

# Note méthodologique et de synthèse documentaire

« Coordination des parcours. Comment  
organiser l'appui aux professionnels de  
soins primaires ? »

Cette note méthodologique et de synthèse documentaire  
est téléchargeable sur :

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Haute Autorité de Santé

Service documentation – information des publics

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

# Sommaire

Introduction .....	4
Que sont les fiches parcours ? .....	4
1. Méthode d'élaboration.....	5
1.1. Stratégie de recherche bibliographique et critères de sélection documentaire .....	5
1.2. Parties prenantes consultées .....	5
2. Note de synthèse bibliographique .....	8
2.1. Quelle(s) définition(s) de la coordination des soins ? .....	8
2.2. Fonctions ponctuelles d'appui à la coordination.....	8
2.3. Accompagnement à l'amélioration des pratiques et à la démarche qualité .....	13
2.4. Assistance à l'utilisation optimale des systèmes d'information.....	14
2.5. Situations complexes et <i>case management</i> .....	15
3. Caractéristiques des revues systématiques, méta-analyses et rapports retenus .....	27
Résumé de quelques études contrôlées .....	33
Participants.....	34
Groupe de travail.....	34
Pour la HAS.....	34
Bibliographie .....	35
Annexe .....	40
Tableau 1. Standards internationaux du <i>case management</i> .....	40
Tableau 2. Trois grands profils de <i>case manager</i> à l'international .....	42
Tableau 3. Formations existant en France dans le champ de la coordination et de la gestion de situations complexes .....	44

## Introduction

### Que sont les fiches parcours ?

Les fiches parcours font partie de la série : « Les essentiels : points clés et solutions ».

Leurs pilotes ont été élaborés à l'occasion de la mission d'évaluation des projets article 70 prévus par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2012 (organisation du parcours des personnes âgées à risque d'hospitalisation), qui a été confiée à la HAS. Elles visent à accompagner les acteurs de ces projets et à servir de référentiel à l'évaluation des projets.

Plus largement, elles s'adressent aux :

- professionnels de santé exerçant en ville, en établissements hospitaliers ou en EHPAD, qui souhaitent s'organiser pour améliorer leurs pratiques ;
- institutionnels responsables de la mise en œuvre des parcours de soins au niveau des territoires, en premier lieu les ARS.

Leur objectif est d'apporter des réponses dans un délai court (4 à 6 mois) et sous un format court (1 recto-verso en général) à des questions qui portent sur l'organisation et l'optimisation des parcours et dont le périmètre est bien circonscrit.

## 1. Méthode d'élaboration

Cette méthode repose sur l'analyse et la synthèse de la littérature, les expertises des membres du groupe de travail, les rencontres avec plusieurs agences régionales de santé (ARS) et les avis des parties prenantes. Des échanges ont eu lieu avec le bureau PF3 de la DGOS à plusieurs reprises. La mission IGAS, en charge d'un rapport sur les fonctions d'appui à la coordination des parcours, a été rencontrée à deux reprises. Postérieurement à sa réunion, le groupe de travail a été consulté par courriel sur l'élaboration de la fiche.

*La sous-commission de la Commission Parcours de Soins et Maladies Chroniques de la HAS a été consultée sur les documents produits le 10 juin 2014.*

### 1.1. Stratégie de recherche bibliographique et critères de sélection documentaire

Une recherche bibliographique systématique a été effectuée en interrogeant les sources suivantes : bases de données (Medline, BioMedCentral, BDSP) et des sites Internet pendant la période 2002-2014. La recherche a été ciblée en privilégiant les documents suivants : revues systématiques, méta-analyses, études contrôlées randomisées non citées ou postérieures à ces revues et analyse de pratiques.

Les bases de données ont été interrogées avec les mots-clés : *care coordination, co-ordinated care, coordination of care, case management, case manager, complex patient, patients complexity, complex health care needs, complex geriatric patient, proactive case management, transitional care programs.*

Les sites Internet suivants ont été explorés et consultés régulièrement :

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
- Annals of Family Medicine
- Banque de données de santé publique (BDSP)
- British Medical Journal (BMJ)
- Canadian Family Physician
- Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF)
- Family Practice
- Haute Autorité de Santé (HAS)
- Health Affairs
- Health Policy
- International Journal of Integrated Care
- Journal of American Medical Association (JAMA)
- National Coalition on Care Coordination (N3C)
- National Institute for Clinical Excellence (NICE)
- National Health Service (NHS)
- Social Care Institute for Excellence (SCIE)
- The Commonwealth Fund
- The King's Fund
- The RAND corporation

### 1.2. Parties prenantes consultées

- Le Collège de la médecine générale (CMG) ;
- Le Collège national de gériatrie (CNPG) et la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) ;
- La Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) ;
- L'Union nationale des réseaux de santé (UNRS) ;
- L'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) ;
- Le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) ;
- La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;
- L'ARS Pays de la Loire.

### 1.2.1. Avis des parties prenantes

En préalable à l'élaboration de la note documentaire et de synthèse bibliographique et de la fiche points clé et solutions, les parties prenantes ont été consultées par courriel sur la base d'une note de problématique résumant l'objectif, la bibliographie identifiée et la méthodologie d'élaboration. Il leur a été demandé de donner leur avis sur la pertinence du projet et sur la validité des questions suivantes :

- Sur quels critères établir la gradation des besoins auxquels doit répondre une coordination d'appui ?
- Sur quelles expériences existantes peut-on s'appuyer ?
- Qui peuvent être les acteurs de la coordination d'appui ?
- À quel niveau de soins réunir et mobiliser ces acteurs ?
- Quelles sont les compétences requises pour les professionnels assurant une coordination d'appui (*case managers*) ?
- Quelles conditions réunir pour assurer l'efficacité de la coordination d'appui ?

Les parties prenantes ont également été sollicitées pour fournir un complément de bibliographie et signaler les expériences dont elles avaient connaissance sur le sujet.

La FFMPs a validé la pertinence du projet et les questions posées, en insistant sur le lien entre gestionnaires de cas et soignants de proximité et l'importance de recueillir les attentes concernant la coordination d'appui.

Le CNPG et la SFGG ont validé la pertinence du projet et les questions posées.

La CNSA a adressé des commentaires sur la note de problématique à partir de son expérience du déploiement des MAIA. Elle a insisté sur la nécessité d'éviter les formulations sous-tendant une approche structure pour la méthode MAIA, qui vise au rapprochement et à la mise, en cohérence des approches sanitaires médico-sociales et sociales très structurées au niveau clinique, mais également aux niveaux stratégique et tactique. Elle a également insisté sur la présence d'experts des secteurs sociaux et médico-sociaux dans le groupe de travail.

La directrice générale de l'ARS Pays de la Loire a adressé une note notamment, sur les points suivants :

- La nécessité de parler de situations complexes – situation qui peut évoluer d'ailleurs – plutôt que de « cas » ou de « patient » complexe. En effet, il faut éviter de se focaliser sur l'identité de la personne et en faire un « cas » selon le terme MAIA. Ce n'est pas la personne qui est complexe et requiert un appui particulier, c'est la situation que vit cette personne qui est complexe et nécessite un accompagnement « sur mesure ».
- La nécessité de distinguer l'appui à la coordination des parcours et la gestion des situations complexes. Les fonctions favorisant l'appui à la coordination sur les territoires relèvent des enjeux de l'intégration : les conditions d'un meilleur fonctionnement collectif. La gestion des situations complexes est l'une de ces fonctions, et ne concerne qu'un petit nombre de personnes. Le fait que les gestionnaires de cas et le dispositif MAIA d'intégration aient été mis en place de façon simultanée et sous la même ombrelle est une source de confusion entre les deux enjeux.
- Le fait que la localisation des *case managers* au sein de l'équipe de santé primaire a des avantages (ouverture d'horizon pour les soignants du premier recours, meilleure intégration avec les services de soins primaire) et aussi des limites (plus grande dispersion, risque de disparité dans l'appréciation des situations justifiant l'accompagnement) qu'il convient d'explorer.

La contribution de l'UNR Santé insiste sur le cœur de métier des réseaux de santé : prendre en charge la coordination de parcours de santé des patients en situation complexe, sans limitation d'âge ni de pathologies, et la qualité de leurs liens avec les professionnels (à la différence des MAIA selon cette contribution). Elle propose de privilégier le terme de coordination d'appui en distinguant deux niveaux : un premier niveau au sein de l'équipe de soins primaires elle-même, quand le cas n'est pas trop complexe et surtout le lien avec le secteur social n'est pas forcément nécessaire, et un second avec un coordonnateur d'appui externe à l'équipe. Elle soulève la question de la cohérence entre les dynamiques issues de la CNSA d'une part, et celles portées par la DGOS d'autre part, sans compter les problèmes de la nouvelle politique de gestion et

coordination des soins portée par la CNAMTS (Sophia, Prado) : « sans une cohérence réelle à l'échelle la plus signifiante et a priori à caractère directif de la part de l'État, toute déclinaison régionale ou sur le terrain sera assortie d'une hétérogénéité qui ne reflétera que la puissance politique des interlocuteurs et les arrangements locaux, plutôt que les réponses adaptées aux populations ».

La CNSA et de la SFGG ont également été consultées pour avis sur les documents élaborés en juin 2014.

## 2. Note de synthèse bibliographique

L'explosion des maladies chroniques, liées notamment au vieillissement de la population, est un défi majeur pour l'ensemble des systèmes de santé des pays développés. Un grand nombre de ces pathologies nécessite l'intervention d'une pluralité d'acteurs, encore trop souvent insuffisamment coordonnés, et il en résulte des errements pour le patient, à l'origine de rupture dans les parcours, et des coûts non justifiés pour la société. Des projets innovants, centrés sur l'appui aux professionnels de santé primaire, chargés par le législateur de la coordination des parcours, ont été développés dans la plupart des pays occidentaux afin d'y remédier. Dans certaines situations particulièrement complexes, une coordination et un suivi plus intensifs, pendant une période variable, en articulation avec et en complément du médecin traitant, peuvent s'avérer nécessaires.

### 2.1. Quelle(s) définition(s) de la coordination des soins ?

Une revue systématique de la littérature publiée en 2007 (1) a recensé plus de quarante définitions différentes de la coordination des soins. À partir des caractéristiques communes à l'ensemble de ces définitions, les auteurs ont défini la coordination des soins comme « l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins. »

La coordination des soins ne peut avoir lieu que si certains éléments essentiels sont réunis (1) :

- implication des différents intervenants dans la prise en charge d'un patient ;
- interdépendance ;
- connaissance des ressources disponibles et du rôle de chacun ;
- échange d'informations entre les intervenants.

Cette vision est partagée par Ohlinger (2), qui voit en la communication, l'apport pluriprofessionnel et la cohérence dans les pratiques les composantes indispensables de la coordination.

L'objectif visé, commun à l'ensemble des définitions, est de permettre au patient de bénéficier de la bonne réponse au bon endroit et au bon moment. C'est également dans cet esprit que la DGOS définit la coordination des soins comme une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi (3).

Pour la majorité des patients, la coordination est réalisée par le médecin traitant, avec recours éventuel à des aides ponctuelles relevant des fonctions d'appui à la coordination. Pour un grand nombre de patients, considérés comme à risque modéré, une coordination plus formalisée par les professionnels de santé primaire à travers notamment des réunions de concertation pluriprofessionnelle et un plan personnalisé de santé (PPS) peut s'avérer utile. Dans un petit nombre de situations, qualifiées communément de « complexes », d'un point de vue médical et psychosocial, le recours au *case management* (assistance au parcours) est nécessaire. La coordination et le suivi sont alors effectués par des gestionnaires de situations complexes ou assistants de parcours, en articulation et lien étroits avec le médecin traitant.

### 2.2. Fonctions ponctuelles d'appui à la coordination

Ces fonctions d'appui peuvent être définies comme l'ensemble des activités nécessaires à la l'organisation des parcours, mais ne pouvant être effectuées par les professionnels de soins de santé primaire :

- soit parce qu'elles nécessitent la mobilisation de ressources mutualisées au niveau territorial ;



- soit parce qu'en l'état de leur développement, ils n'ont pas la disponibilité ou les compétences pour les réaliser.

L'intervention d'acteurs extérieurs est alors indispensable à travers différentes fonctions d'appui, qui s'inscrivent dans une démarche de compagnonnage (4).

Ici, ce n'est pas la complexité de la situation des patients qui est le principal facteur déclenchant de l'appui. L'appui est ponctuel et les professionnels de santé primaire demeurent entièrement responsables du suivi et de la coordination des soins.

### 2.2.1. Typologie et exemples de projets

Les fonctions d'appui à la coordination sont multiples et variées, cependant une typologie a pu être élaborée à partir de la littérature :

- aide à la pratique ;
- accompagnement à la démarche qualité ;
- aides à la réalisation de procédures cliniques ;
- éducation thérapeutique du patient (ETP) ;
- transition/lien hôpital-ville.

#### ► Aide à la pratique

L'aide à la pratique consiste :

- en la mise à la disposition des professionnels de santé primaire de protocoles et de référentiels de bonnes pratiques, dans un objectif d'amélioration de la qualité et d'efficacité de la prise en charge des patients ;
- en l'intervention de professionnels de santé ou de profanes, qui aident à la prise en charge par le médecin traitant sur son lieu d'exercice ou à distance, en accompagnant les patients, en assistant les professionnels ou en combinant ces deux démarches ;
- on peut rattacher à cette fonction l'élaboration, l'actualisation et la mise à disposition d'un répertoire des ressources utiles à l'orientation des patients et à l'organisation des parcours (ROR).

**Le réseau SphèreS** (Paris) a pour objectif de favoriser la prise en charge en ville de pathologies aiguës habituellement orientées vers les urgences hospitalières. Pour cela, il élabore et met à la disposition des professionnels de santé des référentiels scientifiques adaptés à la pratique en ville, sous format A4, définis avec des experts hospitaliers et libéraux à partir des référentiels de bonne pratique.

Évaluation : une évaluation médico-économique par la CNAMTS est en cours. Une étude comparative réseau/hôpital a été réalisée sur la prise en charge de la thrombose des veines profondes : la prise en charge par le réseau permet une réduction des coûts de l'ordre de 879 euros par patient et du taux d'hospitalisation de 34 à 49 %. Les bénéfices indirects, bien que non évalués, peuvent porter sur la prévention des infections nosocomiales, la facilitation des conditions de travail aux urgences et la préservation du confort des patients

Dans le cadre du programme porté par l'association **ASALEE**, des infirmières salariées sont en charge de mise à jour du dossier informatique des patients diabétiques et cardio-vasculaires, et pratiquent des actes diagnostiques (spirométrie, repérage des troubles cognitifs) par délégation dans le cadre d'un protocole article 51.

