

Part II C. Current best practices, as identified by the results of the Protocol 3 projects

1. Case management (français)

Le case management et ses conditions d'exercice au sein des projets du Protocole 3	
Auteurs	Olivier Schmitz, Thérèse Van Durme, Hilde Bastiaens, Jean Macq Approuvé par l'ensemble du consortium scientifique chargé de l'évaluation des projets du Protocole 3. Les experts ont commenté cette fiche au cours d'une réunion de validation à l'INAMI le 1 ^{er} février 2017. La liste des membres du consortium du Protocole 3, ainsi que celle des experts qui ont contribué au groupe de validation se trouve dans les annexes 1 & 2.
Sources	Cette fiche a été élaborée sur base des sources suivantes ; <ul style="list-style-type: none">- Les résultats intermédiaires de l'analyse qualitative des projets des deux appels. La liste des chercheurs se trouve en annexe 1 ;- Les interventions des communautés d'apprentissage au sein du Protocole 3 auprès des case managers et psychologues francophones et néerlandophones (juin et novembre 2016, représentant cinq interventions).- Les commentaires écrits et oraux des experts (voir annexe 2).
Mots clés	Case management – gestion de cas - case manager – gestionnaire de cas

1. Contexte

Cette fiche tente de définir la fonction du case manager dans le contexte des soins à domicile pour les personnes âgées « fragiles »⁸ ainsi que leur aidant informel, au niveau des soins de santé à domicile. Précisons d'emblée que, dans cette fiche, la notion de soin est à comprendre au sens large, c'est-à-dire au sens du soin et de l'aide. En effet, nous concevons la santé au sens de la définition de l'OMS de 1946. Définir la fonction du case manager en Belgique est très complexe car à l'heure actuelle, plusieurs professionnels affirment l'exercer, avec des compréhensions très diverses. Nous proposons donc, avant de définir la fonction du case **manager**, de définir celle du case **management**.

En effet, à l'heure actuelle, le système de santé⁹ belge a permis l'émergence de dispositifs inspirés de manière variable des caractéristiques constitutives de case management selon une logique à la fois « top-down » : p.ex. les coordinations de soins en Région Wallonne, et « bottom-up » : p.ex. le case management au sein des projets du Protocole 3. Il s'ensuit que dans la réalité, on peut observer des formes très diverses du case management, allant du case management « sur papier » versus du case management « réel », c'est-à-dire correspondant à des standards minimaux.

Précisons aussi le timing de cette fiche, qui a été élaborée avant que n'ait eu lieu l'Eerstelijnsconferentie (16/02/2017), qui exprime une certaine vision du case management, parfois différente de celle qui est définie

⁸ Dans le contexte des projets du Protocole 3, ce groupe-cible est défini par (a) l'âge: 60+; (b) la fragilité, objectivée par un score de 6 ou plus sur l'Edmonton Frail Scale; OU avoir au moins besoin d'une aide partielle pour les fonctions d'AVQ; OU avoir reçu un diagnostic de démence, posé par un gériatre, psychiatre ou neuropsychiatre.

⁹ Dans cette fiche il sera question aussi bien de soins de santé que du social, en réponse aux besoins de santé du patient, selon la définition de la santé globale de l'OMS (1948).

dans cette fiche. D'une part, les prestataires du Protocole 3 n'avaient donc pas encore pris connaissance de cette vision. D'autre part, la première réunion d'experts s'est également tenue avant le 16/02/2017. Il s'ensuit que le lecteur devra nécessairement tenir compte du fait que cet écrit a été produit indépendamment de la vision de l'Eerstelijnsconferentie et s'appuie principalement sur des résultats empiriques issues de l'évaluation des projets du Protocole 3.

2. De quoi parle-t-on lorsqu'il est question de case management ?

Nous présentons en annexe 4 quelques fonctions du case management, telles qu'elles ont été décrites dans les projets du Protocole 3. Les fonctions décrites en annexe 4 font effectivement partie du case management mais, dans plusieurs projets du Protocole 3, le soi-disant case management se *limitait* à ces fonctions, p.ex. celle d'éducateur thérapeutique. Or, comme nous le décrivons ici, le case management comporte bien plus de fonctions que la liste limitée de l'annexe 4.

Dans la littérature, la définition du Case Management Society of America (CMSA) est souvent retrouvée (2010, p.10). C'est cette définition qui a été retenue lors de l'évaluation des projets du Protocole 3, car elle semblait bien correspondre à la demande et aux souhaits des personnes âgées vivant dans des situations complexes à domicile.

