

Case Management dans les différents systèmes d'aide nationaux pour les personnes âgées

Rapport intégré de l'ISG Sozialforschung und
Gesellschaftspolitik GmbH

dans le cadre du projet international de coopération
„Coordination des prestations d'assistance complexes pour les personnes
âgées: Case Management dans les différents systèmes d'aide nationaux pour
les personnes âgées“

du Ministère pour la famille, les personnes âgées, les femmes et les jeunes

Sous la direction de:

Dr. Heike Engel et Dr. Dietrich Engels avec la collaboration de Géraldine Page

Sous les conseils compétents du

Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt (Stuttgart) et Dr. Hannes Ziller (Wiesbaden)

Cologne, en décembre 1999

Table des matières

	<i>Pages</i>
1. Introduction	1
2. Evaluation intégrée des rapports nationaux	3
2.1 Contextes Nationaux	6
2.2 Conditions structurelles: Qualification des employés ressources techniques et responsables des structures	10
2.3 Méthodes du Case Management	17
2.4 Profils de productivité et résultats du Case Management	23
3. Les rapports résumés des évaluateurs	26
3.1 Case Management au Baden-Württemberg (Allemagne)	26
3.2 Case Management en Belgique	31
3.3 Case Management en Espagne	39
3.4 Case Management dans le Land Hambourg (Allemagne)	49
3.5 Case Management dans le Land La Hesse (Allemagne)	52
3.6 Case Management en Israël	57
3.7 Case Management en Italie	66
3.8 Case Management au Luxembourg	74
3.9 Case Management aux Pays-Bas	77
3.10 Case Management en Autriche	83
3.11 Case Management au Royaume-Uni	89
4. Conclusions pour la continuité du développement et la réalisation pratique du Case Management	95
4.1 Similitudes et différences internationales	95
4.2 Formes du Case Management pour les personnes âgées	97
4.3 Résumé et perspectives.	106

1. Introduction

Avec l'âge beaucoup de personnes se retrouvent dans une situation où ils ne peuvent plus surmonter les difficultés de la vie quotidienne, et sont alors à la merci de l'aide et des soins de tierces personnes. Les membres de leur famille et les réseaux d'assistance apportent un soutien diversifié. Mais, bien souvent, ces aides ne suffisent pas - c'est en particulier le cas lorsque les membres de la famille ne sont eux-mêmes plus vraiment capable de donner des soins ou lorsque la personne âgée concernée est offerte à elle-même pour cause de décès dans sa famille ou de déménagement. Lorsque le besoin en aides ou en soins est intense ou lors de situations critiques (quand, par exemple, à la suite d'une hospitalisation la question se pose de savoir dans quelles conditions le retour au domicile va pouvoir être effectué), un soutien supplémentaire devient nécessaire de la part d'organismes de soins et d'aides bénévoles. Cependant les personnes âgées sont parfois incapables d'avoir une vue d'ensemble de toutes les offres d'assistance et de choisir celles qui sont adaptées à leur cas. Dans ce contexte, un Case Management de qualité peut contribuer à déterminer le besoin concret en aides et en soins de la personne âgée et à ajuster, de façon optimale, les prestations professionnelles et bénévoles aux besoins de cette personne, à sa situation sociale et à ses conditions de logement.

Dans les différents pays participants, ces problèmes de choix se présentent aux personnes âgées d'une façon identique ; ce qui diffère toutefois, ce sont les formes du soutien professionnel et bénévole tout comme les expériences nationales et locales, et la manière dont les ressources en aide sont utilisées pour répondre aux besoins de chaque cas. Dans le cadre de « L'année internationale des seniors 1999 », le ministère de la famille, du troisième Age, des femmes et de la jeunesse (BMFSFJ) de la République fédérale Allemande a suggéré de comparer, dans plusieurs Etats, des expériences exemplaires concernant la prise de contact consultative et l'approvisionnement en prestations de services pour les personnes âgées dépendantes. L'ISG Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH a été chargé de la mise en place et de l'évaluation scientifique de ce projet de coopération.

L'intérêt porté par le « Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend » pour ce projet de coopération fut exprimé par l'intermédiaire de sa représentante Madame Dr. Gorges lors de l'ouverture du projet, dont voici ci-dessous les principaux termes:

1. « Le besoin en assistance dans le secteur d'aide aux personnes âgées suit de plus en plus la tendance de donner priorité aux soins ambulants au dépend des soins hospitaliers. Ceci convient d'une part aux besoins de la personne concernée et d'autre part permet de diminuer les coûts.
2. . Nous, en République d'Allemagne, pensons que les personnes concernées, en situation critique, doivent obtenir un droit légal de consultation individuelle. Les ex-

périences pratiques accumulées doivent permettre de savoir ce qui doit être vraiment réglementé.

3. Le citoyen se trouvant dans une situation difficile doit savoir quelle cellule de consultation principale est à sa disposition. Dans la pratique, Il doit être contrôlé si cet organisme de tutelle doit être sa commune ou un autre organisme.
4. Si l'Europe doit évoluer ensemble, le fait d'avoir les mêmes infrastructures ou des infrastructures communes ne pourra que favoriser le projet: Essayons donc de voir et comparer ce qui se passe dans ce sens dans chacun de nos pays. »

Le projet de coopération a réuni des responsables de différents ministères (« correspondants nationaux ») et des personnes compétentes dans le secteur d'aide aux personnes âgées (« évaluateurs »). Le but de ce projet est de comparer à l'échelon international les variantes nationales dans les systèmes d'aide et de soins du Case Management pour les personnes âgées. Les pays participants sont les suivants :

Pays	Correspondant national	Evaluateur
• Belgique	Rita Baeten	Dr. Christiane Gosset Dr. Cécile de Froidmont
• Espagne	Teresa Sancho Castiello	Dr. Lluisa Marrugat
• Israël	Miriam Bar-Giora	Dr. Ariela Lowenstein
• Italie	Dr. Natalia Nico Fazio Dr. Raffaele Fabrizio	Dr. Luisa Bartorelli Dr. Aurelia Florea
• Luxembourg	Fernando Ribeiro	Dr. Jacqueline Orlewski
• Pays-Bas	Dr. Jaap Poleij	Dr. Clarie Ramakers
• Autriche	Dr. Alexandra Werba	Dr. Waltraud Saischek
• Royaume-Uni	Raimond Warburton	Prof. Dr. David Challis
• Allemagne, <i>représentée par les Länder</i> :		
- Baden-Württemberg	Dr. Konrad Hummel	Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt
- Hambourg	Eckhardt Cappell	Lothar Voß
- Hesse	Dr. Hannes Ziller	Hermann Scheib

Les conditions générales dans ces pays sont comparables du fait de la part grandissante de leur population en personnes âgées surtout les personnes très âgées (à partir de 80 ans) qui demandent plus d'attention, d'assistance et de soins et qui obligent les services à se préparer à de nouvelles tâches. Beaucoup de pays connaissent une séparation systémique entre le système de la santé et le système social et ses conséquences voire même ses difficultés au niveau de la communication entre les professions médicales et les professions sociales et celles pour les soins. Les structures

d'organisation concrètes des systèmes d'aide et de soins dans chaque pays se différencient cependant les uns aux autres et influencent la méthode adoptée par le concept même du Case Management.

Afin de faire connaître et de faire comprendre ces contextes nationaux et leurs caractères conceptuels, le projet débuta par un workshop en février 1999, ce qui permit l'échange des conditions nationales entre les pays concernés ainsi qu'une meilleure compréhension générale.

Dans le cadre du projet de coopération, chaque pays participant devait choisir un ou deux exemples concrets en rapport au projet et, au travers de cet exemple, rendre distinct si oui ou non le projet avait été compris au niveau national. Pour préparer l'étude de ces projets un schéma d'évaluation a été élaboré et discuté au préalable avec les participants du workshop. Objectif de l'évaluation : une analyse instructive concernant les méthodes utilisées et les expériences nationales accumulées dans le domaine du Case Management pour les personnes âgées. Cette analyse va permettre la transmission d'idées supplémentaires et l'amélioration du développement, au niveau international, de solutions aux problèmes rencontrés et de structures productives et optimales.

