



FICHE PRATIQUE COMPOSANTE 3: CASE MANAGEMENT

La présente fiche s'ouvre sur [1] [une présentation contextuelle](#) du case management en tant que composante des soins intégrés, et un exposé des objectifs poursuivis. Elle fournit ensuite [2] [une série de conseils pratiques](#) sur la façon dont la composante en question peut être mise en œuvre dans le cadre de votre projet, ainsi que quelques exemples pratiques dont vous pourrez vous inspirer. La fiche souligne également [3] différents [points d'attention](#) à prendre en compte lorsqu'il s'agit d'élaborer des interventions axées sur cette composante. Elle se termine par [4] un exposé succinct de [la situation actuelle du case management en Belgique](#).

1. Contexte:

Le **case management** consiste en une gestion et une coordination de l'ensemble des soins médicaux, paramédicaux, psychologiques, de bien-être nécessaires pour répondre aux besoins et souhaits des personnes atteintes de maladie chronique.¹

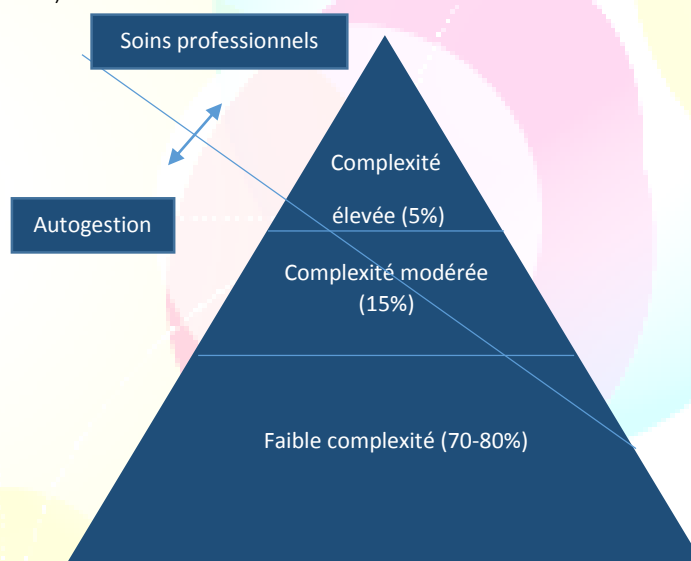
Cette définition implique que le case management dépasse le cadre de la coordination pratique / administrative des différentes interventions des soins. Une partie importante de cette définition est en fait le but de '**répondre aux besoins et souhaits des personnes atteintes**'. Si le patient ne prend pas son case management à lui-même, la personne qui le fait, est aussi **l'avocat de patient**. Cela requiert de bien connaître les ressources, besoins et souhaits du patient et d'avoir la capacité de prendre des initiatives qui soient à la fois dans l'intérêt du patient et qui suscitent son adhésion.

Le case management est indispensable pour chaque patient atteint d'une affection chronique pour assurer la cohérence et la continuité des soins. La personne qui se chargera de le mettre en œuvre pourra néanmoins varier en fonction de la complexité de la situation. Cette complexité peut être liée uniquement à la pathologie, mais elle peut aussi résulter de la situation socio-économique du patient, ou de ses facultés physiques, psychiques ou intellectuelles.¹

- 1) **Soutien en faveur de l'autogestion:** Dans les cas les moins complexes, ce sera le patient lui-même qui assurera son propre case management, et qui gèrera son propre programme de soins et son parcours de soins en concertation avec son généraliste et/ou ses aidants proches. Si l'on veut garantir la qualité du case management, il faut que le patient ait accès à une information suffisante et de qualité adéquate, susciter le soutien des prestataires de soins par rapport à cette question et faire en sorte qu'il puisse y avoir une prise de décision partagée (*voir fiche pratique "Empowerment du patient"*). L'échange des données électroniques peut aussi jouer un rôle important.

¹ Plan conjoint en faveur des maladies chroniques : des soins intégrés pour une meilleure santé

- 2) **Gestion de la maladie et du traitement**: Plus la situation devient complexe et/ou moins l'état physique, psychique ou intellectuel du patient lui permet de gérer et de coordonner lui-même le processus de soin, et plus il sera nécessaire de faire intervenir une autre partie. Il s'agira en première intention d'un aidant proche (*voir fiche pratique "Soutien des aidants-proches"*), mais dans la plupart des cas, il s'agira aussi d'un prestataire de soins qui est proche du patient, comme le généraliste, l'infirmier à domicile, le travailleur social, etc. en tant que coordinateur des soins. La coordination des soins n'est pas une nouvelle fonction, cela peut-être par exemple, un soignant qui offre déjà des soins au patient et un aidant proche qui joue le rôle de coordinateur des soins. Le patient peut intégrer cette personne dans son équipe de soins lui-même.
- 3) **Case management effectué par un case manager²**: Certaines situations particulièrement complexes requièrent de recourir à un case manager qui représente les intérêts du patient. En concertation avec le patient, l'aidant proche, le coordinateur de soins, le généraliste et les autres intervenants concernés, le case manager doit veiller à que les soins restent conforme aux objectifs de soins fixés par le patient et son environnement. En effet, la pertinence du case management effectué par un case manager doit être évalué à intervalles régulières et peut être arrêté sur demande ou avec d'accord du patient. Même si dans la réalité, certains profils de patients atteints de maladies chroniques auront besoin du case management effectué par un case manager à vie (p.ex. personnes âgées ayant des besoins en soins très complexes).