[Case management is] « a collaborative process of assessment, planning, facilitation, care coordination, evaluation, and advocacy for options and services to meet an individual's and family's comprehensive health needs through communication and available resources to promote quality, cost-effective outcomes¹⁰[19]

¹⁰ (Traduction libre) « Un processus collaboratif d'évaluation, de planification, de coordination de soins, d'évaluation et de conseil, afin que les options et services rencontrent les besoins en santé globaux de la personne et de son entourage, au travers de la communication et les ressources disponibles, afin de promouvoir des résultats qualitatifs et coût-efficaces. »

Les remarques suivantes ont été émises par les experts lors du groupe de travail le 01/02/2017, ainsi que par les membres du groupe de travail 'projets de soins innovants', par écrit :

Case management est effectivement bien plus que de la coordination (= synchronisation des soins et de l'aide). Les éléments suivants ont été considérés comme centraux dans la définition.

1. Le terme **advocacy** (avocat, conseil). Le case manager tient avant tout compte du projet de vie du patient et de son aidant informel, en ce compris ses souhaits en matière de soins et d'accompagnement social. Un case management ciblé devrait permettre à ce dernier de prendre des décisions de manière informée.
2. La **participation** des personnes impliquées est fondamentale. C'est le rôle du case manager de s'assurer que l'ensemble des personnes impliquées participent de manière adéquate. Pour le patient, cela signifie que le case manager va tout mettre en œuvre pour son **empowerment**, pour que ce dernier prenne véritablement le contrôle de son 'cas', appuyé par le case manager. Dans ce sens, le case manager renforce les capacités de la personne âgée et de son aidant informel, pour régir son autonomie et les auto-soins.
3. Ceci nécessite de la part du case manager, une bonne **connaissance** des ressources, besoins et préférences du patient et de son entourage.
4. Le terme **qualitatif**, qui est trop peu à l'ordre du jour dans notre système de soins belge. Les experts tiennent à souligner qu'il y a pour l'instant trop peu d'incitants structurels propices à une culture qualité, ce qui est une barrière pour la mise en œuvre de cette fonction (voir aussi la partie relative aux conditions contextuelles).
5. Le case management envisagé ici est une fonction qui vient en **soutien** aux soins directs ; la régie des soins appartient en effet aux prestataires cliniques, qui se voient soutenus ici par une deuxième fonction.
6. Soulevons également les réactions de la région wallonne et de la région flamande, qui craignent, à juste titre, un **chevauchement** des fonctions de coordination du case manager, avec celles des coordinatrices actuelles.

3. Pour quelle population-cible ?

Le case management professionnel est destiné principalement, mais n'est pas limité, à ceux qui se trouvent au sommet de la pyramide de Kaiser Permanente (voir annexe 3), c'est-à-dire les personnes dont la situation de soins est tellement complexe qu'ils ne peuvent plus la gérer de manière **autonome**. Certaines personnes âgées peuvent se trouver plus bas dans la pyramide pour ce qui est de la complexité mais sont peu entourées et/ou ne disposent pas de capacités suffisantes pour gérer leurs soins de manière autonome. Rappelons qu'en première intention, c'est le patient¹¹ ou son entourage qui assument la fonction de case management. En deuxième intention, ce sera une personne dans l'entourage professionnel du patient qui revêtira la fonction de case manager. Dans le cas de la personne âgée « fragile » à domicile, ce sera le médecin généraliste. Lorsque la situation est trop complexe, la désignation d'un case manager professionnel sera utile et nécessaire.

Quand une situation de soins est-elle complexe ?

L'appréciation de la complexité de la situation est à la fois une affaire de jugement clinique de la part des professionnels qui sont en contact avec la personne âgée et en présence d'indicateurs pouvant évoquer la complexité. En voici quelques exemples cités lors des interventions:

- **Multiplicité des intervenants peu intégrés**, provenant de réseaux, d'organisations, de disciplines, etc. divers et où il y a un besoin d'intégration.
- **Réseau « en crise »** : en présence d'un problème de santé chronique, conflit entre la personne bénéficiaire et son entourage (familial ou professionnel), voire même au sein de cet entourage.
- 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. Il y a donc une sous-utilisation des soins. Ceci peut aussi être le cas lorsque la personne âgée – ou son réseau social – n'est plus en mesure d'assurer la régie de leurs soins. P.ex. l'aidant informel est épuisé 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
- En l'absence d'aidant informel ; lorsque l'aidant informel présente des limitations en raison de problèmes de santé ou relationnels.

¹¹ Dans le groupe d'experts, le terme 'patient' faisait l'unanimité dans ce contexte, non pas pour réduire la personne à son statut de patient mais pour souligner que la situation de soins est tellement complexe qu'un case management par un professionnel est nécessaire.

