

FICHE CAPITALISATION

NOM DU PROJET : CASE MANAGEMENT

1. PRÉSENTATION DU PROJET

Description

Le Case Management est une approche centrée sur le patient qui vise à fournir des soins personnalisés et coordonnés, améliorant ainsi la qualité de vie des personnes ayant des besoins complexes. Cette approche comprend la planification, la coordination, le suivi et l'évaluation des options et des services nécessaires pour répondre aux besoins de santé et de services sociaux d'une personne. Le case manager travaille en étroite collaboration avec l'individu, sa famille et d'autres professionnels de la santé et des services sociaux. Il joue un rôle important dans la gestion des soins de santé et des services sociaux, en s'assurant que les individus reçoivent les soins appropriés de manière efficace et efficiente. Le Chronicopôle a choisi de développer ce projet au début du mois de janvier 2022 avec l'engagement d'une case manager en complément de la ligne téléphonique « Relais Maladies Chroniques ». L'objectif était de prendre en charge des patients en situation complexe et de développer cette pratique sur sa zone d'action afin de renforcer les collaborations avec les prestataires de la zone. Le recours au Case Management a pris fin au début de l'année 2023 à la demande de SPF Santé Public, qui souhaitait que les PSI se concentrent sur leurs actions méso.

Contexte et origine

À l'origine, le Chronicopôle, en collaboration avec RÉLIAN, proposait un service appelé « Relais Maladies Chroniques ». Ce service consistait en une ligne téléphonique gérée par une infirmière, qui répondait aux questions des patients, des aidants proches et des professionnels concernant les soins, les droits et les structures existantes. Cette initiative a permis d'identifier un manque de fonction relais pour répondre à certaines demandes formulées auprès de l'infirmière répondante. En effet, certaines demandes ne pouvaient pas être prise en compte par les centres de coordination d'aide et de soin, laissant les appelants démunis face à leurs difficultés. Pour remédier à cela, le Chronicopôle a décidé d'enrichir ce service en intégrant une case manager, chargé de se rendre chez les patients nécessitant une prise en charge complexe et de résoudre leur situation. Le rôle du case manager tendait également à recréer du lien entre les différents prestataires autour du patient. Ainsi, la ligne téléphonique est devenue la porte d'entrée du Case Management. L'infirmière traitait les demandes des patients afin d'identifier celles nécessitant l'intervention de la case manager, puis les redirigeait vers cette dernière.

Cette initiative s'est également inspirée du succès du Case Management déjà en place chez RÉLIAN, dont les résultats étaient prometteurs.

Il est cependant important de noter que ce projet n'a pas été mis en œuvre pour répondre à une demande spécifique des professionnels de terrain.

Objectifs

- Répondre aux demandes spécifiques formulées à la ligne téléphonique
- Améliorer la coordination des prestataires d'aide et du soin autour des patients complexes
- Améliorer la continuité des soins
- Fournir un meilleur suivi des patients complexes, notamment à la sortie de l'hôpital
- Éviter les complications et les hospitalisations non prévues
- Améliorer la qualité de vie des patients complexes
- Favoriser le maintien à domicile des patients complexes

Lieu : Les communes reprisent dans la zone d'action du Chronicopôle

Dates et durée : 2022-2023

Public : Les patients atteints de maladies chroniques dont les besoins complexes nécessitent l'intervention d'un case manager.

Rôle du Chronicopôle : Mise à disposition d'une case manager pour les patients de sa zone d'action.

2. PARTENARIAT

Principaux acteurs : Chronicopôle, RÉLIAN, CHU (en relation avec le projet ELADEB), SAGàDom.

Perception du projet par les professionnels

Au départ, la difficulté à se faire accepter par les centres de coordination de soins et d'aide à domicile, en raison de leur crainte que ce projet n'empiète sur leurs compétences, a rendu le démarrage du projet complexe. Il a fallu du temps pour que les centres de coordination comprennent que leur travail n'était pas menacé. Par la suite, la situation s'est apaisée, notamment grâce à la mise en place de réunions préparatoires qui ont permis de prendre en compte leurs remarques.

Ensuite, de nombreux professionnels ne comprenaient pas le rôle du case manager et ne voyaient pas la valeur ajoutée de cette fonction. Pour eux, le case manager était simplement une personne supplémentaire s'occupant du patient, sans percevoir son rôle de liaison et de coordination. Certains pensaient également que les professionnels de santé faisaient déjà du Case Management dans leur pratique quotidienne, sans réaliser que cela ne suffisait pas à couvrir toute la demande. L'implication des case managers par le CHU a permis de clarifier la situation, en particulier pour les médecins généralistes. Une fois que la fonction a été mise en place et que les premiers effets positifs ont été observés, cela a permis de lancer le processus. La pratique a démontré la valeur ajoutée de cette fonction et a débloqué la situation.

