

# Gestionnaire de cas

**Pr Dominique Somme**

**Université Rennes 1, CHU Rennes**

**[dominique.somme@chu-rennes.fr](mailto:dominique.somme@chu-rennes.fr)**

## **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**

**Il s'agit d'un nouveau champ professionnel**

**Objectifs : améliorer la continuité, l'accessibilité et la coordination des interventions, amélioration de l'usage des services, améliorer l'opportunité d'un maintien à domicile de qualité, améliorer la participation des personnes**

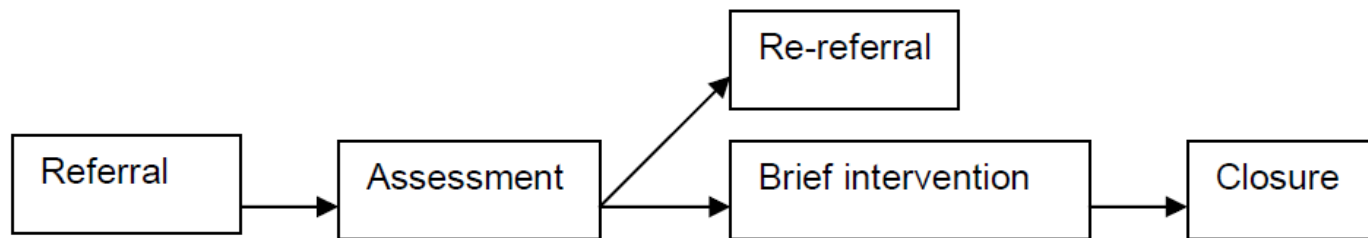
**Cible : auprès de personnes en situation complexe**