Remarques émises par les membres du groupe de travail 'projets de soins innovants', par écrit :

1. Même si en théorie, le médecin généraliste paraît un professionnel adéquat pour faire du case management, il apparaît dans les faits que ce n'est pas toujours la personne la plus adéquate, en raison notamment de leur charge de travail importante.
2. Les experts relèvent que la complexité de la situation est souvent l'expression d'une souffrance psychologique importante vécue par la personne âgée et de son entourage (l'entourage professionnel également). Cette souffrance psychologique doit pouvoir être entendue (d'où l'importance de l'écoute !) et nommée afin d'être accompagnée adéquatement par un professionnel. Le lien avec la fiche de bonnes pratiques sur l'accompagnement psychologique à domicile est donc très clair.

4. Quelles étapes sont nécessaires pour mettre en œuvre un case management répondant aux standards minimaux ?

1. N'importe qui devrait pouvoir signaler une situation complexe : la personne âgée elle-même, son entourage familial ou professionnel (de soins et de l'aide).
2. L'identification d'une situation complexe, se fera idéalement - mais pas exclusivement - à l'aide d'un outil de dépistage, par un professionnel. Pour information, le BelRAI screener, actuellement en phase de test, peut être utilisé à des fins de screening pour une situation complexe car c'est un outil qui permettra, le cas échéant, d'identifier des domaines de complexité de la situation. L'expérience nous montrera s'il est nécessaire d'ajouter des domaines au screener, ce qui sera probablement le cas pour le domaine social. En effet, les autres domaines « manquants » sont repris indirectement dans le BelRAI screener actuel¹².
3. Évaluation globale multidisciplinaire (via le BelRAI complet si personne âgée¹³) non seulement de la personne âgée mais aussi son entourage familial.
4. Désignation d'une personne de référence. Relevons ici encore une fois que c'est la personne âgée qui doit pouvoir décider, si possible, qui sera son case manager.
5. Concertation multidisciplinaire et établissement d'un plan de soins et des services, avalisée par la personne âgée.
6. Mise en œuvre et coordination du plan de soins et de services.
7. Suivi des soins et des services et accompagnement de la personne dans son parcours de soins.
8. Évaluation et, le cas échéant, adaptation du plan de soins et de services.

¹² D'après notre revue de la littérature, il manquerait les domaines suivants au BelRAI screener :

- Le fonctionnement social : l'étendue et la fréquence des limitations au niveau des activités sociales à la suite des problèmes de santé. ⇒ Un supplément au BelRAI screener est planifié
- La douleur physique et son impact sur la vie quotidienne ; son impact pourra s'exprimer par des limitations au niveau de l'AVQ et l'AIVQ, voire même par des problèmes psychiques, dont les dimensions sont reprises dans le BelRAI screener.
- La perception de sa propre santé, ce qui n'est pas tant un déterminant de la complexité qu'un risque pour un mauvais alignement des soins.
- La vitalité (versus le fait de se sentir fatigué), ce qui s'exprimera également au niveau de l'AVQ et de l'AIVQ

¹³ Le BelRAI peut également être utilisé chez des personnes non âgées.

Remarques émises par les membres du groupe de travail 'projets de soins innovants', par écrit :

1. Le feedback écrit de certains experts relaie la vision de l'Eerstelijnsconferentie, qui affirme que c'est le coordinateur de soins ou un professionnel qui détermine le besoin d'un case management professionnel.
2. Selon les différences de pratique en fonction des régions, il est fondamental de définir au cas par cas les différences entre les termes 'concertation' et 'coordination', afin d'éviter des chevauchements et hiatus. Soulignons ici que, vu la complexité évoquée, la coordination clinique (p.ex. révision des traitements et adéquation des soins prodigués) doit faire partie intégrante de cette coordination).

5. Quel type et quelle intensité pour un case management professionnel ?

Le type et l'intensité du case management professionnel dépendra du contexte dans lequel le case management a lieu.

L'intensité du case management dépendra, entre autres

- Du moment dans le parcours du case management (plus intensif au début, en période de transition et surtout en cas de refus de soins !) et moins intensif par la suite ;
- Du niveau d'intégration des soins existants, p.ex. en présence d'une coordination de soins « efficace », le case management pourra être moins intensif ;
- 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 à s'autogérer (niveau d'interaction, etc.) ;
- De la possibilité de déléguer le suivi de la qualité des soins et de la coordination à un professionnel effectuant des soins directs ;
- De l'existence d'un dossier patient unique, partagé et accessible à partir de n'importe quel lieu de soins (dans le respect du secret professionnel & de la vie privée), au service de la continuité des soins ;
- ...

6. Différents types de case management

L'évaluation des projets du premier appel a permis de distinguer différents types de case management, qui varient essentiellement en fonction de la manière dont ils interagissent avec l'entourage professionnel du bénéficiaire et du profil du case manager.

