Gestionnaire de cas

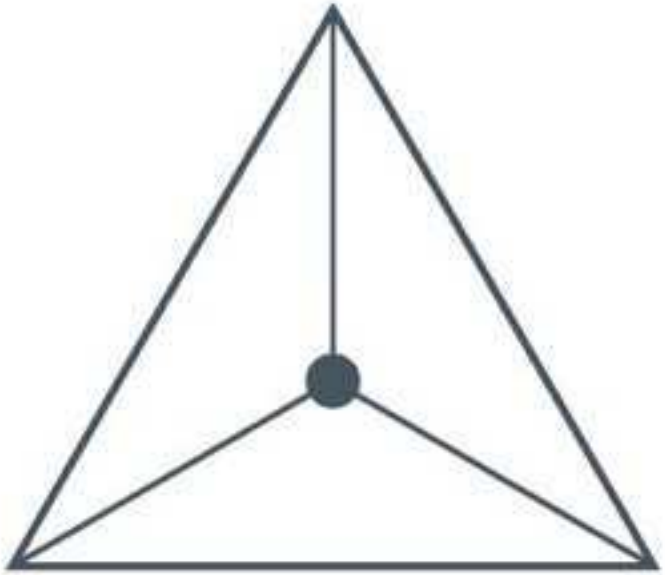
Pr Dominique SOMME
Faculté de Médecine Université Rennes 1
Service de Gériatrie CHU Rennes
Ex-expert pour Plan National Alzheimer
Centre de recherche sur l'action politique en Europe
Management des Organisations de Santé
dominique.somme@chu-rennes.fr

UNIVERSITÉ DE RENNES 1

Pas de conflits d'intérêt

L’objectif triple : Triple Aim

Santé de la population



Experience
liée aux soins

Coût
par individu

L'enjeu

- **Construire un service public de territoire répondant à domicile de façon adaptée, graduée, souple et réactive aux problématiques de santé (dans toute sa définition) quel que soit l'âge et à ses conséquences sur l'autonomie fonctionnelle**

Besoin n1 : Nous ne l'avons pas déjà !

Histoire

Mr José

Besoin n2 : Se parler de ce qui ne va pas

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?**

Face à la fragmentation
Intégration et Coordination organisationnelle

- **Coordination organisationnelle**
  - le système n'est pas la cible
  - agir sur les INTERFACES des organisations concernées
- **Intégration : réduire la complexité du système en agissant sur l'ensemble des règles qui le régissent (frontières, missions, gouverne, outils)**
  - l'articulation n'est pas la cible
  - modifier L'INTERIEUR des organisations concernées

INTEGRATION => PARTAGE

- Partage des valeurs, du « diagnostic »
- Partage du plan d'action
- Partage des procédures
- Partage des outils
- Partage des ressources (humaines, financières)
- Partage des informations
- Partage des responsabilités, des indicateurs, du résultat

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

Besoin n3 : l'intégration
(pas de la gestion de cas isolément)

Gestionnaire de cas

- Il s'agit d'un nouveau champ professionnel
- Objectifs : améliorer la continuité, l'accessibilité et la coordination des interventions
- Cible : auprès de personnes en situation complexe
- Méthode : coordination clinique intensive
- Temporalité : long cours

