



"Pistes pour l'intégration des soins pour les personnes âgées fragiles vivant au domicile: gestion de cas ou coordination de soins"

Van Durme, Thérèse ; Macq, Jean

Abstract

Plusieurs pays à revenus élevés implantent des programmes à domicile à grand échelle visant les personnes âgées fragiles vivant chez elles. Parmi ceux-ci, la Belgique a lancé un programme, le Protocole d'accord numéro 3, via l'Institut National de l'Assurance Maladie et Invalidité (INAMI). Ce protocole marque l'accord entre l'état fédéral, les régions et communautés en ce qui concerne le financement de projets innovants conçus par des professionnels du terrain (approche bottom-up) pour le soin et le soutien aux soins ciblant les personnes âgées fragiles vivant au domicile. Le but de ces projets était de réduire le risque d'institutionnalisation en maison de repos ou de repos et de soins. Les types de projets prometteurs pourraient obtenir un financement structurel, pour peu qu'ils obtiennent une évaluation positive de la part d'un consortium d'universités. Les projets évalués ont démarré pour la plupart en avril 2010 et la collecte de donn...

Document type : *Communication à un colloque (Conference Paper)*

Référence bibliographique

Van Durme, Thérèse ; Macq, Jean. *Pistes pour l'intégration des soins pour les personnes âgées fragiles vivant au domicile: gestion de cas ou coordination de soins*. Séminaire de l'Agence Eurométropole - Prise en charge des personnes âgées bonnes pratiques dans l'Eurométropole Lille-Kortrijk-Tournai (Lille, 16/09/2014).

Pistes
pour l'intégration des soins
pour les personnes âgées fragiles vivant
au domicile



Case management
ou
coordination des soins?

THÉRÈSE VAN DURME

JEAN MACQ

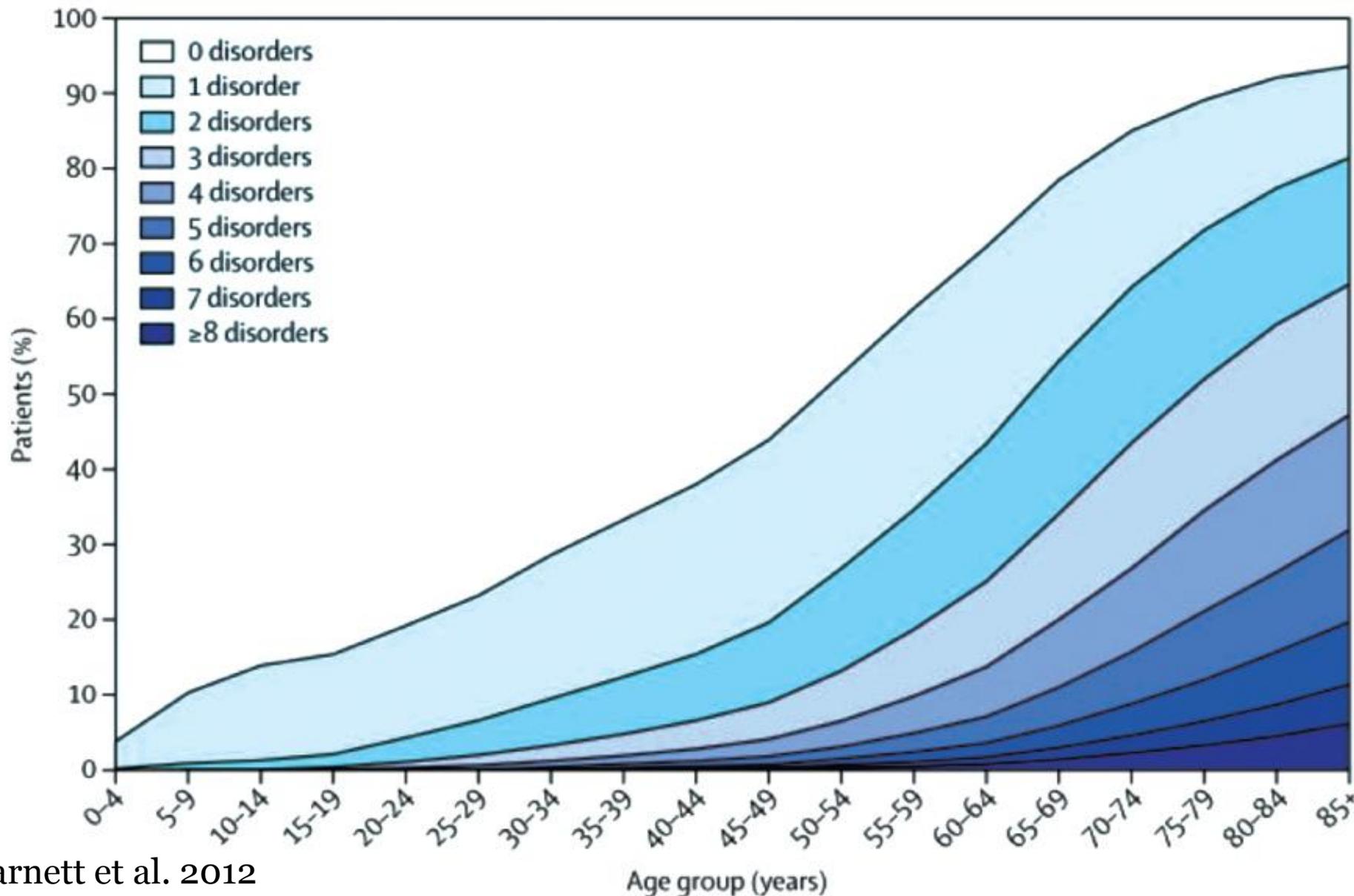
INSTITUT DE RECHERCHE SANTÉ ET SOCIÉTÉ
(IRSS - BRUXELLES)