Les mois suivants, les évaluateurs ont examiné les projets choisis et des entretiens ont eu lieu avec les Case Managers. Le déroulement concret du Case Management leur fut expliqué à l'aide d'exemples de cas précis. Les rapports nationaux des évaluateurs furent envoyés à l'ISG entre août et octobre 1999. Le présent rapport de l'ISG montre une évaluation intégrée de chaque rapport national (partie 2), il présente les principaux traits de chacun de ces rapports sous forme de résumés (partie 3). D'après toutes ces données, il émet des recommandations pour la poursuite du développement conceptuel et pour l'implantation dans la pratique du Case Management (partie 4).

2. Evaluation intégrée des rapports nationaux

Concept d'évaluation

L'intégration à l'échelle internationale des expériences de Case Management ne doit pas se limiter à un *discours de spécialistes*, mais intégrer les *expériences concrètes* des divers projets de Case Management déjà implantés. En outre, un ou plusieurs projet(s) expérimentant depuis déjà longtemps le Case Management seront choisis à l'échelle nationale. Les évaluateurs nationaux avaient pour tâche de se rendre dans la cellule de Case Management et de prendre contact avec elle personnellement. Cette cellule devait alors être décrite pour la future étude (exemples de structure). Ensuite, la procédure de consultation devait elle aussi être décrite à l'aide d'exemples de Case Management pratiqués à des personnes âgées (exemples de clientèle)

La comparaison de différentes unités de Case Management se base sur quatre axes principaux:

- (a) Quel est le contexte du Case Management? (conditions générales)
- (b) Qui travaille dans les unités de Case Management, et dans quelles conditions? (personnel et équipements)
- (c) Comment et avec quels instruments les unités de Case Management fournissent-elles leurs résultats? (méthode)
- (d) Qu'accomplit le Case Management? (profil de productivité)

Ces questions ont été retravaillées en détail avec les évaluateurs sous forme d'un schéma d'évaluation comportant les aspects suivants:

(a) *Le contexte national*

- Comment décririez-vous la situation, dans votre pays, des personnes âgées nécessitant des soins ? *(rédigez quelques lignes sur la situation démographique et sur l'infrastructure des soins)*
- Comment le Case Management est-il compris par les personnes âgées dépendantes dans les discussions nationales et professionnelles, et sous quelle forme se présente-il dans la pratique?
- Quel est le poids du Case Management dans la planification politique des structures d'aide et de soins destinées aux personnes âgées ?

(b) *Les conditions structurelles préalables: qualification des collaborateurs, ressources techniques et structures des organismes de tutelle*

- Combien de personnes participent au Case Management?
- Quelles sont leurs qualifications?
- Sous quelle forme pratiquent-elles une répartition du travail et des réunions d'équipe?
- Dans quelle mesure des bénévoles participent-ils au Case Management et pour quels domaines d'activités sont-ils employés?
- Quels sont les moyens techniques utilisés (équipements de bureau, informatique, téléphone et répondeur, etc.), et quelles sont les ressources (matériels, locaux) dont dispose le Case Management?
- De quelles ressources financières faut-il disposer pour implanter un Case Management de qualité?
- Quelles sont les heures auxquelles il est possible de joindre par téléphone l'unité de Case Management? Et quelles sont les heures d'ouverture des services de consultation individuelle?
- Quel est l'organisme de tutelle dont relève le Case Management? Quelles sont les institutions auxquelles il est affilié?
- Ce lien institutionnel a-t-il une incidence sur ses activités principales?

(c) *Méthodes*

- Sous quelle forme l'appréciation ("assessment") socio-culturelle ainsi que sur les soins et sur l'état de santé du client est-elle effectuée afin de connaître les besoins concrets en soins et en aide du client ainsi que le contexte dans lequel il vit?
- Quels sont les instruments utilisés dans l'évaluation ("assessment")? (*A annexer au rapport*)
- Quelles méthodes sont utilisées au cours de la consultation et quels sont les aspects pris en compte?
- De quelle façon recense-t-on le système d'aide local (organismes de soins, réadaptation gériatrique, soins de jours, soins de courte durée, assistance médicale et clinique, possibilités d'un service de logements, places en maison de retraite, etc.)? Ces capacités font-elles l'objet d'un traitement informatique et sont-elles mises à jour régulièrement?
- Les expériences de l'unité de Case Management (par exemple, les capacités trop faibles ou trop grandes existantes dans les divers domaines du système d'aide) sont-elles prises en compte lors de la planification des structures de soins?
- Comment établit-on un plan d'aide individuelle en tenant compte de la situation du client et des ressources existantes?
- Ce plan est-il réexaminé à l'issue d'une période de temps déterminée, de manière à vérifier quels sont les objectifs qui ont été atteints et ceux qui ne l'ont pas été, et de voir quelles sont les parties du plan d'aide à modifier?
- Quelles démarches doivent être entreprises afin de procurer au client les prestations d'assistance nécessaires?
- Dans quelle mesure le client ou les membres de sa famille peuvent-ils intervenir au niveau de la planification et de l'organisation des prestations d'aide?

(d) *Profils de productivité et résultats du Case Management (on se servira éventuellement des exemples de cas de clientèle)*

- Comment une personne peut-elle continuer à vivre chez elle de façon indépendante après une hospitalisation ou une détérioration subite de son état de santé?
- Quelles mesures peut-on prendre (organisation d'une aide ménagère, intervention auprès d'un organisme de soins, modifications techniques du logement, aide lors du déménagement dans un centre de soins ou autre)?
- Quel besoin concret en aide ou en soins le client a-t-il?
- Quelles sont les structures familiales ou de voisinage pouvant l'aider?
- Quelles ressources professionnelles et bénévoles peuvent contribuer à un soutien?

- De quelle manière peut-on combiner les ressources familiales, de voisinage, professionnelles et bénévoles afin d'organiser une aide conforme aux besoins tout en tenant compte de la situation sociale et des conditions de logement du client?
- Quelles démarches concrètes sont nécessaires afin d'obtenir tout un ensemble de prestations adaptées à l'individu?
- Les propositions élaborées par le Case Management avec l'estimation subjective du besoin par le client, sont-elles conformes à ses attentes ou existe-t-il des problèmes qui doivent être résolus lors d'un entretien?
- Quelles structures locales de soutien sont disponibles, comme l'encadrement en matière d'habitat, le lien avec les hôpitaux, l'approvisionnement en soins près du domicile, etc.?
- Quels acteurs sociaux sont actifs dans le domaine des soins (par ex. organisations de bienfaisance, organismes privés, organisations bénévoles, structures municipales ou de l'Etat)?
- Quelle est l'importance des conditions de logement, de la famille et de la situation matérielle des personnes âgées pour trouver des solutions répondant aux besoins?

Les rapports des projets de chaque pays concerné se sont plus ou moins tenus dans leur réalisation à ce schéma d'évaluation – tous les aspects n'étaient pas transposables dans les projets choisis. L'évaluation intégrée des rapports d'évaluation nationaux prévue ci-dessous s'oriente cependant à ce schéma.

2.1 Le contexte national

Schéma de la situation démographique et de l'infrastructure des soins

Structure de la population âgée

La structure démographique est très différente d'une région ou d'un pays à l'autre: dans certaines régions la part de la population âgée est très élevée (Dans l'Emilia-Romagna les personnes de plus de 60 ans représentent 26% de la population totale) et dans d'autres pays participants la part de la population âgée n'est que faiblement remarquable (p.ex. Israël 9% des plus de 65 ans). En considérant tous les pays, on remarque une tendance à la hausse du nombre des personnes âgées (Sabadell/ Espagne: la part des plus de 65 ans est passée de 13% en trois ans à 16%; Autriche : augmentation prévue des plus de 85 ans jusque en 2030 de 100%). Dans tous les pays participants, la prise en charge des personnes âgées est considérée comme un problème urgent, seul le développement dans le temps, nécessaire pour résoudre ce problème, se déroule différemment.

