

# Éthique de la gestion de cas

2018

## Plan

- Éthique de la gestion de cas : un peu d'histoire
- Repères éthiques pour la pratique en France
  - Autonomie
  - Engagement dans la relation
  - Questions pratiques
    - Concertation
    - Consentement
    - Confidentialité
  - Le gestionnaire de cas face au système

## Éthique de la gestion de cas

Un peu d'histoire...

## Case Management aux EU

- Né dans les années 70, a concerné des travailleurs sociaux puis des infirmières
- Le terme « case manager » renvoie au « case work », forme de travail social née dans les années 1920 qui insiste sur une approche *individualisée* de l'utilisateur, sans jugement de valeurs

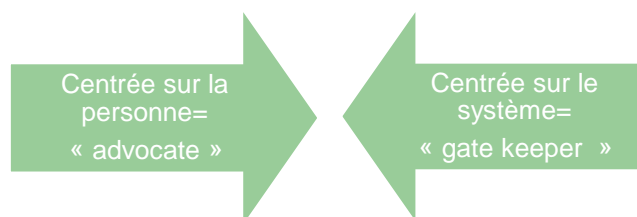
## Éthique et GdC : 2 discours

- Une vision très positive
  - **la** solution pour des soins efficaces et de qualité
  - donne plus de **pouvoir** à l'infirmière/ l'AS dans l'organisation des soins
- Des critiques
  - Le GdC n'a pas les moyens d'assurer des soins de qualité :  
« *alibi pour réduire les coûts* »
  - Le (la) GdC a d'écrasantes responsabilités mais très peu de pouvoir  
« *femmes opprimées par un système machiste et capitaliste* »

## Deux concepts importants

- Advocacy
  - Défendre les intérêts/la parole du « client »
  - Directement ou en l'aidant à se défendre lui-même=
- Empowerment
  - Augmenter le « pouvoir d'agir » de l'utilisateur
  - Passe par l'éducation, l'information, l'accompagnement...

## Double rôle de la gestion de cas



Comment servir deux maitres?

## Servir deux maitres?

- Croyance sous-jacente
  - « *Quand un individu atteint le maximum de bien être et de capacité fonctionnelle, tout le monde en bénéficie : l'individu, le système de santé et le payeur* »  
(code d'éthique de la gestion de cas américain)
- Philosophie sous-jacente : utilitarisme
  - S'oppose à l'éthique du devoir
  - Principe d'agrégation : Le bien-être d'une société est la somme du bien être de chacun

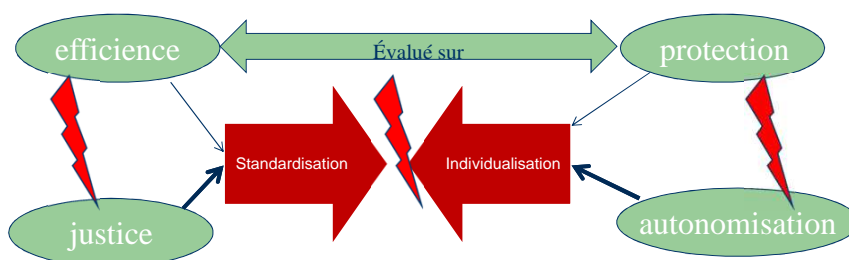
## Débat

- Le rôle vis à vis du système et le rôle vis à vis du patient sont-ils vraiment compatibles?
  - Dépend de l'employeur : public/privé;
  - Dépend des ressources disponibles;
  - Dépend des missions du gestionnaire de cas et de son pouvoir effectif;

## AU TOTAL

Valeurs institutionnelles

Valeurs professionnelles



## Repères éthiques

En France

## Plan

- L'autonomie : pourquoi? Comment?
- Enjeux de la relation
- Questions pratiques
  - Concertation, quelle responsabilité?
  - Consentement, pour qui? Pour quoi
  - Confidentialité : un mythe?
- Le gestionnaire de cas face au système

## L' Autonomie, une valeur?

### -Sécurité/Liberté

« *On est tranquille dans les cachots* »(Rousseau)

- ✓ Bienfaisance=respecter l'autonomie
- ✓ Valeur=prise de risque

-Pour espérer exercer son autonomie, il faut avant tout rester en vie.