Contexte épidémiologique

2

- Augmentation du nombre de personnes ayant des besoins en soins multiples;
- Ces besoins sont plus importants chez les personnes âgées;
- La proportion de personnes âgées augmente également

Nombre de personnes présentant une pathologie chronique, par groupe d'âge



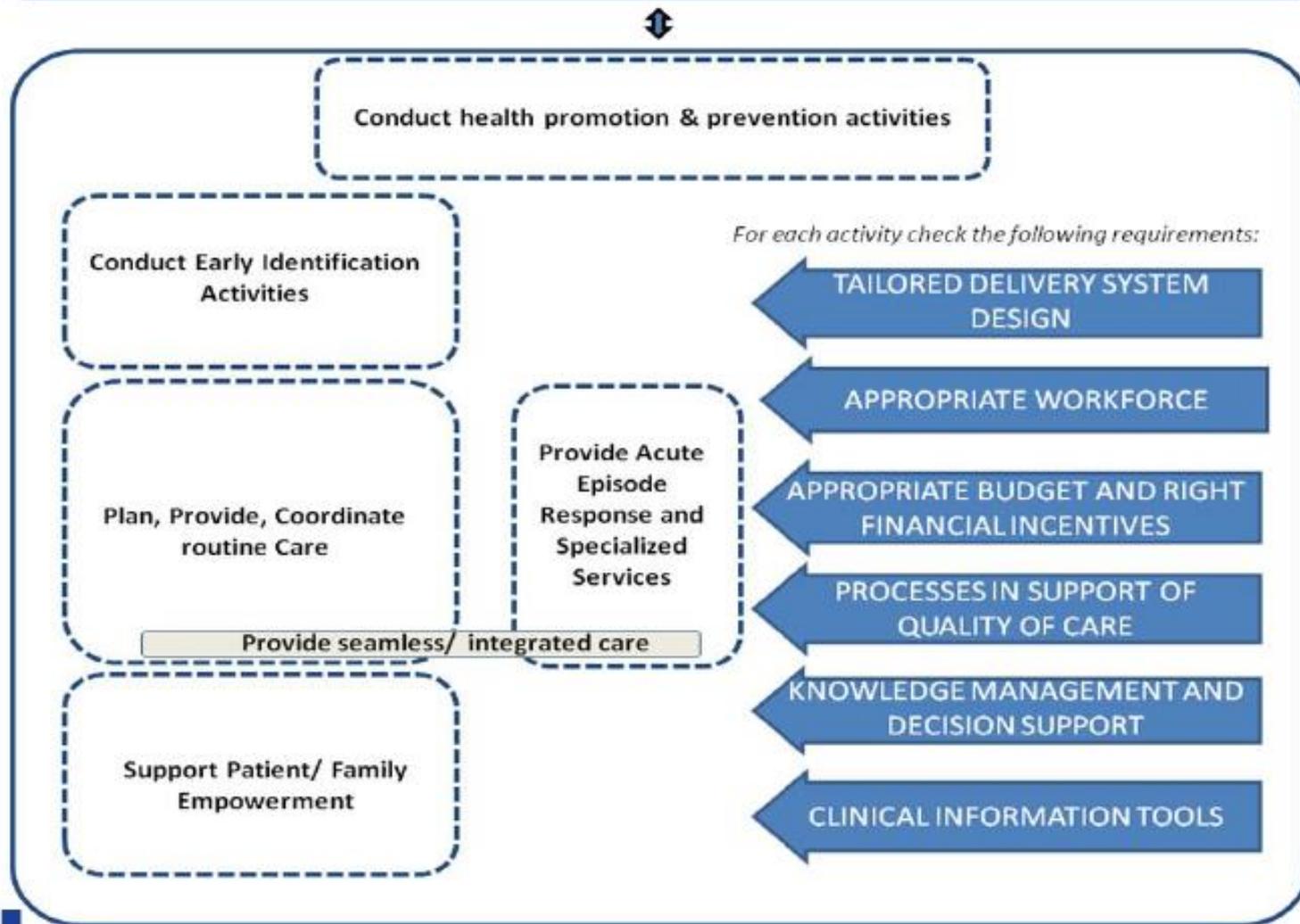
Éléments de **complexité** de la prise en charge

