

# 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**

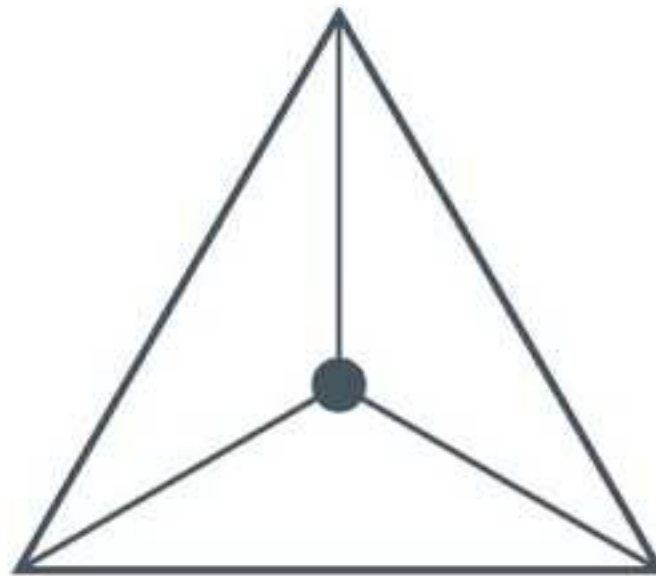
**Management des Organisations de Santé**