Évaluation : l'évaluation médico-économique du programme par l'IRDES (5) montre que les patients inclus dans le dispositif sont significativement mieux suivis que le groupe témoin pour tous les indicateurs, à l'exception de celui correspondant au suivi ophtalmologique.

L'expérimentation **Pays de Santé** portée par la MSA et GROUPAMA en Dordogne et dans les Ardennes apporte une assistance à la pratique des médecins dans les domaines de l'éducation des patients, des

activités de prévention, de l'organisation des cabinets et de l'orientation des patients nécessitant une prise en charge sociale <http://www.paysdesante.com/>

L'intervention de « **personnes profanes** » au cabinet des médecins, développée aux États-Unis, est un modèle d'accompagnement des patients (6). Les accompagnateurs reçoivent une formation de 2 semaines sur la maladie, le parcours de soins et les techniques comportementales. Leur objectif est de motiver les patients à atteindre les objectifs recommandés. Ils échangent avec le patient, dont ils parlent la langue et dont ils sont proches culturellement, après la consultation médicale et sur le lieu de soin. En employant des termes compréhensibles, ils s'assurent ainsi que le patient a une parfaite compréhension des éléments relatifs à son état de santé. Ce moment privilégié avec le patient permet au guide de percevoir les éventuelles difficultés d'observance et d'en faire un retour au médecin traitant pour adapter la prise en charge.

Évaluation : l'impact de sur l'état de santé des patients a été évalué dans une étude randomisée par comparaison au suivi habituel chez 2 135 patients atteints de diabète, d'HTA ou d'insuffisance cardiaque. Les critères étaient le nombre d'objectifs atteints (par exemple pour les diabétiques l'absence de tabagisme, une HbA1c < 8 %, une PA < 130/80 mm Hg, un LDL-Cholestérol < 1 g/l et la réalisation des examens de suivi). Chaque accompagnateur a suivi 120 patients. En moyenne, il a été réalisé par patient deux rencontres individuelles face à face dans les salles d'attente des médecins et cinq contacts téléphoniques. Après 12 mois, les patients accompagnés ont atteint plus d'objectifs que le groupe contrôle (82,6 % vs 79,1 %), et ont réduit le nombre d'objectifs non atteints de 12,6 % vs 30,1 %. Ils ont également eu moins recours à l'hospitalisation (p = 0,05). Les auteurs concluent que l'accompagnement par une personne non-professionnelle de santé, intégrée à l'équipe de soins, est une façon efficace et peu coûteuse d'améliorer les résultats des soins des patients atteints de maladies chroniques.

**SOPHIA** est un programme d'accompagnement personnalisé des patients atteints de maladies chroniques lancé par la CNAMTS en 2008. Les deux objectifs principaux sont l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des patients diabétiques, et depuis peu asthmatiques, et la réduction des complications et de la fréquence des comorbidités, dans un souci de maîtrise des dépenses de santé. L'accompagnement par courrier et téléphonique est adapté au profil du patient (facteurs de risque, nombre d'hospitalisations au cours des deux dernières années et écarts aux soins). Le programme SOPHIA concernait 475 889 adhérents pour 1,9 millions d'éligibles fin 2012 (CNAMTS 2013).

Évaluation : l'évaluation, menée après un an de fonctionnement effectif, a mis en évidence une amélioration du suivi médical, une amélioration de certains indicateurs cliniques et une moindre progression des dépenses hospitalières. La méthodologie de cette évaluation a été discutée.

**Les réseaux respiratoires** favorisent l'accès à la réhabilitation respiratoire pour les patients atteints de BPCO. Ils proposent également, en aval de la réhabilitation, une aide au maintien des acquis grâce à des prestations d'éducation thérapeutique et par la mise à la disposition du patient et du médecin d'une liste des associations sportives auxquelles le patient peut s'adresser.

Évaluation : en attente.

Dans plusieurs régions les **Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale** (DRJSCS) ont mis en place en coopération avec les professionnels et les ARS des programmes d'éducation et d'accès à l'activité physique adaptée en lien avec les associations sport-santé.

Ces différentes actions, outre l'aide qui leur est apportée, sont des outils de formation destinés à permettre aux professionnels de développer de nouvelles compétences.

#### ► Aides à la réalisation de procédures cliniques

Un besoin d'appui au médecin traitant, par une équipe pluriprofessionnelle pour réaliser l'**évaluation multidimensionnelle** des personnes âgées, émerge de l'ensemble de la littérature. Le plus souvent cet appui est apporté par une infirmière spécialement formée qui effectue les visites de suivi à domicile (7-10). En France, les réseaux de santé gérontologiques et neurologiques réalisent des évaluations multidimensionnelles au domicile du patient, qui permettent d'orienter le patient vers des aides personnalisées (ergothérapeutes, etc.), une aide sociale ou des références spécialisées en second recours. Les réseaux peuvent également

fournir une aide à l'élaboration du PPS par leurs préconisations et leurs appuis, particulièrement en cas de problèmes sociaux. [Plan personnalisé de santé \(PPS\)](#)

Dans les Pays de la Loire, un **service d'évaluation du domicile par une équipe paramédicale** (ergothérapeute, psychologue, diététicienne) est proposé par l'ARS sur demande du médecin traitant.

Le programme **IMPACT** (*Interprofessional Model of Practice for Aging and Complex Treatment*), mis en place au Canada depuis quelques années (11), repose sur une évaluation par une équipe pluriprofessionnelle, composée de médecins généralistes, d'une infirmière, d'un pharmacien, d'un masseur-kinésithérapeute, d'un ergothérapeute, d'une diététicienne et d'un travailleur social, de patients âgés vivant au domicile. Des évaluations complémentaires spécialisées peuvent être ajoutées. L'évaluation est suivie d'une concertation entre les professionnels, puis un plan personnalisé de santé, négocié avec le patient et ses proches, est proposé au médecin traitant (11). Des recommandations sont également faites aux patients (12), afin de les rendre pleinement acteurs de leur prise en charge.

Évaluation : l'évaluation pilote du programme a montré que ce modèle de prise en charge pluriprofessionnelle en santé primaire pouvait constituer une réponse au défi représenté par la prise en charge des maladies chroniques. Le modèle est faisable, bien accueilli par les professionnels et les patients, et facilement transposable. L'évaluation complète du projet est en cours (11).

En Suisse, les équipes mobiles de psychiatrie de l'âge avancé (EMPAA) interviennent au domicile du patient ou en établissement médico-social, sur demande du médecin traitant. La démarche est proche de celle du modèle IMPACT, mais réservée aux patients âgés présentant une problématique psychiatrique. Outre l'évaluation réalisée par un psychiatre et des infirmières spécialisées, un soutien est apporté aux professionnels de santé primaire, et un plan de soins est arrêté en concertation avec le médecin traitant. L'objectif est de fournir dans les meilleurs délais au médecin traitant ou à l'établissement médico-social demandeur un diagnostic psychiatrique, une aide à la décision et aux traitements médicamenteux et psychothérapeutiques sur le lieu de vie du patient. Cette démarche est proche de celle des équipes de gériatrie-psychiatrie, qui interviennent dans la prise en charge médicale de patients âgés présentant des manifestations cliniques d'allure psychiatrique. Le but est de traiter les patients en ambulatoire, en leur apportant une réponse adaptée et graduée, et de les maintenir le plus longtemps possible dans leur lieu de résidence habituelle (13).

Évaluation : pour les professionnels, les EMPAA suisses sont utiles dans 90 % des situations. De plus, dans 70 % des situations, les médecins traitants ont validé les propositions pharmacologiques et les stratégies thérapeutiques (14).

### ► **Éducation thérapeutique du patient (ETP)**

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin, pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient (15).

Dans le cadre du **programme ASALEE**, des infirmières réalisent des ateliers d'ETP collectifs ou des consultations individuelles de patients adressés par leur médecin traitant. Elles peuvent aussi assurer la coordination du programme d'éducation. Les « conseillers Pays de Santé » en Dordogne et dans les Ardennes délivrent également des séances d'ETP au cabinet des médecins.

Évaluation : l'évaluation médico-économique du programme ASALEE par l'IRDES a montré que la consultation d'éducation thérapeutique améliorait l'équilibre glycémique chez le patient diabétique (5).

Les « **cliniques des anticoagulants** » développées auprès de six centres hospitaliers proposent une éducation du patient couplée à une assistance à l'adaptation des doses d'AVK.

Évaluation : en attente.

D'autres organisations, telles que les structures d'exercice collectif, les établissements de santé publics et privés, les réseaux de santé et d'autres associations, dispensent des programmes d'ETP.

Des **pôles ressource en ETP** ont été développés dans certaines régions pour aider les professionnels dans cette activité (Île-de-France, Franche-Comté, etc.).

Le projet « **Better Choices, Better Health Work-shop** » (États-Unis) repose sur un binôme, dont au moins un membre n'est pas un professionnel de santé. Il s'agit d'une démarche participative à destination des patients chroniques. Des ateliers d'éducation thérapeutique ont lieu une fois par semaine durant 2 h 30 et pendant 6 mois dans différents lieux. L'objectif est d'améliorer l'observance et la confiance des patients en leurs capacités à prendre soin d'eux-mêmes.

Évaluation : plusieurs essais contrôlés randomisés ont montré des changements dans les comportements des patients et dans les pratiques de consommation de soins, de même qu'une amélioration de la qualité de vie.

### ► Transition/lien hôpital-ville

**L'organisation de la transition hôpital-domicile** désigne toutes les interventions qui ont pour objectif, pendant et après une hospitalisation, d'éviter la rupture de continuité des soins et de réduire la survenue d'événements de santé défavorables, incluant les réhospitalisations évitables. Une fiche point clé est solutions a été publiée par la HAS [Fiche points clés et solutions – Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?](#). Aux États-Unis, où la « navigation » hôpital-domicile s'est développée depuis une quinzaine d'années, les situations et pathologies concernées sont les personnes âgées atteintes de polyopathologies, les insuffisants cardiaques et les patients ayant fait un AVC. Les interventions durent de 1 à 18 mois. Les « navigateurs » sont pour l'essentiel des infirmières formées aux pratiques avancées et positionnées en soins primaires.

Évaluation : 6 des 9 études incluses dans une revue systématique (16) montrent une réduction des hospitalisations non programmées ou du nombre de jours d'hospitalisation. Cinq études rapportent des coûts diminués grâce à un moindre recours à l'hôpital. Le début de l'intervention avant la sortie, si possible dès l'admission, le caractère actif de l'intervention et l'implication des soignants habituels paraissent être des facteurs importants de succès.

Le *Boston Medical Center* (États-Unis) a développé un modèle standardisé innovant de la sortie d'hospitalisation (**le projet RED**) en 11 étapes de l'admission au retour à domicile. L'éducation au patient, la coordination des soins avec l'équipe de santé primaire, la prise de rendez-vous de consultations de suivi sont réalisées par une infirmière durant le séjour du patient. Un pharmacien, qui complète l'équipe, assure le suivi après le retour au domicile du patient en appelant le patient 2 à 4 jours après la sortie et davantage si.

Évaluation : l'évaluation a montré que le taux de réhospitalisation à 30 jours des patients suivis était inférieur de 30 % à celui du groupe-contrôle. Le taux de passage aux urgences était également inférieur de 33 %. Les patients ont par ailleurs une meilleure compréhension des enjeux liés au retour à domicile et de la nécessité de consulter rapidement leur médecin traitant en cas de besoin (17).

L'intervention **d'infirmières de coordination intrahospitalières** a été expérimentée par l'INCa dans 35 établissements de santé entre 2010 et 2011 auprès de 9 200 patients atteints de cancer. L'infirmière avait quatre fonctions : évaluer les patients, les informer, leur apporter une écoute et un soutien, faciliter le parcours et la coordination ville-hôpital. Une infirmière a suivi en moyenne 200 à 250 patients par an, en coordination avec l'assistante sociale si besoin. Les cancers concernés étaient surtout les cancers du sein, du poumon, les cancers digestifs et ORL.

Évaluation : un PPS a été remis à 74 % des patients et un programme personnalisé de l'après cancer (PPAC) à 44 %. Une fragilité sociale a été détectée chez 32 % des patients et une prise en charge psychoncologique ou une aide à l'emploi ont été initiées pour moins de 10 %. L'évaluation auprès de 1 748 patients a montré un taux de satisfaction élevé. Les professionnels hospitaliers ont apprécié positivement ce dispositif qui a facilité une relation d'équipe, et qui amélioré la sensibilisation aux problèmes sociaux et la relation avec les patients. Cependant, aucun médecin traitant n'a été impliqué dans l'élaboration du PPAC pour ses patients, et seulement une minorité a été sollicitée pour participer à la surveillance alternée (18).

Dans le champ des cérébro-lésions en région Rhône-Alpes, les **équipes mobiles de suivi médico-social pour adultes cérébro-lésés** proposent un accompagnement de type assistance au parcours à des patients présentant une lésion cérébrale acquise. Elles sont constituées de professionnels de la rééducation, d'une assistante sociale en charge de la coordination, d'un médecin psychiatre et d'un psychologue. L'équipe peut

Intervenir à la demande des professionnels, mais aussi des patients et des familles, auprès de personnes présentant une lésion cérébrale acquise : traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, tumeur cérébrale. Les principaux objectifs sont de favoriser le maintien à domicile, d'accompagner la personne dans une démarche de réinsertion sociale et professionnelle et, le cas échéant, de préparer la personne et son entourage en vue d'un placement en institution. Après une évaluation multidimensionnelle au domicile, le patient est aidé dans l'élaboration de son projet personnel et accompagné pour une période de 2 ans maximum. La dimension pluriprofessionnelle de l'équipe permet un accompagnement global du patient dans son cadre de vie.

Depuis 2010, afin de faciliter le retour à domicile des patients, l'Assurance Maladie développe le **programme PRADO** (Programme d'accompagnement du retour à domicile), dont les objectifs sont d'anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et de fluidifier le parcours hôpital-ville. Actuellement ce dispositif existe pour la sortie de maternité, l'orthopédie et l'insuffisance cardiaque.

Le projet « **Enfin chez soi** » a été conçu au Canada, afin de faciliter le retour au domicile de patients âgés fragiles. Le transport de l'hôpital au domicile est assuré par un employé de la structure porteuse du projet. Le patient est accompagné par un assistant-support qui se charge de la préparation du repas et de l'assister dans sa réinstallation. L'assistant va également chercher les médicaments, prescrits à la sortie et des produits d'épicerie de base. Il reste avec le patient jusqu'à l'arrivée d'un proche.