Il y a un grand nombre de termes utilisés dans la littérature et dans la pratique: médiateur de soins, personne de référence, coordinateur de soins, etc. Ces différentes fonctions sont également remplis de façons très diverses. Pour cette fiche pratique, les termes 'coordinateur des soins' et 'case manager' ont été choisis ; et le choix a été fait pour ne pas imposer des descriptions de fonction précise, donc vous pouvez concrétiser librement ces fonctions dans votre projet. Bien que ces fonctions doivent être élaborées dans le contexte décrit ci-dessus et sur base des connaissances déjà mises au point à ce sujet, comme décrit ci-dessous. Il convient également de prendre en compte les prescriptions à cet égard des communautés et régions.

² Un « case manager » est une personne qui a été désignée explicitement dans le projet afin d'y inclure cette fonction.

Objectifs du case management

- Une utilisation optimale des **capacités du patient, de son entourage et des soignants proches**, sans toutefois leur imposer des tâches et responsabilités trop lourdes
- Promouvoir la **continuité des soins**: garantir le passage d'un niveau de soins à un autre de façon telle que le plan de soins du patient ne soit nullement perturbé
- Éviter le **placement précoce en institution** (le patient reste à domicile le plus longtemps possible).
- Éviter des exacerbations évitables et donc, réduction des dépenses de santé évitables, telle la réduction des **hospitalisations**, des passages aux **urgences et le recours aux soins d'un généraliste en dehors des heures de bureau**.
- Accroître la **satisfaction** des patients et des aidants proches et réduire le fardeau perçu de ces derniers
- Améliorer la collaboration, la communication et le partage de données entre les différents intervenants, et accroître ainsi la **satisfaction professionnelle** (alléger la charge, donner à l'intervenant l'impression qu'il prodigue des soins de meilleure qualité).
- Garantir des soins intégrés à chaque patient, en tenant compte de ses besoins (médicaux et autres) et de ses capacités.
- Augmenter **l'adéquation des ressources de santé** en fonction des besoins et souhaits du patient, de manière à ce que son niveau de besoin soit rencontré par le soin et le professionnel adéquat (p.ex. éviter que ce soit son médecin généraliste qui le conduise chez le spécialiste).

Dans le cadre des objectifs globaux³ du plan Soins intégrés, l'implémentation du case management aura, en d'autres termes, pour objectifs principaux d'améliorer la qualité des soins (p.ex. meilleure continuité des soins, le patient partenaire), d'utiliser les moyens disponibles de façon plus efficace (p.ex. moins d'hospitalisations et passages par les urgences) et d'améliorer la qualité de vie des soignants.

2. Conseils pratiques et actions potentielles pour la mise en œuvre de cette composante

À partir de la stratification des risques de votre population, différents groupes (strates) au sein de la population sont identifiés en se basant sur différents niveaux de risque. Les résultats de cette analyse constituent une excellente base lorsqu'il s'agit d'obtenir un aperçu global des besoins en différents types de case management dans votre région. Cela étant, il s'agit uniquement d'un aperçu global et le soutien nécessaire pour assurer un case management optimal **varie fortement d'un patient à l'autre**. Il faut plus précisément adapter le case management aux capacités et besoins spécifiques du patient et de son entourage.

Pour savoir de quel soutien vous aurez besoin pour pouvoir assurer un case management optimal en faveur d'un patient déterminé, vous pouvez vous poser les questions suivantes:

- **Le patient est-il en mesure d'assurer son case management**, pour autant qu'il bénéficie d'un soutien suffisant en termes d'empowerment?

³ Triple Aim (améliorer l'état de santé de la population et la qualité des soins, veiller à une utilisation plus efficace des moyens disponibles), renforcement de l'équité et amélioration de la qualité de vie des professionnels de santé (voir [Guide](#)).