4

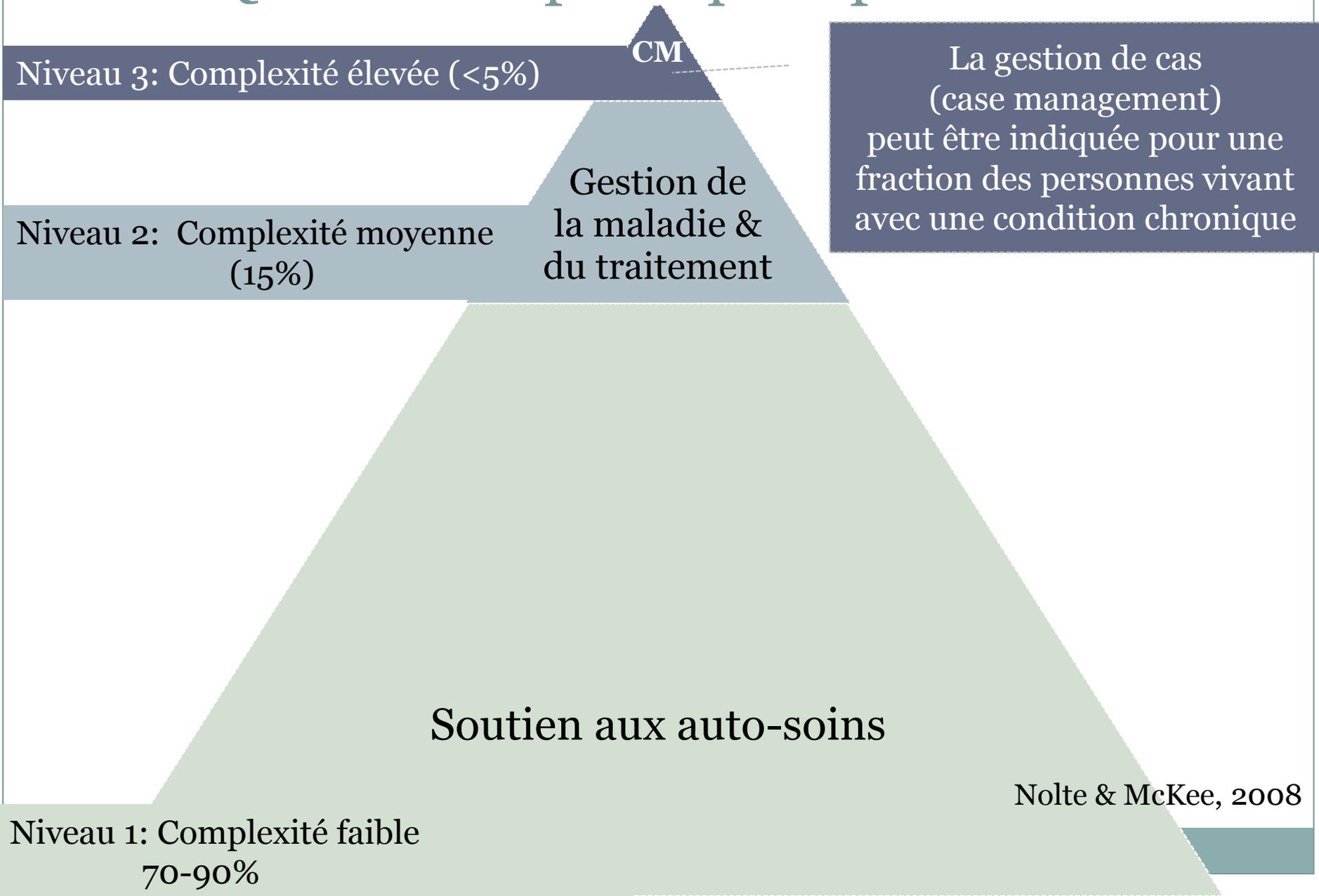
- La **nature** des conditions chroniques multiples
- La **fragilité** augmentant avec l'âge, impliquant
 - des déficiences physiques & cognitives
 - avec ou sans la coexistence de conditions chroniques
- Requiert le développement de systèmes de délivrance de soins et de services qui rassemblent des professionnels et des compétences de la santé et du social (Nolte & McKee, 2008)
- Dans le cas contraire: risque d'impact négatifs
 - Hospitalisations potentiellement évitables;
 - Erreurs médicamenteuses;
 - Effets secondaires des médicaments (Vogeli et al., 2007)
 - Expériences de soins négatifs
 - Coûts augmentés (Nolte & Pitchforth, 2014)