- ✓ Bienfaisance= protéger la vie
- ✓ Valeur=vie

## Deux conceptions de l'autonomie

### ●Conception rationnelle (dite kantienne) = **quoi faire?**

- ❖ L'individu est considéré comme indépendant
- ❖ Savoir évaluer la capacité décisionnelle

### ●Conception relationnelle (dite féministe) = **comment faire?**

- ❖ L'identité et les choix d'une personne se construisent au sein d'une société, dans et par les relations interpersonnelles.
- ❖ L'individu n'existe qu'en société, et dépend toujours des autres.

## Capacité décisionnelle (1)

- Comprendre
- Apprécier
- Raisonner
- Exprimer

## Capacité décisionnelle (2)

- Présomption de compétence
  - expliquer
  - Vérifier la compréhension
  - Laisser le temps
- Variable continue
- Dépend de la décision à prendre
- Fluctue dans le temps
- Même si le choix fait me semble mauvais



## Et sinon?

La baisse de la capacité pour l'autonomie ne dispense pas du respect de l'autonomie

- Directives anticipées?
- Personne de confiance?
- Histoire de vie?
- Consentement différé?

## Dworkin



« la valeur d'autonomie dérive de la capacité qu'elle protège : la capacité d'exprimer son propre caractère dans la vie que l'on mène »

- Intérêts critiques et intérêts immédiats
- Perte rapide des intérêts critiques
- Respect de l'autonomie = directives anticipées  
= préférences antérieures explicites

## Dresser



- La personne a changé du fait de sa maladie
- Autonomie = Privilégier les intérêts actuels
- Prudence face au jugement substitué :
  - qu'aurait fait le patient?
  - Intérêt du patient : comment l'évaluer?

## Jaworska



- Discerner les valeurs de la personne :
  - Pense qu'elle a raison de valoriser ces valeurs
  - Indépendant du plaisir lié
  - Augmente l'estime de soi
- Les valeurs peuvent longtemps être discernées
- Respect de l'autonomie = des valeurs, même contre les désirs immédiats
- Rôle d'autonomisation du GdC

## **Le comment (éthique de la relation)**

- Convaincre?
- Négocier?
- Relation de confiance?
- Mentir? Menacer? Manipuler? Harceler?

## **Comment?**

- Renoncer
- Créativité
- Prendre le temps
- Consentement différé

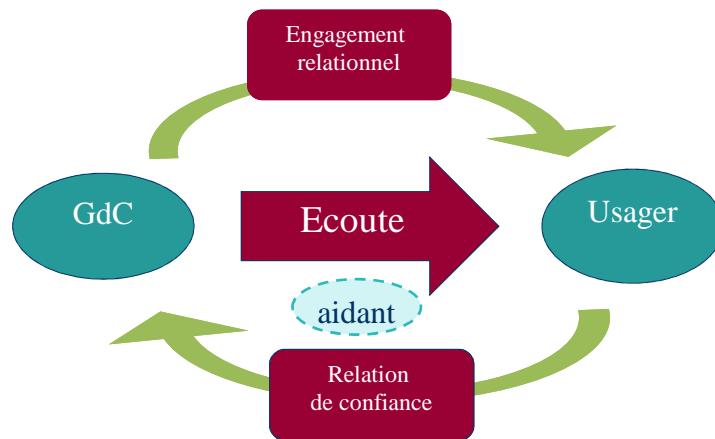
## Rôle du GdC

- Evaluer
  - les risques (avec les autres pro)
  - l'autonomie de la personne
    - Est-il conscient du risque? (rationnel)
    - Qui peut l'assister dans sa décision? (relationnel)
- Renforcer l'autonomie de la personne
  - « décryptage » de ses demandes, éducation
  - S'appuyer sur ses proches
  - Construire une relation de confiance
  - Trouver des réponses individualisées