**Méthode : coordination clinique intensive**

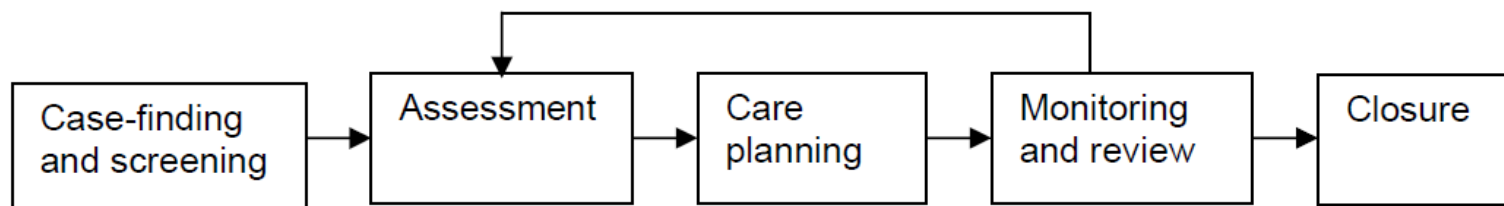
**Temporalité : long cours**

**Figure 1: A model of care**

(i) *Short-term interventions*



(ii) *Long-term care case management*



Source: Challis et al., 1990

# Cœur de métier

**Vérification du bon niveau d'intervention**

**Evaluation multidimensionnelle standardisée**

**Planification des soins et de l'aide**

**Monitorage de la mise en place du plan**

**Monitorage de l'évolution de la situation**

**Réévaluation régulière de l'ensemble des besoins  
(même si rien ne se produit apparemment)**

**Suivi au long cours**

# Caractéristiques de l'intensive case management

**Population à haut risque (requérant des services multiples, considéré comme relevant d'une institutionnalisation...)**

**Faible charge en cas (<60 par définition, <40 en pratique)**

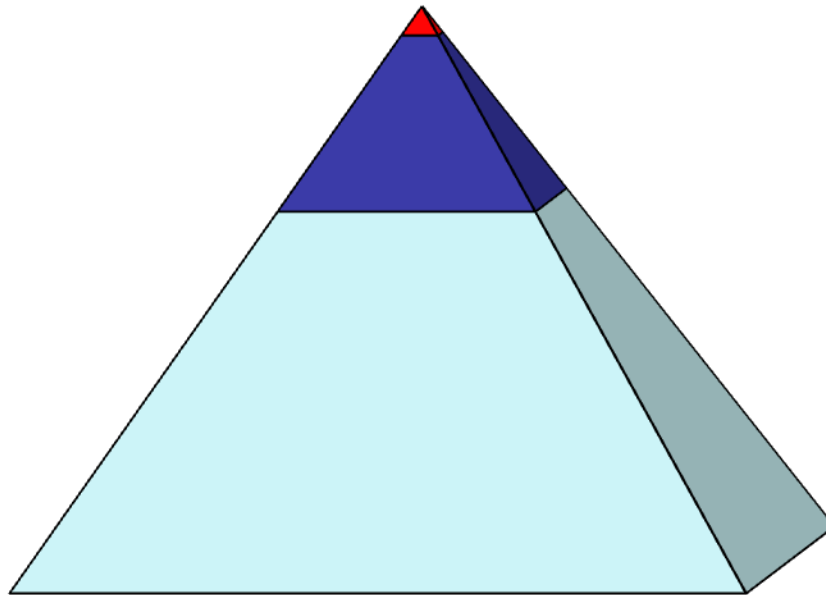
**Réponse à plusieurs niveaux**

Au niveau de la personne (clinique) → en interdisciplinarité

Au niveau du système (organisation) → en lien avec le pilote

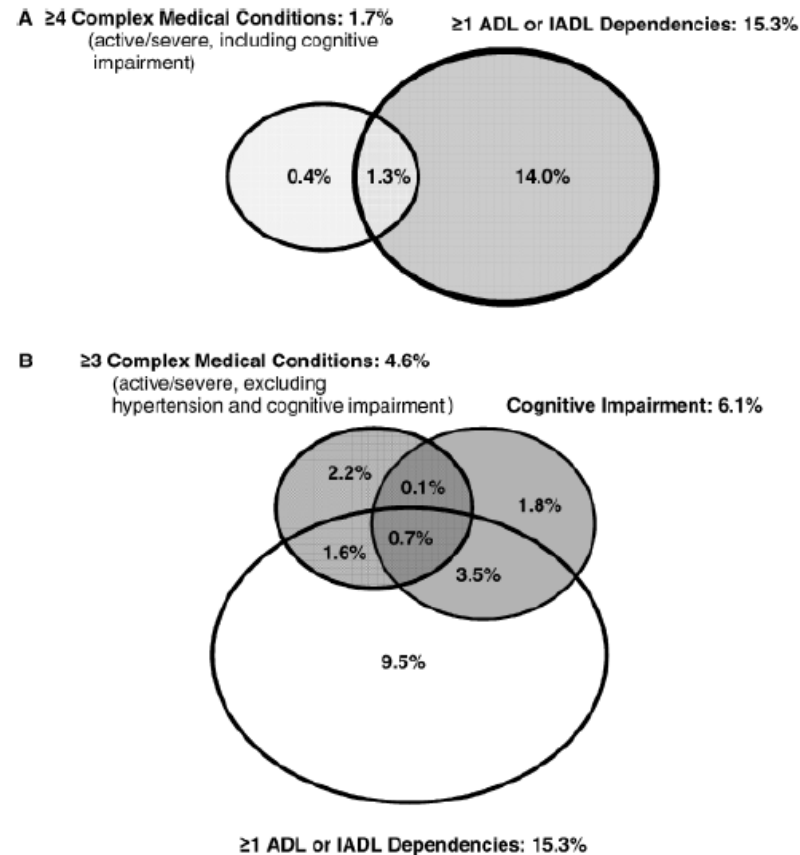
**Approche qualité, traçabilité, amélioration continue**