Le Chronic Care Model adapté

Implementation and follow-up of a dynamic care model based on evolving societal values, patients and families needs, state-of-the-art practices and budgetary constraints



Quels soins pour quels patients?



Nolte & McKee, 2008

Case management (gestion de cas)

7

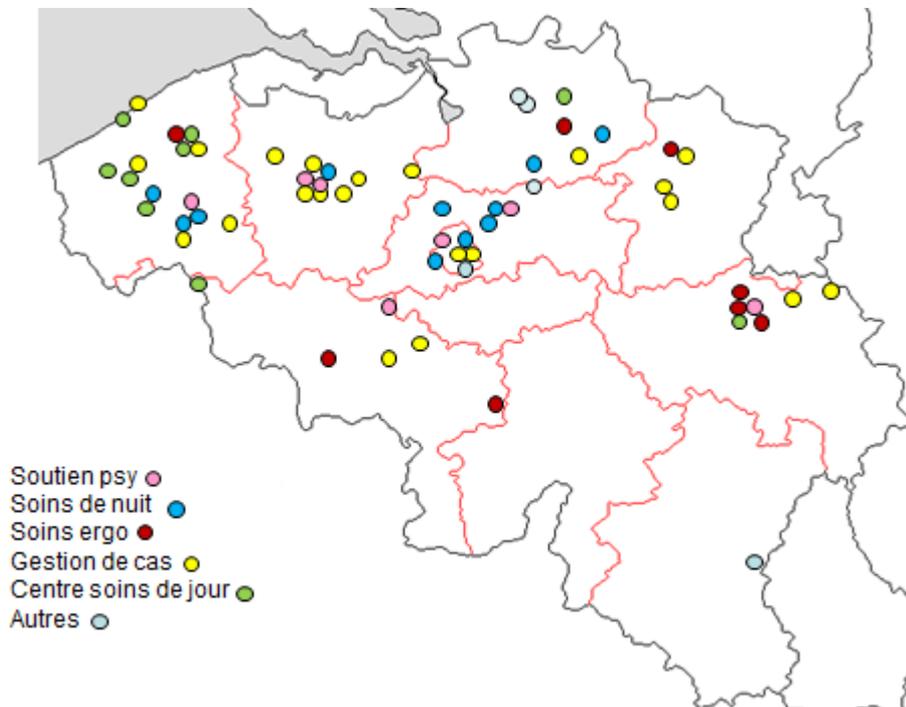
- « a **collaborative** process of **assessment, planning, facilitation, care coordination, evaluation** and **advocacy** for options and services to meet an individual's and family's comprehensive health needs through communication and available resources to promote quality cost-effective outcomes »

