

## Expériences internationales de « *case management* » : quelles leçons peut-on tirer ?

**Thomas Rapp.**

Dans le cadre des travaux de la Fondation Plan Alzheimer, s'est tenu les 8 et 9 mars 2010 un séminaire de recherches rassemblant certains experts internationaux travaillant sur la notion de *case management* (CM)<sup>1</sup>. Ces experts ont présenté leurs bilan dans le cadre de trois ateliers portant respectivement sur : les aspects organisationnels et le contexte économique ; les pratiques professionnelles de CM ; et les outils cliniques du CM. Ce document a pour but de dresser une liste des points importants évoqués lors de ces présentations et des débats qui suivirent. Ces points génériques détaillent les grandes questions qui se posent lors de la mise en place des pratiques de CM. Si les présentations des experts ont souvent donné lieu à des débats animés, il semble qu'un consensus se soit établi autour de deux aspects fondamentaux.

En premier lieu, il est très difficile de définir ex-ante un modèle de CM adapté au contexte français. En effet, il existe plusieurs modèles de CM dont les succès dépendent en grande partie de leur adaptation aux contextes réglementaires, institutionnel, économiques et socioculturels dans lesquels ils s'inscrivent. Une phase d'expérimentation est nécessaire avant de tenter de généraliser un modèle de CM à l'ensemble du territoire français. Bien qu'ils aient introduit les pratiques de CM depuis plusieurs décennies, la plupart des pays étrangers en sont encore à expérimenter des modèles de CM, à l'exception notable du Japon. Par ailleurs, le succès des modèles de CM les plus avancés (PRISMA, PACE, ACCESS) repose sur les enseignements tirés de cette phase expérimentale. En d'autres termes, il n'y pas de modèle de CM « clé en main » que l'on pourrait utiliser en France, mais des modèles adaptés aux contextes nationaux et régionaux dans lesquels ils s'inscrivent. En second lieu, il est discutable de vouloir cantonner le CM à une seule pathologie : la maladie d'Alzheimer. Selon les experts réunis dans ce séminaire, l'expérience française de CM dédié aux patients atteints de maladie d'Alzheimer devrait avoir vocation à être étendue à d'autres pathologies.

---

<sup>1</sup> L'auditoire était constitué des experts nationaux sur le sujet. Le séminaire a eu lieu à l'initiative de la Fondation Plan Alzheimer. Ce séminaire n'était pas restreint à la mesure 5 du plan Alzheimer. La mesure 4 du plan est concernée par les thèmes abordés lors ce séminaire, ainsi que la recherche sur les SHS.

A la suite du séminaire, il est possible d'identifier les 5 points suivants<sup>2</sup> :

**1. Nécessité de définir l'objectif du CM et ses critères d'éligibilité.** L'objectif du CM peut comporter les aspects suivants : délai des placements en institution, réduction des hospitalisations, réduction du fardeau sur les aidants<sup>3</sup>. La prévention est l'un des aspects majeurs des modèles de CM présentés par les experts, dont l'efficience est mesurée par la capacité d'éviter ces prises en charge et de permettre à la fois le maintien dans l'environnement naturel de la personne (le domicile, sa communauté de vie) et la réduction des coûts, ou tout au moins la maîtrise des coûts (ne pas dépenser plus). Les experts ont souligné que la définition d'une population cible est l'autre élément indispensable au bon fonctionnement du CM. Elle doit s'appuyer sur des critères opérationnels permettant de juger de façon objective de l'implantation du dispositif d'une part et de son impact par ailleurs. Le ciblage consiste le plus souvent à repérer la population en risque d'hospitalisation ou de prise en charge institutionnelle lourde. En particulier, il est nécessaire de prendre en compte le déclin cognitif, la dépendance, et l'état neuropsychiatrique des patients. On ne peut restreindre l'éligibilité des patients à celle d'un seul score d'outils validé et reconnu de façon scientifique pour l'évaluation comme le « Mini Mental State Examination ». L'âge des bénéficiaires du CM pose aussi question : si la plupart des modèles de CM existant ciblent des populations de patients âgés de plus de 60 ans, il semble que le CM puisse être étendu aux patients plus jeunes. En revanche, les experts ont insisté sur le fait que les modèles de CM ne peuvent être généralisés qu'au sein des populations ciblées.