- Si le cas semble trop complexe (du point de vue des caractéristiques physiques, psychiques, mentales et sociales), y a-t-il déjà **un aidant proche** qui essaie de coordonner et de gérer les soins en faveur du patient? Cet aidant proche a-t-il les ressources physiques, psychiques et mentales nécessaires pour assumer cette tâche? Cet aidant proche bénéficie-t-il d'un soutien suffisant?
- Si le patient n'est plus en mesure d'assurer lui-même le case management et si personne de son proche entourage n'est en mesure de le faire (réseau social très limité ou cas extrêmement complexe), y a-t-il une **autre solution**, p.e. un généraliste, un travailleur social, etc. ?
- Est-il nécessaire de recourir à un **case manager**? Les 8 domaines à investiguer pour déterminer si une situation est suffisamment complexe pour justifier le besoin d'un case manager ⁴: le fonctionnement physique, l'effet de la santé physique sur la vie du patient, la douleur corporelle, la santé générale, la vitalité, le fonctionnement social, les effets des problèmes émotionnels sur la vie et la santé mentale du patient. Il existe également des outils pour identifier la nécessité du case management pour les patients, par exemple « Sample Screening Questions to Help Determine Need for Case Management Services and Level of Case Management Service Needed (USA)⁵ ».
- S'il faut faire intervenir un case manager, quelles devront être **l'intensité et la durée** du case management pour le patient en question?

Les questions posées ci-dessus sont la preuve qu'il serait inadapté de limiter votre projet pilote à un seul type d'intervention 'case management' pour toutes les maladies chroniques de votre zone géographique.

Vous trouverez ci-dessous quelques recommandations pratiques qui vous aideront à mettre au point des interventions en vue de l'élaboration du case management dans le cadre de votre projet pilote. Les premières recommandations concrètes se fondent sur les expériences pratiques au Royaume-Uni, qui ont été confrontées à la littérature scientifique et sont suivies par quelques résultats de projets en Belgique. Enfin, nous vous proposons encore différents exemples pratiques concernant des soignants comme des coordinateurs de soins et case managers dont vous pourrez vous inspirer pour mettre au point des interventions en matière de case management dans votre projet pilote.

Remarque 1: *La fonction de case manager est remplie de façon très diverse dans les exemples donnés et ne correspond pas toujours entièrement au contexte décrit ci-dessus.*

Remarque 2 : *Dans les projets pilotes soins intégrés, des actions innovantes doivent être mises en place concernant la composante 'case management' et ceci est plus large que les actions avec des 'coordinateurs de soins et des 'case managers'.*

- ⇒ *Pour des recommandations concernant l'empowerment du patient afin que le patient puisse prendre son case management lui-même, veuillez-vous rapporter à la fiche pratique 'Patient empowerment'.*
- ⇒ *Pour plus d'informations sur le soutien des aidants proches afin qu'ils puissent fournir une assistance dans la gestion et la coordination du processus de soins, veuillez-vous rapporter à la fiche pratique 'Soutien des aidants-proches'.*

⁴ <https://www.amazon.com/Case-Management-Practical-Education-MANAGEMENT/dp/0781790387>

⁵ https://www.health.ny.gov/diseases/aids/providers/standards/casemanagement/docs/sample_screening.pdf

Expériences au Royaume-Uni en matière de case managers

Le King's Fund, un groupe de réflexion autour des soins de santé en Angleterre, a conclu en 2011 que les facteurs suivants sont nécessaires pour assurer la réussite du case management par des case managers⁶:

- Il faut qu'une seule personne ou équipe soit désignée à la fonction de responsable du case management d'un patient.
- Les case managers ont besoin que leur *mission* soit clairement définie et ils doivent savoir précisément quel sera leur *rôle*, leurs responsabilités et leurs limites.
- Les case managers doivent posséder tout un éventail de compétences à la fois *cliniques et administratives*. Ils doivent être en mesure de nouer des relations en tant qu'intermédiaire et négociateur, et être capables de s'organiser en dépassant les clivages professionnels et organisationnels, tout en nouant un lien fort avec les patients et leurs soignants.
- Le *caseload* doit faire l'objet d'évaluations régulières, de manière à assurer des soins et une aide optimaux au patient, et à permettre aux case managers d'accomplir correctement leurs missions.
- Prévoir un *point d'accès unique* et un processus d'évaluation unique permet d'obtenir des soins plus adéquats.
- Un *plan de soins commun* permet d'offrir la clarté et la cohérence nécessaires pour assurer certains services.
- Il faut éviter que les patients ne développent une dépendance par rapport au case manager; il faut mettre tout en œuvre pour que le patient soit capable de gérer sa maladie.
- Il est essentiel que toutes les personnes participant aux soins du patient *communiquent* bien entre elles. Cette communication doit reposer sur des données et des systèmes d'information de qualité.
- Les acteurs des soins de santé et des soins sociaux doivent *collaborer* à la définition d'objectifs communs et à la mise en place des conditions permettant d'offrir des services conjoints.
- *Incitants financiers ciblés*: les flux financiers et les mécanismes de paiement doivent être conformes aux objectifs du programme de case management si l'on veut faciliter l'amélioration de la coordination des soins.