### 2.3. Accompagnement à l'amélioration des pratiques et à la démarche qualité

Les interventions d'accompagnement à la démarche qualité consistent à mettre à la disposition des professionnels de santé primaire des moyens humains et/ou logistiques leur permettant de s'inscrire dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles.

#### ► L'intervention de facilitateurs

Aux États-Unis, les **facilitateurs** ou *coaches* interviennent auprès d'équipes de santé primaire afin de les aider à s'approprier les recommandations basées sur des preuves (19). Plus récemment le rôle des facilitateurs a été élargi, en mettant l'accent sur l'appui aux équipes de santé primaire à s'engager dans un programme d'amélioration de la qualité et à s'organiser en maison de santé pluriprofessionnelle (PCMH) avec les standards de qualité correspondants (20) (21) (22). Ces *coaches* sont soit des professionnels de santé, soit des titulaires d'un diplôme de santé publique de niveau master, formés à la gestion de projets (21). Ils sont en général externes aux équipes, mais ils les accompagnent dans la durée, et s'attachent à construire une relation de confiance stable au long terme. Si besoin, ils peuvent faire intervenir d'autres professionnels de santé et des consultants externes spécialisés, voire des patients eux-mêmes (20) (21). Ils peuvent assister les équipes de soins de différentes manières :

- apporter un soutien, à la fois pratique et psychologique ;
- organiser des retours d'information sur les pratiques, et fixer des objectifs de changement fondés sur ces données ;
- les former à différentes méthodes d'amélioration des pratiques et de travail en équipe ;
- les aider à réorganiser la charge et les processus de travail
- les former à une utilisation optimale du système d'information, en structurant et exploitant au mieux les données recueillies dans la pratique ;
- faciliter les partages d'expérience avec d'autres équipes et professionnels de santé ;
- faire connaître les besoins des équipes auprès des institutions.

Évaluation : deux revues systématique et une méta-analyse ont montré avec un bon niveau de preuve que l'intervention des facilitateurs ou *coaches* est associée à une amélioration modérée mais significative de la qualité des pratiques et des services rendus aux patients par les équipes de soins primaires (19) (23). L'intensité de l'intervention et son adaptation aux besoins des équipes sont des facteurs d'efficacité. Cette amélioration a été particulièrement rapportée sur le suivi des diabétiques, le dépistage des cancers, l'utilisation des outils d'aide à l'arrêt du tabagisme, les pratiques de prévention, le suivi des asthmatiques et l'implémentation des changements perçus comme pouvant bénéficier à une majorité de patients (23). Une



étude comparative rapporte que l'intervention de facilitateurs pour implémenter les standards de qualité assignés aux PCMH améliore la capacité des équipes à changer leurs pratiques, à soutenir ces changements dans le temps et à s'engager dans des démarches qualité (22). Cependant, l'intervention des facilitateurs est le plus souvent une intervention parmi de multiples autres interventions, et l'impact sur le coût des soins ne peut encore être évalué (21).

En France, des facilitateurs sont proposés par la FFMPs, avec le soutien des ARS, aux groupes de professionnels souhaitant faire aboutir un projet de maison ou de pôle de santé pluriprofessionnel ; ces facilitateurs sont des professionnels externes aux équipes, formés à cette fonction de facilitation ; un service comparable est proposé par certaines URPS (Bretagne, Nord-Pas-de-Calais, etc.). Ce service de facilitation peut s'étendre à l'animation de la démarche qualité des MSP et PSP, en s'appuyant sur l'outil matrice de maturité ou référentiel d'analyse des pratiques élaboré par la HAS avec les professionnels [Lien matrice](#)

### ► Groupes qualité

L'animation des **groupes qualité**, initiative bretonne née en 2001, permet aux médecins généralistes d'un même territoire de s'inscrire collectivement et individuellement dans une démarche de formation et d'interformation. Implantés actuellement dans une dizaine de départements, les praticiens engagés dans la démarche, se réunissent régulièrement pour échanger et développer une démarche réflexive sur leurs pratiques.

Évaluation : ces groupes qualité ont un impact positif, sur la qualité des soins et sur la pertinence des prescriptions et des orientations (24).

## 2.4. Assistance à l'utilisation optimale des systèmes d'information

Aux États-Unis, 62 cellules d'appui régionales aux technologies de l'information en santé (RECs) ont été mises en place, dans le cadre du programme *Meaningful use*, afin d'accompagner les professionnels de santé dans la sélection, l'implémentation et l'utilisation effective des technologies de l'information en santé (25, 26). La priorité a été donnée aux cabinets médicaux de moins de dix professionnels. Les trois objectifs de ces centres régionaux sont :

- l'évaluation des besoins et la sélection des logiciels ;
- l'accompagnement à la gestion du projet de mise en place du système d'information ;
- l'aide à l'optimisation de l'utilisation des fonctionnalités du SI (intégration des SI à la pratique)

Les modalités d'intervention sont diverses, et reposent essentiellement sur un important travail de proximité : assistante technique soutenue, facilitation et coaching de la pratique. Le programme est soutenu par 4 outils de gestion de la connaissance et de la veille stratégique disponibles sur un portail WEB à destination majoritairement des équipes des RECs.

Résultats : l'évaluation en 2013 a montré que 44 % des professionnels de santé primaire, soit 133 922 (pour un objectif initial de 100 000), et 30 000 cabinets de groupes ou structures, ont été inclus dans ce programme et ont bénéficié d'une assistance à l'implémentation des technologies de l'information en santé. Environ 80 % des cabinets de groupes ou structures bénéficiaires ont un logiciel métier de base installé et l'utilisent de façon courante (vs 13 % en 2008). Au total, 69 % en 2012 *versus* 46 % en 2009 des médecins de soins primaires utilisent un système d'information, et 50 % ont démontré une utilisation effective.

Les fonctionnalités utilisées par la plupart des médecins traitants sont l'ePrescription, la prescription examens de laboratoire et certaines aides à la décision. Mais seulement 1/3 utilisent l'échange et le partage de données, et permettent l'accès des données au patient. La différence d'utilisation entre grandes et petites structures persiste, et les auteurs insistent sur la nécessité d'une assistance technique « externe » pour les petites structures.

**Les résultats du programme soulignent que les effets des systèmes d'information sont influencés par différents facteurs organisationnels (en particulier l'existence et le degré d'organisation pluriprofessionnelle préexistant), environnementaux et financiers, dont l'assistance technique.**

## **2.5. Situations complexes et case management**

Dans certaines situations **complexes**, l'apport d'appuis ponctuels ne suffit pas à la coordination et à l'organisation des parcours : l'intervention d'une tierce personne (ou *case manager*) est nécessaire pour assurer la coordination **et le suivi de façon complémentaire**, et en articulation avec l'équipe de soins de santé primaire.

Les *case managers* interviennent directement auprès des patients pour les aider dans leur parcours de santé, coordonner ce parcours et faciliter leur accès aux prestations nécessaires (20).

La complexité des patients provient en général de la coexistence de problèmes médicaux, psychosociaux, fonctionnels et sociaux. La sortie du dispositif est envisagée quand les problèmes sont stabilisés ou résolus.

### **2.5.1. Définition de la complexité**

Le terme de complexité est utilisé pour qualifier la situation d'un patient pour lequel la prise de décision clinique et les processus liés aux soins ne peuvent être, ni de routine, ni standards (27).

Une situation complexe peut être définie comme une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé.

Le patient se trouve ainsi exposé à un risque accru d'hospitalisation non-programmée et de ruptures dans son parcours.

De son côté, le guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé », publié par la DGOS en 2012, définit les situations complexes comme des « situations appelant une diversité d'intervenants et auxquelles le médecin traitant ne peut répondre avec ses propres moyens. Il s'agit essentiellement de patients atteints d'affections chroniques sévères, avec comorbidités, et problèmes sociaux ou problèmes de dépendance surajoutés. »

### **2.5.2. Méthodes d'identification des patients en situation complexe**

Trois techniques principales et leurs variantes sont utilisées dans le domaine de la santé pour identifier les patients en situation complexe. Il s'agit des techniques dites de sélection par critères, par jugement ou intuition clinique du praticien et par modélisation prédictive (28) (29). Combiner l'utilisation d'une grille de repérage et le jugement clinique du praticien est une option souvent adoptée.

La technique dite par critères est basée sur des algorithmes et vise à identifier les patients qui remplissent un ou plusieurs critères spécifiques (ex : une hospitalisation ou plus au cours des douze derniers mois). Compte tenu du risque de biais dit de « régression vers la moyenne », cette approche peut entraîner un mauvais ciblage des patients (30). Les données scientifiques disponibles concluent par ailleurs que cette approche n'est pas efficiente dans une population générale, mais qu'en revanche son utilisation dans un contexte clinique spécifique est probante (30). Largement utilisée en Grande-Bretagne, elle n'est en revanche pas adaptée au système de santé américain. Son utilisation conduirait les compagnies d'assurance américaines à surfacturer les primes d'assurance des patients, qui auraient été par exemple hospitalisés au cours des douze derniers mois. Les évaluations formelles de ce modèle sont peu nombreuses.

Dans l'approche basée sur le jugement clinique ou l'intuition clinique, le praticien utilise, de façon réflexive, sa formation, son expérience, ses compétences et son instinct pour identifier les patients en situation complexe pouvant tirer bénéfice d'une intervention spécifique. L'identification des patients, risquant d'être en

situation complexe dans le futur, est en revanche beaucoup plus difficile par cette méthode (30). Cette approche ne permet par ailleurs d'identifier les patients en situation complexe et isolés du système de santé.

Le modèle prédictif analyse différentes données, comme le nombre d'hospitalisations au cours des douze derniers mois, la durée des séjours, le nombre et le type de maladies chroniques dont souffre le patient, combinées éventuellement à des données sociodémographiques, pour estimer la probabilité de recours aux soins d'un patient (ex : hospitalisation en urgence). Ce modèle est très varié, et certaines techniques de modélisation sont beaucoup plus développées que d'autres. Selon la littérature, l'utilisation du modèle prédictif seul est beaucoup plus efficiente que celles des deux autres approches (29). Cette méthode est cependant généralement combinée au jugement clinique du médecin.

Grant (31) a réalisé une étude de cohorte dans une population de médecins généralistes, afin de comparer plusieurs méthodes d'identification des patients en situation complexe. D'après les résultats obtenus, et en comparaison avec des outils d'évaluation de la complexité, les participants ont identifié en moyenne un quart de leurs patients comme complexes par rapport aux outils d'évaluation de la complexité.

L'identification des patients en situation complexe est donc une démarche complexe elle-même. Chacune des techniques présentées a ses points forts et ses points faibles. Le choix d'une ou l'autre de ces méthodes, ou de leur combinaison, doit se faire en adéquation avec le public-cible et les objectifs visés.

### **2.5.3. Critères pertinents pour identifier la complexité selon la littérature internationale**

Cinq grandes dimensions de la complexité peuvent être isolées dans la littérature (32) :

- la santé physique ;
- la santé mentale ;
- les caractéristiques démographiques ;
- le capital social ;
- l'expérience en matière de santé et sociale.



	Dimension 1	Dimension 2	Dimension 3	Dimension 4	Dimension 5
Schaink <i>et al.</i> , 2012 (32)	<b>Dimension médicale et santé physique :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• baisse des fonctions physiques</li> <li>• polymédication</li> <li>• comorbidités</li> </ul>	<b>Santé mentale :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• détresse psychologique</li> <li>• pathologie psychiatrique</li> <li>• déclin cognitif</li> <li>• addictions</li> </ul>	<b>Données démographiques :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• âge avancé</li> <li>• fragilité</li> <li>• sexe féminin</li> <li>• disparités ethniques</li> <li>• faible niveau d'éducation</li> </ul>	<b>Capital social :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pauvreté affective</li> <li>• aidants sous pression ou en <i>burnout</i></li> <li>• statut socio-économique inférieur et pauvreté</li> <li>• manque de soutien social</li> </ul>	<b>Expériences sur le plan de santé et sur le plan social :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• forte consommation en ressources de santé</li> <li>• soins coûteux</li> <li>• auto-gestion délicate</li> <li>• mauvaise qualité de vie</li> <li>• orientation difficile dans le système de santé</li> </ul>
Safford <i>et al.</i> , 2007 (33) Modèle « Vecteur »	<b>Facteurs biologiques et génétiques :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• comorbidités multiples</li> <li>• variables génétiques</li> <li>• déclin cognitif</li> </ul>	<b>Comportementale et environnementale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tabagisme</li> <li>• régime alimentaire déséquilibré</li> <li>• manque d'activité physique</li> <li>• pollution</li> </ul>	<b>Culturelle :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• barrière ethnique ou linguistique</li> <li>• problèmes de communication</li> <li>• faible niveau d'éducation</li> </ul>	<b>Socio-économique :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• manque de moyens de transport</li> <li>• absence d'assurance sociale</li> </ul>	
Case Management Society of America (brochure à destination des médecins généralistes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie ou blessure grave</li> <li>• Maladie chronique ou en phase terminale</li> <li>• Problèmes médicaux multiples</li> <li>• Déclin fonctionnel et/ou physique</li> <li>• Intervenants multiples</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de soutien familial/social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés d'observance/résistance au traitement</li> <li>• Incapacité de suivre un traitement</li> <li>• Hospitalisations répétées</li> <li>• Réadmissions en urgence</li> <li>• Passages nombreux aux urgences</li> </ul>

	Dimension 1	Dimension 2	Dimension 3	Dimension 4	Dimension 5
Purdy 2010 (29)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polyopathologies et/ou comorbidités</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge (nourrissons et jeunes enfants de moins de 5 ans et personnes âgées)</li> <li>• Faible risque d'hospitalisation situé entre 5 et 14 ans.</li> <li>• Disparités ethniques</li> <li>• Lieu de résidence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Précarité sociale</li> <li>• Facteurs environnementaux</li> </ul>	
Programme Castlefields (UK)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polyopathologies</li> <li>• Polypharmacie</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conditions sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalisations antérieures</li> </ul>
Evercare (34) (UK)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exacerbation d'une pathologie chronique au cours des trois derniers mois</li> <li>• Plus de deux chutes au cours des deux derniers mois</li> <li>• Patients à risque de détérioration médicale</li> <li>• Déclin cognitif</li> <li>• Patient médicalement instable</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Récemment endeuillée ou à risque</li> <li>• Personne vivant seule</li> <li>• Besoins sociaux importants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Critère principal :</li> <li>• Nombre d'hospitalisations dans l'année passée</li> </ul>
INTERMERD (35)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chronicité</li> <li>• Dilemme de diagnostic</li> <li>• Sévérité des symptômes/déficiência</li> <li>• Défi thérapeutique/diagnostique</li> <li>• Complications et décès possibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de combativité</li> <li>• Résistance au traitement</li> <li>• Dysfonctionnement ou symptômes psychiatriques</li> <li>• Vulnérabilité aux troubles mentaux</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problèmes liés à l'emploi et aux loisirs</li> <li>• Problèmes sociaux</li> <li>• Absence de domicile fixe</li> <li>• Manque de soutien social</li> <li>• Vulnérabilité sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté d'accès aux soins</li> <li>• Expérience thérapeutique</li> <li>• Organisation des soins</li> <li>• Coordination des soins</li> <li>• Risque d'obstacle aux soins</li> </ul>

L'analyse de la littérature montre que la complexité n'est jamais monofactorielle, et qu'elle est liée à l'intrication de difficultés d'origines diverses. Cette complexité ne se résume pas à la coexistence de pathologies chez un même patient : bien que cela accroisse le risque de complexité, la majorité des facteurs ayant un impact sur la santé ont une autre origine

Les exemples de deux patients au même profil médical sont parfois présentés pour illustrer cette complexité multidimensionnelle (33) :

- un premier patient, issu d'un milieu socioprofessionnel privilégié, vit dans un quartier résidentiel avec une famille aimante et aidante. Il a un emploi stable et bénéficie d'une bonne couverture sociale ;
- le second patient vit dans une banlieue défavorisée avec une épouse malade qui nécessite beaucoup de soins. Il travaille comme routier et bénéficie d'une très mauvaise couverture sociale. Sa situation, contrairement à celle du premier patient, est considérée comme complexe, et nécessite un accompagnement et un suivi particuliers de type *case management*.