# Quelle cible ?



- **Gestion de cas**
- **Soins et services renforcés**
- **Soins primaires**

# Quelle cible ?



**Figure 2.** Overlap of complex medical conditions, cognitive impairment, and activity of daily living/instrumental activity of daily living (ADL/IADL) dependency. A. Proportions of adults aged 65 and older with complex medical conditions and ADL/IADL dependencies. Overlap of those having at least four complex medical conditions with those having at least one ADL or IADL dependency; these are the criteria in the original Senate legislation. B. Proportions of adults aged 65 and older with complex medical conditions, cognitive impairment, and ADL/IADL dependencies. Overlap of those having at least three complex medical conditions (excluding cognitive impairment) with those having cognitive impairment and with those having at least one ADL or IADL dependency.



## **Qui sont-ils?**

**Des professionnels autorisés à pratiquer des évaluations et légitimes pour coordonner**

**Des équipes de professionnels interdisciplinaires associant des professionnels des champs sanitaire et social**

**Des professionnels ayant de l'expérience dans l'aide et les soins à domicile**

**Des professionnels ayant reçu une formation spécifique à leur nouvelle fonction**

**(pas des médecins)**

## **Sont-ils déjà là?**

**Tout le monde fait « un peu » de gestion de cas**

**Personne n'est IMPUTABLE d'en faire**

**Le gestionnaire de cas a une faible charge en cas, CAR il est IMPUTABLE des tâches qui lui incombent et il y est DEDIE (il n'a rien d'AUTRE à faire) car les personnes dont il s'occupe nécessite CE NIVEAU d'intervention**

**Il se spécialise dans la coordination SYSTEMATIQUE et SPECIFIQUE**

**Il participe à l'intégration des services par DEFINITION**

# Gestionnaire de cas et concertation clinique (1)

## Le gestionnaire de cas a un rôle de coordination

Il ne s'agit pas de tout savoir faire

Il ne s'agit pas d'être un « super-professionnel » ni un « supra-professionnel » (il n'est ni parfait ni donneur d'ordre)

Il s'agit d'un professionnel spécialisé dans l'accompagnement des personnes âgées en situation complexe.

Il s'agit par la coordination de promouvoir

- L'accessibilité
- La continuité
- L'autonomisation

# 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**

## Gestionnaire de cas et concertation clinique (2)

### **Le gestionnaire de cas doit intervenir quand il y a une nécessité de concertation clinique (donc un risque de rupture de continuité)**

Soit parce qu'il y a beaucoup d'intervenants autour d'une personne à un moment donné (continuité synchronique – approche et informationnelle surtout)

Soit parce qu'il y a un risque que dans le temps la personne soit mise en relation avec divers professionnels ou services (continuité diachronique – relationnelle avant tout)

## **Gestionnaire de cas et concertation clinique (3)**

### **Réunir les professionnels en charge de la personne (et pas les cadres)**

#### **Coordonner**

Renseigner et connaître le sens des actions de chacun

Donner un sens commun à l'intervention d'une « équipe éclatée »

#### **Autonomiser**

Redonner à la personne l'initiative et le contrôle

La réinstaller dans son rôle décisionnaire

# Gestionnaire de cas et concertation clinique (4)

## Savoir se positionner

### Connaître ses « atouts »

Accord de la personne

Connaissance de la personne dans le temps

Disponibilité pour compléter l'évaluation

Outils d'évaluation standardisé fiable

Connaissance du réseau clinique

Légitimité organisationnelle (tactique et stratégique)

### Connaître ses « besoins »

Ne pas se substituer aux professionnels mais s'appuyer sur eux

L'intervenant clinique a une relation autre avec la personne et son entourage

Besoin d'accès aux données complémentaires de type dg professionnel, pronostic.