3. PUBLIC CIBLE

Bénéficiaires directs et indirects : Les patients atteints de maladies chroniques dont les besoins complexes nécessitent l'intervention d'un case manager.

Mobilisation du public

Le retour du public a été très positif. Les utilisateurs ont apprécié la complémentarité du service par rapport à la coordination de soin et d'aide à domicile, car il prenait en charge des aspects que cette dernière ne pouvait pas couvrir, comme la recherche de logement social par exemple. Ils se sont montrés satisfaits des aides apportées et du temps qui leur était consacré par le service « Relais Maladies Chroniques » et la case manager.

4. CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

Plusieurs conditions minimales sont nécessaires pour que le projet puisse se développer efficacement. Sans ces éléments, il serait difficile d'assurer une coordination fluide et une prise en charge optimale des patients, compromettant ainsi le succès et la pérennité du projet.

Pour assurer une complémentarité optimale dans les services proposés, il est intéressant de disposer des deux profils, assistant social et infirmier. Ces deux rôles permettent une prise en charge plus complète et diversifiée des besoins des patients. Une ligne téléphonique dédiée est

également nécessaire pour recueillir les demandes, effectuer un premier tri et faciliter le travail des case managers, étant donné la charge de travail déjà conséquente. Cette ligne téléphonique, en agissant comme un filtre initial, permet de gérer les demandes plus efficacement et de mieux orienter les patients.

De plus, le case manager doit posséder une certaine expérience, une bonne connaissance du milieu et un réseau professionnel déjà établi. Cela permet de faire connaître le service dans le secteur de l'aide et du soin et de rendre la prise en charge des patients plus efficace. Il doit aussi être proactif et flexible pour répondre au mieux aux divers besoins des patients. Des connaissances médicales sont un atout précieux, car elles facilitent les échanges avec les médecins et autres professionnels de santé.

Enfin, pour soutenir cette structure, un financement adéquat est indispensable. Ce financement doit couvrir les prestations réalisées, les formations nécessaires, ainsi que les frais de déplacement et le temps de trajet entre les patients. Enfin, il est important de disposer d'un outil performant pour identifier les besoins des patients, garantissant ainsi une prise en charge personnalisée et efficace.

5. DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION

Activités mises en œuvre

Suite à la décision de développer le Case Management au sein du Chronicopôle, des réunions ont été organisées avec les centres de coordination afin de clarifier les rôles et missions de chacun. Ces réunions visaient également à aplanir les tensions entourant le projet. Par la suite, des rencontres ont eu lieu avec des médecins généralistes, des maisons médicales et des hôpitaux, en présence de la case manager, pour présenter et promouvoir le projet.

Le déroulement de la prise en charge d'un patient par la case manager du Chronicopôle comportait plusieurs étapes. Tout commençait par la prise de contact avec la ligne téléphonique et la demande d'aide. Cette demande pouvait provenir du patient, d'un proche ou d'un professionnel. Ensuite, la demande était évaluée par la ligne téléphonique et transmise à la structure adéquate ou relayée à la case manager en fonction de la situation. Le « Relais Maladies Chroniques » permettait donc de faire un tri dans les demandes. Après ce premier tri, la case manager prenait en charge le cas et effectuait une visite à domicile du patient. Une analyse de ses besoins et de ses ressources était réalisée afin de définir, par la suite, un plan de soin avec lui. Une réunion hebdomadaire permettait également de faire le point sur les cas suivis pendant la semaine, de déterminer les besoins d'aide supplémentaires et d'assigner les tâches pouvant être prises en charge par la répondante de la ligne téléphonique. Enfin, un suivi était assuré par la ligne téléphonique un mois et six mois après le Case Management pour s'assurer que tout était en place et fonctionnait correctement.

La case manager travaillait en concertation avec la répondante du « Relais Maladies Chroniques » et les professionnels de santé déjà impliqués auprès du patient, garantissant ainsi une prise en charge coordonnée et complète.