**2. Nécessité de légitimer l'action du coordonateur.** Selon les experts, la marge de manœuvre du coordonateur dépend en grande partie de sa légitimité d'action. Il faut situer son action par rapport à celles d'autres professionnels de santé, qu'il convient d'inclure le plus tôt possible dans le processus de CM<sup>4</sup>. L'action du

---

<sup>2</sup> Cette liste non-exhaustive pourra alimenter la construction d'un futur « guide de bonnes pratiques » du CM.

<sup>3</sup> Pour plusieurs des experts, l'objectif de court terme des coordonateurs est de résoudre les problèmes institutionnels auxquels sont confrontés les patients. Le rôle des coordonateurs est alors de défendre leurs intérêts face à une organisation de soins très fragmentée et l'objectif principal de son action doit être centrée sur la défense des intérêts des patients (notion « *d'advocacy* »). Il faut expliquer aux patients et à leur entourage quels sont les objectifs retenus pour eux et à l'ensemble des partenaires (y compris les coordonateurs eux-mêmes). Cependant, faire de « *l'advocacy* » une notion majeure du CM n'était pas une idée partagée par tous les experts. Selon certains experts, il s'agit d'une nuance particulière du CM, d'autres pouvant au contraire favoriser les tâches éducatives.

<sup>4</sup> Les experts se sont accordés à dire que la légitimité du coordonateur est nécessaire, sans pour autant définir un seul principe garantissant cette légitimité. Selon certains experts, il faudrait garantir un certain degré d'indépendance aux coordonateurs, parfois même à l'égard des médecins généralistes. L'implication des médecins généralistes dans le CM a donné lieu à de nombreux débats, et doit être nuancée. En effet, certains experts ont souligné que l'attitude des médecins généralistes à l'égard des coordonateurs serait de nature à déterminer pour une large part le succès (ou l'échec) des modèles

coordonateur peut s'inscrire dans le cadre d'un partage des responsabilités au sein d'une équipe généralement composée du coordonateur, du médecin généraliste, d'une assistante sociale, et d'un spécialiste (gériatre, psychiatre). Le coordonateur peut être le professionnel qui rend possible la création d'un plan de soins individualisé. Le succès du CM repose sur un équilibre des forces entre les pouvoirs donnés au coordonateur et les pouvoirs en présence dans un système fragmenté. Le CM n'a pas vocation à concentrer un « pouvoir », mais à coordonner les acteurs avec leur marge de manœuvre respective<sup>5</sup>. La légitimité du coordonateur peut aussi être garantie par la détention d'un budget à gérer au cas par cas, ou par la possibilité d'utiliser des services que différentes institutions mettent à sa disposition (par exemple : accès à des lits d'hôpitaux). Dans tous les cas, les experts soulignent qu'il est nécessaire de donner au coordonateur un certain contrôle des ressources financières.

### **3. Nécessité d'inscrire le travail du coordonateur dans le cadre d'un modèle d'intégration de soins.**

Interrogés sur le contexte français, les experts ont recommandé d'aller vers un système de type « *network model* ». La recommandation des experts tend à modifier le système existant pour aller vers l'organisation d'un réseau formalisé d'organisations co-responsables de l'offre de soins et de services sur un territoire donné. Les experts interrogés préconisent la création d'un seul point d'entrée dans ce réseau, même s'ils ont souligné toute la difficulté relative à la création de ce point d'accès unique<sup>6</sup>. Si certains modèles de CM partent de l'hôpital, il a été souligné qu'il n'était pas raisonnable de centrer le dispositif sur l'hôpital alors que l'on cherche à répondre aux besoins de populations qui vivent à domicile. En revanche, il apparaît nécessaire de doter le CM d'un espace dédié, au sein duquel le coordonateur peut recevoir les patients et échanger avec ses pairs et d'autres professionnels. Le recours à un modèle d'intégration nécessite aussi l'utilisation d'un outil d'évaluation unique<sup>7</sup>. Si