## **Gestionnaire de cas et concertation clinique (5)**

**Relation avec le médecin traitant**

**S'assurer des pleins droits (mise à jour APA...)**

**Dans le temps 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...



# Gestionnaire de cas et concertation clinique (6)

## Les ruptures de continuité

Relationnelle: il fait le lien lorsqu'il y a rupture relationnelle (départ retraite du médecin...), il valorise cette dimension auprès des partenaires

Informationnelle: grâce à son dossier régulièrement mis à jour il est le carrefour de l'information

D'approche: sa principale cible

# Gestionnaire de cas et concertation clinique (7)

## Quelques moments clefs de rupture

- L'hospitalisation non programmée
- La demande d'entrée en institution
- La perte d'un aidant proche
- Le changement de domicile
- Le changement de médecin traitant

## **Gestionnaire de cas et concertation clinique (8)**

**Le gestionnaire de cas est acteur de l'intégration**

**Il bénéficie de l'intégration qui légitime son intervention**

**Il participe lui-même au mouvement intégratif**

Notion d'intégration verticale (importance des outils standardisés, importance du reporting)

Intégration clinique. Identification, analyse, reporting des freins intégrateurs

Responsabilité populationnelle, porte l'image d'un « nous »

# Gestionnaire de cas et intégration

- **L'intégration permet au gestionnaire de cas:**
  - De ne pas être imputable des fragmentations (c'est aux tables tactique et stratégique de s'en occuper)
  - D'être légitime dans tous les lieux où la personne qu'elle accompagne se trouve, pour y représenter les intérêts de la personne et vis-à-vis de l'ensemble de ses droits
  - De communiquer dans un cadre établi d'échanges d'information à partir d'outils validés par les partenaires (construction langage commun)
  - D'avoir un lieu pour régler les problèmes systémiques (tactique ou stratégique)
  - D'avoir une influence sur la régulation ou la planification

# Gestionnaire de cas et Pilote

**Pilote comme le référent de l'intégration tactique et stratégique**

**Situation privilégiée pour être référent des gestionnaires de cas eux-mêmes référent de l'intégration clinique**

Pour assurer dans le temps la légitimité des gestionnaires de cas

Pour revenir vers les tables tactiques et stratégiques avec des informations cliniques agrégés pertinentes (indicateurs)

Pour faire évoluer les outils de la gestion de cas et en assurer le suivi de légitimité

# Quelle efficacité?

Pour les gestionnaires de cas eux-mêmes:

- Nouvelles pratiques professionnelles (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 »

# Principes (international)

## Les gestionnaires de cas :

- Utilisent une approche partenariale centrée vers le client et collaborative.
- Chaque fois que possible, facilitent l'autodétermination et l'auto-soins (self-care) par des moyens comme l'advocacy, la prise de décisions partagée et l'éducation.
- Utilisent une approche holistique, compréhensive.
- Exercent des compétences au niveau culturel, en ayant en tête le respect de la diversité.
- Favorisent l'utilisation de soins evidence-based, si possible.

# Principes (international)

Les gestionnaires de cas :

- Favorisent la sécurité optimale du client.
- Favorisent l'intégration de la science et des principes du changement comportemental
- Font des liens avec les ressources dans la communauté.
- Aident à naviguer dans le système de santé afin d'en arriver à des soins couronnés de succès, par exemple durant les transitions.
- Sont à la recherche de l'excellence professionnelle et du maintien de leurs compétences dans la pratique.
- Favorisent des résultats de qualité et des moyens pour mesurer ces résultats.
- Supportent et se soumettent à la réglementation et aux règles de certification en vigueur au niveau fédéral, au niveau de l'état, au niveau local et au niveau organisationnel.



## **Habiletés (International)**

- **La construction d'une relation positive.**
- **Une communication verbale et écrite adéquate.**
- **La négociation.**
- **La connaissance de la gestion de risques ou de contrats.**
- **La capacité de rendre effectif un changement.**
- **Faire de l'évaluation continue et une analyse critique.**
- **La capacité de planifier et d'organiser de façon effective.**

## **Savoirs (International))**

- **Les sources de financement nécessaires.**
- **Les services de santé offerts.**
- **Les dynamiques des comportements humaines.**
- **Le système de santé et de financement.**
- **Les standards et objectifs cliniques.**