Expériences en Belgique en matière de case managers

Entre 1993 et 2001, plusieurs projets successifs ont été menés en Belgique pour le compte de l'État fédéral dans le domaine du case management :

- 1993-1996: Case management pour les soins infirmiers des patients psycho gériatriques et leur famille
- 1997-1998: Case management au sein des hôpitaux belges
Ce projet a été clôturé avant terme pour les motifs suivants:
 - Le secteur des soins à domicile a éprouvé un manque de clarté au niveau de la délimitation des tâches du case manager et de celles du 'zorgbemiddelaar' (médiateur de soins) en Flandre ou des centres de coordination en Wallonie.
 - Les acteurs de première ligne avaient l'impression que le case manager empiétait sur leur domaine.
 - Le nombre d'hôpitaux participants était trop faible (n=22).
- En conséquence, on a réorienté le projet: [du case management au référent hospitalier](#)⁷

⁶ Publication: www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Case-Management-paper-The-Kings-Fund-Paper-November-2011_0.pdf

⁷ Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet dans le document http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/459/307/RUG01-001459307_2011_0001_AC.pdf.

À partir de là, on peut tirer les enseignements suivants pour les projets pilotes en matière de soins intégrés:

- 1) Il faut que la fonction et le rôle des case managers soient clairement définis.
- 2) Pour que la mise en œuvre soit une réussite, il faut des accords clairs sur le terrain.
- 3) Il faut essayer d'associer tous les acteurs de la région au processus.

Remarque : Les case managers dans ces projets étaient plus axés sur la continuité des soins que sur la gestion et la coordination de l'ensemble du processus de soins et la représentation des intérêts du patient (pour plus d'information, référez-vous à la fiche pratique composante 7 : la continuité des soins).

Projets du protocole 3: formes alternatives de soins et de soutien aux soins aux personnes âgées fragiles

En 2010, 66 projets pilotes de "[Formes alternatives de soins et de soutien aux soins pour les personnes âgées fragiles](#)" ont été lancés, dont 22 projets liés au case management ⁸. En 2014, 26 projets supplémentaires ont été lancés et une [évaluation scientifique](#) du premier appel a été publiée⁹.

L'[évaluation](#) des projets liés a recommandé les bonnes pratiques concernant des case managers ¹⁰:

- 1) Global assessment au moins tous les 3 mois à l'aide d'une échelle validée (BeIRAI)
- 2) Établissement d'un plan de soins avec la personne âgée à partir d'une approche multidisciplinaire
- 3) Concertation interdisciplinaire et coordination
- 4) Suivi continu du plan de soins et de la situation (au moins une visite à domicile/mois); le monitoring de la situation peut être déléguée à des professionnels venant déjà à domicile mais cette délégation doit être formalisée ;
- 5) Réévaluation des pratiques au minimum tous les 6 mois et à chaque aggravation
- 6) Modification du plan de soins si nécessaire
- 7) Formation des case managers (soins gériatriques ou case management)
- 8) Intersession, le cas échéant avec des professionnels externes
- 9) Systèmes d'information partagés
 - a. Sur la personne âgée: dossier de patient informatisé partagé (voir composante 9)
 - b. Pour le projet: registre incluant des rappels de ce qui a été convenu, etc.
- 10) Fournir un feed-back sur l'intervention et les résultats de celle-ci aux autres professionnels et en particulier au généraliste
- 11) Protocoles consensuels, reposant sur des preuves scientifiques, et interdisciplinaires (en dehors de l'organisation)
- 12) Ratio ETP case manager /personne âgée $\leq 1/40$

Les difficultés suivantes ont été rencontrées par rapport à l'implémentation des case managers s:

1. Faible niveau d'intégration dans le réseau local
2. Turnover des case managers
3. Ratio ETP case manager /personnes âgées $> 1/40$ (= surcharge des case managers)
4. Crédibilité du case manager vis-à-vis des autres professionnels (généralistes, par exemple)
5. Implémentation du BeIRAI dans la pratique quotidienne

⁸ Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet dans le document <http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/personne-agee/alternatives-agees/appele-1/Pages/formes-alternatives-sessions-information.aspx#.V866e1uLS00>

⁹ http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/formes_alternatives_soins_personnes_agees_04.pdf

¹⁰ http://nl.eurometropolis.eu/fileadmin/user_upload/Divers/Documentation/S%C3%A9minaire_PA_-_sept_14/VanDurme_Case_management_FR.pdf

Conclusion - Conditions essentielles à l'implémentation efficace du case management :

- 1) **Formation du case manager**
- 2) **Neutralité organisationnelle**
- 3) **Intégration dans le réseau local de soins et du bien-être (accords formels de collaboration)**
- 4) **Collaboration de qualité avec les généralistes**
- 5) **Protocoles interdisciplinaires**
- 6) **Outils facilitant la circulation de l'information**

Autres exemples pratiques et visions dont vous pouvez vous inspirer

Les exemples pratiques et visions ci-dessous concernent d'une part des projets avec des case managers et d'autre part des projets avec des soignants qui sont déjà impliqués et qui prennent en charge le case management.

