




UNIVERSITÉ DE
RENNES I

Gestionnaire de cas

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

CHU
rennes

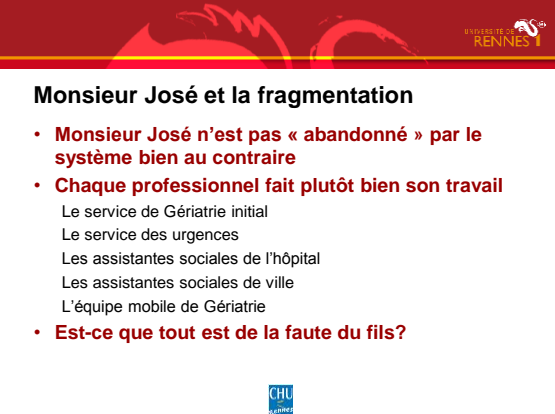


UNIVERSITÉ DE
RENNES I

Histoires

Mr José
Peter et Julia

CHU
rennes

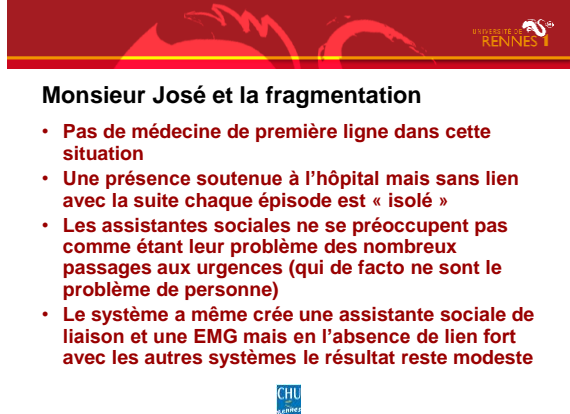


UNIVERSITÉ DE
RENNES I

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?**

CHU
rennes

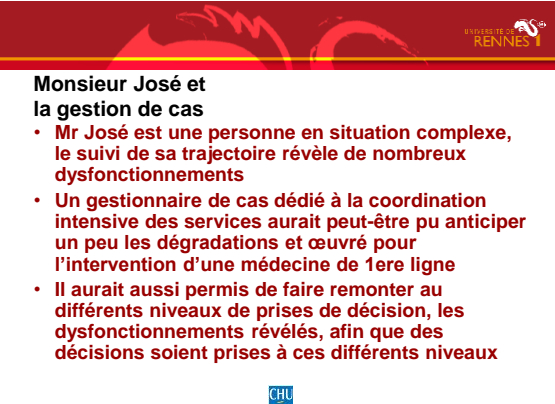


UNIVERSITÉ DE
RENNES I

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 crée une assistante sociale de liaison et une EMG mais en l'absence de lien fort avec les autres systèmes le résultat reste modeste**

CHU
rennes

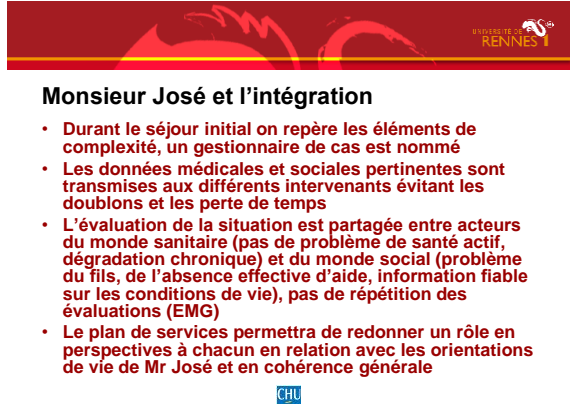


UNIVERSITÉ DE
RENNES I

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**

CHU
rennes



UNIVERSITÉ DE
RENNES I

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**

CHU
rennes



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 comptent?

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 coûter 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



Plusieurs modèles de « case management »

Quelles actions, quelles charges en cas

Uniquement courtage avec charge en cas élevée (> 100 voire > 150)

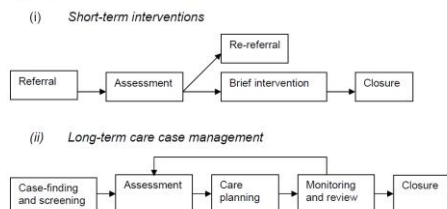
Avec de l'intervention à domicile et en suivi

Principalement axé sur l'intervention à domicile: modèle intensif ou « intensive case management »



Gestion de cas versus intervention

Figure 1: A model of care



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



Habilités (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.
- 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).



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)

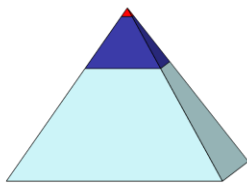
Réponse à plusieurs niveaux

- 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 ?

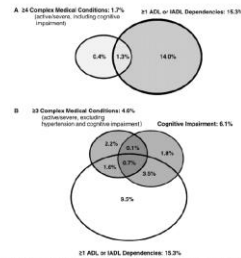


Figure 2. Overlap of complex medical conditions, cognitive impairment, and activity of daily living/instrumental activity of daily living (ADL/IADL) dependency. A. Proportion of adults aged 65 and older with complex medical conditions and ADL/IADL dependency. Overlap of those having at least four complex medical conditions with those having at least one ADL or IADL dependency (that are the criteria in the original target population). B. Proportion of adults aged 65 and older with complex medical conditions, cognitive impairment, and ADL/IADL dependency. Overlap of those having at least three complex medical conditions (including cognitive impairment) with those having cognitive impairment and with those having at least one ADL or IADL dependency.



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)

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 rétroactive 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 tuitage

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 (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 nécessitent 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.





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 standardisés fiables
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 clés 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

- 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

- 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++)





TheKingsFund® Ideas that change health care

Authors
Shilpa Ross
Natasha Curry
Nick Goodwin

Case management

What it is and how it can best be implemented

November 2011



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'évènement 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 multidisciplinaires
 - ▶ 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



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