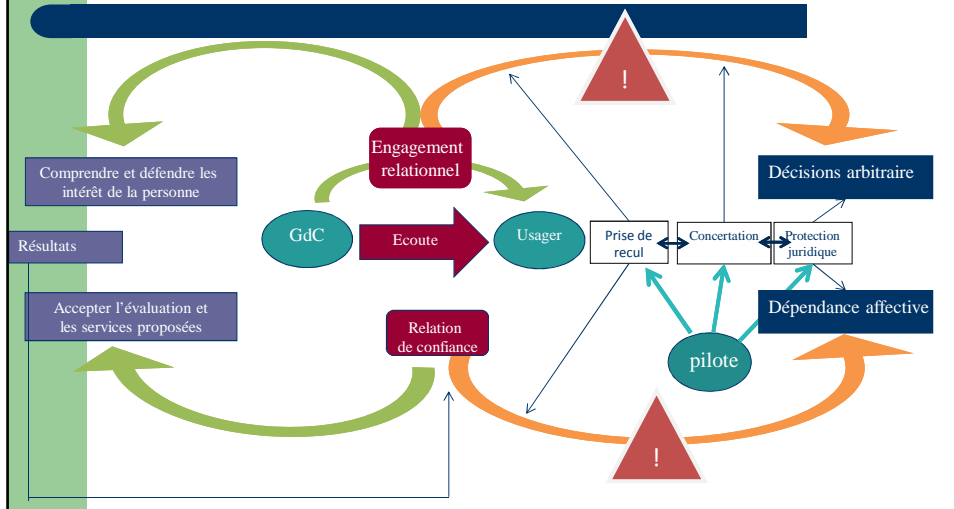
## Plan

- L'autonomie : pourquoi? Comment?
- Enjeux de la relation
- Questions pratiques
  - Concertation, quelle responsabilité?
  - Consentement, pour qui? Pour quoi
  - Confidentialité : un mythe?
- Le gestionnaire de cas face au système

## Enjeux de la relation (1)



## Enjeux de la relation (2)



## Quelle responsabilité?

- On ne peut être tenu responsable que de ce qui dépend directement de nous :  
Responsabilité-obligation versus Responsabilité–vertue
- Face au risque : tout professionnel social et de santé peut faire un signalement si il a des éléments suffisants. Le GdC est parfois celui qui, par sa vision globale, aura les éléments suffisants. C'est le juge qui est responsable de la décision judiciaire!
- N'a pas le pouvoir d'agir contre les choix de la personne (sauf celui de faire un signalement)
- Question de la responsabilité partagée dans les décisions collégiales (« problem of many hands »)

## Ethique de la discussion

- La discussion permet d'arriver à la décision la plus sage, qui remportera l'adhésion de tous
- Qui participe?
- Chacun parle en son nom propre, en s'appuyant sur sa raison
- Objectif: consensus et non majorité

## La concertation : « boîte noire »?

- Ne doit pas être un moyen de diluer les responsabilités
  - Tendence des autres pro à vouloir faire « passer à l'acte » le GdC
  - Chaque intervenant doit assumer les responsabilités liées à sa fonction
- Discussion-négociation (le plus fort gagne) versus discussion-construction (la solution la plus raisonnable apparait)
  - Les « perdants » risquent de ne pas s'impliquer par la suite
  - Préférer une médiation en petit effectif en cas de conflit
  - Une décision prise en concertation peut être remise en cause, si certains éléments importants n'ont pas été pris en cause



Pas une solution « magique »

## Consentement écrit

- Difficilement accepté par les GdC
  - Certains ne le font plus signer
  - La plupart le font « en général » signer par la personne, un aidant ou les 2
  - Cependant, certains trouvent aidant dans la relation son usage systématique
- Problèmes cités
  - Absence de valeur légale si la personne a des capacités de jugement altéré (seule obligation légale: information sur le partage d'information)
  - Protège le GdC et non la personne
  - Nuirait à la relation de confiance
  - Sentiment de ne pas respecter une personne qui signerait « n'importe quoi »

## Consentement écrit

- Avantages cités

- Légitime l'action du GdC (en théorie plus qu'en pratique)
- Permet le partage d'information (non opposition + hors équipe de soin)
- Clarifie la relation
- La personne se sent engagée

- Quand l'aidant signe...

- Est-ce en son nom? (lui aussi donne des infos, reçoit des services...)
- Est-ce en tant que représentant du patient?
- Est-ce comme « témoin », en co-signature, afin de s'assurer que la personne à, dans la mesure de ses capacités, compris? (=consentement assisté)

## Consentement écrit : propositions

- 1/Le consentement peut être oral si il existe une « réticence » à l'écrit
- 2/Citer les partenaires avec qui l'information est partagée, et mettre à jour
- 3/Encourager le « consentement assisté »
- 4/Prendre en compte l'accueil effectivement réservé au GdC pour acter d'un refus de suivi



## Confidentialité

- Un mythe à l'heure du « secret partagé » ?
- Recueil d'information : personne « mise à nu »  
Des informations sensibles (filiation, problèmes financiers...) ou simplement intimes (incontinence...)
- Partage : Quoi? Pourquoi? A qui? Comment?