- Le niveau le plus intense est appelé *case management clinique* (il comporte un volet biomédical mais ne s'y limite bien sûr pas) et se caractérise par un case management qui fait usage des résultats de l'évaluation du BelRAI pour établir un plan de soins multidisciplinaire, et dont l'interaction avec le médecin généraliste est réelle. Les case managers travaillent en équipe et celle-ci se compose au moins d'infirmiers, à côté d'autres professionnels de l'aide et du soin, ce qui permet à l'équipe d'appréhender la totalité de la situation (c'est-à-dire dans ses dimensions bio-médico-psycho-sociales). Ce type de case management s'adresse à des personnes âgées ayant à la fois des problèmes physiques, cognitifs, psychologiques et sociaux.
- A l'opposé, le niveau le moins intense est appelé *case management social* et se caractérise par un faible niveau d'interaction avec le médecin généraliste. L'équipe de case managers ne comprend pas d'infirmier, mais souvent des psychologues, des ergothérapeutes et/ou des assistants sociaux.

Il s'agit, à notre sens, de différents modes d'intégration des soins. Le case management social, tel qu'il a été véhiculé dans plusieurs projets du Protocole 3, ne devrait plus s'appeler case management, vu qu'il s'agissait surtout de la coordination, avec un volet d'information au sujet du système de santé, sans qu'un case manager soit la personne de référence qui a une vue globale sur la situation et peut donc exercer ce rôle de conseil auprès de la personne âgée, en interaction forte avec le médecin généraliste du patient.

Plusieurs experts (feedback écrit) écrivent ne pas se retrouver dans cette distinction entre le case management clinique et case management social. Ces résultats sont néanmoins fondés sur l'analyse de l'ensemble des projets de case management du premier appel et correspondent bien à la description qui en est faite dans la littérature internationale.

7. Quelles compétences sont nécessaires pour exercer cette fonction ?

Premièrement, il faut que ce soit un professionnel qui soit **expert dans la délivrance de soins ou de l'aide auprès de la population-cible** (selon la classification de Benner).

Ensuite, les compétences suivantes ont été mentionnées, sans que cette liste soit exhaustive :

Type de compétence	Contenu de cette compétence
Savoir-être	Écoute active
	Etre la personne de référence du patient (et de son aidant informel)
	Fixer des priorités
	Travailler en équipe
	Communiquer (compétences de réseau)
Savoirs et savoir-faire	Intervenir en cas de crise et pouvoir donner un conseil
	Renforcer les capacités de la personne âgée et de son aidant informel quant aux auto-soins et l'autonomie
Savoirs	Pouvoir informer et éduquer le patient et ses proches
	Evaluer et assurer le suivi des soins
	Pouvoir travailler selon les EBP
	Avoir un niveau d'expertise adéquat dans au moins un des domaines de la personne soignée (p.ex. Alzheimer, syndromes gériatriques, dépression, etc. à domicile)
	Avoir/pouvoir compter sur un réseau d'organisations des soins – avoir une connaissance du réseau
	Pouvoir utiliser les NTIC
	Être capable de réflexivité
	Améliorer la qualité
	Documenter
Savoir-faire et savoir-être	Rassembleur (c.-à-d. celui qui arrive à faire collaborer différentes personnes)
	Leadership reconnu et reconnaissance de la part du réseau : il doit être reconnu par le réseau, afin de pouvoir lui référer les patients de manière adéquate.
Savoir-faire	Coordonner et faciliter les activités de soins & services
	Etre le conseil du patient et de l'aidant informel
	Trouver des solutions aux problèmes et résoudre les conflits
	Pouvoir définir ses limites
	Capable de déléguer – ceci est fortement lié à la capacité de définir ses limites des rôles et fonctions professionnels.

Les experts soulignent le fait que certaines compétences (p.ex. être capable de réflexivité) peut et doit être apprise par l'organisation (p.ex. via des interventions). D'autres (p.ex. pouvoir travailler selon les principes de l'EBP) sont supposés apprises lors de la formation au niveau bachelier. Il ne s'agit bien sûr pas de compétences qui sont du ressort spécifique du case manager. Néanmoins, les experts observent que les formations de bachelier actuelles se concentrent davantage sur les savoir-faire et pas tellement sur les savoirs.

Le profil de base: l'attention doit être portée sur

- **Les compétences, plutôt que sur le diplôme** : besoin d'une prise en charge dirigée par des compétences. Dans ce cadre, certains experts préfèrent les termes 'pouvoir travailler dans un logique qualitative', plutôt que 'selon une logique EBP' qui sous-entendrait que le case manager doit avoir un diplôme de Master, ce qui n'est pas le cas.
- Le besoin d'un case manager ayant un profil **généraliste**, plutôt qu'un profil de spécialiste.
- En l'absence d'une formation spécifique pour le case manager, les experts s'accordent pour dire que c'est **l'infirmier** qui est le plus à même d'assumer cette fonction, surtout pour ce qui est du case management clinique et à l'inclusion, lors d'un case management social. Sans surprise, cette proposition a été contestée par certains experts donnant un feedback écrit. Ces derniers reprennent encore une fois l'idée que le profil de fonction décrive davantage les compétences, plutôt qu'un profil professionnel particulier.
- Parmi les compétences relatives au savoir-être, les experts ajoutent la neutralité, l'empathie et pouvoir faire respecter les limites.
- Certains experts trouvent que, parmi les compétences, il y a lieu d'ajouter le fait de pouvoir accompagner le processus de manière adéquate, tant du bénéficiaire que de son système.