Résultats observés

Le Chronicopôle a réalisé une analyse des « suivis » de patients en utilisant la méthode de « Topic Modeling ». Cette analyse a révélé que les thèmes abordés par les différents appelants variaient peu d'un contact à l'autre. Toutefois, elle a permis de mettre en évidence des lacunes structurelles dans l'aide apportée aux patients identifiés comme cas complexes. Ces manquements étaient particulièrement liés à la recherche de logement, aux problèmes administratifs (désignation d'administrateur de biens, problèmes financiers, paperasserie, etc.) et aux difficultés de transport.

En outre, les patients suivis par le Case Management se montraient satisfaits, n'hésitant pas à revenir vers la ligne téléphonique pour formuler d'autres demandes. Cette interaction était

motivante pour les travailleurs, apportait une aide précieuse aux patients et favorisait la création d'un lien significatif avec eux.

Enfin, la prise en charge des patients complexes à la demande du service de Psychologie Clinique et d'Action Sociale du CHU de Liège dans le cadre de l'utilisation du questionnaire ELADEB a permis d'améliorer leur suivi et leur qualité de vie ainsi que de réduire les ré-hospitalisations non programmées.

Difficultés rencontrées

Le projet de Case Management du Chronicopôle a rencontré plusieurs difficultés.

Tout d'abord, le nombre d'appels reçus par le Chronicopôle était nettement inférieur à celui observé chez RÉLIAN. Cette situation s'explique principalement par le manque de besoin dans les zones géographiques couvertes par le Chronicopôle. En effet, dans ces zones semi-rurales, une multitude de petites initiatives locales étaient déjà en place pour gérer les cas complexes, ce qui a réduit la demande pour le Case Management. Par exemple, dans le Condroz, des assistantes de vie effectuaient des tâches similaires à celles des case managers. La demande pour ce service n'était donc pas aussi élevée qu'en milieu urbain.

Une autre difficulté a été la définition des rôles du case manager. Étant une nouvelle profession avec des missions floues, il a été difficile de communiquer clairement sur la fonction et d'éviter les chevauchements avec d'autres professionnels. Cette confusion a entraîné une mécompréhension de la fonction et un manque de visibilité. Les centres de coordination de soin et d'aide à domicile, craignant que le projet n'empiète sur leurs responsabilités, ont également eu du mal à accepter le Case Management, compliquant ainsi le démarrage du projet. Il a fallu du temps pour que ces centres comprennent que leur travail n'était pas menacé.

La définition floue des missions du case manager a également posé problème. La case manager s'est souvent retrouvée à effectuer des tâches que les centres de coordination ne pouvaient ou ne voulaient pas prendre en charge. Ce constat souligne la nécessité de définir des missions claires et d'établir un cadre pour éviter les débordements. L'absence de cadre uniforme a conduit à des variations significatives dans l'approche du Case Management d'une institution à l'autre.

De plus, l'absence de formation spécifique pour le Case Management a conduit à une formation sur le tas, rendant le projet fortement dépendant de la personnalité et du parcours des case managers. Les différences dans les formations de base des case managers ont entraîné des approches variées dans la prise en charge des patients. Par exemple, la première case manager, éducatrice, était axée sur l'ergonomie et l'adaptation du milieu de vie, tandis que la seconde, assistante sociale, a abordé les missions sous un angle différent. La formation de l'HELmo, prévue pour février 2025, devrait apporter un cadre structuré à la pratique professionnelle et renforcer la légitimité de la fonction.

La pratique du Case Management repose également sur le réseau du case manager, rendant crucial le recrutement de personnes ayant une bonne connaissance du réseau pour faciliter les prises de contact et le travail en réseau. Il est également nécessaire de faire des démarches pour faire connaître la fonction et encourager les prestataires à solliciter le case manager.

La communication autour du projet a été un autre défi, en raison de la nouveauté du Case Management et du manque d'informations disponibles, ce qui a entraîné une certaine hésitation et une mauvaise diffusion du projet. La difficulté à s'imposer dans le paysage des soins a également été notable, notamment pour démontrer la nécessité du Case Management face aux idées préconçues que les médecins et infirmiers faisaient déjà un travail similaire, bien que cette approche ne soit pas suffisante pour répondre à toutes les demandes complexes.

Enfin, la courte durée de vie du projet a également été un obstacle. Des problèmes techniques avec la ligne téléphonique ont causé des difficultés de contact entre les patients, les proches et le « Relais Maladies Chroniques ». Par conséquent, le Chronicopôle a perdu ce lien pendant plus de trois mois en raison d'un déménagement. Cela a entraîné une perte de lien avec les patients et a nécessité un nouvel effort de communication pour repromouvoir le projet.