- En 2011, les [projets pilotes article 107 "Vers de meilleurs soins de santé mentale"](#) (Flandre: n=10; Bruxelles: n=2; Wallonie: n=6) ont été lancés¹¹. Ces projets bénéficient d'un soutien scientifique au niveau de l'élaboration d'une stratégie d'intégration de la méthode de case management/référent hospitalier. En 2014, un rapport intitulé 'Integratie van ontslagmanagement in projecten art. 107' (Intégration du référent hospitalier aux projets 'article 107') a été publié à ce sujet¹².
- Dans les [trajets de soins](#) pour **le diabète et l'insuffisance rénale**, le généraliste joue un rôle de pivot dans le cadre de l'élaboration d'un plan de soins individuel.¹³ Il prépare celui-ci en étroite collaboration avec le patient, le spécialiste et les autres prestataires de soins. Ceci est un exemple de case management sans développer la nouvelle fonction de 'case manager'.
- Au projet pilote "**Unités de crise incluant le case-management pour les personnes en situation de crise psychique et pour les personnes en situation de crise liée à l'utilisation de substances psychoactives**" neuf unités de crise ont été créées en 2002. La plupart de ces unités disposent à cet effet de 4 'lits de crise' permettant d'accueillir sur une courte période (maximum 5 jours) les personnes en situation de crise due à un trouble lié aux substances psychoactives. Le but est de stabiliser le patient au cours de cette période et d'activer un case manager pour assurer la continuité des soins au patient. [L'avis du 9 janvier 2014 du Conseil national des établissements hospitaliers](#) relatif au projet pilote met différents points d'attention en exergue à l'intention des projets pilotes en question.¹⁴
- Les "[Zorgproeftuinen](#)" ("Champs d'expérimentation en matière de soins") font partie des projets mis sur pied par le Gouvernement flamand¹⁵. Leur but de ces champs d'expérimentation est de faciliter le renouvellement des processus/produits de soins et d'assistance dans le secteur des **soins aux personnes âgées**. Concrètement, un champ d'expérimentation en matière de soins consiste en un large ensemble

¹¹ Pour en savoir plus sur les projets 'article 107', consulter le site www.psy107.be

¹² Publication: MOONS, Ph. et Janssens, A. (2014). Rapport d'étude: Intégration du référent hospitalier aux projets 'article 107'. Leuven: KU Leuven.

¹³ Pour en savoir plus sur les trajets de soins pour le diabète, consulter le site <http://www.zorgtraject.be/FR/index.asp>

¹⁴ http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/nationale_raad_voor_ziekenhuisvoorzieningen-fr/2014_01_09_cneh_d_psy_439-2_unites_de_crise_assuetudes_fr.pdf

¹⁵ Vous trouverez de plus amples informations sur les champs d'expérimentations en matière de soins sur le site <http://www.zorgproeftuinen.be/nl>

d'utilisateurs testant un produit ou un service dans le cadre de leurs activités quotidiennes privées ou professionnelles. Le projet '[Casemanagement/Trajectbegeleiding binnen een lokaal woonzorgnetwerk](#)' de la plateforme Actief Zorgzame Buurt, en est un exemple. Ce projet vise à permettre aux personnes âgées fragiles de rester chez elles le plus longtemps possible dans de bonnes conditions¹⁶. Ayant débuté en janvier 2014, il se poursuivra jusqu'en janvier 2017.

- **«La médiation de soins»** est aussi un exemple pratique en Flandre. La médiation des soins, est lié au démarrage d'un plan de soins. Les critères juridiques pour un plan de soins peuvent être écrits dans la décision du Weckx (BVR 21.12.1990). Il se rencontre dans les situations domestiques et l'aide aux nécessiteux doit être enregistrée dans le Weckscore. Le médiateur de soins est toujours l'un des fournisseurs de soins concernés. On y retrouve le médecin, une infirmière, un travailleur social, bénévole, soignant,... Le médiateur relie les différents partenaires de soins avec une vue optimale des besoins et des attentes de l'utilisateur.
- Dans le cadre de **la réforme des soins primaires de la communauté flamande**, une opinion sur le rôle du coordinateur des soins et le rôle du case manager a été formulé.¹⁷
Le rôle de coordinateur des soins peut être considéré comme suit :
 - Il/elle explore les objectifs d'une personne ayant besoin de soins et si les soins et le soutien sont cohérents avec ces objectifs.
 - Il/elle a le mandat et prend ce mandat pour contacter ou chercher d'autres membres de l'équipe multidisciplinaire.
 - Il/elle développe un plan de soins et de soutien en fonction des objectifs et fait suite à la mise en œuvre des accords dans le plan. Il/elle examine si les accords entre les soignants et les services d'aide sont suivis sur le réseau.
 - Il/elle discute d'un manque ou d'une redondance de soins et d'aide avec la personne ayant besoin de soins en fonction de ses objectifs.
 - Il/elle travaille en étroite collaboration avec l'aidant-proche et lui offre un soutien.
 - Il/elle vérifie périodiquement que chaque composante de soins intégrés est applicable (p.e. la prévention, la présence et le soutien des aidants-proches, etc.).
 - Il/elle a une fonction de signal aux structures superposées, afin de remédier aux problèmes structurels.
 - Il/elle n'a pas besoin de la formation spéciale. La coordination des soins devrait faire partie de la formation de base.
 - Il/elle est payé pour assumer ce rôle et cette tâche.