Migration

Les problèmes de migration sont importants à différents échelons. Alors qu'en Allemagne le groupe de la population migrante âgée est peu important, en Israël il forme un courant important, d'où la rencontre de problèmes linguistiques et d'intégration culturelle avec les clients. La culture des personnes âgées immigrantes est différente de celle des résidents, de plus leur niveau scolaire est très souvent faible et elles sont méfiantes vis à vis de tout ce qui est nouveau.

Systèmes d'approvisionnement dans le secteur de la santé et du social

Un problème de base est apparu dans presque tous les pays participants, il a d'ailleurs joué un rôle important dans le développement du concept même de Case Management : le problème de la division entre le système en matière de santé et le système social (l'assistance sociale). Ce problème apparaît surtout dans les pays de l'Europe du sud et de l'ouest ainsi qu'en Israël¹. Les descriptions concrètes des projets montrent que leur situation initiale a été influencée par le travail des employés appartenant à ces deux secteurs. Le Case Management est par conséquent utilisé dans ce contexte pour atteindre une progression du projet plus coordonnée. Le succès dû au travail des unités de Case Management dépend aussi de leur réussite à fournir un travail intégré.

Un tout autre système d'assistance pour la santé et pour le social se trouve dans les pays scandinaves, dans lesquels le financement des systèmes d'assistance s'effectue pour la plupart du temps par des impôts et a engendré la création d'une structure unique au niveau municipal.² De même, les bases de la politique sociale du Royaume-Uni sont différentes en particulier les fonctions et l'origine du « Care Management ». Dans ce projet, la forme choisie pour l'organisation des services ne résulte ni d'une mauvaise coordination ni d'un manque de transparence des systèmes d'assistance, mais d'une expérimentation, *en fonction des budgets disponibles*, pour élaborer des « paquets » de services les plus coordonnés possible.³

¹B offre une étude comparative des différents systèmes de santé et d'assistance sociale ainsi que les structures s'y rapportant. Schulte, Aides aux personnes âgées en Europe, Publications du Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Bd. 132.1, Stuttgart 1996, en particulier p. 141 et suivantes.

² Dont l'intégration au projet, ci-dessus noté, a échoué parce que les prises de contact effectuées au niveau national n'ont pas été transmises aux municipalités responsables des Aides aux personnes âgées.

³Voir Schulte, Aides aux personnes âgées en Europe, au point déjà cité. 108 et suivantes.

Compréhension et formes du Case Management

Compréhension du Case Management

Il faut tout d'abord comprendre ce terme de « case » non pas comme une appellation décrivant le client mais décrivant une situation critique pour laquelle d'autres formes d'aide doivent être mobilisées. Ce n'est donc pas une personne mais une crise qui doit être « managé ».

La définition du Case Management est relativement identique dans chacun des rapports. En Espagne, le « Case Management » est considéré comme un service coordonnant tous les services d'aide pour les personnes âgées dépendantes et leur famille et dans lequel les services adaptés aux besoins requis des personnes sont organisés et leurs coûts contrôlés. En Israël, le Case Management est considéré comme une méthode « multidimensionnelle » ayant des fonctions de management, de coordination et médicales. « Pour l'Allemagne, le Case Management s'intègre à un contexte de changements réformateurs ayant pour but l'amélioration des services de coordination et de connections ainsi que d'approvisionnement (en aide et/ ou en soins), et d'obtenir une meilleure efficacité des prestations de services aux citoyens ainsi qu'une participation plus active des citoyens pour surmonter les divers problèmes sociaux » (Land Baden-Württemberg). La définition du Case Management des autres évaluateurs se dirige également dans ce sens.

Une définition du Case Management ne doit cependant pas être restrictive, elle doit rassembler toutefois toutes les formes possibles de Case Management. Elle doit :

- nommer comme but du Case Management la possibilité de suivre un style de vie "non dépendant" pour les personnes âgées,
- cerner les fonctions du case Management (médicales et socioculturelles) c.a.d. l'assessment, la planification d'aide, le placement d'aides, l'évaluation et l'adaptation nécessaires au plan d'aide,
- prendre en compte les situations spécifiques de chaque client (comme par exemple la sortie d'hôpital, l'augmentation des besoins en aide privée, jusqu'à même exiger l'entrée en centres de soins pour des personnes âgées non dépendantes, afin d'empêcher toute négligence),
- clarifier la différence entre Case Management en tant que procédé et Case Management en tant que structure organisatrice,
- rendre clair la relation au niveau de l'organisation du Case Management (dans les communes, dans les hôpitaux, en tant que cellule autonome d'information, dans les services d'aide au logement etc.) .

Mise en place pratique du Case Management

Ce qui est en outre différent, ce sont les méthodes de mise en place utilisées, on rencontre ici de nombreux modèles et variantes. D'une part, le développement initial des diverses structures est différent : les exemples du Case Management regroupent un Case Management bénévole (dans les exemples romans), mais aussi un Case Management comme engagement à mi-temps (dans plusieurs cellules), et même un Case Management basé une compétence importante du personnel en tous domaines et résultant d'un travail d'équipe interdisciplinaire (Espagne). D'autre part, le rattachement du Case Management aux systèmes d'assistance diffère selon si ces systèmes sont encore à l'épreuve ou s'ils en font partie intégrante (Royaume-Uni, Emilia-Romagna). Dans les pays où le système de santé et celui des affaires sociales n'ont pas de structures communes, la localisation du Case Management signifie qu'aussi bien la fixation de points forts que la détermination de problèmes lors de l'assistance doivent être établies dans l'un de ces deux systèmes tout en restant en rapport avec l'autre système.

Position du Case Management dans la planification politique des structures d'aides et de soins aux personnes âgées

Le Royaume-Uni est le « pays-pionnier » à avoir développé des concepts de Case Management. C'est grâce à la loi du « National Health Service and Community Care Act » que le concept de Case Management a été déterminé dès 1993. Peu de temps après, à la fin de l'année 1993, le Case Management a été intégré au système standard d'approvisionnement italien dans la région Emilia-Romagna, par la loi « Tutela e valorizzazione delle persone anziane. Interventi a favore di anziani non autosufficienti ». L'assurance-dépendance du Luxembourg, mise en place depuis le début de l'année 1999, est également obligée de passer par un Case Management ; cependant, l'expérience pratique accumulée doit d'abord prouver, si la responsabilité pour la mise en service de soins correspondant aux besoins requis est vraiment intégrée au vaste processus de Case Management, ou bien si tout cela ne reste qu'un contexte théorique (comme il en a été rapporté d'Israël et comme l'Allemagne peut le confirmer par l'expérience acquise avec l'assurance-soins allemande).

Dans les autres Etats, une loi sur le Case Management est loin d'être établie ; La position socio-politique de ce concept est rendue toutefois distincte grâce aux programmes gouvernementaux pour le développement d'un tel concept.

- En Belgique , la tradition d'encourager les modèles de Case Management est très importante: le projet s'y rapportant est celui d'un « référent hospitalier chargé de garantir la continuité des soins » (1998-1999). C'est le troisième projet-modèle de toute une série qui débuta par un projet intitulé « Case Management et soins hospitaliers pour des patients psychogériatriques et leur famille » (1994-1996) et s'en suivit du projet de « Case Management dans les institutions hospitalières belges »

(1996-1998). Un dernier projet concernant uniquement le secteur ambulatoire est déjà prévu (1999-2000).