# Conclusion

## L'intégration

Passes 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

- **La GC nécessite d'être intensive et dans un contexte intégré pour répondre aux besoins des patients atteints de démence**
- **La GC est le composant humain de l'intégration et est utile à son implantation**
- **La 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)**
- **En tant que processus d'intégration, la GC ne peut pas s'envisager maladie par maladie**
- **Les politiciens préfèrent l'approche maladie par maladie que les changements systémiques**
- **Si les GC sont généralistes il doivent acquérir des compétences spécifiques pour être légitimes et rendre service notamment aux aidants (protocoles++)**



# Gestion de cas : qu'est-ce que c'est et comment l'implanter au mieux

TheKingsFund >

Ideas that change  
health care

Authors  
Shilpa Ross  
Natasha Curry  
Nick Goodwin

November 2011

## Case management

What it is and how it can best be implemented



Key messages

# Gestion de cas : qu'est-ce que c'est et comment l'implanter au mieux

- ▶ **La gestion de cas est un mécanisme établi d'intégration des services autour des besoins des individus ayant des problèmes au long cours**
- ▶ **Il s'agit d'un mécanisme de deuxième ligne, ciblé, dirigé vers la "communauté" (le domicile) et proactif**
- ▶ **Il comprend l'accès/dépistage/filtrage; l'évaluation; la planification; la coordination**
- ▶ **Les preuves sont diverses mais lorsque l'implantation est "idéale" on peut atteindre**
  - ▶ Une amélioration de l'expérience des utilisateurs et des proches
  - ▶ Une amélioration du devenir en termes d'événement de santé
  - ▶ Une amélioration de l'usage des ressources hospitalières
  - ▶ Une amélioration de l'efficacité des soins

# Gestion de cas : qu'est-ce que c'est et comment l'implanter au mieux

- ▶ **Les facteurs suivants sont liés au succès de la gestion de cas**
  - ▶ Une imputabilité d'un individu ou d'une équipe pour les personnes en gestion de cas
  - ▶ Clarté des rôles des gestionnaires de cas : compétences managériales et cliniques
  - ▶ Formation et support vis à vis des rôles
  - ▶ Mécanisme d'accès pertinent permet d'assurer les interventions sur les bonnes populations cibles
  - ▶ Nécessité d'une charge en cas adaptée
  - ▶ Point d'accès centralisé
  - ▶ Plan de soins (et d'aide) partagé marqué par l'emphase sur la continuité pour réduire les risques de rupture
  - ▶ Autonomiser au mieux la personne et son entourage à leur propre condition
  - ▶ Faire la jonction sanitaire et social y compris au niveau financier et dans les équipes multidisciplinaire
  - ▶ Système d'information partagé avec politique d'amélioration continue de la qualité



# **Gestion de cas : qu'est-ce que c'est et comment l'implanter au mieux**

**La gestion de cas fonctionne mieux comme partie d'un programme plus large dans lequel de multiples stratégies sont employées pour intégrer les soins et les services notamment l'accès aux soins primaires (MG), la promotion de la santé et la prévention primaire et la coordination avec les services de réadaptation**

# Gestion de cas : qu'est-ce que c'est et comment l'implanter au mieux

- ▶ **Les dimensions qui devraient systématiquement être couvertes par une évaluation multidimensionnelle sont les suivantes:**
  - ▶ Le statut actuel de santé et les enjeux, y compris les besoins de santé et la revue des médicaments existants
  - ▶ Le statut actuel de mobilité
  - ▶ Le statut actuel de fonctionnement pour les actes essentiels de la vie
  - ▶ Le statut actuel de fonctionnement cognitif
  - ▶ L'histoire sociale et les besoins sociaux
  - ▶ Les besoins dans les activités domestiques
  - ▶ Les besoins au niveau financier, administratif
  - ▶ Les besoins de rôles sociaux (emploi, éducation...)
  - ▶ Les arrangements formels et informels existants