La pauvreté et l'exclusion sociales sont deux facteurs-clés de la complexité (32). Une étude réalisée auprès de médecins généralistes montre que ces derniers estiment que 25 % de leurs patients sont en situation complexe, davantage en raison de facteurs comportementaux et socio-économiques que de facteurs médicaux. L'évaluation de la complexité des situations doit donc apporter une attention toute particulière à ces facteurs.

Sur la base des données de la littérature, un modèle de grille de repérage peut être proposé.

<b>Patients atteints d'une pathologie sévère ou de polyopathologies : repérage du besoin d'assistance au parcours par le médecin traitant</b>			
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Ne sait pas</b>
Votre patient a-t-il été hospitalisé en urgence au cours des 6 derniers mois ?			
Votre patient a-t-il des problèmes de mobilité ?			
Votre patient a-t-il des problèmes socio-économiques ?			
Votre patient a-t-il des troubles cognitifs, mentaux ou comportementaux ?			
Votre patient est-il isolé ?			
Votre patient vous a-t-il rapporté avoir déjà rencontré des difficultés avec le système de santé ?			

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il pouvoir bénéficier d'une assistance au parcours ? :  OUI  NON

Si oui, votre patient accepte-t-il une orientation vers un assistant de parcours ?  OUI  NON

#### 2.5.4. Qu'est-ce que la gestion de situations complexes ou *case management* ?

Le concept de *case management* recoupe des approches très diverses. Initialement développé en Amérique du Nord dans la prévention de la pauvreté, le *case management*, avec la seconde guerre mondiale et la désinstitutionnalisation des blessés de guerre, s'est étendu au monde de la santé. De nombreux publics, de l'ex-détenu en cours de réinsertion, en passant par le patient chronique, jusqu'au réfugié, sont pris en charge dans le cadre de programmes de *case management*. Autant de populations qui ont besoin à un moment donné d'un accompagnement personnalisé par une personne-ressource, facilitatrice et médiatrice. La définition du *case management* est donc plurielle. Cependant, les composantes essentielles du *case management* se retrouvent, à quelques variantes près, dans toutes ces approches et définitions.

Selon les sociétés américaine et australienne de *case management*, le « *case management* » est une démarche collaborative d'évaluation des besoins, de planification, de facilitation, de coordination des soins, d'évaluation et défense des intérêts, dont le but est de répondre aux besoins de santé complexes d'un individu par la communication, et grâce aux ressources disponibles avec un objectif d'efficacité et de qualité.

La Société britannique de *case management* (CMSUK) a adopté une définition proche, tout en précisant que la démarche a pour but de satisfaire l'ensemble des besoins de la personne accompagnée, qu'ils soient d'ordre sanitaire, social, éducatif ou liés à l'emploi. L'éthique et la déontologie y occupent une place importante. Le *case manager* exerce sa profession selon les règles de sécurité, conformément à l'éthique, de façon efficace et équitable, et sans-discrimination (36).

#### 2.5.5. Responsabilités et fonctions

Selon les standards 2012 du Réseau national des gestionnaires de cas du Canada, le gestionnaire de cas est un professionnel multiple, puisqu'il est à la fois un communicateur, un collaborateur, un navigateur, un gestionnaire, un défenseur et un expert en gestion de cas, faisant preuve de professionnalisme. L'ensemble de ces qualificatifs correspond aux grandes fonctions du gestionnaire de cas, retrouvées dans l'ensemble des standards nationaux et dans le référentiel des gestionnaires de cas MAIA en France.

Dans les pays anglo-saxons, où le *case management* est pratiqué depuis plusieurs décennies, des standards nationaux ont été définis, qui donnent un cadre à une profession en pleine expansion.

(cf. Annexe. Tableau 1. Standards de *case manager* à l'international).

#### ► Les composantes essentielles du *case management*

COMPOSANTES DU CASE MANAGEMENT
Évaluation globale et holistique des besoins
Aide à la définition d'un plan de soins et d'aides
Information et éducation du patient
Renforcement des compétences du patient
Défense des intérêts du patient : accès aux prestations sociales, accès aux soins
Suivi et coordination de la mise en œuvre du plan de soins et d'aides
Retour d'informations au médecin traitant
Réévaluation et adaptation
Fin de prise en charge ou renouvellement de la prestation

### 2.5.6. File active : quelle est la dimension idéale ?

Il n'y a pas de consensus sur la taille que devrait avoir la file active d'un gestionnaire de situations complexes. Le guide sur le *case management* du ministère de la Santé britannique suggère que cette file active doit être comprise entre 50 et 80 personnes. Cette même dimension est régulièrement retrouvée dans la littérature. Au-delà, la file active n'est plus gérable. En France, les gestionnaires de cas des MAIA ont une file active de 40 situations complexes. Les études de (34, 37, 38) montrent que le nombre de patients évalués comme gérables par un intervenant est étroitement lié à plusieurs facteurs :

- la pathologie ou les polyopathologies des patients ;
- la proportion des patients à haut risque d'hospitalisation ;
- l'expérience préalable des gestionnaires dans la gestion de situations complexes ;
- le profil sociodémographique des patients ;
- les conditions de vie des patients ;
- la localisation géographique (milieu urbain ou rural) ;
- les caractéristiques individuelles des patients ;
- le temps nécessaire aux activités non-cliniques.

Si la file active est trop importante, les gestionnaires ne sont plus en mesure d'agir préventivement et pro-activement. Les interventions se font alors dans l'urgence. Au-delà de cinquante situations en file active, les gestionnaires sont par ailleurs davantage sujets au stress (37).

La taille de la file active doit être ajustée régulièrement, afin que chaque patient bénéficie d'une prise en charge optimale (39).

D'après la littérature, le nombre de situations complexes en file active est corrélé à la typologie globale des patients, à l'expérience antérieure du gestionnaire et aux activités réalisées. Elle doit être révisée régulièrement.

### 2.5.7. Fin de prise en charge : comment et quand ?

Roland (40) décrit quatre sorties possibles d'un programme de *case management* :

- le décès du patient ;
- la sortie volontaire du patient ;
- la décision du gestionnaire ou de l'équipe pluriprofessionnelle, dès lors que les objectifs ont été atteints ;
- l'évolution favorable du risque d'hospitalisation.

### 2.5.8. État des lieux des *case managers* ou assistants de parcours en France

La profession de *case manager* n'existe pas en France, en dehors des gestionnaires de cas des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), qui ont fait l'objet de la mesure 4 du Plan Alzheimer 2008-2012. Suite à l'expérimentation menée pendant 2 ans sur 17 sites français, le déploiement des MAIA sur l'ensemble du territoire a été lancé en 2011. Comme précisé dans le décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, elles ne se superposent pas aux autres dispositifs déjà existants, mais en revanche s'appuient sur elles dans un objectif d'intégration territoriale. Ce sont des dispositifs de proximité destinés à simplifier le parcours des patients et de leurs aidants. Le public-cible est celui des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et, plus largement, de toutes les personnes âgées en perte d'autonomie âgées de plus de 60 ans. Parmi ce public, les patients en situation complexe sont orientés vers un gestionnaire de cas. Cependant, la gestion de cas ne représente qu'une partie du dispositif MAIA, qui est

ciblé en premier lieu sur l'organisation des services pour améliorer les réponses apportées aux usagers et faciliter le travail des professionnels (41).

Bien que l'efficacité de la gestion de cas dans le cadre des MAIA n'ait pas encore été évaluée, plusieurs conditions ont été identifiées comme déterminantes pour son succès : la formation adéquate des gestionnaires, la qualité des outils mis à leur disposition (outils d'évaluation, plan de services individualisé), la qualité du guichet intégré (annuaire commun, processus d'analyse multidimensionnelle pour l'orientation) et l'agrégation des données issues des besoins des personnes dans un observatoire des besoins de la population (42).

D'autres structures et organisations assurent une intervention proche du *case management* auprès de patients en situation complexe. Il s'agit des réseaux de santé intervenant dans le champ du handicap neurologique, de la santé mentale et des troubles psychiques, des réseaux gérontologiques, des réseaux « Main », des coursiers sanitaires et sociaux, du réseau ARESPA en Franche-Comté, des CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination), de certaines structures médico-sociales dans le champ du handicap : SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale), SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-social des Adultes Handicapés), SSIAD (Service de Soins Infirmiers À Domicile), SAAD (Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile) et SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile).

Les coursiers sanitaires et sociaux, déployés initialement en Seine-Saint-Denis, permettent aux médecins généralistes de se focaliser sur la dimension médicale de leurs patients. Face à un patient en situation complexe, et avec accord de ce dernier, le médecin généraliste prend contact avec un coursier. Le diagnostic socio-sanitaire réalisé au domicile, un plan d'actions est alors établi. Le médecin traitant en est informé et un *reporting* lui est fait régulièrement. Le patient est accompagné, en tant que de besoin, dans ses différentes démarches socio-administratives. En cas d'incapacité de se déplacer, les démarches sont réalisées par le coursier au nom de l'utilisateur. Dans la mesure du possible, le maintien à domicile va être recherché.

Le réseau ARESPA met en œuvre la coordination d'appui. Dans ce cadre, l'équipe du réseau composée de neuf coordinatrices d'appui intervient, à la demande principalement du médecin traitant, auprès de patients dont la situation est complexe, du point de vue social et médico-social. L'objectif est de permettre aux médecins traitants de remplir efficacement leur fonction de responsable de la trajectoire de soins de leurs patients, en les libérant de certaines tâches chronophages ou pour lesquels ils n'ont pas les compétences. Après évaluation des besoins au domicile, un plan d'aides est défini avec le patient et/ou sa famille, et validé par le médecin traitant. La recherche évaluative menée par l'IRDES (43), met en évidence la pertinence du dispositif pour les différents acteurs. Ce projet, initialement construit avec l'URML Médecins (actuellement URPS), répond à un vrai besoin. Les coordinatrices ne se substituent pas aux médecins traitants, mais viennent compléter les compétences de ces derniers, en leur apportant une dimension sociale.

Le métier de technicien d'insertion (44) a été initié par l'Association AFM-Téléthon en 1988. Employés par les délégations régionales de l'association, ces professionnels ont pour missions :

- d'informer les patients et leurs proches sur les maladies neuromusculaires et leurs conséquences ;
- de faire le lien entre les patients, leurs proches et l'ensemble des professionnels sanitaires et sociaux intervenant dans la prise en charge ;
- de sensibiliser les professionnels aux spécificités des maladies neuromusculaires ;
- d'identifier les besoins des patients et de leurs familles et de les accompagner pour trouver des solutions.

Étendus à d'autres pathologies et déployés également par d'autres associations, les techniciens d'insertion sont devenus des référents de parcours de santé.

### 2.5.9. Profils des assistants de parcours ou gestionnaires de situations complexes

À partir d'une analyse croisée de la littérature internationale, des standards de *case management* et des profils de poste publiés sur des sites britanniques, américains, canadiens et français d'offres d'emplois, trois

profils standards de poste peuvent être établis. Seules les offres comportant la mention *case manager* et concernant des postes avec une composante santé ont été prises en considération. N'ont pas été retenues les offres relatives à des postes dans les domaines de la protection de l'enfance, de la réinsertion d'ex-détenus ou de l'insertion de réfugiés.

- Ces trois grands profils de *case manager* sont :
  - **le *clinical case manager*** basé au sein d'un établissement ou d'une structure de santé. Cette fonction est occupée par des infirmières, de niveau master, possédant une licence d'exercice et certifiées en *case management*. Elles sont obligatoirement expérimentées en pratique clinique et en *case management*. Elles exercent principalement dans des hôpitaux. Les patients sont inclus dans le programme souvent dès la phase de préadmission et jusqu'à la sortie d'hospitalisation. Elles sont en charge de la coordination des soins, de la gestion des ressources (gestion des rendez-vous des praticiens et planification des interventions chirurgicales et de la sortie d'hospitalisation). Dotées d'une certaine autonomie, elles doivent par ailleurs être en mesure de collaborer de façon aisée avec les équipes, hospitalières et ambulatoires ;
  - **la *nurse case manager* ou *community matron***. Ce métier, né aux États-Unis, a été développé dans le but de réduire le nombre d'hospitalisations en urgence chez les patients chroniques. Les *community matrons* ont pour fonctions de réaliser des évaluations cliniques spécialisées, de coordonner les soins, de gérer les médicaments et de permettre aux patients de maintenir une certaine qualité de vie (45). Elles sont basées dans une maison de santé pluriprofessionnelle, dans un hôpital, chez un prestataire privé ou dans d'autres structures. Cette fonction est occupée exclusivement par des infirmières expérimentées, de niveau master, possédant une licence d'exercice et avec une certification en *case management*. Elles peuvent également être amenées à réaliser des actes. Elles travaillent en étroite collaboration avec les équipes de santé primaire et les travailleurs sociaux. Leur public est essentiellement composé de patients chroniques et/ou âgés en situation complexe, nécessitant un suivi, en particulier clinique, intensif. La file active est comprise entre 50 et 80 patients, dont les situations sont très complexes et qui requièrent des interventions cliniques régulières et une coordination des soins ;
  - **le *case manager*** sans prestation de soins est issu principalement d'une formation de travailleur social, de niveau master, et est expérimenté. Cela peut être également une infirmière avec une orientation médico-sociale ou sociale. Une certification en *case management* est souvent exigée. Il travaille principalement dans le milieu du handicap quel qu'il soit, de la santé mentale, des addictions et des personnes âgées, autant de domaines aux confins des secteurs sanitaire, médico-social et social. Les gestionnaires de cas MAIA sont rattachés à ce profil.