Leviers d'efficacité

Levier 1 : La collaboration avec la ligne téléphonique

Initialement, le « Relais Maladies Chroniques » était assuré par une infirmière chargée de répondre aux questions des patients, des aidants proches et des professionnels concernant les soins, les droits et les structures existantes. En centralisant la réception des appels, la ligne téléphonique a permis de filtrer les demandes et d'orienter les cas nécessitant une attention particulière vers le service de Case Management. Cette organisation a permis de réduire la charge administrative des case managers et de se concentrer sur les interventions directes auprès des patients. Ainsi, la collaboration avec la ligne téléphonique a permis d'optimiser la gestion des demandes et d'alléger la charge de la case manager. De plus, l'intégration du Case Management au service a permis d'apporter une réponse directe et coordonnée aux besoins complexes des patients. Ces démarches ont contribué à améliorer l'efficacité du service en renforçant la coordination et en assurant une prise en charge adaptée et personnalisée.

Levier 2 : La connaissance du réseau par l'infirmière répondante

L'infirmière responsable de la ligne téléphonique apportait une précieuse expérience en soins et services à domicile, ce qui lui conférait une excellente connaissance du terrain. Grâce à son vaste réseau de contacts, elle était en mesure de relayer efficacement les informations et de promouvoir le projet de manière ciblée. Cette connaissance du milieu a permis une intégration plus fluide du service de Case Management dans le réseau local.

Par exemple, l'infirmière a facilité une collaboration avec SAGàDom, permettant ainsi aux case managers du Chronicopôle de participer à des journées d'observation auprès de leur homologue. Cette initiative a permis aux case managers de mieux comprendre les pratiques et la réalité du terrain.

Levier 3 : la collaboration avec le CHU dans le cadre du projet ELDAB

La collaboration avec le service de Psychologie Clinique et d'Action Sociale du CHU, à travers l'utilisation de l'ELADEB, a joué un rôle crucial dans la gestion des cas complexes. Ce partenariat a permis d'identifier des cas complexes au sein de l'hôpital et de les transmettre aux case managers, facilitant ainsi la mise en œuvre de solutions adaptées et la coordination des intervenants. Cette approche a considérablement augmenté la demande pour le service de Case Management.

De plus, les expériences positives issues de cette collaboration ont favorisé l'expansion du projet, entraînant une hausse des demandes. L'utilisation d'un outil comme l'ELADEB a répondu à un besoin crucial : celui d'un outil universel permettant d'identifier les problèmes des patients de manière claire et compréhensible pour tous les acteurs impliqués.

Pratiques innovantes ou remarquables

La formation de base du case manager est un élément essentiel. Bien que la formation en soins infirmiers, notamment en santé communautaire, soit particulièrement bénéfique pour cette fonction, il est également avantageux de combiner cette expertise avec celle d'un case manager possédant une formation en assistance sociale. Cette combinaison permet de répondre à une large gamme de besoins des patients complexes, offrant ainsi une approche complémentaire et favorisant un accompagnement global. Par exemple, les demandes d'aide administrative ou de logement, fréquemment reçues via la ligne téléphonique, sont plus aisément prises en charge par un profil d'assistant social.

Il est essentiel de disposer de compétences pluridisciplinaires pour répondre efficacement aux diverses demandes. Pour d'autres projets utilisant le Case Management, le profil d'infirmier reste particulièrement pertinent pour plusieurs raisons : il facilite la distinction avec les fonctions des coordinations de soin et d'aide à domicile, ce qui aide à éviter la confusion des rôles. De plus, une formation d'infirmier permet une meilleure communication avec les médecins généralistes et les autres professionnels de la santé, grâce à la compréhension des termes médicaux.

Enfin, la ligne téléphonique a également joué un rôle important en permettant un premier tri des demandes et en assurant un suivi post-intervention de la case manager, renforçant ainsi l'efficacité du service.

Suite à donner au projet

L'intégration de la fonction de case manager dans les centres de coordination viserait à enrichir les équipes déjà en place en ajoutant une nouvelle dimension à l'accompagnement des patients. L'objectif est de compléter et de renforcer les services existants, en apportant une approche plus ciblée et personnalisée aux besoins complexes des patients.

Pour soutenir cette évolution, l'introduction d'un outil comme l'ELADEB¹ pourrait être particulièrement bénéfique. Cet outil permettrait d'identifier de manière plus précise les besoins et les problèmes des patients en offrant une vue d'ensemble structurée de leur situation. En utilisant l'ELADEB, les centres de coordination pourraient mieux comprendre les enjeux spécifiques auxquels sont confrontés les patients et coordonner les interventions de manière plus efficace.

