intensive et en contexte intégré pour répondre aux besoins
- GC est composant humain de l'intégration
- Nécessiter souplesse/adaptabilité sans nier un cadre.
- GC n'est pas seulement un processus clinique et c'est à ce titre qu'elle justifie d'un financement public (sinon c'est un service de navigation)
- GC ne peut pas s'envisager maladie par maladie
- Mais compétences spécifiques nécessaires pour être légitimes et rendre service notamment aux aidants (protocoles++)