

Quelques réflexions sur l'état des lieux du case management à domicile en Belgique

Jean Macq

Thérèse Van Durme



Contexte

- Définition du « case management » à partir d'une approche
 - Top-down: p.ex. les coordinations de soins en RW
 - Bottom-up: p.ex. le case management hospitalier (liaison interne gériatrie, inf. de liaison oncologique), le case management au sein des projets P3
- Case management sur papier versus case management réel, c'est-à-dire correspondant à des standards « minimaux ».

Constat : Grande hétérogénéité de la **fonction** au sein des projets P3.

- Quelques exemples de fonction dite de case management
- *Éducation thérapeutique* à propos de la maladie, du traitement et de ses complications ou encore du style de vie (p.ex. pour l'aidant proche d'un patient atteint d'AD);
 - Profil: infirmier avec une compétence particulière « infirmier éducateur dans le cadre d'un contexte pathologique précis mais pouvant être multiple »
- *Information à propos de l'aide existante* dans le système de soins et du social (p.ex. pour un patient atteint d'insuffisance rénale);
 - Profil: infirmier ou assistant social « community navigator »
- *Personne référente* du patient
 - Profil: psychologue, infirmier, ergothérapeute, assistant social, ... en fonction de la demande initiale « celui que le patient appelle en cas de problème médical, social, financier, ... »
- *Avec ou sans fonction de coordination*
 - En cas de collaboration avec un centre de coordination ou un SISD, cette fonction est déléguée à un tiers
 - Dans les autres cas, c'est le case manager qui assume cette fonction (p.ex. en communauté germanophone)

Pour quelle population-cible?

- Sommet de la pyramide de Kaiser Permanente
 - Les personnes dont la situation de soins est « complexe ».
 - *Quelques exemples*
 - **Multiplicité des intervenants**, provenant de réseaux, d'organisations, de disciplines, etc. divers
 - **Réseau « en crise »**: en présence d'un problème de santé chronique, **conflit** entre la personne bénéficiaire et son entourage (familial ou professionnel)
 - Personne, dans le réseau, n'est en mesure de prendre la « distance nécessaire » pour aligner l'aide nécessaire et acceptable, à la demande et aux besoins
 - **Refus de soins**. L'entourage (familial ou professionnel) constate que l'aide et les soins sont sous-optimaux par rapport aux besoins. P.ex. l'aidant informel est au bout du rouleau mais le patient refuse de l'aide
- Il y a un hiatus entre l'offre disponible et l'acceptabilité de l'offre
- par le patient (en raison de sa maladie (mentale ou cognitive),
 - Par le patient et son entourage, p.ex. en raison
 - de leur perception de leur « devoir » d'assistance
 - De l'accessibilité financière ou géographique
 - Du caractère intrusif perçu de l'aide ou des soins

Quelles étapes?

1. Identification d'une situation complexe: screening (BelRAI screener incomplet)
2. Évaluation globale multidisciplinaire (BelRAI si personne âgée)
 - Désignation d'une personne de référence
3. Concertation multidisciplinaire et établissement d'un plan de soins et services
4. Mise en œuvre et coordination du plan de soins et de services
5. Suivi des soins et services et accompagnement de la personne dans son parcours thérapeutique
6. Évaluation et, le cas échéant, adaptation du plan de soins et de services

Intensité du case management professionnel

- Le type et l'intensité du case management dépendra du contexte dans lequel le case management a lieu
- L'intensité du case management dépendra, parmi d'autres
 - du niveau de risque de la personne soignée (p.ex. risque de détérioration rapide de son état de santé, risque de chute élevé, etc.)
 - des capacités de son entourage professionnel et informel (niveau d'interaction, etc.)
 - de la possibilité de délégation du suivi de la qualité des soins et de la coordination
 - de la qualité du flux d'information partagées (dans le respect du secret professionnel & de la vie privée), au service de la continuité des soins
 - ...

Quelques exemples de compétences pour le professionnel exerçant le rôle de « case manager »

1. Expert dans la délivrance de soins auprès de la population-cible
2. Éducation du patient et de ses proches
3. Coordination et facilitation des activités de soins & services
4. Évaluation et suivi des soins
5. Conseil du patient et de l'aidant informel
6. Intervention en cas de crise et conseil
7. Personne de référence du patient
8. Trouve des solutions aux problèmes et résout les conflits
9. Utilisation des NTIC
10. Réflexivité
9. Délégation
10. Négociation
11. Fixer des priorités
12. Gestion du temps
13. Gestion des ressources
14. Amélioration de la qualité
15. Capable de travailler en équipe
16. Communication
17. Documentation
18. Écoute active
19. ...