(cf. Annexe. Tableau 2. Trois grands profils de *case manager* à l'international)

### 2.5.10. Quelle(s) formation(s) ?

Les *case managers* travaillent auprès de publics variés : patients chroniques, public âgé, personnes souffrant de troubles de la santé mentale et d'addictions, personnes en situation de handicap, enfants et adolescents avec des troubles du comportement ou des apprentissages, public en situation d'insertion ou de réinsertion professionnelles. Les formations sont donc très diverses aussi.

Au niveau national, seule la formation de gestionnaire de cas, dont le contenu est arrêté réglementairement<sup>1</sup>, est homogène. Les autres formations recensées en France, qui préparent aux fonctions de coordination et/ou de *case management* sont essentiellement des masters 2 et des DU ou DIU. Ces formations ont été souvent développées par des professionnels de santé très impliqués dans des réseaux de santé. Plusieurs spécialités du Master de Sciences et Technologies, mention rééducation et ingénierie médicale (RIM) de

---

<sup>1</sup> Arrêté du 16 novembre 2012 modifiant l'arrêté du 8 novembre 2012 fixant les référentiels d'activités et de compétences pour exercer le rôle et les missions du gestionnaire de cas dans les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.



Paris VI sont consacrées à la coordination, à la gestion de situations complexes et à l'éducation thérapeutique du patient. L'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) a par ailleurs mis en place, depuis 2009, un master 2 en sciences cliniques infirmières dont l'objectif est la formation, selon la spécialité choisie, d'infirmières de pratiques avancées<sup>2</sup> en gérontologie ou en cancérologie et d'infirmières coordinatrices de parcours complexes de soins<sup>3</sup>.

À l'étranger, l'exercice de la profession de *case manager* est souvent soumis à l'inscription à un ordre ou collège professionnel, voire même à l'obtention d'une certification ou d'une accréditation.

(cf. Annexe. Tableau 3. Formations existant en France dans le champ de la coordination et de la gestion de situations complexes).

### 2.5.11. Impact du *case management*

Les données de la littérature relatives à l'impact des *community matrons* en termes médico-économiques sont partagées. L'évaluation du projet Evercare, consistant dans le déploiement de *community matrons* sur neuf sites pilotes, n'a pas montré de réduction du nombre d'hospitalisations en urgence ni de la durée du séjour (46). En revanche, un impact positif sur la qualité de vie des patients est rapporté.

Cette étude pose la question de la transférabilité d'un modèle importé d'un autre pays sans adaptation aux particularités du système de santé. Les expériences qui fonctionnent ont une histoire et un contexte particuliers et ne peuvent être transposées telles quelles (47).

Hickam *et al.* (48) ont évalué l'efficacité du *case management* à partir d'une revue comparative de la littérature pour une dizaine de pathologies ou publics spécifiques. Plusieurs constats sont faits :

- le taux de mortalité des patients, atteints d'une pathologie chronique en général et notamment du VIH, d'un cancer, d'insuffisance cardiaque ou de démence n'est pas inférieur à celui des patients bénéficiant d'une prise en charge habituelle. Le même constat est fait chez les personnes âgées fragiles ;
- le *case management* isolé n'a pas d'impact sur le recours à l'hospitalisation ;
- quelques études montrent un moindre recours aux urgences (49) ;
- les données relatives à l'amélioration de la qualité de vie et aux capacités fonctionnelles sont très mitigées. Cependant, le public-cible d'un programme de *case management* déclare généralement que sa qualité de vie s'améliore. C'est le cas, par exemple, chez les aidants de patients atteints d'une démence ou les patients souffrant d'insuffisance cardiaque ou de cancer. Le *case management* n'a en revanche que très peu d'impact sur les capacités fonctionnelles ;
- dans la plupart des études, le *case management* ne permet pas de maintenir les patients atteints d'une démence au domicile. Une seule étude montre que l'accompagnement par un *case manager* pendant plusieurs années permettrait de retarder l'entrée en institution spécialisée ;
- ce type d'approche a un impact positif sur des symptômes spécifiques des maladies chroniques, comme la douleur et la fatigue chez les patients atteints d'un cancer et les symptômes dépressifs chez les aidants naturels de patients déments ;
- les patients sont généralement satisfaits, bien que cela dépende du type d'intervention. Les professionnels sont particulièrement satisfaits de l'impact du *case management* sur la coordination des soins ;
- le *case management* a un impact sur la qualité des soins recommandés dans les référentiels cliniques dès lors qu'il s'agit d'un objectif explicitement assigné à l'intervention ;
- les comportements d'autogestion s'en trouvent également améliorés, notamment en ce qui concerne la diététique et l'adhésion aux traitements, pour certaines pathologies, telles que l'insuffisance car-

<sup>2</sup> <http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2009/documents/caracteristiques-pratique-avancee.pdf>

<sup>3</sup> <http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2009/documents/caracteristiques-parcours-complexes.pdf>



diacque ou la tuberculose, dès lors que l'autogestion et l'éducation du patients sont des volets spécifiques du programme ;

- l'impact économique est objectivé chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, de BPCO ou sans abri. En revanche, aucune réduction des dépenses de santé n'a été observée chez les patients polyopathologiques ;
- certaines études prouvent qu'un accompagnement physique est plus efficace qu'un suivi unique par téléphone.

Les auteurs concluent que les populations qui peuvent tirer profit d'une prise en charge de *case management* sont :

- les patients atteints d'une pathologie chronique, évolutive et potentiellement mortelle, et traités de façon appropriée, comme l'insuffisance cardiaque ou le VIH ;
- les patients avec des maladies chroniques invalidantes, souvent irréversibles, et pour lesquelles un soutien peut améliorer l'état de dépendance et la qualité de vie, comme les démences et les polyopathologies du sujet âgé ;
- les patients avec des maladies chroniques progressives, pour lesquels l'autogestion du traitement peut améliorer l'état de santé et les capacités fonctionnelles, comme le diabète de type 2 ;
- les patients, dont les problèmes sociaux ne leur permettent pas de gérer leur pathologie, comme les sans-abri par exemple (50).

Les 3 premières catégories de patients ont comme point commun de disposer de ressources de santé satisfaisantes, mais pas suffisamment coordonnées et parfois difficilement accessibles.

D'autres auteurs (49, 51) soulignent l'importance du ciblage approprié des patients éligibles à un programme de *case management*. Selon eux, un ciblage inadéquat est le principal facteur d'échec cité dans la littérature.

La qualité de la relation entre le patient et le *case manager* est déterminante. Les bénéfices de l'accompagnement face à face sont supérieurs à ceux obtenus grâce à des prestations téléphoniques.

Une relation de qualité entre le *case manager* et le médecin traitant, et plus largement les professionnels de santé primaire, est également un des principaux facteurs de réussite d'un programme de *case management*.

Ross (2011) recense les facteurs de succès du *case management* :

- l'utilisation de techniques adéquates de repérage ;
- une définition claire des rôles des *case managers* ;
- l'intégration territoriale des services sanitaires et sociaux ;
- l'intégration et des soins entre l'hôpital et la ville ;
- une file active, adaptée à la typologie des patients et au profil du *case manager*, et régulièrement révisée ;
- un guichet intégré ;
- une continuité de soins assurée dans toutes les circonstances pour réduire le risque d'hospitalisations non programmées qui explose en dehors des heures de travail et durant les périodes d'absence du *case manager* pendant lesquelles les patients se sentent dans l'insécurité ;
- une formation des patients à l'autogestion de leur prise en charge ;
- une transmission de données-patients et d'informations de bonne qualité entre les différents acteurs, pour assurer la qualité des soins. L'information centralisée par le *case manager* doit être transmise en temps réel à l'ensemble de l'équipe.

Il souligne que le *case management* est une des multiples stratégies utilisées pour l'intégration des soins.

L'intégration ne peut cependant se faire sans un rôle actif des médecins généralistes (52-54).

Une étude contrôlée (55) est en faveur de la localisation du *case manager* dans la même structure ou à proximité de l'équipe de santé pluriprofessionnelle, qui est un facteur de succès : elle réduit le risque de mortalité et de placement permanent en institution des personnes âgées fragiles vivant au domicile.

Au vu de l'efficacité de l'organisation de la sortie d'hospitalisation, tout programme de *case management* doit par ailleurs comporter un volet de transition hôpital-ville.

### **Facteurs de réussite d'un programme de *case management***

1. Adapter les modèles au contexte de soins
2. Intégrer les services sanitaires, médico-sociaux et sociaux au niveau territorial
3. Cibler les patients pouvant réellement tirer profit d'un accompagnement par un *case manager*
4. Privilégier un accompagnement face à face ou un accompagnement mixte face à face plutôt que par téléphone
5. Adapter la taille de la file active au degré de complexité des patients
6. Informer régulièrement les professionnels de santé primaire et notamment le médecin traitant
7. Impliquer les médecins généralistes dès la conception du projet
8. Prévoir un système d'information partagé
9. Intégrer les *case manager* aux équipes de santé primaire ou les localiser à proximité
10. Prévoir des volets dédiés à l'éducation du patient, à la continuité du suivi en l'absence du *case manager*, à la transition hôpital-ville

### 3. Caractéristiques des revues systématiques, méta-analyses et rapports retenus

Auteurs Année de publication Type de publication	Recherche systématique de la littérature Période de recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre de total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusions des auteurs/Cohérence avec les données de la littérature présentées
Baskerville B <i>et al.</i> 2011 RS & MA	Oui 1996-2010	Oui	Oui	Oui	23 articles dont 19 RCT de bonne qualité  1398 équipes de soins	Niveau 1	<p>La définition du facilitateur pris comme critère d'inclusion est un individu intervenant de façon spécifique auprès d'une équipe, qu'il soit externe ou interne à l'équipe, pour l'aider à incorporer les recommandations basées sur les preuves dans sa pratique,</p> <p>Les équipes de soins accompagnées par un facilitateur ont 2,76 fois plus de chance d'adopter les recommandations basées sur les preuves (IC95 % 2,18-3,43) que les autres, avec une ampleur d'effet de 0,56 (IC 95 % 0,43-0,68) Plus l'intervention est intense et sur mesure par rapport aux besoins de l'équipe, plus elle est efficace ; inversement, plus le nombre d'équipes par facilitateur augmente, moins elle est efficace. L'effet peut persister jusqu'à 12 mois. Les données sur l'efficacité (coût de l'intervention <i>versus</i> réduction du coût des soins) ne permettent pas de conclure.</p> <p>Toutes les études utilisaient les méthodes suivantes : retours d'information, recherche d'un consensus d'équipe, fixation d'objectifs et outils d'amélioration de la qualité tel le Plan Do Study Act (PDSA). La plupart faisaient appel à des réunions de concertation soit face à face, soit virtuelles.</p> <p>Les résultats de cette MA sont cohérents avec la RS de Nagykaldi portant sur 25 études, dont 8 RCT (2005),</p>

Auteurs Année de publication Type de publication	Recherche systématique de la littérature Période de recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre de total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusions des auteurs/Cohérence avec les données de la littérature présentées
de Vet <i>et al.</i> , 2013 (50) RS	Oui 1985-2011	Oui	Oui	Oui	21 essais contrôlés randomisés ou études quasi-expérimentales	Niveau 2	Revue systématique des effets du <i>case management</i> et d'autres interventions pour les adultes sans domicile fixe. Le CM stabilise l'habitat, réduit la consommation de drogues et réduit les barrières à l'emploi chez les consommateurs de produits addictifs. Les formes intensives de CM ne paraissent pas plus efficaces. D'autres interventions sont efficaces, et même efficaces, comme la mobilisation des services sociaux et des ressources communautaires et des procédures d'intervention en temps réel, particulièrement pour les patients atteints de pathologies mentales.
Eklund et Wilhelmson, 2009 (56) RS	Oui 1997-2007	Oui	Oui	Oui	9 RCT 4590 patients		Cette RS vise à déterminer les résultats sur les patients, les soignants et le recours aux soins, d'une prise en charge de patients âgés fragiles par un <i>case manager</i> agissant au sein d'un système de soins intégré. Les interventions sont hétérogènes. Cinq des sept études portant sur les patients rapportent au moins un résultat positif, le plus souvent une réduction du nombre de jours passés à l'hôpital ou en institution. Les effets sur l'autonomie sont mitigés et difficiles à apprécier, pour des raisons de méthodologie. Les deux études évaluant l'impact sur les soignants rapportent une satisfaction augmentée, mais pas de réduction de la charge de travail. Une augmentation de la consommation de soins ambulatoires est fréquemment rapportée, et sur les 4 études évaluant les coûts, une est en faveur de l'intervention.

Auteurs Année de publication Type de publication	Recherche systématique de la littérature Période de recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre de total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusions des auteurs/Cohérence avec les données de la littérature présentées
Hickam <i>et al.</i> , 2013 RS (48)	Oui				109 études		Globalement, le CM a peu d'impact sur les résultats et la qualité des soins, et l'utilisation des ressources. Pour des populations ciblées de façon appropriée, les caractéristiques des interventions réussies sont un CM intense, avec un temps de contact plus important avec le patient, une durée plus longue, un suivi face à face et une intégration avec les soignants habituels du patient.
Huntley <i>et al.</i> , 2013 (49) RS et MA	→ 2010	Oui	Oui	Oui	11 RCT, 6 sur des projets de CM hospitaliers et 5 sur des projets ambulatoires. 4 318 personnes âgées de 65 ans ou plus.	Niveau 1	L'objectif est d'analyser les données probantes, issues d'essais contrôlés randomisés, relatifs à l'impact de la gestion de cas sur la réduction du risque d'hospitalisations non-programmées chez la personne âgée. Le <i>case management</i> ne réduit pas les hospitalisations non programmées chez les personnes âgées, en comparaison avec une prise en charge habituelle. Les patients inclus dans ces différentes études pourraient ne pas être suffisamment à risque d'hospitalisation non-programmée. Se pose donc la question du ciblage adéquat des patients en fonction des objectifs visés. L'étude menée par Bernabei (1998), fondée sur un <i>case management</i> piloté par un MG au sein d'une équipe pluriprofessionnelle, montre une réduction significative des admissions aux urgences ainsi que des admissions en centres de convalescence et court-séjour. L'économie réalisée est de 1 800 dollars par an et par patient.
Low <i>et al.</i> , 2011 (57) RS	1994-2009	Oui	Oui	Oui	14 études dont 8 RCT	Niveau 1	Revue systématique des effets du <i>case management</i> , des soins intégrés et des soins en libre accès sur les résultats des patients âgés et la consommation de soins.