## l'article L. 1110-4 du code de la santé publique

- Toute personne a droit **au respect de sa vie privée** et du **secret des informations** le concernant. **Ce secret couvre l'ensemble des informations** concernant la personne venues à la connaissance du professionnel.
- Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations, à condition **qu'ils participent tous à sa prise en charge** et que **ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social**. Ce partage nécessite son consentement préalable.
- Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, ces informations (strictement nécessaires) sont réputées **confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe**.
- La personne **est dûment informée de son droit d'exercer une opposition** à l'échange et au partage d'informations la concernant.

## LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillesse

- Les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées en perte d'autonomie coordonnent leurs activités en suivant la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Les professionnels prenant en charge une personne âgée dans le cadre de cette méthode sont tenus au **secret professionnel**
- Toutefois, **ils peuvent échanger des informations** relatives à une même personne prise en charge, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique. Lorsqu'ils comptent parmi eux au moins un professionnel de santé, **ils sont considérés comme constituant une équipe de soins**
- **Le représentant légal** ou, à défaut, **la personne de confiance** est compétent pour consentir aux échanges d'information ou s'y opposer lorsque la personne concernée est hors d'état de le faire.

## BREF...

- Maia = équipe de soins, informations confiées à l'équipe = aux pro d'un même territoire (exclusion des SSAD, bénévoles...)
- Echange d'information dans le cadre de la maia
  - Uniquement les informations nécessaires
  - Non-opposition d'un patient informé
- Echange d'information hors maia
  - consentement du patient ou de son représentant

### A noter que tout professionnel (même auxiliaire de vie) est soumis au secret

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie de... » Article 226-13 CP

## Comment?

- Le pire : cahier de liaison au domicile du patient, accessible à tous
- La transmission orale
  - Le GdC se sent moins « engagé »
  - A l'impression de mieux maîtriser la diffusion de l'information (?)
- Le dossier informatisé
  - Doit être déclaré à la CNIL si nominatif...
  - Permet un accès aux données différencié selon les professionnels concernés
- Bien accepté au Québec

## Plan

- L'autonomie : pourquoi? Comment?
- Enjeux de la relation
- Questions pratiques
  - Concertation, quelle responsabilité?
  - Consentement, pour qui? Pour quoi
  - Confidentialité : un mythe?
- Le gestionnaire de cas face au système

## Valeurs de la gestion de cas

### Individualisation de la relation+++

- Respect des partenaires
- Prise de risque (société sécuritaire)

## L'individualisation permet l'autonomisation

- Conception positive de l'autonomie
- Décrypter et mettre en acte les valeurs de la personne
- Considère la personne dans son environnement

## Principal enjeux éthique : Trouver la juste distance

- **Avec la personne accompagnée et les aidants**  
Engagement dans la relation nécessaire mais périlleux
- **Avec les professionnels**  
Chacun doit comprendre et assumer ses responsabilités
- **Avec l'institution**  
Défendre l'intérêt du patient en respectant les règles, et faire évoluer ces règles

## Ressources

- La maladie d'Alzheimer : problèmes philosophiques; F Gzil (PUF)  
[http://www.ihpst.cnrs.fr/sites/default/files/these\\_qzil\\_fabrice.pdf](http://www.ihpst.cnrs.fr/sites/default/files/these_qzil_fabrice.pdf)
- La maladie du temps. F Gzil (PUF)
- Alzheimer : questions éthiques et juridiques. Gérontologie et société. F. Gzil
- Alzheimer : la construction sociale d'une maladie. L. Ngatcha-Ribert
- Refus de soins opposés aux gestionnaires de cas par des personnes âgées en situation médico-sociale complexe : regards croisés A. Corvol , F. Balard, G. Moutel , D. Somme. Revue de médecine interne
- Valeurs, attitudes et pratiques des gestionnaires de cas en gérontologie : une éthique professionnelle en construction. A. Corvol. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00987270/document>