(traduction libre)

- « un processus de **collaboration** pour l'**évaluation**, la **planification**, la **facilitation**, la **coordination**, l'**évaluation** et le **plaidoyer/conseil** afin que les options et services rencontrent les besoins des individus et leurs familles, en ce qui concerne leurs besoins en santé globaux, au travers de la communication et les ressources disponibles, en vue de promouvoir des résultats coûts-efficaces en ce qui concerne la qualité »

[Case management Society of America, 2010, p.8]

**ÉVALUATION DES PROJETS INNOVANTS
DE SOINS ET DE SOUTIEN AUX SOINS
POUR LE MAINTIEN À DOMICILE
DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES
« PROTOCOLE 3 »**



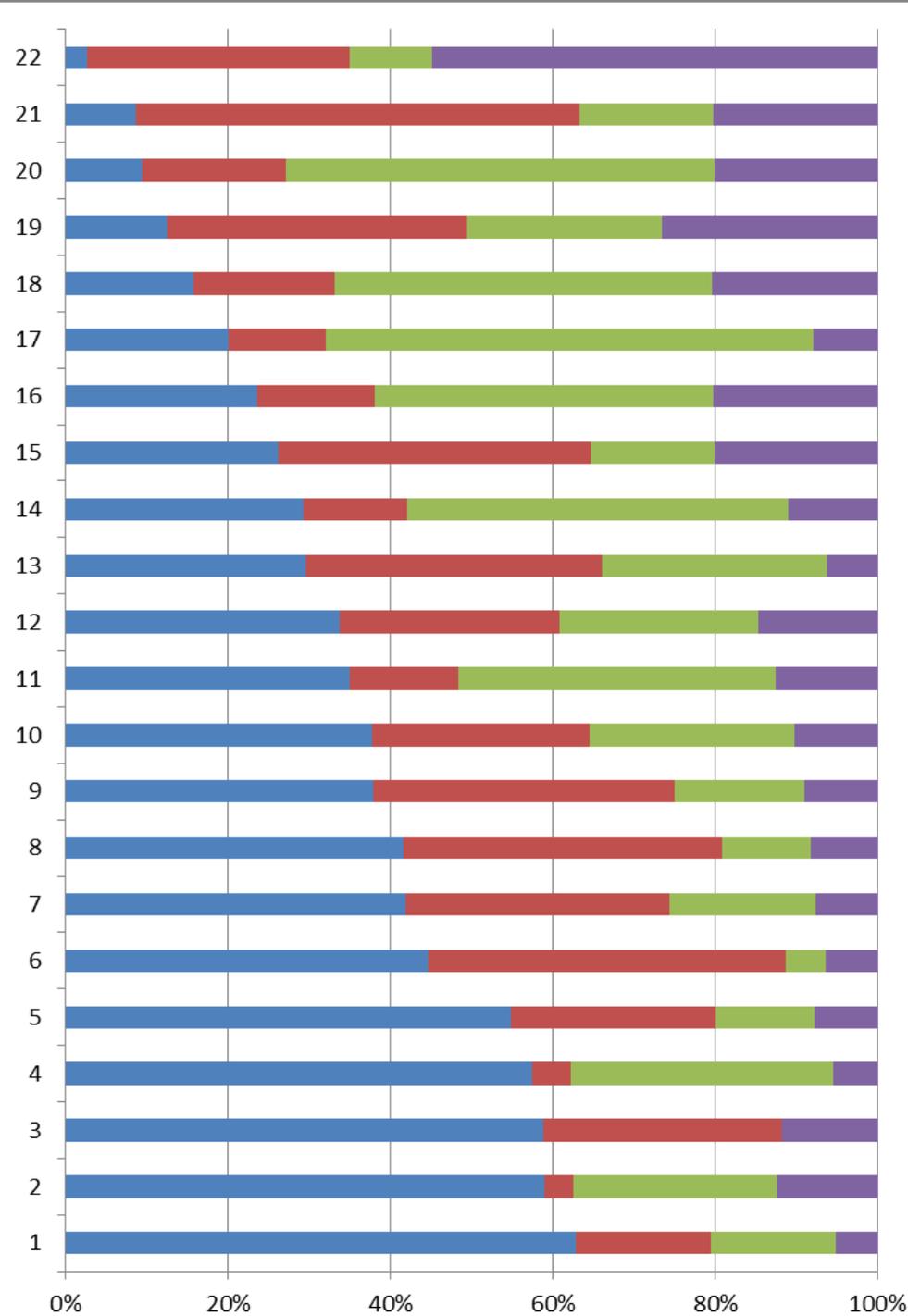
Les projets « Protocole 3 »