Auteurs Année de publication Type de publication	Recherche systématique de la littérature Période de recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre de total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusions des auteurs/Cohérence avec les données de la littérature présentées
					2 873 patients dans les RCT		Le CM améliore les capacités fonctionnelles et l'usage approprié des traitements médicamenteux, augmente la consommation de soins et de ressources ambulatoires, et réduit les admissions en EHPAD. L'effet sur les hospitalisations est inconstant. L'association du CM à l'intégration des services peut améliorer ses résultats.
Manderson <i>et al.</i> , 2012 (16) RS	1999-2011	Oui	Oui	Oui	9 RCT 3 532 patients	Niveau 1	Revue systématique des modalités et de l'impact de la « <i>navigation</i> » au moment des transitions, principalement entre l'hôpital et le domicile. Les situations et pathologies étudiées sont les personnes âgées atteintes de polyopathologies, d'insuffisance cardiaque et d'AVC. Les enfants et les patients atteints de maladie mentale, de cancer, sans domicile fixe sont exclus. Les interventions durent de 1 à 18 mois. Les « navigateurs » sont pour l'essentiel des infirmières formées aux pratiques avancées. Les modalités de la navigation sont proches de celles du <i>case management</i> : planification, coordination, soutien par téléphone ou à domicile, lien avec les services sociaux, éducation des patients et formation des soignants. Toutes les études, sauf 3, montrent une réduction des hospitalisations non programmées ou du nombre de jours d'hospitalisation. Cinq études rapportent des coûts diminués grâce à un moindre recours à l'hôpital. Le début de l'intervention avant la sortie, si possible dès l'admission, le caractère actif de l'intervention et l'implication des soignants habituels paraissent être des facteurs importants de succès.
Piraino <i>et al.</i> , 2012	1999-2011	Oui	Oui	Oui	17 RCT	Niveau 1	Revue systématique recherchant si les patients âgés à haut risque de réhospitalisation sont inclus dans les

Auteurs Année de publication Type de publication	Recherche systématique de la littérature Période de recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre de total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusions des auteurs/Cohérence avec les données de la littérature présentées
(58) RS					2 095 patients		études contrôlées sur la transition hôpital – domicile. La présence des facteurs de risque suivants est recherchée : troubles cognitifs, dépression, polymédication, comorbidités, durée de séjour, soins palliatifs, absence de soutien social. Les études portent sur les patients âgés, les insuffisants cardiaques et les fractures du col fémoral. Seulement une minorité des études portent sur des patients ayant des facteurs de risque importants d'hospitalisation, et de nombreuses études excluent ces patients. La moitié des études prennent en compte l'absence de soutien social ou l'isolement des patients.
Purdy, 2010 (29) Série de revues systématiques et de MA	1992-2011	Oui	Oui	Oui	11 RCT sur les personnes âgées, 6 sur les insuffisants cardiaques, 4 sur les BPCO et 7 sur des sujets variés	Niveau 1	Revue des actions permettant de réduire le taux d'hospitalisations non programmées. Le <i>case management</i> a été retrouvé en direction de sujets âgés, insuffisants cardiaques et atteints de BPCO. Globalement le CM ne réduit pas le risque d'hospitalisation non programmée, sauf dans 3 RCT auprès de patients insuffisants cardiaques bénéficiant d'un suivi par cardiologues. Un effet de réduction des coûts est rapporté par 4 études ayant un impact positif. La réhabilitation des patients, ayant fait une exacerbation de BPCO et ayant une insuffisance cardiaque, l'éducation thérapeutique chez les adultes atteints d'asthme ou de BPCO, la télémédecine chez les patients âgés, atteints de diabète, de MCV et d'HTA, peuvent réduire le risque d'hospitalisation non programmée.
You <i>et al.</i> , 2012 (59)	Oui → 2011	Oui	Oui	Oui	10 RCT, 5 études d'observation	Niveau 2	Cette revue systématique a pour objectif d'évaluer l'impact d'un accompagnement, par un questionnaire de cas, sur les personnes âgées en situation complexe, et

Auteurs Année de publication Type de publication	Recherche systématique de la littérature Période de recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre de total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusions des auteurs/Cohérence avec les données de la littérature présentées
RS					comparatives		sur le stress et la charge de travail de leurs soignants. Une seule étude de grande qualité a été sélectionnée parmi les 15 sélectionnées. Dix concernent des projets mis en place aux États-Unis et les 5 autres des projets mis en place en Grande-Bretagne, à Hongkong, en Finlande, en Italie et en Israël. Quatre études seulement ont été publiées après 2005. La majorité des études montrent que le CM améliore le bien-être et l'état psychologique des personnes âgées, et réduit le nombre de besoins non satisfaits. Le risque de décès n'est pas réduit en général. L'impact sur les autres résultats des patients (admission en EHPAD, autonomie) sont inconstants, de même que l'impact sur les soignants.



## Résumé de quelques études contrôlées

**Adair et al., 2013** (6) Essai randomisé multicentrique, avec stratification par la clinique et groupes parallèles. L'objectif de cet essai, mené d'avril 2010 à juillet 2012, est d'évaluer le bénéfice chez des patients atteints d'une ou plusieurs pathologies chroniques (HTA, diabète, insuffisance cardiaque), d'un accompagnement par des *coaches* non-professionnels de santé formés aux différentes pathologies et au *coaching* comportemental. L'étude porte sur 2 135 patients, âgés de 18 à 79 ans, suivis dans une des six cliniques de soins primaires du Minnesota sélectionnées. Les *coaches* aident les patients et les professionnels de santé à atteindre les objectifs recommandés en matière de soins (ex : pour les personnes souffrant d'hypertension artérielle l'absence de tabagisme, une PA < 140/90 mmHg). Les auteurs en concluent que l'accompagnement par un non-professionnel de santé, intégré à l'équipe de soins primaires, est un moyen efficace et peu coûteux d'amélioration de la qualité des soins aux patients chroniques.

**Bell et al., 2010.** (60) Le projet IMPACT (*Interprofessional Model of Practice for Aging and Complex Treatments*) a été mis en place dès 2007 au Canada. Il s'agit d'un modèle innovant d'évaluation et de gestion par une équipe pluriprofessionnelle de patients âgés en situation complexe et vivant à domicile, et de formation à la pratique interprofessionnelle. L'entretien d'évaluation initial d'une durée moyenne de 2 heures, durant lequel sont investigués les problèmes d'ordre médical, psychosocial et fonctionnel, est mené par un interne en médecine. Cet entretien est retransmis en *live* à l'ensemble de l'équipe réunie dans une même salle. Dans un second temps, l'interne rejoint les membres de l'équipe, afin de déterminer les actions prioritaires. Des évaluations complémentaires peuvent être réalisées. Un plan personnalisé de soins est ensuite arrêté. Les résultats de l'évaluation-pilote menée de 2008 à 2010 montrent que le modèle IMPACT est faisable, efficace et bien accueilli par les professionnels.

**Parsons et al., 2012.** (55) Cette étude néo-zélandaise contrôlée, réalisée entre novembre

2003 et juin 2006, chez 351 personnes âgées de 65 ans et plus (243 femmes et 108 hommes) a pour objectif d'évaluer l'impact de l'accompagnement de personnes âgées fragiles (programme COSE), à haut risque de placement en institution spécialisée, par des questionnaires de cas localisés au sein des structures de soins primaires ou à proximité. Les résultats montrent que ce type de prestation comparé à une prise en charge standard réduit la mortalité et le placement en institution spécialisée. Le mécanisme n'est pas totalement compris. La localisation du *case manager*, à proximité de l'équipe de soins primaires, est un facteur de réussite. Cela améliore sa connaissance du réseau local, et ainsi lui permet une meilleure intégration avec les services informels.

**PEIKES et al., 2009** (61) Série de 15 essais randomisés. L'objectif de cette étude, menée d'avril 2002 à juin 2005 aux États-Unis, est d'évaluer si les programmes basés sur la coordination des soins réduisent les hospitalisations et les dépenses de Medicare, et améliorent la qualité des soins des patients chroniques, bénéficiaires de la couverture sociale Medicare aux États-Unis. Les données de 18 309 patients ont été exploitées. Les infirmières dispensent, aux patients, une formation sur leur pathologie et assurent un suivi, principalement par téléphone. La plupart des programmes n'ont pas montré de différences significatives dans le nombre d'hospitalisations. Deux programmes ont permis de réduire les hospitalisations de 0,494 et 0,168 par patient, et par an. Un programme les a augmentées. Trois programmes ont permis de réduire de 9 % à 14 % les dépenses mensuelles de l'Assurance Maladies pour les patients concernés par rapport aux groupes-contrôles. Deux de ces trois programmes ont par ailleurs des résultats positifs en ce qui concerne la qualité des soins. Les auteurs en concluent que les programmes de coordination de soins, ne comportant pas de volet « transition » solide, ne peuvent obtenir de réductions nettes des dépenses de santé. Les programmes, avec un contact patient substantiel qui cible des patients modérés à sévères, peuvent ne pas induire de coûts supplémentaires et améliorer certains aspects des soins.

## Participants

### Groupe de travail

Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.

D<sup>r</sup> Pierre Blaise, directeur du projet régional de santé, ARS Pays de la Loire, Nantes  
M. Christian Bonnaud, infirmier, Marseille  
D<sup>r</sup> Émilie Bourges, médecin généraliste, Sevrans  
M<sup>me</sup> Julie Cachard, diététicienne, Chambéry  
M. Laurent Cénard, directeur réseau de santé, Chevilly-Larue  
D<sup>r</sup> Sophia Chatelard, médecin généraliste, Saint-Martin-d'Hères  
M. Pascal Chauvet, infirmier, directeur réseau de santé, Aulnay-de-Saintonge  
D<sup>r</sup> Jean-Louis Correia, médecin généraliste, Chambéry  
D<sup>r</sup> Mathieu De Stampa, médecin de santé publique, Paris  
M<sup>me</sup> Elsa Genestier, déléguée nationale sanitaire, Croix-Rouge française, Paris  
D<sup>r</sup> Dominique Jaulmes, médecin retraitée, bénévole au sein d'une association du secteur social, Paris  
M<sup>me</sup> Frédérique Le Marer, directrice réseau de santé, Besançon  
M. Jean-Yves Lemerle, masseur-kinésithérapeute, Angers  
M<sup>me</sup> Laurence Marian, responsable pôle projets stratégiques, ARS Languedoc-Roussillon, Montpellier  
Mme Catherine Perisset, chef de projet MAIA, CNSA, Paris  
P<sup>r</sup> Pascale Pradat-Diehl, chef de service de médecine physique et réadaptation, Paris  
M<sup>me</sup> Florence Sidorok, cadre de santé, coordinatrice médico-sociale réseau de santé, Paris  
M<sup>me</sup> Cécile Solier, chargée de mission, ARS Bretagne, Rennes  
M<sup>me</sup> Hélène Trouvé, chef de projet, ex FNG, Paris  
M. Marc Weissmann, directeur de réseau, Grenoble

### Pour la HAS

M<sup>me</sup> Nathalie Derozier, chef de projet, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades  
D<sup>r</sup> Michel Varroud-Vial, chef de service, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades  
M<sup>me</sup> Emmanuelle Blondet, documentaliste, service documentation et information des publics

## Bibliographie

1. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA, *et al.* Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.
2. Ohlinger J, Brown MS, Laudert S, Swanson S, Fofah O. Development of potentially better practices for the neonatal intensive care unit as a culture of collaboration: communication, accountability, respect, and empowerment. *Pediatrics* 2003;111(4 Pt 2):e471-81.
3. Direction générale de l'offre de soins. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Paris: Ministère chargé de la santé; 2012.  
<http://www.apop-france.com/imagesUp/news/48.pdf>
4. Aubry R. Les fonctions de coordination dans le champ de la santé. *Santé Publique* 2007;19 (HS):73-7.
5. Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération entre médecins généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. *Questions d'économie de la Santé* 2008(136):1-6.
6. Adair R, Wholey DR, Christianson J, White KM, Britt H, Lee S. Improving chronic disease care by adding laypersons to the primary care team: a parallel randomized trial. *Ann Intern Med* 2013;159(3):176-84.
7. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 2002;287(8):1022-8.
8. McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006;61(1):53-62.
9. Bouman A, van Rossum E, Nelemans P, Kempen GI, Knipschild P. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2008;8:74.
10. Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008;63(3):298-307.
11. Tracy CS, Bell SH, Nickell LA, Charles J, Upshur RE. The IMPACT clinic: innovative model of interprofessional primary care for elderly patients with complex health care needs [article en ligne]. *Can Fam Physician* 2013;59(3):e148-55.
12. Smirnova A, Bell SH, Tracy CS, Upshur RE. Still dizzy after all these years: a 90-year-old woman with a 54-year history of dizziness. *BMJ Case Rep* 2011;2011.
13. Massé G, Veber A. Prise en charge des troubles mentaux du sujet âgé : quel rôle pour la psychiatrie ? [lettre]. *Pluriels* 2007(66).
14. Mendez-Rubio M, Giannakopoulos P, Gaillard M, Dan L, Budry P. Equipes mobiles de psychiatrie de l'âge avancé. *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr* 2012;163(2):65-9.
15. Haute Autorité de Santé, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_guide\\_version\\_finale\\_2\\_pdf.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf)
16. Manderson B, McMurray J, Piraino E, Stolee P. Navigation roles support chronically ill older adults through healthcare transitions: a systematic review of the literature. *Health Soc Care Community* 2012;20(2):113-27.