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

**Pas de conflits d'intérêt**

# L'objectif triple : Triple Aim

Santé de la population



Expérience  
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**

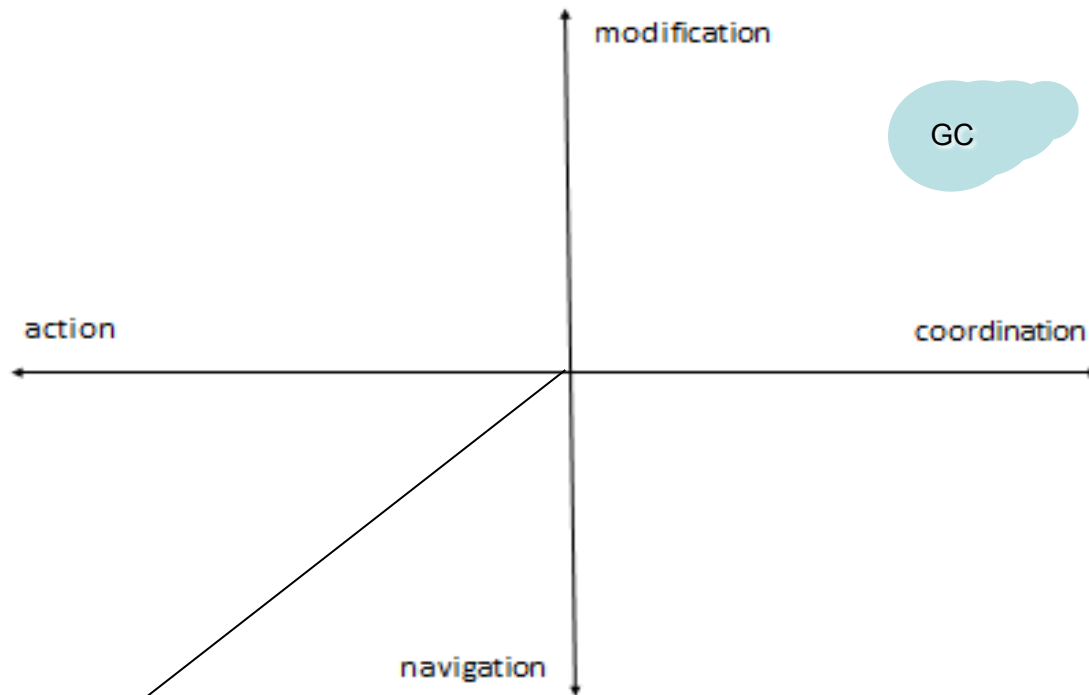
## **Cœur de métier**

- 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

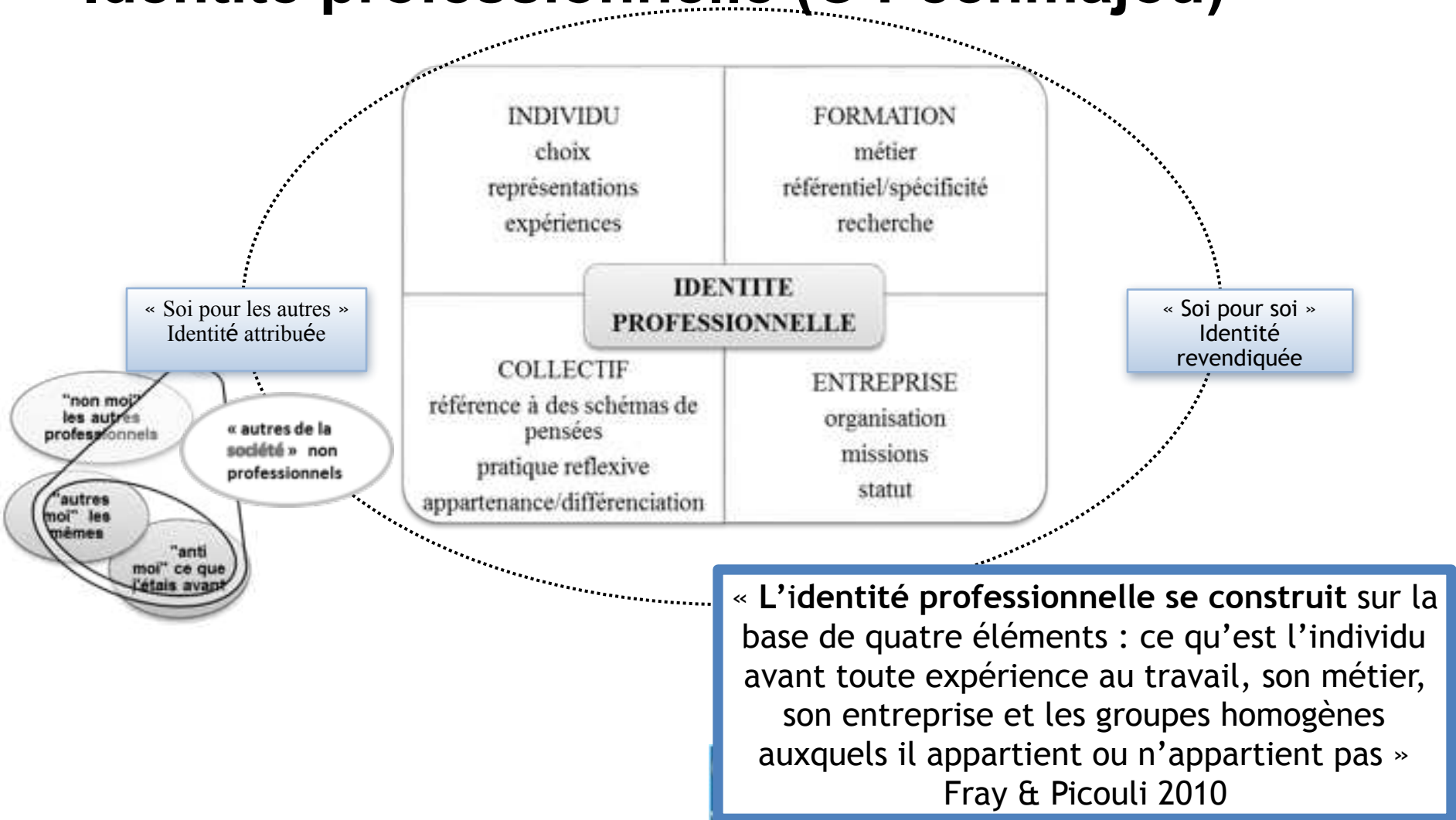
- **Population à haut risque (requérant des services multiples, considéré comme relevant d'une institutionnalisation...)**
- **Faible charge en cas (<60 par définition, <40 en pratique)**
- **Réponse à plusieurs niveaux**
  - Au niveau de la personne (clinique) → en interdisciplinarité
  - Au niveau 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)



## 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**



## 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

• **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

# 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)