- Dans le Land Baden-Württemberg (Allemagne), le développement du Case Management est issu de deux lignées traditionnelles : d'un côté des bureaux ont été créés « pour l'information, le démarrage, et la transmission » chargés de conseiller et de soutenir les personnes dépendantes et leur famille; de l'autre l'engagement des citoyens dans plusieurs programmes-modèles a été encouragé et soutenu. Le projet de Case Management, présenté dans le rapport national, allie les éléments de ces deux lignées.
- Dans le Land Hesse (Allemagne), tout un secteur de bureaux de consultations et de coordinations a été créé depuis 1998 grâce au soutien et à l'encouragement du Land et de ses communes. Le projet-pilote précédent « une équipe pour les affaires sociales et ergothérapeutiques » avait été créé dans la région du nord entre 1993 à 1996, il mettait les éléments du Case Management encore à l'épreuve.
- En Espagne, différents programmes, surtout en catalogne « Vida a los Anos » (Vie joyeuse, 1986), ont été créés en faveur des personnes handicapées et celles atteintes de maladies chroniques. Ces programmes concernent premièrement les personnes âgées et complètent les aides ponctuelles données jusqu'ici par les hôpitaux ou par les maisons de repos et de soins etc., et intègrent ce qu'il n'y avait pas jusqu'ici à savoir les aides intégrées médicales, sociales et familiales à domicile. Leur but est d'un côté d'offrir des aides suffisantes et satisfaisantes et de l'autre d'éviter ou de retarder les entrées en institutions et de créer des centres de santé pour personnes dépendantes et pour celles nécessitant des aides.

Il est important de savoir si le Case Management fait partie intégrante des règlements pour l'assistance (comme p.ex. en Angleterre et dans l'Emilia-Romagna ; en Belgique et dans la Hesse dont c'est peut-être bientôt le cas), ou s'il est encore à l'épreuve en tant que projet-modèle (comme c'est le cas p.ex. à Innsbruck, à Rome et à Hambourg). Plus le Case Management est intégré dans la structure de prise en charge globale, plus il est accepté et utilisé par les coopérateurs (le rapport espagnol compare dans ce sens deux modèles différents qui le montrent bien).

2.2 Conditions structurelles : qualifications des employés, ressources techniques, structure de l'assistance

Nombre d'employés pour le Case Management

Les projets évalués de Case Management se différencient au niveau culturel les uns des autres par le type de cellule/ d'unité qu'ils forment, soit ce sont des cellules de travail indépendantes, soit elles intègrent une équipe. La question sur le nombre et la qualification des Case Managers se rapportent, dans le cas d'un Case Management autonome, à tout le personnel, dans le cas contraire aux tâches effectuées par chaque coopérateur.

En observant de plus près les capacités offertes en personnel par le Case Management, on remarque qu'elles ne sont que peu importantes. Les capacités suivantes en personnel ont été rapportées :

- Une employée à mi-temps (20 heures par semaine) travaillant dans une cellule autonome de Case Management (le Land Hesse, Allemagne) ou dans une clinique (la Belgique) est responsable du Case Management.
- Une Case Managerine (à plein temps) peut avoir en plus recours à 20% du travail des assistants-sociaux, qui s'occupent sinon régulièrement d'actions ambulantes dans les quartiers (Autriche).
- Deux Case Managers (un employé de formation générale et un spécialiste en psychiatrie) sont à la disposition de 40 habitants 24 heures par semaine, dans un projet de service au logement/ résidence-service (les Pays-Bas). Dans la même lignée, deux employés ne travaillant que 10 heures par semaine et n'ayant à leur charge que 15 clients gèrent le Case Management (l'Israël : l'assurance-dépendance israélienne actuelle prévoit un seul Case Manager pour 350 cas, ce qui serait contraire à un Case Management de qualité).
- Une équipe de six personnes qualifiées (ainsi que les personnes responsables de l'administration) est responsable de tous les aspects médico-sociaux divers du Case Management (avec une capacité de travail d'environ 10% du temps de travail) et de tous les services en résultant (l'Espagne).
- Plusieurs institutions se partagent dans un projet-pilote la totalité du processus, deux Case Managers (une assistante-sociale et un(e) aide-soignant(e) à domicile) sont responsables de 200 cas précis (à Rome, en Italie).

La capacité en personnel utile au Case Management dépend surtout des cellules en place. Elles sont rattachées en effet à la structure globale d'approvisionnement et au nombre de secteurs ayant des responsabilités pour le Case Management. Dans la région italienne Emilia-Romagna, il existe de nombreuses cellules de Case Management (fonctionnant en général grâce au travail d'assistants-sociaux), elles font toutefois appel à des institutions spécialisées (Cellule d'évaluation gériatrique, UVG) pour gérer les personnes nécessitant une aide. Dans ce cas, comme dans celui de Rome, plusieurs institutions rentrent en ligne de compte durant tout le procédé de Case Management.

Indirectement, on peut comparer ces pratiques à celles du Luxembourg : durant l'introduction de l'assurance-dépendance, une cellule d'évaluation et d'orientation avait été créée, dans laquelle le Case Management y est entièrement intégré. Seize personnes travaillent dans cette cellule et ont différentes qualifications. Le travail de ces personnes ne concerne tout d'abord pas le Case Management, mais dans la phase initiale de l'assurance-dépendance, elles sont responsables de la détermination des besoins des habitants du Luxembourg nécessitant des soins et en ayant fait une demande.

Qualifications nécessaires

En Espagne et au Luxembourg, toutes sortes de formations et de qualifications sont représentées dans le Case Management. Dans la plupart des autres pays toutefois,

une compétence sûre en matière d'affaires sociales est principalement demandée, s'ajoutant aux connaissances professionnelles d'ordre général (formelles) et d'ordre personnel (informelle).

- Dans certains projets, les Case Managers doivent avoir à leur acquis plusieurs formations. Dans le Land de la Hesse (Allemagne), les Case Managerines doivent avoir un diplôme de pédagogue sociale et un autre d'infirmière, en Autriche ce sont des personnes diplômées pour fournir des soins infirmiers avec une formation complémentaire en pédagogie sociale. Elles sont en outre expérimentées dans l'aide aux personnes âgées ambulante ou institutionnelle (expériences professionnelles ou stages pratiques), certaines ont même acquis de l'expérience dans les cellules de consultation et ont des compétences dans le domaine social.

Le rapport israélien, par exemple, nomme avec beaucoup de détails les connaissances professionnelles et personnelles requises : les Case Managers sont des assistants-sociaux se devant de :

- Connaître les besoins du groupe ciblé
- Connaître les offres d'aide et de soins se rapportant aux besoins de ce groupe
- Connaître les moyens (financiers ou autres) de soutien offerts par les communes
- Avoir une coopération étroite avec ceux donnant des soins ou aide, avec les agences bénévoles et avec les services municipaux
- Etre informé et expérimenté sur les possibilités de médiation dans des situations de besoins complexes
- Avoir une connaissance générale sur les services d'aide aux personnes âgées ainsi que leurs règlements officielles.

Dans certains projets, les compétences professionnelles demandées se regroupent en une seule et unique personne, tandis que dans d'autres, elles sont partagées au sein d'une équipe engagée et pluridisciplinaire s'occupant de tout le déroulement du Case Management. Mise à part cela, dans de nombreux rapports, les compétences personnelles et sociales des Case Managers sont mises en avant et prennent une grande valeur. (p.ex. : l'Autriche, l'Israël, le Land Hesse).

Répartition du travail et réunions (meetings) d'équipe

Dans les projets de Case Management fonctionnant par équipe, les tâches à effectuer ont été clairement définies et réparties au sein de l'équipe. Les sessions de meetings ont, par contre, différents buts, elles permettent soit l'échange d'expériences pratiques, soit l'élaboration de projets ou plans en rapport au Case Management (comme par exemple, l'élaboration du plan d'aide).

- En Espagne, l'application des aides prévues et l'élaboration du plan d'aide sont réalisées lors d'une réunion d'équipe grâce à un assessment basé sur la répartition du travail (au plus tard un mois après la première visite). L'élaboration du plan

d'aide italien s'effectue également lors d'une réunion d'équipe journalière, régulière et interdisciplinaire.