L'intégration de l'ELADEB faciliterait également la communication et la collaboration entre les différents acteurs impliqués dans le suivi des patients. En fournissant des données claires et détaillées, cet outil aiderait les case managers à élaborer des stratégies adaptées et à mobiliser les ressources nécessaires pour répondre aux besoins identifiés.

6. PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

Recommandations pour les futures initiatives similaires

Avant de mettre en place une initiative similaire, il est essentiel d'évaluer les services déjà en place dans les zones géographiques ciblées pour déterminer s'il existe une réelle demande pour le Case Management. Sans une telle évaluation, le projet risque de ne pas répondre aux besoins spécifiques de la région.

Une attention particulière doit également être portée à la communication avec tous les partenaires et prestataires de la première ligne. Il est crucial de définir clairement les rôles et missions de chacun pour promouvoir une collaboration efficace et pluridisciplinaire. Cela nécessite du temps pour organiser des moments de concertation, réunir tous les professionnels concernés et clarifier les responsabilités de chaque fonction. Cette clarification est nécessaire pour éviter les conflits ou la concurrence entre les professionnels et pour assurer une répartition appropriée des tâches entre la coordination de soin et d'aide à domicile et le Case Management. La coordination sur les cas communs doit être effectuée de manière réfléchie et consensuelle pour optimiser la complémentarité des services et la gestion de ces situations spécifiques.

Concernant le profil des case managers, il est important qu'ils aient une connaissance approfondie du réseau local pour pouvoir mettre en place des solutions efficaces. La proactivité est essentielle pour développer, élargir et maintenir ce réseau, facilitant ainsi leur travail de coordination et d'accompagnement.

Il est également important de prendre le temps d'écouter les patients et de créer un lien de confiance. Dans un contexte où les soins sont souvent dispensés dans l'urgence, consacrer du temps à l'écoute des patients peut améliorer considérablement la qualité du service et favoriser une relation de confiance, ce qui facilite la gestion à long terme des cas.

De plus, la prise en charge des patients exige du temps et il est essentiel que chaque case manager puisse se concentrer sur un nombre limité de patients pour offrir un accompagnement approfondi et efficace. Avec la diminution des visites à domicile par les assistants sociaux, entraînant une difficulté d'accessibilité à ces services, il est crucial d'avoir des prestataires capables de se rendre chez les patients, de les accompagner dans leurs démarches et de les aider à accéder aux structures d'aide nécessaires.

Enfin, une formation adéquate est indispensable pour définir un cadre clair pour la fonction de case manager et pour uniformiser les pratiques à travers les différentes structures. Un cadre structuré aidera à définir les zones d'intervention et à standardiser la fonction.

¹ Il existe néanmoins d'autres outils d'évaluation des besoins comme le PBI-PSI, le BEL RAI, etc.

RESSOURCES POUR CONSTRUIRE CETTE FICHE

- Awa Faly BA, Safiétou SALL, IED Afrique. Du terrain au partage : manuel pour la capitalisation des expériences. Version originale en anglais par Jorge Chavez-Tafur, Karen Hampson, Anita Ingevall et Rik Thijssen.
- Fabriques Territoire Santé. (2017) Inspir'actions. Dématérialisation et accès aux droits de santé : Que faire face à la déshumanisation des services publics ?
- Feuvrier, M. V., Balizet, O., & Noury, A. (2015). La capitalisation des expériences : Un voyage au cœur de l'apprentissage. CTA/F3E.
- IREPS Auvergne-Rhône-Alpes, Emergence (2019). BIPP Bonne idées et pratiques prometteuses. Intervenir en promotion de la santé sur les écrans auprès des 12-25 ans. Document interactif sur le repérage et le partage de pratiques en Auvergne-Rhône-Alpes.
- Laurent Anne, Soudier Benjamin, Bouhier Frédéric, Ferron Christine, Gaspard Samuel, Georgelin Béatrice, Le Grand Eric, Lombrail Pierre. La Capitalisation des expériences en promotion de la santé – cahier pratique. Laxou : Société française de santé publique ; Aubervilliers : Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé, 2022, 80 p. En ligne : <https://www.capitalisationsante.fr/wp-content/uploads/2022/04/Cahier-pratique-CAPS-VF.pdf>
- Movisie, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Nederland Jeugd Instituut, NISB, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Trimbos Instituut, Vilans. (2015). Werkblad beschrijving interventies