---

de CM. En particulier, l'adhésion des médecins généralistes au processus de CM apparaîtrait comme un élément déterminant de leurs succès. En plus des médecins généralistes, le travail avec les spécialistes et de lien entre les spécialistes et les généralistes, notamment pour les problèmes de comportement paraît un élément important. Certains experts ont souligné l'incapacité supposée des non-spécialistes à faire face à la fragilité et à la multi-morbidité. D'autres experts ont souligné les risques inhérents à une médecine administrative bureaucrate qui freinerait l'innovation dans l'organisation des soins. Sans toutefois les exclure des pratiques de CM, ces experts mettent en avant les risques d'en faire des partenaires centraux. Au contraire, d'autres chercheurs expliquent qu'il faut absolument lier l'action des coordonateurs à celle des médecins généralistes, et qu'il faut même tenir compte en priorité des besoins et contraintes de ces derniers dans le déploiement du CM. Ces experts ont insisté sur une place importante de partenaire privilégié entre coordonateurs et médecins généralistes même si l'implication de ces derniers reste difficile.

<sup>5</sup> Il ne faut pas considérer que l'action des coordonateurs suffit à résoudre les problèmes qui sont en rapport avec la fragmentation du système de soins français (c'est à l'intégration de le faire éventuellement). Ils ne sont pas non plus imputables de créer l'intégration par eux-mêmes. Il faut une action systémique par ailleurs.

<sup>6</sup> Notamment au travers des lignes 24/24 que l'on peut inclure dans le dispositif.

<sup>7</sup> Il existe une grande variété d'outils cliniques mis à la disposition des coordonateurs. Deux outils ont été ici principalement présentés (interRAI et OEMC) montrant la nécessité d'utiliser un outil multidimensionnel standardisé, validé et reconnu au

l'utilisation d'un tel outil est une perturbation majeure du système de soins et d'aide nécessitant une volonté politique forte et des ressources appropriées, elle vise à faciliter les échanges entre les coordonateurs. Il est donc nécessaire de créer un système de partage des données performant et unique. La mise en place d'un tel système joue un rôle central dans le succès des modèles de CM, parce qu'il permet de mesurer les aspects positifs et négatifs des modèles. L'utilisation de ce système d'information permet aux coordonateurs de donner des comptes rendus précis aux praticiens qui assurent le suivi des patients. Par ailleurs, l'utilisation de données agrégées permet d'identifier plus facilement les besoins des patients, ce qui est nécessaire au succès du CM<sup>8</sup>. Ce système de partage des informations permet de suivre et d'encadrer l'action et la performance des coordonateurs de manière régulière<sup>9</sup>.

**4. Nécessité d'adapter les modèles de CM aux besoins des usagers/clients.** Les experts ont recommandé d'opter pour une approche « *client-driven* ». La capacité d'adaptation du coordonateur face aux situations auxquelles il est confronté est déterminante. En effet, le CM est un processus en constante évolution. Son succès repose sur l'aptitude du coordonateur à « faire naviguer » les patients entre les différentes offres de soins<sup>10</sup>. Pour faciliter sa capacité d'adaptation du coordonateur, il est nécessaire de déterminer une charge maximale de

---

plan international. Il semble que l'OEMC ou l'InterRAI aient des logiques légèrement différentes mais éventuellement complémentaire (comme c'est le cas au Japon). OEMC : évaluation globale non spécialisée non diagnostique, RAI : évaluation gériatrique standardisée à visée diagnostique.

<sup>8</sup> L'une des tâches du coordonateur doit donc être de renseigner le système de partage d'information permettant de suivre l'évolution de l'état des patients. Le recours à un modèle d'intégration de soins permet de définir le cadre de l'action du coordonateur. Le travail du coordonateur ne se cantonne pas toujours à l'élaboration et la mise en place du plan de services individualisés. Il peut participer aux soins lorsque cela est nécessaire et lorsque sa formation initiale le permet. Par exemple, les infirmières travaillant comme coordonateur dans le cadre du modèle PRISMA ont pu selon les cas participer aux soins.