9

- 22/63 projets réalisaient de la gestion de cas;
- 18/22 délivraient de la gestion de cas avec d'autres soins :
 - Soutien psychologique
 - Soutien d'ergothérapie
 - En résidentiel/avec des soins de nuit

Population incluse dans les projets de gestion de cas

- ≥ 60 ans
- Vivant chez elles
- Fragiles
 - Score sur l'échelle de fragilité d'Edmonton ≥ 6
 - ou
 - Diagnostic de démence
 - ou
 - Dépendance AVQ (Katz)



highCPS

highADLonly

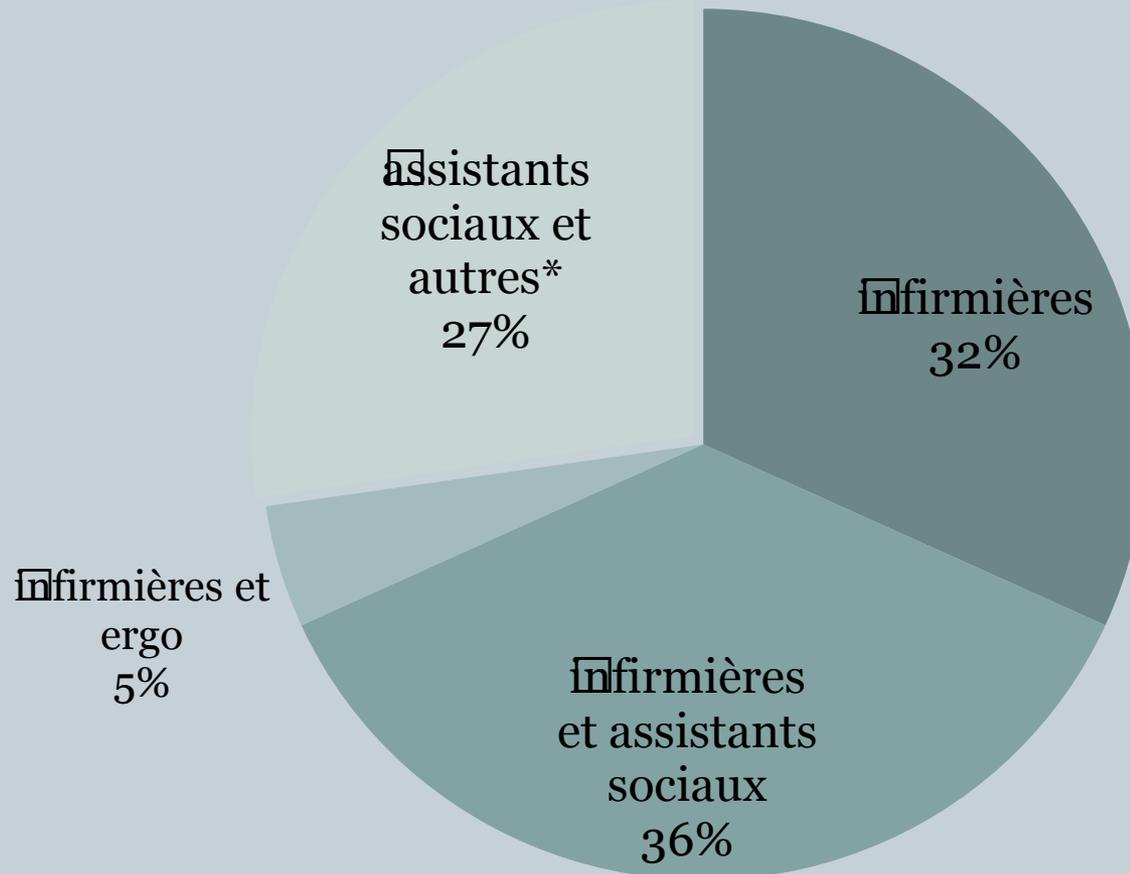
NoADLCPS

lowADLonly

Gestionnaires de cas

11

Équipes de gestionnaires de cas composées des professionnels suivants



* i.e. psychologues ou ergothérapeutes

« Bonnes pratiques » des gestionnaires de cas (1)

12

1. Réalisation d'une **évaluation globale** au moins/ 3 mois à l'aide d'un instrument validé (BelRAI);
2. Élaboration d'un **plan de soins** avec le bénéficiaire, en interdisciplinarité;
3. **Concertation** et **coordination** interdisciplinaire;
4. **Suivi** du plan de soins et de la situation en continu (au moins un contact en face-à-face/mois)
5. **Réévaluation** des pratiques/ 6 mois et à chaque exacerbation
6. **Réajustement** du plan de soins si nécessaire

Interventions « basiques »

« Bonnes pratiques » des gestionnaires de cas (2)

13