Le case manager peut être considéré comme suit :

- Une fonction distincte avec sa propre qualification professionnelle.
- Une fonction neutre et indépendante.
- Une personne travaillant dans une équipe au niveau méso.

¹⁶ La plateforme Actief Zorgzame Buurt est une association de partenaires anversoises et bruxelloises.

¹⁷ À la conférence de la première ligne en 2017 les propositions pour des réformes dans les soins primaires en Flandre sont présentées. Cela inclut également l'évolution du case management sous la forme d'un coordinateur des soins et d'un case manager. Ces propositions devraient conduire à des nouvelles réglementations flamandes qui redessine la première ligne. Pour plus d'informations : https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/20160830_synthese%20werkgroepen_v%20prov%20toetsing.pdf

- Quelqu'un qui n'assume pas une tâche de soin ou soutien.
 - Quelqu'un qui peut profiter de la supervision et de l'Intervision.
 - Quelqu'un qui se peut concentrer sur la santé mentale, les soins aux aînés, les soins chroniques, etc. selon les besoins de la population.
- **Les centres de coordination des soins et de l'aide à domicile (C.I.S.D.)** en Wallonie proposent aux personnes en perte d'autonomie, des soins et services leur permettant de rester à domicile et d'y vivre de façon plus confortable. Les coordinateurs dans les C.I.S.D. ont pour mission principale d'aider et d'informer toute personne qui le souhaite sur les possibilités d'offres d'aide et de soins visant à lui permettre de rester à domicile et, s'il échet, de tout mettre en œuvre pour qu'elle puisse disposer des services et des soins dont elle a besoin. Plus d'informations concernant la fonction de coordinateur dans un centre de coordination d'aide et de soins à domicile est disponible dans [le Vade-mecum déontologique à l'usage des CCSAD agréés par la Wallonie](#).¹⁸ La fédération des soins et de l'aide domicile organise aussi beaucoup des formations, y compris une formation sur le [case management](#).¹⁹
- Dans les hautes écoles francophones en Belgique, il existe **une spécialisation en santé communautaire liée au bachelier en soins infirmiers** d'un an. Les infirmiers spécialisés en santé communautaire se centrent sur la promotion de la santé, l'approche communautaire en santé, l'éducation pour la santé, les différents types de prévention, le management des maladies chroniques et aussi le case management.²⁰
- **St. Clair West Services for Seniors (Canada)** est un organisme de bienfaisance à but non lucratif qui soutient les services communautaires et à domicile pour les personnes âgées et / ou les personnes âgées handicapées.²¹ Un de ces services est le «casemanagement» où «les case workers» évaluent les personnes âgées avec l'outil : interRAI Community Health Assessment (CHA). Ils élaborent également un plan de soins sur base des conclusions. Dans ce cas, le casemanager, est impliqué dans le processus de soins.
- Le document ["Vijf goede voorbeelden van casemanagement voor mensen met complexe problematiek"](#) (Cinq bons exemples de case management pour les personnes présentant une problématique complexe), publié par Vilans, présente différents exemples de case management pour différents groupes cibles: **personnes âgées, personnes présentant des multimorbidités complexes, les patients atteints de démence, les familles à problématiques multiples et les personnes atteintes de lésions cérébrales non congénitales (LNC)**. Pour chaque exemple, le document fournit des informations quant à l'approche pratique de case management et renvoie à des sites web spécifiques où l'on peut trouver de plus amples informations²².

¹⁸ Pour en savoir plus : http://socialsante.wallonie.be/sites/default/files/Vademecum_Centres%20de%20coordination.pdf

¹⁹ Pour en savoir plus : http://www.aideetsoinsadomicile.be/sites/default/files/wwwfasd_formation_2016_complet.pdf

²⁰ Pour en savoir plus : Van Quaethoven, C., Weyts, J., Boudart, G., Dans, C., De Bouver, A., Elsen, D., Marischal, C., Noël, V. et Dury, C. (septembre 2012). Référentiel de compétences : Spécialisation de Santé Communautaire - liée au Bachelier en Soins infirmiers. Fédération Wallonie Bruxelles, Belgique.