- Au Luxembourg et en Autriche, des réunions de travail sont organisées régulièrement durant lesquelles des cas ou des thèmes complexes sont présentés en tant qu'exemples et discutés. Durant ces réunions, chacun s'assure de savoir si les personnes nécessitant des soins ou ayant des besoins précis trouvent réponses à leurs problèmes et si elles sont traitées (ou soignées) avec interdisciplinarité.
- Les réunions hebdomadaires de Case Managers, résidant dans différentes villes, permettent elles au contraire un véritable échange de connaissances (comme c'est le cas en Autriche). Les réunions ayant lieu toutes les deux semaines avec les coopérateurs des services sociaux d'aide aux personnes âgées permettent de résoudre et de discuter des problèmes liés à l'organisation ou à autre chose (comme c'est le cas en Israël).

Ces réunions d'équipes se différencient et s'ajoutent aux réunions et rencontres régulières avec les autres institutions (p.ex. visites dans les hôpitaux et les maisons de soins journalières, participation aux conférences régionales sur les services de soins).

Intégration d'employés bénévoles

En ce qui concerne l'intégration des employés bénévoles ou volontaires, de grandes différences se remarquent entre les multiples exemples de Case Management. Dans de nombreux projets, il existe une coopération avec les organisations bénévoles existantes :

- A Haïfa, il existe une coopération étroite avec un « Volunteer Assistance Center » : les Case Managers sont chargés de former les bénévoles et de leur donner des conseils ou des renseignements sur les personnes dépendantes (Israël).
- En Espagne à Sabadell, des assistants bénévoles sont également intégrés aux services de visites pour personnes âgées, si celles-ci souffrent d'isolement grave, et aux services d'accompagnements pour les accompagner : jusqu'aux clubs de troisième âge, chez les médecins ou jusqu'aux institutions administratives.
- C'est dans le projet de Case Management du Land allemand Baden-Württemberg que les bénévoles sont le plus intégrés, suite à la lecture des autres exemples de Case Management. Dans ce Land, les bénévoles ont des tâches bien définies à effectuer : créer des points de rencontre pour personnes âgées, les renseigner sur les possibilités de logement, renseigner les familles sur les malades atteints de démence, renseigner les familles soignantes sur les services de soins et toutes les possibilités offertes aux patients ce qui les décharge un peu.

Dans tous ces cas, les assistants bénévoles effectuent des tâches suppléantes aux services de soins professionnels. Ces services ne pourraient pas, en règle générale, être financés et n'existeraient pas si ces personnes ne fournissaient pas un tel engagement. En outre, le rapport du Baden-Württemberg présente les services offerts par ces bénévoles comme des small-talks. Ce sont des entretiens simples et confidentiels

avec les personnes âgées qui permettent de mieux connaître et comprendre les problèmes liés aux services de soins professionnels (comme par exemple le fait qu'ils peuvent être accablants et ne les satisfont pas suffisamment). Cette fonction, plutôt critiquée, représente un service autonome ne dépendant justement pas de structures professionnelles.

Les bénévoles ne sont toutefois pas intégrés dans tous les projets de Case Management. En Autriche actuellement aucun bénévole du *Sprengel* ne participe au Case Management puisqu'aucune structure d'organisation n'existe. Dans l'exemple du Land allemand la Hesse, l'apport et la formation de bénévoles sont considérés comme des tâches secondaires pour lesquelles il n'y a en ce moment pas suffisamment de temps disponible. Dans ces deux exemples, une intégration d'aidants informels est prévue, si ces personnes font partie de la famille ou du voisinage du client. A l'avenir, une intégration de bénévoles devrait être plus systématique. En Italie, au Luxembourg et aux Pays-Bas les bénévoles ne sont pas systématiquement intégrés à la structure d'assistance.

Les moyens matériels et les locaux disponibles

Les ressources matérielles présentes, que ce soit en bureaux ou en moyens techniques ne peuvent pas être comparées dans leur totalité. La plupart du temps, les bureaux disposent d'un téléphone et d'un répondeur (qui sont utilisés parfois par deux employés). Les projets de Case Management en Autriche et dans le Land allemand la Hesse disposent cependant de bons atouts :

- La Case Managerine de la Hesse dispose d'un bureau (de 18m²) meublé avec un téléphone, un répondeur et un ordinateur. Elle a également accès à un fax et à un copieur. Pour effectuer les visites, elle utilise une voiture de service.
- A Innsbruck, les Case Managerines disposent d'un téléphone, d'un répondeur, d'un fax, d'une adresse e-mail et d'un portable. Elles disposent également d'un ordinateur avec accès à un « réseau d'information sur la santé » donnant des renseignements sur les moyens et les capacités dans le secteur des services ambulants ou des institutions (accès possible lors des entretiens avec les clients). Elles utilisent également des voitures de service.
- Au Luxembourg et à Rome les Case Managers disposent de laptops pour enregistrer les données et pour l'évaluation à domicile.

Le rapport israélien fait au contraire rapport de moyens techniques et de places insuffisants : pour deux Case Managers un seul bureau avec un téléphone et un répondeur, comme les raccordements téléphoniques sont insuffisants, il doit être fait appel à la structure municipale « Volunteer Assistance Center ». Il y a certes des ordinateurs pour les affaires administratives et les données de bases des clients, mais aucun ordinateur pour les Case Managers (c'est pourquoi les données de bases sont traitées séparément du procédé d'informations du Case Management).

Les heures de disponibilité personnelle et téléphonique

Quand une décision rapide sur les possibilités d'assistance est à prendre, on fait souvent appel au Case Management dans des situations critiques ; le Case Manager se doit de ce fait d'être toujours accessible afin d'assurer l'efficacité du Case Management. Il faut toutefois différencier un appel provenant et traité par l'intermédiaire d'un répondeur ou d'une centrale téléphonique, de celui ayant été traité autrement, p. ex. dans le cas d'informations ou de renseignements donnés personnellement par téléphone.

- Dans quelques projets le Case Management ne représente qu'une partie d'un vaste réseau de renseignements. En Espagne, le centre social et pour les soins est ouvert de huit heures du matin à huit heures du soir, un centre d'appels urgents prend ensuite le relais. Dans le service au logement de Nieuw Doddendaal (aux Pays-Bas) les appels sont d'abord reçus par une centrale téléphonique qui est accessible de neuf heures du matin à onze heures du soir. Dans les deux cas, des informations d'ordre général sont transmises et des rendez-vous avec les Case Managers sont pris.
- Les cellules de Case Management ayant des heures d'ouvertures fixes font preuves de plus de disponibilité, surtout si les Case Managers peuvent être contactés directement par téléphone ou personnellement. Ceci impose évidemment une capacité en personnel très importante. En Israël, le bureau de Case Management est ouvert de huit heures du matin à trois heures de l'après-midi et une fois par semaine jusqu'à six heures du soir ; En plus, un Case Manager peut toujours être joint par téléphone en cas d'urgence.
- Le Case Management ressemble à tout autre chose quand, comme p. ex. dans le Land allemand la Hesse, la Case Managerine doit effectuer son travail tout seule (en tant qu'employée à mi-temps) et sans l'aide d'un bureau disposant d'heures régulières d'ouverture. Il est certes également possible de prendre contact avec la cellule de Case Management (grâce au répondeur), mais il est impossible de prendre contact directement avec la Case Managerine ; celle-ci s'occupe essentiellement de visite à domicile, ne lui laissant que peu de temps pour avoir des heures régulières de rendez-vous.

Lorsque l'accès au processus de Case Management est dirigé « institutionnellement », c.a.d. lorsque les clients, correspondants à certains critères, sont directement en contact avec le Case Manager dans le cas de : entrée en hôpital (Belgique), de demande d'entrée en maison de repos (plusieurs exemples hollandais) ou de demande pour des prestations de soins (Luxembourg). Dans ces cas là, l'accessibilité ou la disponibilité n'est pas significative.