8. Les conditions contextuelles nécessaires pour exercer cette fonction :

- Instaurer une **relation de confiance** avec le bénéficiaire, ce qui peut parfois prendre du temps – en particulier lors du refus de soins. Cette relation de confiance repose sur une certaine affinité entre le professionnel et le bénéficiaire, voire de son aidant informel. Comme plusieurs professionnels font partie des équipes de case managers, ceux-ci peuvent désigner qui, parmi eux, aura la confiance du bénéficiaire et de son proche.
- Instaurer une relation de confiance avec les autres prestataires.
- Faire partie d'une équipe multidisciplinaire au quotidien, c'est-à-dire partageant les mêmes locaux, etc., ce qui permet les rencontres informelles et l'échange d'informations. Cette équipe comprendra des disciplines autres que celle du case manager (p.ex. le case manager infirmier fera partie d'une équipe comprenant des psychologues, médecins, ergothérapeutes, etc.).
- **Le caseload.** Celui-ci variera en fonction de l'intensité du case management, décrite plus haut. Cette variation du caseload est réellement perçue comme un problème de gestion au quotidien car la charge de travail peut être difficile à prévoir. Une moyenne de 40 personnes âgées fragiles par équivalent temps plein (ETP) de case management a été observée dans les projets du Protocole 3 effectuant un case management clinique. Dans le cas d'un case management social, ce chiffre pouvait monter jusqu'à 60 par ETP. Au sein d'un mix de patients âgés fragiles, l'intensité pourra varier dans le temps. Typiquement, à l'inclusion, le case manager observe souvent une situation « en crise », c'est-à-dire instable. Son

accompagnement de la situation demandera alors une mobilisation de ressources intenses : visites à domicile rapprochées (parfois précédées d'un repérage à l'hôpital, si la demande émane lors d'un séjour hospitalier), contacts nombreux avec la famille et d'autres prestataires du soin et du social, management de l'évaluation systématique globale, etc. Une fois l'offre de soins mise en place et si l'organisation de soins et de services est bien alignée aux souhaits et besoins du patient et de ses proches et bien coordonnée, le case manager peut suivre la situation avec du recul, en mettant en place un suivi de la situation par les professionnels en place. C'est en englobant dans son caseload des situations plus ou moins intensives que le caseload de 40 personnes âgées fragiles semble adéquat par rapport à la charge de travail. Ce nombre devra bien sûr être revu à la baisse dans des régions où la distance à parcourir est plus importante pour le case manager (ex. en Province de Luxembourg).

- L'organisation **d'intervisions** régulières pour les case managers (au moins une fois par mois), comme outil d'amélioration continue pour le case manager, est primordial. Le contenu de ces interventions peut aller de l'échange à propos des cas suivis (p.ex. aspects éthiques du case management et refus de soins), à l'échange de connaissances et d'informations à propos du réseau.
- Le **lien avec une coordination** de soins et services existante (p.ex. si le patient fait déjà appel à un service de soins infirmiers et/ou de l'aide familiale). L'articulation à la fonction de coordination sera variable et variée, en fonction de la manière dont elle est mise en œuvre sur le terrain dans la situation donnée.
- **L'existence d'accords de collaboration formels** avec des organisations est essentiel au bon fonctionnement du case management. Celles-ci peuvent, soit référer des personnes âgées fragiles, soit offrir des soins et services utiles aux personnes âgées et à leur entourage.
- **Double casquette** du case manager. Pour les case managers délivrant aussi des soins, tel l'infirmier ou le psychologue, le kinésithérapeute et l'ergothérapeute, cette relation de confiance est facilitée par la délivrance du soin (ce qui permet à la fois de bien le connaître, mais aussi de pouvoir prendre un rôle de seconde ligne). D'autres soulèvent que le fait d'exercer une fonction clinique peut être une difficulté, car cela empêcherait de pouvoir prendre du recul par rapport à la situation.
- Définir des **limites du rôle** car les bénéficiaires et leurs aidants informels expriment parfois des demandes qui ne relèvent pas de la fonction (les demandes « irréalistes »). Ces limites étant très subjectives, il revient aux case managers de les définir.
- **Objectivité** du case manager
 - Premièrement le case manager doit être du côté du bénéficiaire. Il est l'avocat du bénéficiaire.
 - Cependant, une certaine **attitude objective** peut être nécessaire vis-à-vis de sa famille et des autres intervenants, sans quoi il pourrait être impliqué dans certains conflits¹⁴¹⁵.
 - L'**objectivité organisationnelle** peut être indiquée afin de pouvoir offrir les soins les plus adéquats par rapport à la situation et le souhait du bénéficiaire, et non uniquement ceux offerts par l'organisation faîtière dont dépend le case manager. En revanche, l'existence d'outils au sein de l'organisation faîtière pour faciliter le flux d'information (p.ex. un dossier patient partagé au sein d'une pratique de groupe multidisciplinaire, une CSD ou d'une ASD) est un facteur qui facilitera le case management parmi les professionnels impliqués au sein de la même organisation faîtière. Il en va de même du soutien de l'organisation faîtière pour laquelle le case manager travaille.
 - L'**objectivité professionnelle**. L'évaluation des projets du Protocole 3 a permis de constater que plusieurs types de professionnels peuvent être case managers : infirmiers, psychologues, ergothérapeutes et assistants sociaux, travaillant le plus souvent dans une équipe de case managers. Quoiqu'ayant des profils professionnels de base différents, ces professionnels ont acquis sur le terrain des compétences particulières dans les domaines qui ne leur étaient pas familiers. Par exemple, les psychologues ont acquis un savoir et un savoir-faire en matière de santé physique, de manière à pouvoir alerter en temps voulu leurs collègues médecins ou