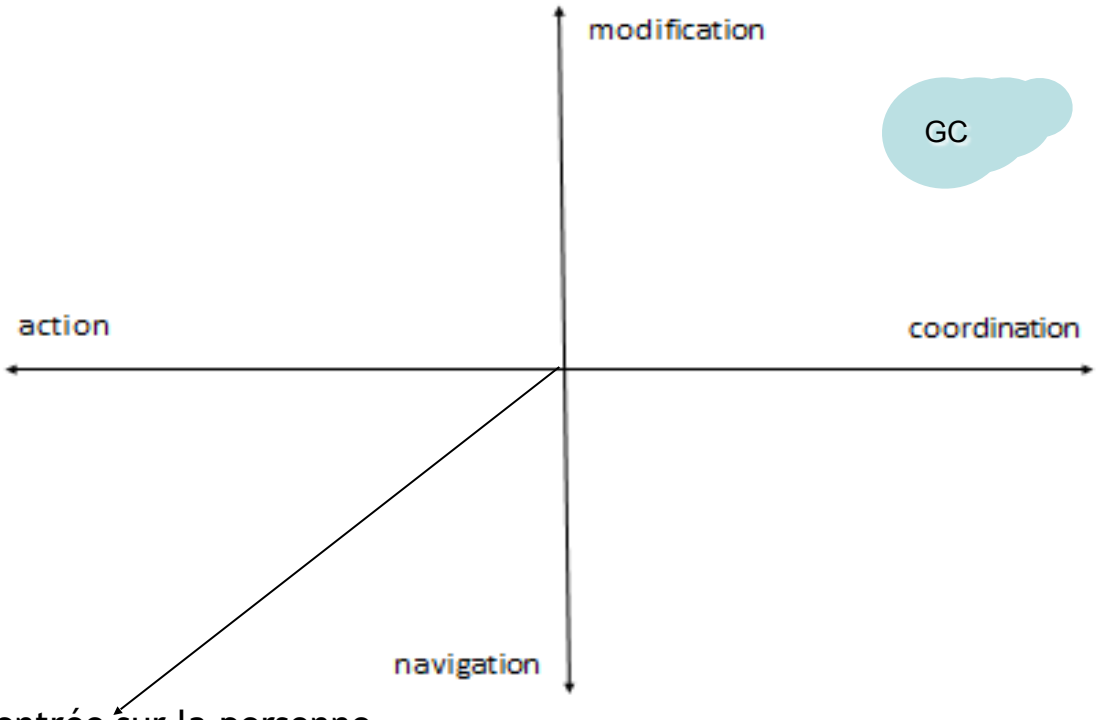
Cœur de métier

1. Vérification du bon niveau d'intervention
2. Evaluation multidimensionnelle standardisée
3. Planification des soins et de l'aide
4. Monitorage de la mise en place du plan
5. Monitorage de l'évolution de la situation
6. Réévaluation régulière de l'ensemble des besoins (même si rien ne se produit apparemment)
7. Suivi au long cours

Caractéristiques de l'intensive case management

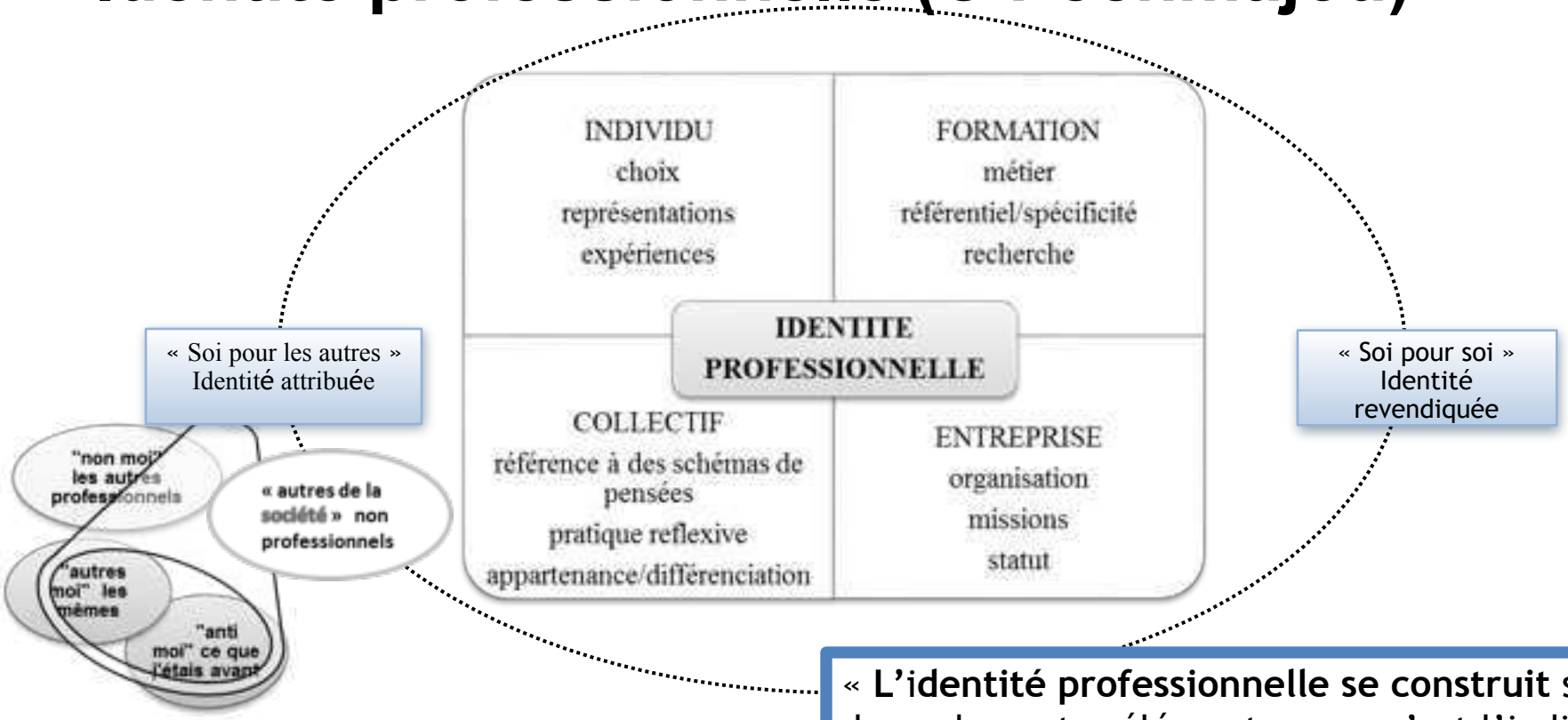
- **Population à haut risque (requérant des services multiples, considéré comme relevant d'une institutionnalisation…)**
- **Faible charge en cas (<60 par définition, <40 en pratique)**
- **Réponse à plusieurs niveaux**
  - Au niveau de la personne (clinique) → en interdisciplinarité
  - Au niveau du système (organisation) → en lien avec le pilote
- **Approche qualité, traçabilité, amélioration continue**