7. **Formation** du gestionnaire de cas (soins gériatriques ou gestion de cas);
8. Organisations **d'intervisions**, éventuellement avec des intervenants extérieurs;
9. Utilisation d'outils **d'information partagées**
 - ✦ au sujet du bénéficiaire: **dossier informatisé** partagé;
 - ✦ pour la gestion du projet: **registre** avec des rappels de rendez-vous, etc.
10. Réaliser un **feedback** de l'intervention et de son résultat aux autres professionnels, en particulier au **médecin généraliste**;
11. Élaboration de **protocoles** consensuels, fondés sur les résultats de la littérature, en interdisciplinarité (extra-organisationnels);
12. Ratio équivalent temps plein gestionnaire de cas /personnes âgées $\leq 1/40$

Recommandations issues de l'étude « Protocole 3 »

Ce qui posait problème

14

1. Faible niveau **d'imbrication** dans le système local;
2. **Turnover** du gestionnaire de cas;
3. Ratio équivalent temps plein gestionnaire de cas /personnes âgées **>1/40**;
4. **Crédibilité** du gestionnaire de cas vis-à-vis d'autres professionnels (p.ex. infirmiers, médecins généralistes);
5. **Implémentation du BelRAI** dans les pratiques courantes
 - Surtout problème d'absence **d'interopérabilité** avec les dossiers et outils existants.

