

Gestionnaire de cas

Pr Dominique Somme
Université Rennes 1, CHU Rennes
dominique.somme@chu-rennes.fr

Histoires

Mr José



Monsieur José et la fragmentation

- **Monsieur José n'est pas « abandonné » par le système bien au contraire**
- **Chaque professionnel fait plutôt bien son travail**
 - Le service de Gériatrie initial
 - Le service des urgences
 - Les assistantes sociales de l'hôpital
 - Les assistantes sociales de ville
 - L'équipe mobile de Gériatrie
- **Est-ce que tout est de la faute du fils?**



Monsieur José et la fragmentation

- **Pas de médecine de première ligne dans cette situation**
- **Une présence soutenue à l'hôpital mais sans lien avec la suite chaque épisode est « isolé »**
- **Les assistantes sociales ne se préoccupent pas comme étant leur problème des nombreux passages aux urgences (qui de facto ne sont le problème de personne)**
- **Le système a même créé une assistante sociale de liaison et une EMG mais en l'absence de lien fort avec les autres systèmes le résultat reste modeste**



Monsieur José et la gestion de cas

- **Mr José est une personne en situation complexe, le suivi de sa trajectoire révèle de nombreux dysfonctionnements**
- **Un gestionnaire de cas dédié à la coordination intensive des services aurait peut-être pu anticiper un peu les dégradations et œuvré pour l'intervention d'une médecine de 1ere ligne**
- **Il aurait aussi permis de faire remonter au différents niveaux de prises de décision, les dysfonctionnements révélés, afin que des décisions soient prises à ces différents niveaux**



Monsieur José et l'intégration

- **Durant le séjour initial on repère les éléments de complexité, un gestionnaire de cas est nommé**
- **Les données médicales et sociales pertinentes sont transmises aux différents intervenants évitant les doublons et les perte de temps**
- **L'évaluation de la situation est partagée entre acteurs du monde sanitaire (pas de problème de santé actif, dégradation chronique) et du monde social (problème du fils, de l'absence effective d'aide, information fiable sur les conditions de vie), pas de répétition des évaluations (EMG)**
- **Le plan de services permettra de redonner un rôle en perspectives à chacun en relation avec les orientations de vie de Mr José et en cohérence générale**



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



Plusieurs modèles de « case management »

Appellations pas toujours aidantes : care-management, disease-management, case-management, care-coordinator... → nombreux chevauchements

A qui rendent-ils compte?

Uniquement au « client » : modèle de « courtage », très développé aux EU, financement direct

Par les assureurs propriétaires d'une partie du système d'aide et de soins : modèle « assurantiel », le « client » doit couvrir le moins possible à l'assureur tout au long de l'intervention (+ approche qualité): modèle très répandu EU, Allemagne, Suisse (parfois avec régulation public : Hollande)

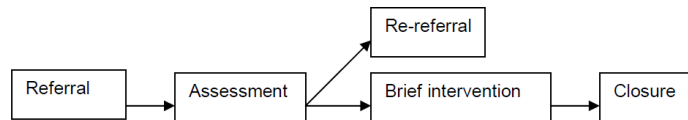
Par un ou plusieurs financeurs publics: améliorer la santé des populations et l'efficacité du système dans sa globalité : modèle « public »: modèle implanté au Québec, au Royaume Uni, au Japon, en France



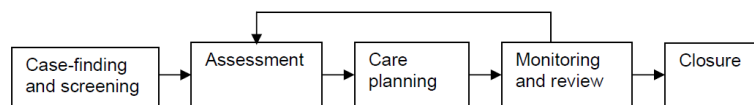
Gestion de cas versus intervention

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**
- Monitoring de la mise en place du plan**
- Monitoring de l'évolution de la situation**
- Réévaluation régulière de l'ensemble des besoins
(même si rien ne se produit apparemment)**
- Suivi au long cours**



Compétences clefs

- Evaluation multidimensionnelle des besoins y compris du réseau d'aide**
- Planification évolutive à la fois santé et social, aide formelle et informelle, des aspects financiers et non financiers**
- Communication avec les personnes en situation complexe**
- Communication dans le réseau**
- Support émotionnel et distance**
- Connaissance des enjeux de santé de la population suivie (+/- protocoles)**
- Connaissance des réseaux locaux de service**
- Advocacy et distance**
- Approche territoriale et populationnelle**



Habiletés (International)

- La construction d'une relation positive.
- Une communication verbale et écrite adéquate.
- La négociation.
- La connaissance de la gestion de risques.
- Le coaching pour faire exprimer questions, préférences ou préoccupation



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.
- Les notions d'approche centrée sur la personne (PCC).