# Gestion de cas : qu'est-ce que c'est et comment l'implanter au mieux

- ▶ **Le plan de services individualisé est le COEUR de tout programme de gestion de cas**
- ▶ **Le processus de planification individualisé prend ensemble les circonstances individuelles (le lieu de vie, l'accès à des ressources informelles, les ressources financières = environnement physique et social) avec les besoins sociaux et de santé (= phase de PROBLEMATISATION), afin de créer un plan qui vise à combler les besoins.**
- ▶ **Il est essentiel que le plan soit CO-PRODUIT par le gestionnaire de cas et LA PERSONNE+++ afin de renforcer la position de la personne dans les choix et impliquera autant que nécessaire tous les autres acteurs formels (notamment le médecin traitant) et informel.**

# Gestion de cas : qu'est-ce que c'est et comment l'implanter au mieux

- ▶ **L'objectif principal du plan de services individualisé est d'être le support du travail du gestionnaire de cas pour proposer une réponse structurée aux besoins d'un individu qui assure que les objectifs des différents services sont bien cohérents entre eux.**
- ▶ **C'est un outil de référence qui doit décrire les différents services ou ressources requis et leur fréquence**
- ▶ **Le gestionnaire de cas doit pouvoir l'utiliser pour**
  - ▶ Identifier les références à faire
  - ▶ Coordonner les différents services en les joignant directement
  - ▶ S'assurer que les références réalisées ont bien été effectuées
  - ▶ S'assurer que les réponses apportées vont dans le sens définis et répondent aux attentes de l'utilisateur
- ▶ **C'est un document dynamique qui doit être continuellement réactualisé**
- ▶ **La planification individualisée est donc plus un processus continu qu'un « stade » de la gestion de cas**

# Gestion de cas : qu'est-ce que c'est et comment l'implanter au mieux

## Coordination des services

Elle Inclut de façon non limitative

- La gestion du traitement médicamenteux
- L'auto-gestion de la santé
- L'advocacy et la négociation
- Le support psycho-social
- Le monitoring continu et la révision régulière de l'ensemble des besoins



# Etude socio-anthropologique

Sandberg M et al BMC Health Services Research 2014; 14:14

## Selon le GC lui-même

Le GC est un gardien-coach

- Peut résoudre des problèmes
- Peut supporter la personne
- Peut défendre les intérêts de la personne
- Peut faire naviguer la personne

La GC s'est surtout : un nouveau champ

- Gérer les frontières
- Construire la confiance
- Mettre des limites
- Faire une différence

## Selon l'utilisateur

Le GC est une main secourable

- Il a les infos
- Il est le support
- Il sait surveiller ce qu'il faut
- Il sait quoi faire au cas où

La GC c'est surtout une nouvelle ressource

- Inconnue
- Inspire confiance
- Ressources limitées
- Améliore la sécurité

## L'intervention centrée sur la personne Person centred care : qu'en disent les personnes?

- **Les dimensions évoquées :**
  - Holisme « je veux exister en tant qu'un tout »
  - Identité personnelle
  - Nécessité d'empathie
  - Nécessité d'écoute
  - J'ai l'information pour décider
  - Je suis accompagné par une personne identifiée





# Avenir de l'intégration et de la gestion de cas

- ▶ **Dépasse le seul avenir des MAIA**
- ▶ **Courant international fort qui transcende les politiques de court terme**
- ▶ **Principaux leviers**
  - ▶ Inadaptation d'une réponse maladie par maladie
  - ▶ Inadaptation d'une réponse fragmentée entre social et médical
  - ▶ Personne n'a seul la réponse à l'ensemble des besoins
  - ▶ Volonté des personnes d'être acteur des décisions qui les concernent
  - ▶ Revendication autour du domicile
  - ▶ Régionalisation des politiques de santé
  - ▶ Besoin des décideurs d'avoir des données sur les besoins de la population
  - ▶ Nécessité de renforcer la première ligne
  - ▶ Crise financière