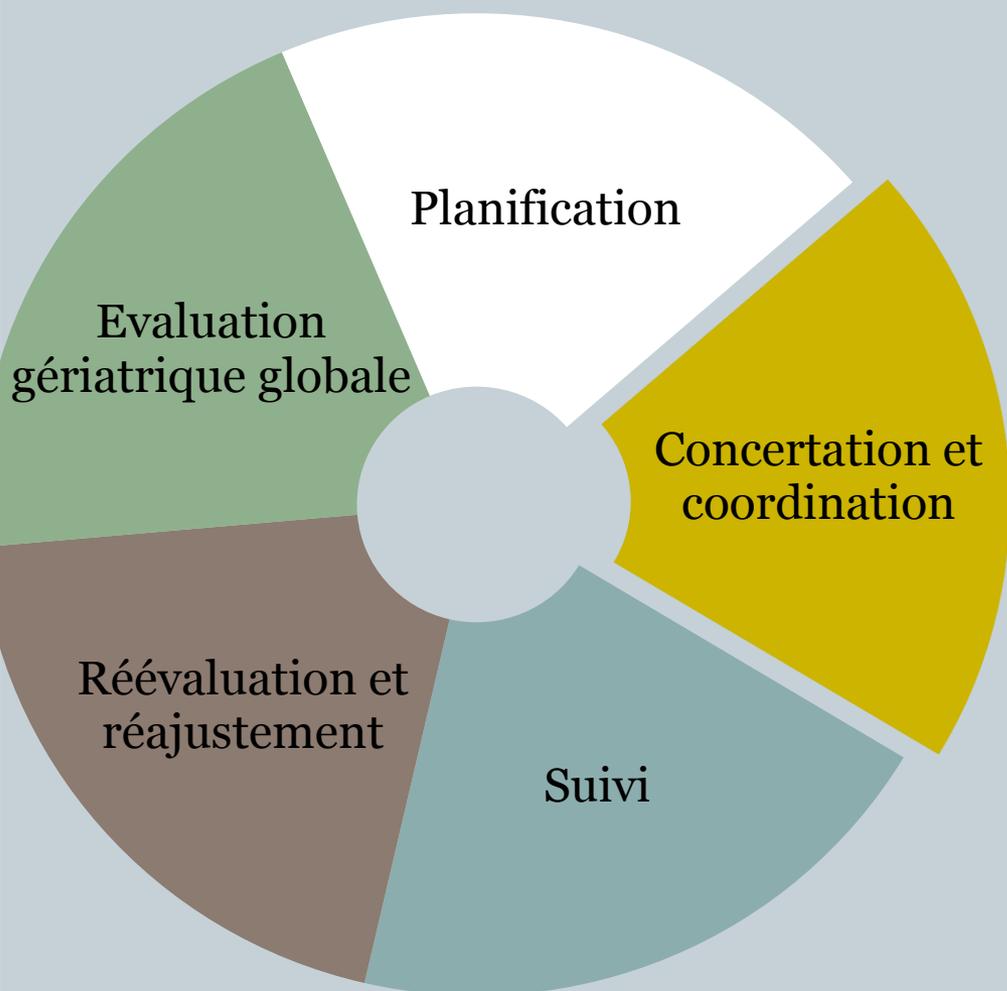
Impact de la gestion de cas

15

1. **Peu d'impact** observé parmi les projets Protocole 3, vraisemblablement à cause du faible niveau d'implantation des « bonnes pratiques »
2. Utile pour les personnes âgées fragiles
 - ✦ présentant un niveau de dépendance *élevé*;
 - ✦ ciblant des personnes âgées fragiles *à la sortie de l'hôpital* (gestion de cas dans un lieu résidentiel et de courte durée (<30j))
3. La gestion de cas offerte par des services institutionnels semble moins affectée par le faible niveau des « bonnes pratiques ».

Conclusion

16



Bien plus qu'une « simple » activité de coordination et de concertation, la gestion de cas s'appuie sur le développement d'une approche globale et concertée, avec l'ensemble des acteurs concernés.

Elle soutient une approche individualisée, centrée sur le bénéficiaire, tout en s'appuyant sur une démarche systématique.

Elle requiert un ensemble de structures et d'outils pour être efficace:

- Formation du gestionnaire de cas;
- Imbrication dans un réseau local du social et du soin (partenariats formalisés);
- Collaboration privilégiée avec le médecin généraliste;
- Protocoles interdisciplinaires;
- Outils pour la circulation de l'information

Le rapport d'évaluation complet

17

- **En français**

http://www.inami.fgov.be/care/fr/residential-care/alternative_forms/pdf/IntegReportFinal_Fran%C3%A7ais_2014%2008%2011_final.pdf

En néerlandais

http://www.inami.fgov.be/care/nl/residential-care/alternative_forms/pdf/IntegReportFinal_Nederlands_2014%2008%2011_final.pdf

Contact: therese.vandurme@uclouvain.be

Liste des références

- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012 Jul 7;380(9836):37-43.
- Case Management Society of America (CMSA). Definition of Case Management. 2011, accessed online 11-1-2014 via <http://www.cmsa.org/>
- Nolte E, McKee M, eds. (2008a). *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead, Open University Press.
- Nolte E., Pitchfork E, "What is the evidence on the economic impacts of integrated care?" WHO Policy Summaries 11, European Observatory on Health Systems and Policies
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf?ua=1are?
- Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Position paper: organisation of care for chronic patients in Belgium . Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2012. KCE Reports 190Cs.
- Vogeli C et al. (2007). Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *Journal of General Internal Medicine*, 22(Suppl 3):391–395.