Plusieurs modèles de « case management »

- **Quelles actions, quelles charges en cas**
- **Uniquement courtage avec charge en cas élevée (> 100 voire > 150)**
- **Avec de l'intervention à domicile et en suivi**
- **Principalement axé sur l'intervention à domicile: modèle intensif ou « intensive case management »**



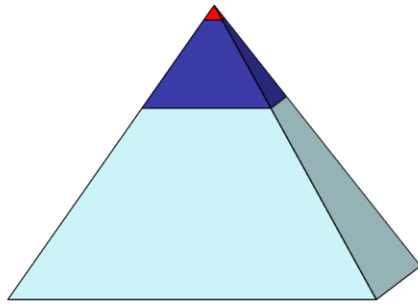
Caractéristiques de l'intensive case management

- **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**

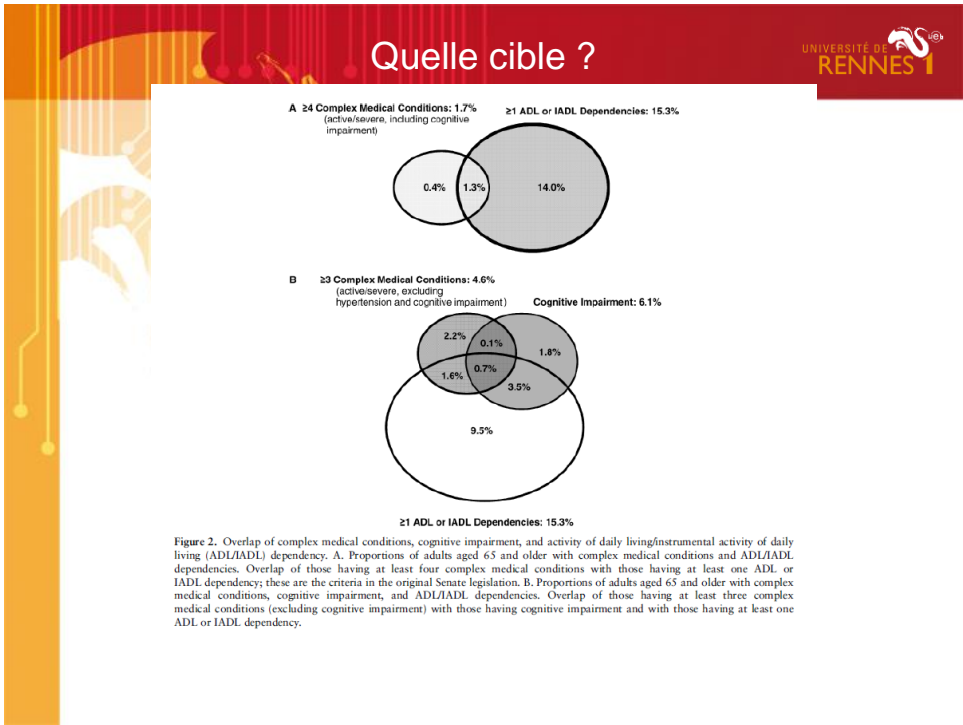


Quelle cible ?

UNIVERSITÉ DE RENNES I



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



Personne en situation complexe

Critères → sélection d'une population à risque

Jugement clinique nécessaire ensuite

Complexité :

- instabilité
- imprévisibilité
- intensité

Nécessité d'une collaboration pour être abordée



Critères (circulaire PMND 7 sept 2015)

Critère d'orientation pas d'inclusion !

Pas de crise, > 60 ans souhaite rester à domicile

+ critère 1 : situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile en raison de :

- 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 proche en mesure de mettre en place et coordonner dans la durée les réponses aux besoins ou Personne isolée ou dont l'entourage n'est pas en mesure de mettre en place et coordonner les aides et les soins.

La définition de critères de repérage de la population à orienter vers la gestion de cas ne suffit pas. Elle s'appuie sur une connaissance réciproque des gestionnaires de cas et des autres professionnels du territoire afin qu'ils mesurent leurs rôles et missions respectifs.



Sortir de la gestion de cas

- **Situation complexe : haut risque de décompensation à répétition**
- **Si on constate l'absence de décompensation sur une temporalité longue : occasion de réflexivité (situation vraiment complexe au début?, qu'est-ce qui a été l'élément stabilisateur...)**
- **On peut arrêter une GC qui n'aurait jamais dû commencer → attention au tuilage**
- **Rapporter les dysfonctionnements (population qui aurait dû être desservie et qui ne l'a pas été, population orientée à tort...)**



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**



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.



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

Connaitre 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)

Connaitre 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...



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 (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.



Gestion de cas : les pièges

- **Pas un gestionnaire « de maladie d'Alzheimer »**
Une 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
Probablement entre les soins de premières lignes et la gestion de cas
- **Dédié à la complexité mais pas de définition de ce que c'est**
Définitions locales → harmonisation en cours



Gestion de cas : difficultés

- **La gestion de cas est un facteur de jugement positif de l'expérimentation**

Sens de cette forme d'intervention clinique pour les professionnels exerçant la fonction, les partenaires, les usagers et dans une mesure encore à définir pour les autres professionnels

- **La gestion de cas se développe MALGRE la faiblesse de l'intégration**

Attention à une dérive de la gestion de cas sans intégration (donc hors modèle PRISMA/MAIA)

- Epuisement du sens clinique
- Epuisement professionnel

Attention à une dérive de la gestion de cas vers « l'institutionnalisation »

- Perte de la place interstitielle
- Epuisement du sens clinique



Conclusion

L'intégration

Passer 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. Nécessiter de souplesse/adaptabilité du composant reposant sur un cadre fixant des bornes.
- 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++)