¹⁴ Cette relation peut également dépendre de la manière dont le bénéficiaire va investir le case manager : plus le premier est isolé, plus il va être en demande par rapport au second.

¹⁵ A la suite du point soulevé quant aux situations conflictuelles, il peut être utile de désigner un service de médiation, au cas où le bénéficiaire ou son aidant informel auraient des plaintes par rapport au case management.

infirmiers ; les infirmières en soins généraux ont acquis un savoir en matière d'offre de soins et de services dans leur région, etc. L'acquisition de ces compétences sur le terrain s'est faite en raison de l'absence d'une formation spécifique en Belgique.

- **Les NTIC**

- Pour faciliter le partage d'informations au sujet du bénéficiaire, notamment pour le partage du plan de soins et de services, via une plateforme partagée avec un accès sécurisé et réservé aux seuls prestataires qui ont une relation de soins ou d'aide avec la personne âgée. L'accès aux données doit être conforme à la législation en vigueur (secret médical et de fonction). Cet outil devra être accessible à partir de n'importe où dans le système.
- Pour faciliter le case management, notamment un échéancier pour faciliter le suivi des situations, et accessible aux prestataires impliqués.

- **L'engagement** et la **flexibilité** des partenaires pour collaborer (CPAS, mutualité, ...).

- La **disponibilité** des services de soins (cf. une ville vs la campagne).

- Le groupe d'experts remarque que les médecins généralistes ne se rendent plus au domicile dans certaines régions (p.ex. à Bruxelles).
- La mise en œuvre de case management signifie à la fois une perturbation de pouvoir et du marché¹⁶. De là provient la question relative à la place à garantir pour le case manager, notamment par les médecins généralistes. Cette question se posera avec acuité lors de problèmes liés à la responsabilité professionnelle en cas d'évènements indésirables.
- La mise en œuvre du case management variera certainement selon l'agenda politique des Communautés et Régions.
- Les experts soulignent notamment que la notion de double fonction du case manager (effectuant ou non également des soins directs) n'est pas en phase avec la définition faite du case management de l'Eerstelijnsconferentie du 16/02/2017.

9. Questions à se poser si la fonction de case management par un professionnel doit être arrêtée

- Il y a lieu d'agir avec prudence lorsque le case management professionnel doit être arrêté. En effet, en cas d'accompagnement d'un patient se trouvant dans une situation où on peut s'attendre à ce que les besoins en soins **augmentent**, comme dans le cas d'affections neurodégénératives, telle la maladie d'Alzheimer, on peut se poser la question du pourquoi vouloir arrêter cet accompagnement par un case manager.
- Lorsque la situation est stable, il est possible de passer à un niveau d'intensité de case management professionnel moindre.
- 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 ?
- Le case management par un professionnel peut être indiqué dans les cas où un accompagnement vers l'institutionnalisation définitive est inéluctable. Cet accompagnement inclut tant la personne âgée que son aidant informel.

¹⁶ Cela revient à dire qu'on assiste à un changement des rôles et de la position de certains professionnels, qui sera remis en question.

10. Points-clé soulignés par les experts

Rappelons que l'Eerstelijnsconferentie a eu lieu après les interventions des communautés d'apprentissage et que, par conséquent, ses résultats n'étaient pas connus des projets, ni des premiers groupes d'experts.