Les organismes de tutelle et le financement du Case Management

Les organismes responsables et le financement du Case Management sont en général liés. Plusieurs variantes existent. Le Case Management peut être financé soit entièrement par l'état (ou par les cotisations à l'assurance-dépendance), soit par une forme de financement-mixte, soit enfin par des cotisations payées par les clients eux-mêmes. Voici quelques exemples typiques :

- Des modèles de financement purement gouvernementaux se trouvent en Autriche (financement par le Land et par la ville), le même phénomène se rencontre en Espagne (financement par la « comunidad » et par la ville).
- Dans les formes de Case Management, où l'assurance-dépendance est chargée de renseigner sur les services d'aide et de les mettre à disposition du client, elle est aussi la représentante des cellules d'évaluation et/ ou de consultation (p.ex. Luxembourg, Israël, Allemagne). Dans ces cas là on peut se demander si une classification des besoins en soins est prévue ou si le Case Management va continuer à être traditionnellement utilisé par le biais du plan d'aide, des services de prestations et du contrôle de l'apport de ces prestations. (En Israël, cet aspect a eu pour conséquence la création d'un modèle de Case Management en supplément de l'assurance-dépendance déjà existante).
- Dans le Land allemand la Hesse, la cellule de consultation est financée par un regroupement d'institutions composé de prestataires de services (d'aides ou de soins), d'églises et de moyens publiques.
- Dans les Pays-Bas, le Case Management est financé par un « budget de prise en charge » remboursé ultérieurement par des montants forfaitaires qui reviennent de droit aux résidents.

Rattachement institutionnel et spécialisation du Case Management

Chaque modèle, présenté dans ce rapport, montre au niveau de l'organisation diverses formes de rattachements aux institutions concernées. Ces liens dépendent du degré d'autonomie des institutions. L'avantage d'un tel lien est la possibilité d'utiliser les moyens techniques de ces institutions, les structures déjà en place et de profiter de la « popularité » acquise. Des effets de synergie peuvent ainsi survenir. Les inconvénients par contre reposent sur le manque d'autonomie de certains Case Management en comparaison à d'autres services de renseignement. Les rapports nationaux ont présenté les formes suivantes de Case Management :

- Des cellules de consultations autonomes (Emilia-Romagna, le Land la Hesse)
- Rattachement à un centre de quartier municipal (Autriche, Espagne)
- Un centre de troisième âge ou un service ambulancier (Baden-Württemberg)
- Une gérance de l'assurance-dépendance (Luxembourg)
- Une administration municipale (Israël, Hambourg)
- Un hôpital (Belgique, Rome)
- Une maison de repos pour personnes âgées ou un service au logement (Pays-Bas)

Le rattachement à ces institutions influencent le nombre et le type des clients ainsi que les priorités du travail à effectuer. Certains projets se sont spécialisés quant au choix de leurs clients ou aux problèmes qu'ils doivent résoudre.

- Les cellules de Case Management institutionnelles, intégrées au sein d'une clinique, concentrent leur travail sur la transition entre une hospitalisation et les soins s'en suivant. Elles sont de ce fait toujours en contact avec les services ambulants et les familles des patients afin d'assurer une continuité des soins. Ce procédé est utilisé en Belgique, comme il a été présenté avec beaucoup de précision dans son rapport. (Choix du client et son suivi après une hospitalisation).
- Les exemples présentés par le rapport hollandais ont montré une spécificité quant au choix du client et aux différentes priorités de travail des cellules. Plusieurs projets de Case Management sont décrits et, pour la plupart, sont établis dans des maisons de repos et/ ou de soins pour les personnes âgées. Le choix des clients s'effectue alors lors de l'inscription de ces personnes aux services de soins dont elles nécessitent : dans ces cas là les alternatives aux offres de soins en institutions vont être étudiées attentivement. L'exemple présenté du centre de logement de Nijmegen est particulier dans le fait que le Case Management consiste à déterminer, pour certains résidents, les besoins spécifiques de ces personnes et les prestations en soins et/ en aides s'y rattachant (dans une phase transitoire entre une indépendance quasi totale à domicile et des besoins d'aide en institutions).
- Lorsque le Case Management se base et s'oriente sur l'assurance-dépendance, le choix des clients se fait alors selon leur degré de dépendance, soit directement (Luxembourg), soit indirectement (En Israël, où dans la phase initiale ces critères de choix furent pris en compte et par la suite la clientèle s'est diversifiée).
- Les projets de Case Management, travaillant dans des cellules indépendantes en coopération avec les services sociaux ou avec les services de santé de la municipalité, au niveau des services de quartier ou des centres du troisième âge, ne font pas de choix de clientèles si étroits (p.ex. en Autriche, Espagne, dans le Land la Hesse). Ces cellules de travail concernent tous les citoyens âgés nécessitant une aide et restant à leur domicile. Les projets de la région italienne Emilia-Romagna vont encore plus loin puisque le Case Manager sert d'escorte lors d'une entrée en institution ou en maison de repos ou autre.

2.3 Les méthodes de Case Management

Les instruments utiles à la réalisation de l'assessment

En règle générale, l'assessment se déroule au domicile des personnes concernées et sert à gérer principalement les aspects liés à leur santé et aux soins qu'elles nécessitent. Il s'occupe enfin également des aspects socioculturels. L'avantage lié à un questionnaire à domicile est, pour le Case Manager, la possibilité de rassembler en plus des informations habituelles d'autres données complémentaires (p.ex. il peut se faire une meilleure idée du logement dans lequel vit la personne et voir les relations qu'elle

a avec sa famille). Comme le montre les résultats des interviews effectués en Espagne ce type d'assessment est considéré comme positif par les Case Managers : la possibilité de voir directement l'endroit et la façon de vivre des clients est un atout important pour le Case Management.

Par opposition, les exemples suivants forment des exceptions, car l'assessment est effectué d'abord en clinique (Belgique, Rome) ou, comme au Luxembourg, à domicile par le médecin traitant lorsque le client n'est plus à même d'aller prendre contact personnellement avec une des cellules de Case Management.

L'assessment, réalisé au sein d'une équipe pluridisciplinaire (p.ex. en Espagne), gère tous les aspects du projet grâce à une répartition du travail. C'est le premier de ce type (non-médical). En Italie, une cellule de travail examine les cas les plus compliqués, elle agit sous la demande d'un Case Manager et se doit de formuler un avis sur le client concerné.

Les instruments utilisés pour le déroulement de l'assessment sont soit des questionnaires, qui pourront être par la suite analysés à l'ordinateur, soit des manuels de discussions pour entamer une discussion, dans lesquels l'essentiel repose sur des questions plus personnelles. (p.ex. dans le Land la Hesse). Les questions posées lors de ces discussions prennent souvent exemple sur les diagnostics médicaux ou psychologiques et sur les échelles de mesure des compétences de la personne dans la vie quotidienne (ADL , IADL). Selon les spécialités des Case Managers, l'accent sera mis sur différents aspects :

- En Italie, le Case Manager juge et examine l'état physique et psychique du patient, son logement et sa situation sociale et familiale. S'il juge nécessaire qu'une autre cellule doit effectuer un deuxième assessment, pour cause de besoins en aide supplémentaires, alors cet assessment aura lieu lors d'une deuxième visite. Un profil de capacité du patient est érigé et plusieurs barèmes y sont pris en compte.
- En Espagne, l'assessment se déroule en deux étapes : lors d'une première visite, les besoins requis pour le client vont être mesurés et définis et il va être informé sur le Case Management ; des informations de base vont être également rassemblées (p.ex. les données socio-démographiques sur le client, les personnes soignantes et les données concernant l'obtention de médicaments et/ ou d'accessoires d'aide). Au cours des visites suivantes, un assessment complet aura lieu et se fera par tous les membres de l'équipe spécialisée : le médecin évalue l'état médical ; l'assistante infirmière utilise des instruments pour déterminer les besoins, la capacité d'indépendance, les capacités cognitives et le risque de « Décubitus » ; l'assistante sociale se concentre sur la situation familiale et sociale, sur l'état du logement, sur l'urgence ainsi que sur la capacité du client et de ses proches à résoudre et/ ou supporter des problèmes et sur la gérance des données statistiques.
- L'assessment dans le Land la Hesse se déroule par l'intermédiaire seulement de la Case Managerine qui n'a que des fonctions informatives. Le fait que les proches du

patient soient présents ou non lors de sa visite n'a aucune importance. Son but est de se faire un avis concret sur les conditions de vie et sur les besoins spécifiques du patient. Lors de cette première rencontre, il est important pour elle de créer une relation de confiance avec le client et surtout de lui présenter et expliquer en détails le fonctionnement du Case Management. Ce dernier point est très important plus que dans les autres projets.