²¹ Pour en savoir plus : <http://servicesforseniors.ca/servicespayment/case-management-intake/changing-lives.html>

²² Lien vers le document: <http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/literatuur/21549.pdf>

- Plusieurs organismes (Collège intermutualiste²³, plate-forme de woonzorg, universités, etc.) ont développé leur propre vision et interprétation du case management.

Dans le cadre de ces exemples pratiques, on a constaté d'importantes différences quant à la fonction et au rôle des case managers. Telle est également la conclusion à laquelle aboutit une [note de discussion portant sur une comparaison de six cas flamands d'intégration des soins](#), rédigée dans le cadre du projet de recherche multidisciplinaire CORTEXS (février 2016)²⁴. Dans certains cas, il s'agissait d'une fonction distincte ou le professionnel était toujours le même, dans d'autres cas un case manager était désigné pour chaque patient ou client.

Toutes ces exemples, visions et interprétations différentes concernant le case management peuvent être utilisés comme source d'inspiration. En d'autres termes, il existe un large éventail de possibilités lorsqu'il s'agit de définir les actions innovantes concernant la fonction et le rôle du case manager au sein de votre projet pilote. Les fonctions de base et compétences de base décrites ci-dessous, ayant été définies en se fondant sur la littérature et sur les exemples concrets présentés ci-dessus, pourront vous servir de point de départ (sachant que dans la pratique, certaines de ces fonctions sont incluses dans les différents fournisseurs de soins) :

Fonctions de base du case manager :

- 1) Assessment: analyse approfondie des besoins;
- 2) Planification multidisciplinaire des soins;
- 3) Coordination des soins, qui inclut l'organisation de la concertation multidisciplinaire (CMD);
- 4) Défense des intérêts du patient (advocacy);
- 5) Monitoring: évaluation des objectifs et, le cas échéant, ajustement du plan de soins.

Compétences de base du case manager :

- 1) Être capable d'évaluer correctement une situation à partir d'une analyse approfondie des besoins, ressources et souhaits du patient et de son entourage;
- 2) Être capable de planifier et coordonner les soins (compétences en matière de communication et de leadership);
- 3) Être capable d'évaluer la qualité des soins et la qualité de la coordination/continuité des soins
- 4) Avoir une connaissance approfondie du contexte social dans une zone définie;
- 5) Avoir une connaissance approfondie des fonctions des différents prestataires de soins;
- 6) Être capable de tisser une relation de qualité avec le patient, les aidants proches et les prestataires de soins;
- 7) Être capable de responsabiliser (empower) patients.

Les fonctions de base et compétences de base décrites ci-dessus pourraient éventuellement donner l'impression que le case manager devrait être un « superman/femme ». Pour éviter cela, un case manager avec une fonction plus médicale, plus psychologique ou plus sociale peut être utilisé, en fonction de la situation du patient. De cette façon, les case managers ne doivent pas avoir une expertise dans tous les domaines et ne doivent pas être un « superman/femme ».

²³ Casemanagement Visienota Eerstelijnszorg – Microniveau IMO directies zorg 25-4-2016: www.cm.be/visienota-casemanagement

²⁴ Lien vers le document: <http://cortexs.be/Bestanden/IntegratieZorgVlaanderen.pdf>

L'expérience pratique acquise en Belgique revêt une importance supplémentaire puisqu'elle s'inscrit dans le contexte belge. Si un projet de case management est déjà en cours près de chez vous (un projet du Protocole 3, par exemple), il serait utile de tenir compte de l'expérience acquise dans ce cadre et des éventuelles difficultés que celui-ci a rencontrées lorsque vous élaborerez des interventions de case management dans le cadre de votre propre projet pilote.