1. Inclusion : **toute personne dans le système** devrait pouvoir référer une personne âgée à un case manager. Plusieurs premiers contacts sont envisageables, p.ex. via un gériatre, un médecin généraliste, une infirmière à domicile, une coordinatrice, un assistant social du CPAS ou d'une mutualité, ...
2. Parmi les étapes pour démarrer un case management : importance d'une évaluation globale et partagée (BelRAI).
3. Il s'agit d'un **nouveau paradigme** : celui de la collaboration interprofessionnelle.
4. Il y a lieu de tenir compte de la tension existant entre, d'une part, une vision généraliste du case manager (non lié à une pathologie) et, d'autre part, le besoin d'une certaine crédibilité vis-à-vis des autres prestataires, ce qu'apporte l'expertise.
5. L'équipe de case managers doit obligatoirement être **mixte**.
6. La mixité de l'équipe de case managers est une notion mal comprise par certains experts, qui n'ont pas encore pris connaissance de l'ensemble des résultats de l'évaluation des projets du Protocole 3, qui montre que plusieurs modèles de case management fonctionnent actuellement en Belgique, dont des équipes, où les case managers sont interchangeable.
7. Quelles compétences-clé ? **La communication** ; pouvoir collaborer de manière efficace avec le **médecin généraliste** mais également avec le **patient** et tous les membres du **réseau**.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Certains experts souhaitent suivre la logique du Eerstelijnsconferentie pour que l'arrêt du case management professionnel se fasse lors d'une transition avec la coordination de soins.2. À côté des compétences-clé mentionnées, les experts ajoutent le fait de pouvoir réellement être l'avocat du patient, être flexible, capable d'empathie, avoir des talents de négociateur et pouvoir analyser adéquatement le 'cas'. |
|--|

11. Quel contenu pour la formation ? Quelques points de gravité pour les experts

- L'écoute et la négociation;
- La connaissance du réseau;
- BelRAI – et ces connaissances doivent être mises à jour;
- Focus sur l'empowerment de la personne et de son entourage;
- La confiance: le patient et les autres prestataires ;
- Leadership;
- De préférence, via une formation continue;
- Importance de la dissémination des connaissances
- Les experts consultés par écrit soulignent que la composition du groupe de validation du 12/02/2017 a pu influencer les recommandations relatives à la formation initiale infirmière des case managers.

12. Annexe 1 fiche case management. Liste des chercheurs du consortium pour l'évaluation scientifique des projets du Protocole 3

Nom	Prénom	Titre	Organisation	Rôle par rapport à cette fiche	Rôle dans l'évaluation par rapport au case management
Anthierens	Sibyl	Dr.	UA	Feedback écrit	Analyse qualitative
Bastiaens	Hilde	Prof.	UA	Auteur	Modérateur lors des interventions sur le case management
Cès	Sophie	Mme.	IRSS-UCL	Présent le 01/02/17	Impact sur les coûts
Declercq	Anja	Prof.	LUCAS-KUL	Validation par écrit	Impact op status van de cliënt
Flusin	Déborah	Dr.	IRSS-UCL	Présente le 01/02/17	Observateur lors des interventions sur le case management
Lambert	Anne-Sophie	Mme.	IRSS-UCL	Présente le 01/02/17	Impact sur l'état de santé de la personne âgée
Lopez-Hartmann	Maja	Mme.	UA	Présent le 01/02/17	Analyse qualitative
Macq	Jean	Prof.	IRSS-UCL	Auteur	Coordination générale de l'étude + impact sur l'état de santé du patient et sur les coûts
Mello de Almeida	Johanna	Mme.	LUCAS-KUL	Feedback écrit	Impact sur l'état de santé de la personne âgée
Remmen	Roy	Prof.	UA	Présent le 01/02/17	Analyse qualitative
Schmitz	Olivier	Dr.	IRSS-UCL	Auteur	Modérateur lors des interventions sur le case management
Van Durme	Thérèse	Dr.	IRSS-UCL	Auteur	Analyse qualitative