- Aux Pays-Bas, une visite au domicile du patient est effectuée avant que celui-ci ne rentre dans un centre de logement. Ce n'est qu'un service offert par ce centre dans le but de présenter et expliquer le fonctionnement du système d'assistance de Nieuw Doddendaal et de connaître les attentes du client. Après cette visite, la personne est placée sur une liste d'attente.
- Au Luxembourg, le degré de dépendance est établi d'après une expertise médicale du médecin traitant et du médecin de la cellule d'évaluation, en l'absence de la famille du client et selon les critères utilisés dans l'assurance-dépendance. Ensuite, à l'aide de cinq questionnaires standards, l'évaluation de la dépendance est effectuée. Le premier sert à évaluer l'état de santé, le deuxième à déterminer le cadre de vie général, les trois suivants servent à définir la dépendance du patient : l'un d'après le patient lui-même (en l'absence des membres de sa famille), l'autre d'après les membres de sa famille et le dernier doit être rempli par l'évaluateur.

Recensement des systèmes d'assistance locaux

Le recensement des réseaux disponibles offrant des prestations se différencie d'un projet à l'autre en raison des différentes relations créées avec les institutions concernées et des différentes orientations choisies.

- La cellule de consultation de la Hesse a, par exemple, un réseau de données et de coopérateurs venant de différents secteurs, celui-ci est très conséquent et résulte d'un projet initial intitulé « équipe sociale et ergothérapeutique ». Ce réseau de données (Datenbank) est irrégulier dans le temps, mais régulièrement actualisé (grâce à des rencontres avec les coopérateurs et les informations fournies par des groupes de travail de supérieurs/ cadres).
- Le projet autrichien s'aligne à cet exemple et le perfectionne grâce à son « système » de recherche faisant état des ressources disponibles. Dans ce système, auquel il peut être toujours fait appel (même pendant les entretiens avec les clients) par simple pression d'une touche du clavier d'un ordinateur, les capacités de travail des coopérateurs peuvent être ainsi exploitées. Les données y sont actualisées chaque semaine (bien qu'en ce moment, l'actualisation étant peu fiable des recherches téléphoniques la complète).
- Dans la région Emilia-Romagna, la coopération sur le réseau s'effectue bénévolement. C'est pourquoi le réseau en lui-même se différencie beaucoup suivant les régions, suivant les acceptations politiques des régions, l'organisation structurelle en matière de santé, la disponibilité des médecins traitants etc.

- Aux Pays-Bas, un contrat a été établi avec un « pool » de main-d'œuvre externe (AKP) qui assure les services de soins, d'approvisionnement et les services ménagers. Ce AKP est responsable du personnel qu'il embauche.

Prise en considération des expériences acquises et leur retentissement au niveau politique

Le Case Management a un effet secondaire remarquable sur le plan d'aide social, qui n'a joué initialement qu'un rôle secondaire. Dans la pratique, en effet, un « paquet de » prestations de services montre plus clairement les possibilités et les limites du système d'assistance que si celui-ci était expliqué par une autre alternative. Les valeurs prises en compte habituellement par les communes, pour gérer les offres de ces services, sont complétées par les observations judicieuses des Case Managers. Ils renseignent en effet sur la quantité, les inconvénients et la qualité de ces offres.

- Dans le Land la Hesse, par exemple, les lacunes de ces services sont prises vigoureusement en considération dans la planification politique. Il existe une étroite coopération avec l'assistante du plan d'aide pour les personnes âgées, ainsi qu'un échange d'expérience intensif au niveau politique, par le biais du regroupement des cellules de consultation et de coordination du « Landkreis ».
- Afin d'éviter un sous ou un sur-approvisionnement en aides, la cellule de Case Management, en Autriche, a intégré ses expériences acquises aux structures de soins en place. La Case Managerine peut ainsi, par exemple, créer une nouvelle structure d'assistance spécialisée pour les personnes mal-soignées ou laissées à « l'abandon ».
- L'évaluation du rapport israélien désigne les résultats du Case Management comme appartenant au « macro-niveau »: la coordination et la coopération entre les services prestataires et les services municipaux ont été améliorées, de même que la coordination de professionnels appartenant aux systèmes de santé ou d'affaires sociales. De plus, une meilleure flexibilité des prestations fournies ainsi que l'amélioration de leur qualité a été atteinte grâce aux contrôles. L'intégration de bénévoles, mais aussi des aidants informels a apporté une meilleure amélioration du système informel. Une garantie de qualité interne a été atteinte de même que de nouvelles techniques de développement en matière de communication.

Ce qui est important de voir, dans le rôle joué par le Case Manager, c'est que les informations qu'il apporte soient comprises et reconnues au sein du plan d'aide coordonné et du processus de Case Management. Celles-ci doivent être également intégrées systématiquement aux structures de planification et de direction.

Création du plan d'aide

La création du plan d'aide peut s'effectuer de différentes façons. Les problèmes suivants se posent : 1. Qui planifie l'aide ? 2. Dans quelle mesure les possibilités de réali-

sations sont prises en compte déjà dans la planification du plan d'aide ? 3. Des entretiens consultatifs et informatifs vont-ils avoir lieu durant cette planification ?

- Les personnes chargées de réaliser le plan d'aide sont, en générale, les mêmes qui se sont occupées de l'assessment (p.ex. en Italie, Autriche, Espagne, Israël, la Hesse). Aux Pays-Bas, le choix de la personne chargée de prendre un premier contact avec le demandeur pour un centre de logement étant libre, il se peut que deux personnes différentes se chargent d'un seul client.
- C'est pourquoi, il faut différencier l'élaboration et l'utilisation du plan d'aide. C'est ainsi que dans l'exemple de Rome, la physiothérapie a été jugée nécessaire. Son utilisation a été toutefois retardée par manque de personnel qualifié, il n'y avait pas de thérapeutes. Aux Pays-Bas, les mesures à prendre ainsi que les demandes particulières de certains clients sont prises en compte avant l'établissement d'un plan d'aide. Le Case Manager « s'assure que ces demandes concordent aussi bien que possible avec les offres de services disponibles ». Dans la Hesse, « les besoins requis et les buts à atteindre sont établis en fonction des moyens disponibles ». Leur utilisation est alors un moyen supplémentaire vers une meilleure indépendance du client.
- Dans beaucoup de projets, les souhaits des patients sont pris plus particulièrement en compte dans la réalisation de leur plan individuel d'aide (comme c'est le cas surtout dans l'Emilia-Romagna, en Belgique, aux Pays-Bas, à Hambourg et ailleurs). Dans la plupart des projets étudiés, la planification de l'aide est réalisée lors d'entretiens avec les patients. Au Luxembourg, la personne dépendante est intégrée à la réalisation du plan dans le fait que les mesures à prendre pour son bien, d'ordre professionnel ou non, vont être discutées et choisies, sans toutefois que la personne concernée soit présente.

Médiation des prestations d'aide

L'utilisation dans la pratique du plan d'aide ainsi établi dépend surtout de l'organisation du réseau des services d'assistance. A ce propos, le problème principal est de savoir si un seul prestataire s'occupe de fournir les aides planifiées ou si plusieurs, indépendants les uns des autres, doivent le faire. Ils peuvent être aussi soit rattachés les uns aux autres, soit offrir des prestations indépendamment.

- Dans l'Emilia Romagna et au Luxembourg, par exemple, il existe des réseaux de services prestataires auxquels le service d'aide aux personnes âgées (SAA) et la cellule d'évaluation peuvent avoir accès. Dans ces cas là le réseau peut être activé directement par les services cités ci-dessus ou par les personnes dépendantes.
- La cellule de consultation dans la Hesse exploite et coordonne une large panoplie logistique de toutes les offres auxquelles une personne nécessitant de l'aide peut avoir accès. Il n'existe aucun réseau spécialisé pour chaque besoin. Pour cette raison, de nombreux contacts doivent être créés afin d'utiliser dans la pratique le plan d'aide individuel établi. En outre, dans le cas où la personne est d'accord, la cellule

de consultation est autorisée à passer un accord avec aussi bien les prestataires de services qu'avec les institutions chargées du financement (caisse de soins, caisse de maladie, bureaux administratifs d'affaires sociales).