3. Points d'attention/pièges

- 1) Il convient d'éviter *la sous-utilisation et le recours excessif* (cf. groupe cible du case management) au case manager . *En d'autres termes, il faut miser sur l'autogestion et le case management effectué par l'aidant proche ou un soignant concerné lorsque c'est possible.* Une analyse approfondie des besoins et des ressources du patient et de son entourage permettra de *recourir plus efficacement aux case managers*. Il faut que les prestataires de soins soient en mesure de déterminer pour quels patients le case management peut apporter une plus-value. Il existe des possibilités de formation/sensibilisation à ce sujet.
- 2) On peut s'attendre dans un premier temps à une pénurie de *case managers suffisamment formés*, ainsi qu'à une augmentation des coûts (rémunération des case managers). Donc aussi en termes financiers, il est utile de recourir efficacement aux case managers: uniquement dans des cas complexes.
- 3) Lorsque l'on recourt à un case manager, il faut que le patient et sa famille soient disposés à nouer des relations avec un case manager . La *coordination* entre la personne de confiance et le case manager est essentielle.
- 4) Certains prestataires de soins peuvent percevoir la délégation de tâches au case manager comme un énorme choc des cultures, même si le patient garde un lien de confiance avec le prestataire de soins. Il faut veiller à mettre en place une *collaboration de qualité* avec les prestataires de soins du terrain et à favoriser *l'acceptation du rôle du case manager* au sein du système de santé. Pour cela, le rôle du case manager doit d'abord être clair pour tous les prestataires de soins : un rôle de soutien pour le patient et les aidants proches.
- 5) Le case management risque d'être majoritairement ou exclusivement *axé sur une pathologie* (cf. trajets de soins), ce qui peut affecter la qualité des soins en cas de multimorbidité.

4. Situation actuelle en Belgique

- Comme indiqué dans les exemples pratiques, le case management (que ce soit par des case managers ou pas) a été testé en Belgique à plusieurs reprises dans les projets de case management propres à un établissement et, au niveau de la première ligne, dans le cadre de quelques projets pilotes subventionnés (cfr. Supra).

- Cependant, **la législation belge** contenait déjà des exemples de case management : la liaison externe dans le programme de soins pour les patients gériatriques et personne de référence pour le patient psychiatrique à la maison.

- 1) L'arrêté du 07/03/2007 relatif au programme de soins pour le patient gériatrique a également créé la liaison externe. Cet arrêté royal a, depuis lors, été modifié par [l'arrêté royal du 26 mars 2014](#).²⁵ La liaison externe fait partie des missions transversales du programme de soins pour le patient gériatrique qui est exécutée par les équipes du service de gériatrie, de l'hospitalisation gériatrique de jour, de la liaison interne gériatrique et de la consultation gériatrique de l'admission du patient à sa sortie. La liaison externe vise à mettre les principes gériatriques et l'expertise pluridisciplinaire gériatrique à la disposition du médecin généraliste, du médecin coordinateur et conseiller et des prestataires de soins pour le groupe cible en dehors de l'hôpital, de manière à optimiser la continuité des soins et à éviter les admissions inutiles, ainsi qu'à développer des synergies et des réseaux de collaboration fonctionnels avec les prestataires de soins et les structures du groupe cible avant l'hospitalisation et après celle-ci.
- 2) Le 1er avril 2012, la réglementation en matière de concertation autour du patient psychiatrique à domicile est entrée en vigueur. Cette nouvelle réglementation prévoit des indemnités pour entre autres une personne de référence (~ case manager).²⁶

La personne de référence a toujours les responsabilités suivantes :

1. *rédiger le plan d'accompagnement avec le soutien du coordinateur conformément aux accords qui ont été passés lors de la concertation et le remettre au service ou à l'institution avec lequel une convention a été conclue en application de l'article 6 ;*
2. *fournir un exemplaire du plan d'accompagnement au patient qui la conserve à son domicile;*
3. *assurer la coordination générale concernant l'exécution et le recadrage du plan d'accompagnement ;*
4. *être la personne à contacter tant pour le patient et sa famille que pour les professionnels des soins de santé et dispensateurs d'aide (y compris le médecin généraliste) entourant le patient qui mettent en pratique le plan d'accompagnement, et assurer les contacts avec les professionnels des soins de santé et dispensateurs d'aide. La personne de référence doit donc être informée dès que possible des changements dans la situation du patient, comme une hospitalisation;*
5. *intervenir lorsque les partenaires ne respectent pas un accord ;*
6. *prendre l'initiative d'une concertation intermédiaire via le service ou l'institution avec lequel une convention a été conclue en application de l'article 6 en cas de situation de crise par exemple ;*
7. *régler la continuité le soir, le week-end et les jours de congé.*

La personne de référence peut changer pendant le trajet du patient. La nouvelle personne de référence est toujours désignée pendant la concertation autour du patient.

²⁵ Le lien vers l'arrête: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2014032615&table_name=loi

²⁶ Pour en savoir plus: http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/sante-mentale/Pages/concertation-autour-patient-psychiatrique-domicile.aspx#.V9J_ik0cTml

Le rôle de la personne de référence peut être tenu par des professionnels des soins de santé , des psychologues cliniciens, des travailleurs sociaux ou des orthopédagogues qui ont une relation thérapeutique ou relation d'aide directe avec le patient.

Par dérogation à l'alinéa précédent, le rôle de la personne de référence pour enfants et adolescents peut également être tenu par des membres du personnel de services et d'institutions agréés qui dispensent une aide professionnelle. L'intervention de la personne de référence s'élève à 95,16 euros par concertation.