13. Annexe 2 fiche case management. Experts et organisations ayant participé à la validation de cette fiche

Nom	Prénom	Titre	Organisation	Rôle par rapport à cette fiche
Aubouy	Geneviève	Mme.	FASD	Présente le 01/02/17 + feedback écrit
Belche	Jean-Luc	Dr.	ULg	Feedback écrit
Bossaert	Annabelle	Mme.	CIA	Présente le 01/02/17 + Feedback écrit
Cès	Sophie	Mme.	IRSS-UCL	Présente le 01/02/17
Christelijke Mutualiteiten				Feedback écrit
De Vliegheer	Kristel	Mme.	WGK	Présente le 01/02/17
De Witte		Dr.	VUB	Présent le 01/02/17
Declercq	Anja	Prof.	LUCAS-KUL	Feedback écrit
De Ridder	Ri	Dr.	RIZIV	Feedback oral
Kara	Mazlum	Mr.	Dionysos III	Feedback écrit
Krémers	Jean-Marie	Mr.	CHU Liège	Présent le 01/02/17
Lambert	Anne-Sophe	Mme.	IRSS-UCL	Présente le 01/02/17
Ledent	Xavier	Mr.	RIZIV	Présent le 01/02/17
Macq	Jean	Prof.	IRSS-UCL	Présent le 01/02/17
Mattagne	Geneviève	Mme.	ACCOORD	Présente le 01/02/17
Mello de Almeida	Johanna	Mme.	LUCAS-KUL	Feedback écrit
MLOZ				Feedback écrit
Pacquay	Louis	Dr.	WGK	Présent le 01/02/17
Swine	Christian	Prof. Em.	IRSS-UCL	Présent le 01/02/17
Verté	Dominique	Prof.	VUB	Présent le 01/02/17
Wit-Gele Kruis				Feedback écrit

14. Annexe 3 fiche case management. Groupe-cible pour le case management professionnel

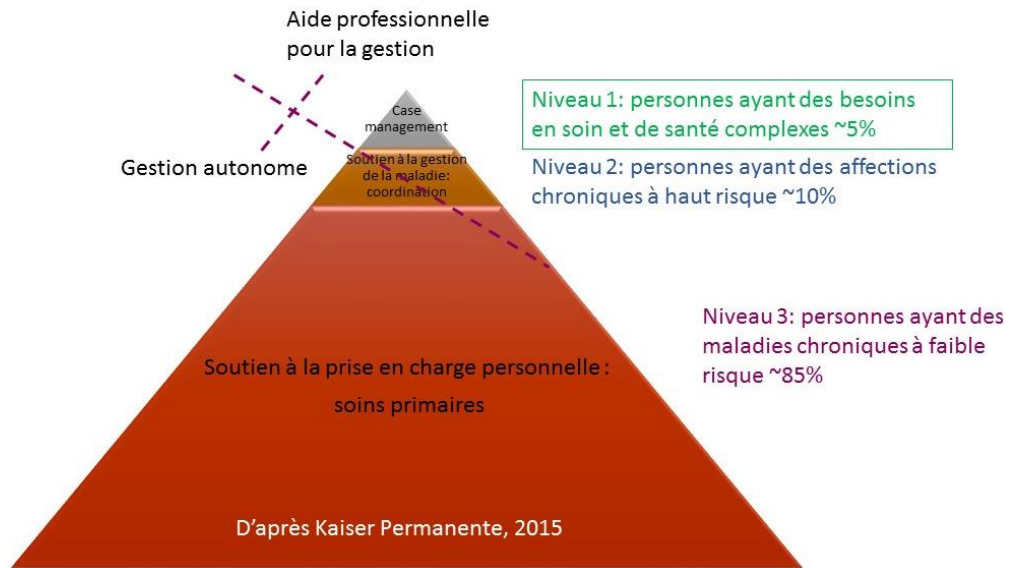


Figure 6. Au sein des projets P3 le case management professionnel n'est indiqué que pour les personnes âgées fragiles se trouvant dans une situation complexe

15. Annexe 4 fiche case management. Quelques exemples observés de la fonction dite « de case management » dans les projets P3

L'équipe scientifique a labellisé un projet « de case management », lorsque (a) il se nommait comme tel ou (b) il répondait au moins à quatre des six éléments de la définition du case management par le CMSA. L'équipe scientifique a constaté que le case management comprenait et se limitait parfois aux éléments suivants.

Éducation thérapeutique à l'attention du patient ou de son aidant proche 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 de la maladie d'Alzheimer) ;

- Profil : infirmier (parfois aussi autre professionnel de la santé) 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 autre professionnel de la santé, ou encore, assistant social – que les projets appellent « Community navigator »

Personne **référente** du patient (ou de son aidant proche)

- Profil : psychologue, infirmier, ergothérapeute, assistant social, ... en fonction de la demande initiale. Les projets citent « 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, souvent la coordinatrice de soins.

Dans les autres cas, c'est le case manager qui assume cette fonction (p.ex. en communauté germanophone). Il est à souligner que la compréhension du rôle de la coordination en Région Wallonne n'est pas univoque vu que, pour certains prestataires, la coordinatrice n'est pas censée faire de la coordination autour d'un patient.

CMSA - Case Management Society of, A. (2011). "Definition of Case Management." Retrieved 02/10/2013, from <http://www.cmsa.org/PolicyMaker/ResourceKit/AboutCaseManagers/tabid/141/Default.aspx>.