Plusieurs questions non résolues

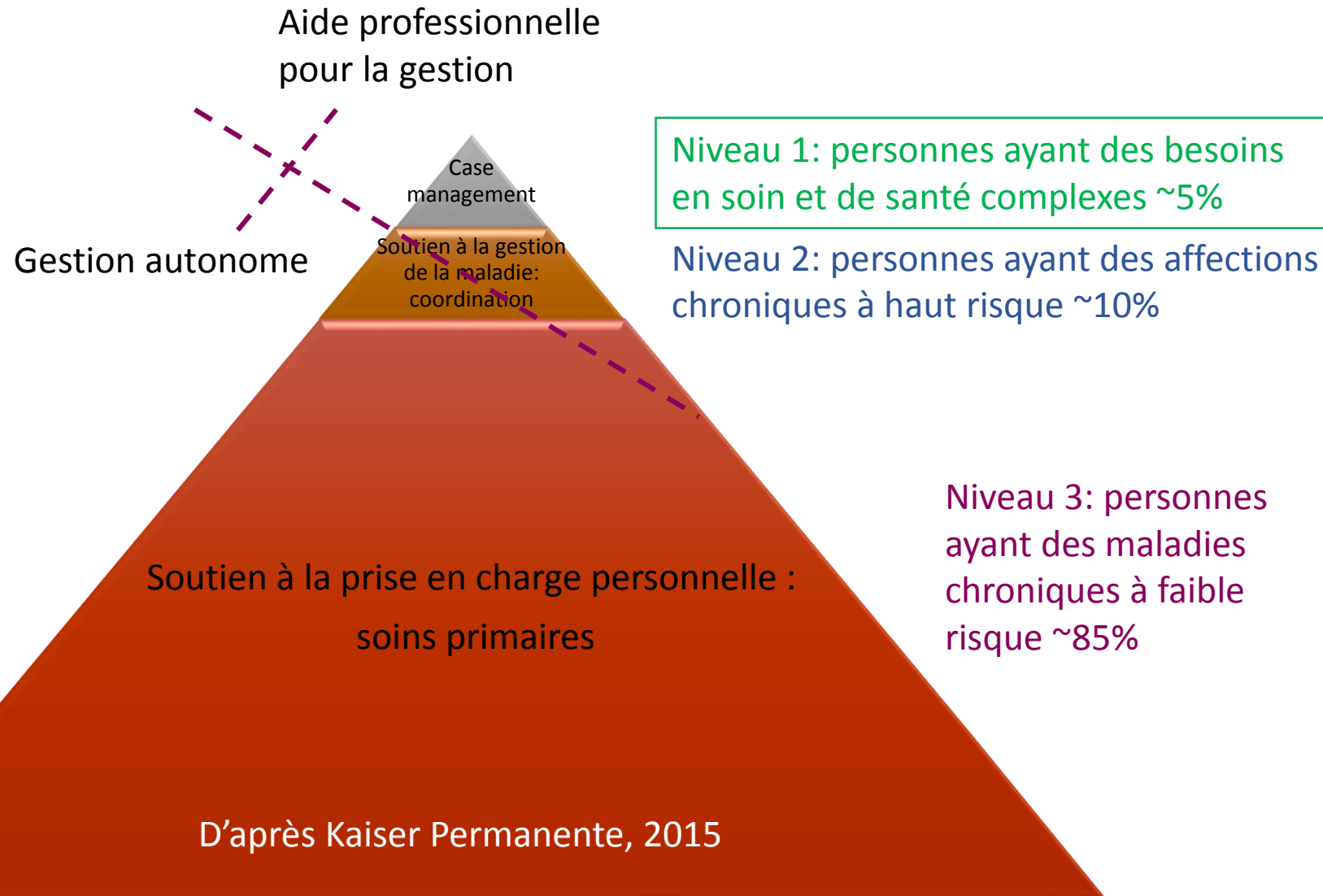
- Qui peut être case manager?
 - Une personne qui fait déjà partie du réseau du patient
 - cf. remarque concernant le réseau « en crise »
 - Quel profil professionnel?
 - Assistant social, infirmier, psychologue, ...?
- Quelle est sa position dans le système de soins?
 - Appartient à une coordination (type coordinatrices RW), un CPAS, une mutuelle, voire une institution de soins (hôpital ou MR)
 - Pour ou contre la neutralité organisationnelle?
- Quel financement?
- Jusqu'où porte sa responsabilité professionnelle,
 - Ex. constat de qualité de soins sub-optimaux?

Questions à poser si on veut arrêter le case management professionnel

- Est-ce que le niveau de soins délivré est optimal? Le patient reçoit-il des soins de qualité?
- Est-ce que les soins et services reçus correspondent à l'état du patient?
- Est-ce que le patient et ses proches sont satisfaits de la manière dont les soins sont délivrés?
- Est-ce que les objectifs des traitements sont atteints? Les outcomes désirés ont-ils été atteints?
- Est-ce que les prestataires adéquats sont impliqués dans la délivrance des soins et services?

Annexe

Pour qui? Personnes ayant des problèmes de santé chroniques



D'après Kaiser Permanente, 2015

Screening : domaines devant être investigués pour déterminer si un « cas » est complexe (Powell & Tahan, 2010, p. 219)

- 1 Fonctionnement physique, en ce compris la capacité de se prendre en charge
- 2 Les activités de la vie quotidienne
- 3 Douleur physique et son impact sur la vie quotidienne
- 4 La perception de sa propre santé
- 5 Vitalité (versus le fait de se sentir fatigué)
- 6 Le fonctionnement social: l'étendue et la fréquence des limitations au niveau des activités sociales à la suite des problèmes de santé
- 7 Le domaine émotionnel: les effets des problèmes émotionnels sur les rôles et activités régulières du patient
- 8 La santé mentale (dépression et perte du contrôle comportemental/émotionnel versus bien-être psychologique)