17. Eldercare Workforce Alliance, National Coalition on Care Coordination. Care coordination & older adults. [non daté]. New York: EWA, N3C. [http://www.eldercareworkforce.org/files/EWA\\_and\\_N3C\\_Care\\_Coordination\\_Issue\\_Brief\\_-\\_FINAL.pdf](http://www.eldercareworkforce.org/files/EWA_and_N3C_Care_Coordination_Issue_Brief_-_FINAL.pdf)
18. Institut national du cancer. Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer. Synthèse nationale des bilans à un an des 35 sites pilotes. Boulogne-Billancourt: INCa; 2012. [http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc\\_download/9375-resultats-des-experimentations-du-parcours-personnalise-des-patients-pendant-et-apres-le-cancer-synthese-nationale-des-bilans-a-un-an-des-35-sites-pilotes](http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9375-resultats-des-experimentations-du-parcours-personnalise-des-patients-pendant-et-apres-le-cancer-synthese-nationale-des-bilans-a-un-an-des-35-sites-pilotes)
19. Baskerville NB, Liddy C, Hogg W. Systematic review and meta-analysis of practice facilitation within primary care settings. *Ann Fam Med* 2012;10(1):63-74.
20. Taylor EF, Machta RM, Meyers DS, Genevro J, Peikes DN. Enhancing the primary care team to provide redesigned care: the roles of practice facilitators and care managers. *Ann Fam Med* 2013;11(1):80-3.
21. Grumbach K, Bainbridge E, Bodenheimer T. Facilitating improvement in primary care: the promise of practice coaching. *Issue Brief (Commonw Fund)* 2012;15:1-14.
22. Agency for Healthcare Research and Quality, Knox L, Taylor EF, Geonnotti K, Machta R, Kim J, *et al.* Developing and running a primary care practice facilitation program: a how-to guide. Rockville: AHRQ; 2011. [http://pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/Developing\\_and\\_Running\\_a\\_Primary\\_Care\\_Practice\\_Facilitation\\_Program.pdf](http://pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/Developing_and_Running_a_Primary_Care_Practice_Facilitation_Program.pdf)
23. Nagykaldi Z, Mold JW, Robinson A, Niebauer L, Ford A. Practice facilitators and practice-based research networks. *J Am Board Fam Med* 2006;19(5):506-10.
24. Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux bretagne, Caisse régionale d'assurance maladie Bretagne, Agence régionale de santé Bretagne. Rapport d'évaluation de la démarche groupes qualité. Rennes: URPS mlb, CRAM Bretagne, ARS Bretagne; 2012. <http://urps-bretagne-medecins.org/download/internet/I/Rapport%20evaluation%20GQ%202012.pdf>
25. Kaushal R, Blumenthal D. Introduction and commentary for special issue on health information technology. *Health Serv Res* 2014;49(1 Pt 2):319-24.
26. Lynch K, Kendall M, Shanks K, Haque A, Jones E, Wanis MG, *et al.* The Health IT Regional Extension Center Program: evolution and lessons for health care transformation. *Health Serv Res* 2014;49(1 Pt 2):421-37.
27. Weiss KB. Managing complexity in chronic care: an overview of the VA state-of-the-art (SOTA) conference. *J Gen Intern Med* 2007;22 (Suppl 3):374-8.
28. National Health Service, Skills for Health. Case management competences framework for the care of people with long term conditions. Bristol: Skills for Health; 2005. [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4118102.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4118102.pdf)
29. King's Fund, Purdy S. Avoiding hospital admissions. What does the research evidence say? London: King's Fund; 2010. <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Avoiding-Hospital-Admissions-Sarah-Purdy-December2010.pdf>
30. King's Fund, Health Dialog, New York University, National Health Service, Curry N, Billings J, *et al.* Predictive risk Project. Literature Review. London: King's Fund; 2005. [http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_document/predictive-risk-literature-review-june2005.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_document/predictive-risk-literature-review-june2005.pdf)
31. Grant RW, Ashburner JM, Hong CS, Chang Y, Barry MJ, Atlas SJ. Defining patient complexity from the primary care physician's perspective: a cohort study. *Ann Intern Med* 2011;155(12):797-804.

32. Schaink AK, Kuluski K, Lyons RF, Fortin M, Jadad AR, Upshur R, *et al.* A scoping review and thematic classification of patient complexity: offering a unifying framework *Journal of Comorbidity* [revue en ligne] 2012(2):1-9.
33. Safford MM, Allison JJ, Kiefe CI. Patient complexity: more than comorbidity. The vector model of complexity. *J Gen Intern Med* 2007;22 (Suppl 3):382-90.
34. National Primary Care Research and Development Centre, Boaden R, Dusheiko M, Gravelle H, Parker S, Pickard S, *et al.* Evercare evaluation: final report. Oxford: NPCRDC; 2006.  
<http://www.population-health.manchester.ac.uk/primarycare/npcrdc-archive/Publications/NOV06%20EVERCARE%20FINAL%20REPORT.pdf>
35. INTERMED Foundation. The INTERMED method. INTERMED Complexity Assessment Grid. Amsterdam: INTERMED Foundation; 2009.  
<https://www.intermedfoundation.org/uploads/10/32/10/3299ff97ac58bcee216085ec23a708/Description-of-IM-CAG-v6-including-interview-and-score-December-2009.pdf>
36. Case Management Society UK. CMSUK standards of practice and best practice guidelines. Sutton: CMSUK; 2009.  
<http://www.cmsuk.org/documents/tmp4B79.pdf>
37. Sargent P, Boaden R, Roland M. How many patients can community matrons successfully case manage? *J Nurs Manag* 2008;16(1):38-46.
38. Russell M, Roe B, Beech R, Russell W. Service developments for managing people with long-term conditions using case management approaches, an example from the UK. *Int J Integr Care* 2009;9:e02.
39. King's Fund, Ross S, Curry N, Goodwin N. Case management. What it is and how it can best be implemented. London: King's Fund; 2011.  
[http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Case-Management-paper-The-Kings-Fund-Paper-November-2011\\_0.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Case-Management-paper-The-Kings-Fund-Paper-November-2011_0.pdf)
40. Roland M, Dusheiko M, Gravelle H, Parker S. Follow up of people aged 65 and over with a history of emergency admissions: analysis of routine admission data. *BMJ* 2005;330(7486):289-92.
41. Fondation nationale de gérontologie, Hôpital européen Georges Pompidou, Direction générale de la santé, Trouve H, Somme D. Stratégies des ARS dans le déploiement du dispositif d'intégration MAIA. Paris: FNG; 2012.  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000336/0000.pdf>
42. de Stampa M, Somme D. Rapport d'expertise MAIA 2ème phase expérimentale 2010-2011. Convention DGS-FNG. Avenant Convention DGS-URC Ouest. Paris: DGS; 2012.  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000109/0000.pdf>
43. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, Naiditch M, Frattini MO. Recherche évaluative d'une coordination d'appui aux médecins traitants : l'Association du réseau de santé de proximité et d'appui. Paris: IRDES; 2013.
44. Collectif interassociatif sur la santé Rhône-Alpes. Les usagers construisent leurs parcours de santé. Lyon: CISS RA; 2014.  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/UCPS\\_120919.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/UCPS_120919.pdf)
45. Lillyman S, Saxon A, Trembl H. An evaluation of the role of the community matron: a literature review. *Journal of Health and Social Care Improvement* 2009.
46. Gravelle H, Dusheiko M, Sheaff R, Sargent P, Boaden R, Pickard S, *et al.* Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data [article en ligne]. *BMJ* 2006.
47. King's Fund, Aetna Foundation, Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DK. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success. London: King's Fund; 2013.  
<https://www.hqsc.govt.nz/assets/General-NEMR-files-images-/nick-goodwin-co-ordinated-care-kingsfund-Nov-2013.pdf>



48. Agency for Healthcare Research and Quality, Hickam DH, Weiss JW, Guise JM, Buckley D, Motu'apuaka M, *et al.* Outpatient case management for adults with medical illness and complex care needs. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013.
49. Huntley AL, Thomas R, Mann M, Huws D, Elwyn G, Paranjothy S, *et al.* Is case management effective in reducing the risk of unplanned hospital admissions for older people? A systematic review and meta-analysis. *Fam Pract* 2013;30(3):266-75.
50. de Vet R, van Luitelaar MJ, Brilleslijper-Kater SN, Vanderplasschen W, Beijersbergen MD, Wolf JR. Effectiveness of case management for homeless persons: a systematic review. *Am J Public Health* 2013;103(10):e13-26.
51. Goodwin N. Reviewing the evidence on case management: lessons for successful implementation. *Int J Integr Care* 2011;11:e146.
52. de Stampa M. Modèles d'intégration des services pour les personnes âgées en soins primaires : conditions pour la participation des médecins généralistes [thèse] Reims: Université de Reims-Champagne Ardenne; 2008.  
<http://ebureau.univ-reims.fr/slide/files/quotas/SCD/theses/sante/2008REIMM208.pdf>
53. Vedel I. Un modèle français d'intégration des services pour les personnes âgées fragiles : de l'innovation de sa conception à son implantation [thèse] Reims: Université de Reims-Champagne Ardenne; 2008.  
<http://ebureau.univ-reims.fr/slide/files/quotas/SCD/theses/sante/2008REIMM209.pdf>
54. National Institute for Health Research, Lewis GH, Georgiou T, Steventon A, Vaithianathan R, Chitnis X, *et al.* Impact of 'Virtual Wards' on hospital use: a research study using propensity matched controls and a cost analysis. Southampton: NHS; ; 2013.  
[http://www.nets.nihr.ac.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/87923/FR-09-1816-1021.pdf](http://www.nets.nihr.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0011/87923/FR-09-1816-1021.pdf)
55. Parsons M, Senior H, Kerse N, Chen MH, Jacobs S, Vanderhoorn S, *et al.* Should care managers for older adults be located in primary care? A randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(1):86-92.
56. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community* 2009;17(5):447-58.
57. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res* 2011;11:93.
58. Piraino E, Heckman G, Glenny C, Stolee P. Transitional care programs: who is left behind? A systematic review. *Int J Integr Care* 2012;12:e132.
59. You EC, Dunt D, Doyle C, Hsueh A. Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies. *BMC Health Serv Res* 2012;12:395.
60. Bell SH, Tracy CS, Upshur RE. The assessment and treatment of a complex geriatric patient by an interprofessional primary care team. *BMJ Case Rep* 2011.
61. Peikes D, Chen A, Schore J, Brown R. Effects of care coordination on hospitalization, quality of care, and health care expenditures among Medicare beneficiaries: 15 randomized trials. *JAMA* 2009;301(6):603-18.
62. Case Management Society of America. Standards of practice for case management. Little Rock: CMSA; 2010.  
<http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf>
63. National Case Management Network. Canadian core competency profile for case management providers. Toronto: NCMN; 2012.  
[http://www.ncmn.ca/Resources/Documents/Final\\_ncmn\\_english\\_report.pdf](http://www.ncmn.ca/Resources/Documents/Final_ncmn_english_report.pdf)

64. Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. Le travailleur social, la travailleuse sociale, gestionnaire de cas. Montréal: OPTSQ; 2006.  
<http://www.otstcfq.org/docs/default-source/cadres-et-guides-de-pratique/letravailleursocialgestionnairedecas.pdf?sfvrsn=2>

65. Arrêté du 16 novembre 2012 modifiant l'arrêté du 8 novembre 2012 fixant les référentiels d'activités et de compétences pour exercer le rôle et les missions du gestionnaire de cas dans les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer. Journal Officiel 2012;21 novembre.

## Annexe

Tableau 1. Standards internationaux du *case management*

Standards ou référentiels-métiers	Fonctions
<p>The National Standards of Practice for Case Management Case Management Society of Australia Australie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification des patients éligibles</li> <li>• Évaluation des besoins</li> <li>• Planification</li> <li>• Implémentation</li> <li>• Suivi</li> <li>• Évaluation des résultats</li> </ul>
<p>Standards of Practice for Case Management 2010 Société Américaine de Case Management (CMSA) (62) États-Unis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification et sélection des patients</li> <li>• Évaluation des besoins et identification des problèmes à résoudre</li> <li>• Développement d'un plan individualisé de <i>case management</i> établissant des objectifs, priorisant les besoins de la personne et déterminant le type de services de ressources adéquats disponibles :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- information/sensibilisation du patient/usager/client, de sa famille, de l'aidant et de l'équipe de santé sur les options de traitements, les problèmes psychosociaux, les ressources locales, la gestion de situations complexes, etc.</li> </ul> </li> <li>• Implémentation et coordination des activités de soins :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- facilitation de la communication et de la coordination entre les différents professionnels de santé intervenant auprès du patient/usager/client, et implication du patient/usager/client dans le processus de décision afin de minimiser la fragmentation dans les services</li> <li>- planification des interventions et de l'accompagnement avec le patient/usager/client, la famille ou l'aidant, le médecin traitant</li> <li>- renforcement des compétences du patient/usager/client en résolution de problèmes</li> <li>- encouragement du patient/usager/client à un usage approprié des services de santé</li> </ul> </li> <li>• Évaluation du plan individualisé et suivi</li> <li>• Sortie du dispositif</li> </ul>
<p>Profil des compétences essentielles pour les intervenants en gestion de cas au Canada 2012 Réseau National des Gestionnaires de Cas (63) Canada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sélection des usagers en vue de leur éligibilité</li> <li>• Évaluation complète des besoins</li> <li>• Élaboration d'un plan de gestion de cas en collaboration</li> <li>• Facilitation de la coordination, de la communication et de la collaboration avec les usagers et partenaires pour maximiser leurs résultats</li> <li>• Évaluation des résultats du plan</li> <li>• Aide/facilitation du processus de transition</li> </ul>
<p>Standards and Best Practice Guidelines Case Management Society UK (CMSUK) 2<sup>de</sup> Édition 2009 (36) Royaume-Uni</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réception et réponse à la demande</li> <li>• Recherche du consentement du patient</li> <li>• Évaluation des besoins et définition des objectifs</li> <li>• Intervention et évaluation au regard des objectifs visés</li> </ul>



Standards ou référentiels-métiers	Fonctions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fin de prise en charge</li> <li>• Tenue du dossier</li> <li>• Formation des stagiaires</li> </ul> <p>Précisions sur le respect des usagers, le contrôle de la qualité des prestations, l'éthique et la déontologie, etc.</p>
<p>Le travailleur social, la travailleuse sociale gestionnaire de cas 2006</p> <p>Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (64)</p> <p>Canada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation de la situation de l'utilisateur et de ses besoins</li> <li>• Planification des services appropriés aux besoins</li> <li>• Négociation des services et de l'accès aux ressources</li> <li>• Coordination des services mis en place</li> <li>• Monitoring et suivi</li> <li>• Défense des droits de l'utilisateur</li> <li>• Réévaluation de la situation de l'utilisateur</li> </ul>
<p>Arrêté du 16 novembre 2012 modifiant l'arrêté du 8 novembre 2012 fixant les référentiels d'activités et de compétences pour exercer le rôle et les missions du gestionnaire de cas dans les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) (65)</p> <p>France</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation d'une situation complexe</li> <li>• Élaboration et conduite d'un plan de service individualisé</li> <li>• Organisation et coordination des interventions des différents acteurs</li> <li>• Communication et conduite d'une relation</li> <li>• Mise en œuvre de l'éducation pour la santé</li> </ul>