Analyse des métiers de la coordination



Intervention centrée sur la personne

Identité professionnelle (C Pechmajou)



« **L'identité professionnelle se construit** sur la base de quatre éléments : ce qu'est l'individu avant toute expérience au travail, son métier, son entreprise et les groupes homogènes auxquels il appartient ou n'appartient pas »
Fray & Picouli 2010

Qui sont-ils?

- Des professionnels autorisé 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

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

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 »

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 tout le monde le revendique**
- **Tension éthique (Aline Corvol)**
- **Epuisement professionnel (C Pechmajou)**

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

Messages à retenir

- La GC doit être intensive en contexte intégré pour répondre aux besoins des personnes en situation complexe
- 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 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

SWOT d'une politique du « parcours »

- **Force : cohérence des approches Intégration et Parcours également cohérente avec démarche territoriale (filière, GHT)**
- **Opportunité : contrainte économique et démographique pousse à l'innovation, courant international fort, richesse et diversité de l'offre en France, nouvelles générations, besoins cohérents (système d'information…)**
- **Faiblesse : manque d'outil d'évaluation unique, manque d'une volonté politique de réduire la fragmentation, manque d'implication des personnes (« prises » en charge, etc…), hospitalo-centrisme du système**
- **Risque : bureaucratisation galopante (procédures pour procédures, organisation pour organisation…), hospitalo-centrisme renforcé, partir du plus complexe, prescriptif, fragmentation**

Besoin n4 : les parcours

En savoir plus

- **Enquête Nationale Lettre de la Fondation Médéric Alzheimer**
- **Site La documentation française**
  - Moteur de recherche interne :
    - MAIA → 2 rapports expertise + 1 travail de recherche ARS
    - PRISMA → 2 rapports de recherche
- **Un article de prise de position**
  - Somme D, Trouvé H, Passadori Y, Corvez A, Jeandel C, Bloch MA, *et al.* Prise de position de la Société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration. *Gérontologie et Société* 2013 ; 2 : 201-26.
  - *La revue de gériatrie* 2013 ; 38 : 323-30.
  - *Gériatrie Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement 2014; 12 (1 : 5-12 et 2 en cours en deux parties)*
  - *International Journal of Integrated Care* 2014 Mar (téléchargeable gratuit mais en anglais)