<sup>9</sup> Ces pratiques de suivi (voire de contrôle) peuvent s'inscrire lors de réunions mensuelles de suivi des dossiers pris en charge, ou d'événements organisés tous les 6 mois au cours desquels les coordonateurs partagent leurs expériences. Les experts ont souligné que la tenue de ces réunions de suivi participe très largement au succès des pratiques de CM, parce qu'elles permettent de favoriser des échanges entre coordonateurs et d'entretenir une atmosphère de créativité. Cette nécessité d'encadrer les pratiques de CM peut passer par l'utilisation de « check-lists ». Les experts ont souligné la nécessité d'une mise en place rapide de critères de mesure de l'efficacité de l'action des coordonateurs.

<sup>10</sup> Cette flexibilité nécessaire repose sur leur capacité de communication (via téléphone, email, plateforme internet). Les experts s'accordent donc à dire que les coordonateurs doivent maîtriser les technologies de l'information pour mener à bien leur actions. En particulier l'utilisation d'une plateforme internet a fortement contribué au succès des expériences décrites par les experts.

patients<sup>11</sup>. La définition de la charge d'usagers par coordonnateur doit prendre en compte le rôle des aidants informels. La question du rôle des aidants informels a été soulignée à plusieurs reprises : soit en tant que coordonnateurs de soins informels et donc avec le besoin parfois de déléguer cette tâche à un coordonnateur professionnel en particulier quand la charge devient trop importante, soit pour que le coordonnateur professionnel prenne en compte à côté des besoins de la personne en perte d'autonomie, ceux des aidants informels. Enfin, la formation des coordonnateurs doit leur permettre de d'acquérir des compétences favorisant ce besoin d'adaptation constant<sup>12</sup>.

**5. Nécessité de doter les modèles de CM de moyens suffisants.** Il est nécessaire d'accorder aux expérimentations des délais suffisants. Les délais de mise en place des pratiques de CM doivent comprendre un période minimale allant de 6 mois à 3 ans selon les moyens mis en place et le contexte initial. Le suivi des patients doit s'effectuer sur une période minimale de 6 mois. Les experts encouragent à ne pas reculer devant des coûts importants de mise en place du CM. Si ces coûts fixes sont élevés, les experts montrent que les programmes de CM permettent de réaliser des économies d'échelle importantes. Autrement dit, plus le nombre d'utilisateurs du système de CM augmente et moins le coût d'utilisation du CM est élevé. Les experts ont par ailleurs insisté sur la nécessité de procéder à des études économiques permettant d'évaluer le ratio entre le coût et l'efficacité de l'action du coordonnateur. La difficulté à passer à une phase de généralisation à partir d'une expérimentation, souvent portée par une équipe de recherche, a été aussi mentionnée : ceci constitue un véritable champ de recherche encore peu exploré, notamment sur les conditions de succès de ces généralisations. Enfin, il a été souligné que l'on ne pouvait réellement apprendre dans ce domaine qu'en passant à l'action, mais que les critères d'évaluation des expérimentations devaient être clairement identifiés en amont par tous les acteurs.

---

<sup>11</sup> Dans tous les exemples présentés cette charge n'a jamais excédé 50 patients. Les experts ont souligné l'existence d'une relation négative entre la charge de patients par coordonnateur et le nombre de plans de soins proposés. Le seuil de 40-50 patients paraît difficile à dépasser ; il correspond à un système de CM dit « intensif ».

<sup>12</sup> Minimale, ces compétences couvrent les aspects suivants : évaluation du degré de dépendance du patient, compréhension des modes de traitement des patients, connaissance de la maladie, et connaissance des ressources de soins disponibles. Ces compétences peuvent être acquises lors de séminaires de formation qui doivent être suffisamment longs et intensifs pour être fructueux. Les quatre composantes évoquées plus haut sont importantes pour le succès de l'action des coordonnateurs, qui doivent par ailleurs faire preuve d'une importante capacité de persuasion et de pédagogie. Il peut être utile que les coordonnateurs soient issus de filières différentes. Si tous les coordonnateurs doivent recevoir une formation commune, recruter ces professionnels au sein de filières variées permet des échanges fructueux, qui répondent aux besoins d'adaptation permanente des modèles de CM.