**Tableau 2. Trois grands profils de case manager à l'international**

Type de profil	Public-cible	Lieu d'exercice	Qualification/Expérience	Savoirs, savoir-être et savoir-faire	Tâches/Responsabilités
<p><b>Profil 1 : Case manager « clinique » (clinical nurse case manager)</b></p> <p><i>Infirmière de pratiques avancées</i></p>	Patients hospitalisés	Hôpital (urgences, médecine, chirurgie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infirmière avec expérience clinique dans les soins aigus et/ou les soins de courte durée</li> <li>• Licence d'exercice Professionnel</li> <li>• Licence ou master sciences infirmières</li> <li>• Certification en case management</li> <li>• Brevets de secourisme avancé (ex : réanimation cardio-respiratoire)</li> <li>• Postes ouverts parfois à des travailleurs sociaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacité à travailler en équipe</li> <li>• Compétences solides en communication écrite et orale</li> <li>• Maîtrise de la démarche qualité</li> <li>• Aptitude à la prise de décision</li> <li>• Forte aptitude à la négociation</li> <li>• Maîtrise des techniques de gestion et résolution de conflits</li> <li>• Professionnalisme</li> <li>• Compétences en résolution de problème</li> <li>• Compétences en organisation et gestion du temps</li> <li>• Maîtrise de la bureautique</li> <li>• Connaissances en statistiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prédmission</li> <li>• Gestion des rendez-vous des médecins</li> <li>• Planification des interventions chirurgicales</li> <li>• Coordination des soins</li> <li>• Gestion globale des ressources cliniques</li> <li>• Codage des actes</li> <li>• Soutien aux équipes dans la prise en charge des patients en situation complexe</li> <li>• Planification des sorties d'hospitalisation en lien avec l'équipe hospitalière, le patient, la famille et le médecin traitant</li> <li>• Collaboration avec les équipes de soins primaires, afin de faciliter le retour à domicile et le suivi au long cours à domicile</li> </ul>
<p><b>Profil 2 : Case manager</b></p> <p><i>Matrone communautaire</i></p>	Patients chroniques et sorties en sortie d'hospitalisation	Maison de santé pluriprofessionnelle, hôpital, cabinet de groupe et autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infirmière avec expérience clinique (3 à 5 ans minimum)</li> <li>• Licence d'exercice professionnel</li> <li>• Licence ou master en sciences infirmières ou en sciences</li> <li>• Expérience et certification en case management</li> <li>• Expérience en hôpital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacité à organiser, planifier et implémenter des programmes de soin aux patients</li> <li>• Capacité à travailler en équipe</li> <li>• Excellentes aptitudes à la communication</li> <li>• Capacité à créer des liens, à constituer un réseau</li> <li>• Flexibilité</li> <li>• Capacité à travailler dans des conditions difficiles et changeantes</li> <li>• Autonomie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation à l'évaluation spécialisée</li> <li>• Planification et implémentation</li> <li>• Coordination ou aide à la coordination des services médicaux et de rééducation aux patients bénéficiaires d'une approche pluriprofessionnelle</li> <li>• Anticipation des besoins futurs des patients, et développement de PPS en collaboration avec les membres de l'équipe</li> <li>• Collaboration étroite avec le médecin généraliste, le second recours et les travailleurs sociaux</li> <li>• Appui à l'équipe pluriprofessionnelle</li> <li>• Médiation entre les différents acteurs du système</li> </ul>
<p><b>Profil 3 : Case manager sans prestations de soins</b></p>	Personnes âgées, personnes souffrant de troubles de la santé mentale ou d'addictions, personnes en situation de	Toutes structures et organisations Avec déplacements au domicile et accompagnement aux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Master en psychologie, travail social, éducation spécialisée, services à la personne, sciences infirmières, sociologie, santé publique ou autre spécialité en lien</li> <li>• Avec licence d'exercice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aptitude à travailler en équipe</li> <li>• Gestion de crises</li> <li>• Connaissance des ressources communautaires</li> <li>• Aptitudes à la communication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation des besoins</li> <li>• Planification</li> <li>• Implémentation</li> <li>• Conseil aux patients et aux familles</li> <li>• Révision du plan si</li> </ul>

Type de profil	Public-cible	Lieu d'exercice	Qualification/ Experience	Savoirs, savoir-être et savoir-faire	Tâches/ Responsabilités
<b>Gestionnaire de cas en MAIA</b>	handicap	rendez-vous	<ul style="list-style-type: none"> <li>pour les professions réglementées</li> <li>Certification en <i>case management</i></li> <li>Expérience d'un an minimum dans le domaine des addictions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compétences en communication orale, y compris par téléphone, et écrite</li> <li>Maîtrise des outils de bureautique et de la gestion de données</li> <li>Respect de la dignité des personnes</li> <li>Maîtrise d'une seconde langue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>nécessaire</li> <li>Défense des intérêts des patients</li> <li>Éducation du patient</li> <li>Information des patients et des proches</li> <li>Participation à des réunions, et intervention lors de formation</li> <li>Amélioration de la performance</li> </ul>
	Personnes âgées en situation complexe et en perte d'autonomie	MAIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diplôme national de types ergothérapeute, psychomotricien, IDE, conseiller en économie sociale et familiale ou assistant de service social</li> <li>DU gestion de cas (ou obtention dans les 3 ans)</li> <li>Expérience en gériatrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Connaissance du tissu associatif, médical, sanitaire et médico-social du territoire et de son organisation</li> <li>Maîtrise de la bureautique</li> <li>Capacité d'adaptation</li> <li>Qualités relationnelles</li> <li>Dynamisme</li> <li>Créativité</li> <li>Bonne aptitude à la communication</li> <li>Sens aigu de l'organisation</li> <li>Aptitude à la négociation</li> <li>Goût pour le travail en équipe</li> <li>Intérêt pour l'interdisciplinarité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse de la demande de gestion de situation complexe</li> <li>Prise en charge selon cahier des charges MAIA</li> <li>Organisation de la prise en charge médico-psychosociale : <ul style="list-style-type: none"> <li>évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne, évaluation et suivi des plans de services individualisés, accompagnement de la personne dans son parcours de santé, accompagnement des familles et de l'entourage (information, soutien, prévention)</li> </ul> </li> <li>Travail en étroite collaboration avec les professionnels intervenant auprès de la personne, et notamment le médecin traitant</li> </ul> <p><a href="http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026657984&amp;dateTexte=&amp;categorieLien=id">http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026657984&amp;dateTexte=&amp;categorieLien=id</a></p>

**Tableau 3. Formations existant en France dans le champ de la coordination et de la gestion de situations complexes**

Nom du diplôme	Université	Durée	Programme	Débouchés en lien avec les fonctions d'appui à la coordination
<b>Master 2 Santé publique et environnement spécialité fonctions de coordination dans le système de santé</b>	Besançon	1 an	Fonctionnement de toute organisation centrée sur la prise en charge des personnes en difficulté momentanée ou permanente, animation de coordinations territoriales de proximité, facilitation des parcours de santé, développement des services d'HAD, action sociale et éducative centrée sur l'usager <a href="http://formations.univ-fcompte.fr/ws?_profil=ufc&amp;_cmd=getFormation&amp;_oid=CDM-PROG8527&amp;_onglet=description&amp;_redirect=voir_fiche_program">http://formations.univ-fcompte.fr/ws?_profil=ufc&amp;_cmd=getFormation&amp;_oid=CDM-PROG8527&amp;_onglet=description&amp;_redirect=voir_fiche_program</a>	Activités de coordination dans le domaine de la santé, aussi bien dans le champ sanitaire, que médico-social et social (réseaux de santé, HAD, services de maintien à domicile, CLIC, etc.)
<b>Master 2 Santé Expertise en gérontologie</b>	Paris VI	1 an	Généralités en gérontologie, santé et pathologies de la personne âgée, évaluation gérontologique, nutrition de la personne âgée, etc. <a href="http://www.master.sante.upmc.fr/">http://www.master.sante.upmc.fr/</a>	Pratiques avancées dans le domaine du soin gérontologique, etc.
<b>Master 2 Santé Recherche et organisation en santé</b>	Paris VI	1 an	Fondamentaux de l'Evidence Based Medicine, Parcours de soins : évolution des concepts, Coordination : aspects théoriques, Coordination : aspects pratiques, Deux options au choix parmi les suivantes : Maladies neurologiques et cardio métaboliques: aspects médicaux, Maladies cardio métaboliques et coordination : aspects situationnels, Handicap et coordination : aspects situationnels. <a href="http://www.master.sante.upmc.fr/fr/master2/recherche_et_organisation_en_sante.html">http://www.master.sante.upmc.fr/fr/master2/recherche_et_organisation_en_sante.html</a>	Coordination des soins, expertise, etc.
<b>Master 2 Vieillesse, société, technologie – Spécialité Médiation médico-sociale : bien vieillir, dépendance et cas complexes</b>	Grenoble	1 an	Pathologies du vieillissement, santé publique et santé communautaire, approches cognitives et cliniques du vieillissement, l'usager et les systèmes d'aide, approches juridiques et éthiques, sociologie du care, approfondissement de la méthodologie de recherche, méthodologie d'évaluation de la qualité <a href="http://www.upmf-grenoble.fr/formation/master-2-mediation-medico-sociale-bien-vieillir-dependance-et-cas-complexes-p-et-r--132095.htm">http://www.upmf-grenoble.fr/formation/master-2-mediation-medico-sociale-bien-vieillir-dependance-et-cas-complexes-p-et-r--132095.htm</a>	Gestionnaire de cas complexes, évaluation, expertise de situations à risques dans le respect de protocoles éthiques, à domicile et en établissement, animateur de programmes de prévention, médiation familiale, etc.
<b>Master 2 Sciences cliniques infirmières</b>	EHESP/Paris/Rennes	1 an	Fondamentaux, raisonnement clinique, processus de consultation clinique, ETP, réactions humaines et interventions infirmières spécifiques, législation, déontologie, éthique, responsabilité, méthodologies de recherche en soins infirmiers, santé publique et organisation du système de santé, démarche d'amélioration continue de la qualité, etc. <a href="http://www.ehesp.fr/formation/formations-diplomantes/master-sciences-cliniques-infirmieres/">http://www.ehesp.fr/formation/formations-diplomantes/master-sciences-cliniques-infirmieres/</a>	Infirmières de pratiques avancées en gérontologie ou cancérologie, infirmières coordinatrices de parcours complexes de soins, etc.
<b>DU coordination des parcours</b>	Paris V	1 an	Santé et santé publique, organisation de la santé en France, médecine basée sur les preuves et sa déclinaison, parcours de santé (gestion projective, implication des patients à travers la démarche plan personnalisé de santé), parcours de santé de la femme, parcours de santé (des pathologies à la personne malade), les barrières à l'autonomie et à la réduction du risque, les handicaps médicaux et sociaux, l'éducation thérapeutique dans le parcours de santé, organiser un système d'information, le territoire de santé comme unité d'intégration et	<a href="http://www.unrsante.fr/web_documents/du_coordination_programme_inscription_2012_2013.pdf">http://www.unrsante.fr/web_documents/du_coordination_programme_inscription_2012_2013.pdf</a>

Nom du diplôme	Université	Durée	Programme	Débouchés en lien avec les fonctions d'appui à la coordination
			d'appui aux parcours de santé, soins palliatifs	
<b>DIU Coordination de parcours de soins</b>	École Montsouris (Paris)	1 an	Environnement de la santé, coordination « parcours de soins », pratiques de soins et accompagnement <a href="http://www.ecole-montsouris.fr/wp-content/uploads/2013/08/DUS-CPS-2013-2014.pdf">http://www.ecole-montsouris.fr/wp-content/uploads/2013/08/DUS-CPS-2013-2014.pdf</a>	Coordination d'un réseau de soins ou de prise en charge
<b>DIU Coordination, Hospitalisation à Domicile et Réseaux de Santé</b>	Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ)/Paris VII/Grenoble	1 an	HAD dans un contexte institutionnel, approches psychosociales du travail en HAD, coordination en HAD ( <i>case management</i> ), polypathologie, maladie chronique et polyhandicap, ETP en HAD, soins palliatifs et éthique : complémentarité entre réseaux et HAD... <a href="http://www.uvsq.fr/diu-coordination-hospitalisation-a-domicile-et-reseaux-de-sante-268992.kjsp">http://www.uvsq.fr/diu-coordination-hospitalisation-a-domicile-et-reseaux-de-sante-268992.kjsp</a>	Coordinateurs de réseaux, coordinateurs en HAD, etc.
<b>Diplôme Universitaire de Gérontologie et Coordination de Réseaux (DUGECOR)</b>	Dijon	1 an	Vieillesse normale et pathologique, réseaux et domicile, motivation au travail et éthique des pratiques, politiques gérontologiques et réseaux, sociologie des organisations, dynamique des réseaux, management et démarche projet <a href="http://www.u-bourgogne-formation.fr/-Gerontologie-et-Coordination-de-.htm">http://www.u-bourgogne-formation.fr/-Gerontologie-et-Coordination-de-.htm</a>	Coordinateurs de réseaux de santé, infirmières coordinatrices, etc.
<b>DIU gestionnaire de cas ou coordinateur de santé en gériatrie</b>	Paris V/ Bordeaux /Lille / Marseille / Nantes / Rennes / Guadeloupe	1 an	Connaissances relatives à la maladie d'Alzheimer et aux pathologies apparentées, approche éthique, autonomisation de la personne âgée, contexte français de prise en charge, dispositifs d'aide, évaluation d'une situation, gestion de projets, analyse de la relation d'aide <a href="http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/medecine/geriatrie/diu-gestionnaire-de-cas/(langage)/fre-FR">http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/medecine/geriatrie/diu-gestionnaire-de-cas/(langage)/fre-FR</a>	Gestionnaire de cas MAIA
<b>DIU Construction et coordination des parcours de santé</b>	Universités de Lyon, Grenoble et Saint-Etienne	1 an	Coordination des acteurs de santé, enjeu de santé publique, organisation et acteurs du système de santé en France, organisation et fonctionnement des acteurs de premier recours, organisation des acteurs médico-sociaux et de l'aide, plans, recommandations, pratiques en santé, parcours de santé et plan personnalisé de santé (PPS) : concept, démarche projective, démarche coopérative, dispositifs et outils de coordination en santé, partage d'informations entre acteurs de santé, parcours de vie et santé : du citoyen au patient et à la personne handicapée/de la pathologie à la complexité/personne âgée/maladie mentale, vulnérabilité médicale, vulnérabilité sociale et précarité, risque de perte d'autonomie, coordinations spécifiques des parcours de santé : enfant, situations chroniques, maladies rares, personne polyhandicapée, éducation et promotion à la santé	

**Cette liste ne saurait être exhaustive.**



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)