Les possibilités de codécision

Comme il a déjà été notifié, tous les projets prennent en considération, dans leur tâche à effectuer, les demandes spécifiques des personnes recherchant des services d'aide appropriés et des personnes dépendantes. Le droit de codécision lors de la planification et de l'organisation de l'assistance est très important dans la cellule de consultation de la Hesse et de Hambourg. Cette cellule permet, en effet, de bien s'y retrouver dans ce véritable « marché » aux services prestataires d'aide et aux possibilités de financement et/ ou dans les modifications de logement à faire. Elle représente certes une aide pour les personnes venues chercher conseils, mais elle n'est en aucun cas une obligation, puisque même sans elle les clients peuvent obtenir des prestations.

Il y a cependant des projets dans lesquels les personnes cherchant de l'aide ne sont pratiquement pas intégrées à la planification concrète ni à l'organisation de l'assistance. Les résident(e)s du centre de logement hollandais peuvent décider eux-mêmes des prestations qu'ils veulent. Cette possibilité prend une large place dans la planification. Toutefois, l'organisation de ces prestations se fait par le biais du Case Manager en accord avec les services de main-d'œuvre ci-dessus nommés (AKP). De même, en Italie, les demandes des patients sont intégrées à la planification, mais celle-ci de même que l'organisation se déroulent en l'absence du client.

A ce propos, il faut signaler la part plus ou moins significative du consentement et de la disponibilité à coopérer du client. Dans les projets de Case Management, présentés dans ce compte-rendu, il faut remarquer que le client se doit souvent de coopérer consécutivement et d'accepter les propositions faites par le Case Manager s'il veut obtenir des réponses et des résultats positifs, que ce soit depuis le début du projet, en passant par l'établissement du plan d'aide, jusqu'à la réalisation et l'utilisation de chaque mesure nécessaires. Dans les services d'aide très récents (comme p.ex. les établissements de soins journaliers), des problèmes de compréhension et d'acceptation sont rencontrés. Ces problèmes sont surtout présents de façon importante dans les pays s'occupant d'immigrants, dont les coutumes socioculturelles divergent (en Espagne), et/ ou des problèmes linguistiques sont rencontrés (en Israël).

L'évaluation

Chaque projet effectue une ou plusieurs évaluations de la situation globale, même si la manière de le faire diffère. Dans certains projets, par exemple, l'évaluation s'effectue par le biais d'un compte-rendu oral et d'un contrôle de la situation ainsi que d'un contrôle de la qualité des services fournis, tout cela se déroule à intervalles réguliers (reassessment, contrôle des buts atteints et la modification s'en suivant dans le plan

d'aide). Chaque remarque, chaque demande spéciale sont possibles et aussitôt intégrées au plan qui sera alors modifié (p.ex. en Israël, Espagne, Italie, dans la Hesse et aux Pays-Bas). Au Luxembourg, par contre, une nouvelle évaluation des besoins n'est réalisable qu'après un délai fixé de six mois, sous réserves des conditions habituelles.

2.4 Profil de productivité et résultats du Case Management

Les projets cités de Case Management peuvent présenter des différences au niveau de leur travail à accomplir, soit le Case Management n'est qu'un moyen pour soutenir les personnes (dans la Hesse), soit il permet un accès au réseau de prestataires (en Italie). Il y a enfin des autorités qui complètent le travail du Case Management en reconnaissant le droit aux prestations (Luxembourg).

Le déroulement du Case Management est globalement et concrètement à peu près le même dans tous les projets et contient les éléments classiques tels que l'assessment, la planification, l'utilisation pratique du plan d'aide, l'évaluation et la documentation. Les différences se situent au niveau du développement dans son contenu et au niveau de l'intensité de chaque phases de même qu'au niveau des conséquences pour la personne concernée.

Les exemples suivants décrivent divers possibilités de déroulements de Case Management et sont particulièrement appropriés pour montrer les différences des systèmes d'assistance.

Espagne

La procédure du Case Management espagnol met bien en évidence les infrastructures disponibles pour le « management » de l'assistance. Ces infrastructures incluent :

- *Premièrement* : l'accueil des clients,
- *Deuxièmement* : la place du client dans le programme de services d'aide, de soutien à domicile ou dans les services sociaux,
- *Troisièmement* : une première visite (celle-ci s'effectue par le biais d'un assessment complet dans lequel le client est classé selon ses besoins, les données personnelles de la personne dépendante sont enregistrées, le client va être informé, le besoin en médicaments ou en accessoires quelconques est établi.) ;
- *Quatrièmement* : une deuxième visite durant laquelle un important assessment va avoir lieu par tous les membres de l'équipe,
- *Cinquièmement* : une évaluation générale et la réalisation d'un plan d'aide,
- *Sixièmement* : une proposition de services requis et la présentation d'alternatives,
- *Septièmement* : des visites régulières à domicile effectuées par les professionnels durant lesquelles le client et sa famille vont être questionnés sur le succès ou pas des mesures d'aide fournies et si une modification est à prendre ou pas, ou enfin s'ils ont d'autres demandes à formuler ;

- *Huitièmement* : une rencontre des coordinateurs pour discuter, à intervalles pluri-mensuels, de cas précis et
- *Neuvièmement* : la fin de l'assistance pour cause de résolution du problème (ou changement d'institution ou décès).

Emilia-Romagna

La description du système d'assistance de cette région montre clairement deux structures caractéristiques : premièrement le Case Management représente un contact permanent pour les demandeurs d'aide et de leur famille en étant à leur disposition en cas de problèmes, de nouvelles demandes ou de changements dans leur situation de nécessité. Deuxièmement, le Case Management ne se limite pas, comme p.ex. en Espagne, qu'à l'entrée et la prise en charge en institution, mais il joue un rôle d'accompagnateur tout au long du processus d'assistance. Et si l'état physique ou moral du client s'améliore ou s'il le souhaite lui-même, le Case Manager essaye de lui permettre de rentrer vivre chez lui, en lui proposant des mesures de soutien adaptées.

- L'exemple étudié dans le rapport de l'Emilia-Romagna, l'hôpital ou les membres de la famille du concerné informaient la cellule de Case Management. Le Case Manager effectue d'abord un enregistrement des besoins requis. Ensuite, il fait une demande d'évaluation du demandeur d'aide au service prestataire d'aide (SAA) qui sera réalisée par l'autorité spécialisée dans l'évaluation de cas compliqués (UVG).
- Il s'ensuit une évaluation faite par l'UVG et l'élaboration d'un programme d'aide prévoyant, après un entretien entre le médecin traitant et le Case Manager, l'hébergement dans une maison de soins. A la suite de cela, le service prestataire (SAA) prévient les cellules visées. Le déroulement est observé et évalué et un plan d'intervention est établi.
- Si l'état de santé de la personne se dégrade, une nouvelle demande est faite. Le Case Manager s'occupe de nouveau de l'enregistrement de cette demande et va la faire suivre par l'UVG grâce à une nouvelle inscription. Il s'ensuit une nouvelle évaluation dans le site même de la maison de repos, ainsi que l'élaboration d'un nouveau programme d'aide. Le processus de distributions des prestations est démarré et de nouveau pris en charge par le SAA.
- Même au sein de l'établissement hospitalier, le client est suivi continuellement par le Case Manager qui contrôle les améliorations attendues de son état de santé grâce à un « monitoring ». Si le client souhaite retourner à son domicile, le Case Manager essaye de respecter ce souhait. Il refait un enregistrement des besoins et demande une nouvelle évaluation par l'UVG.

Il est facile de reconnaître que la manière et le moment de l'intégration, au processus de décision des diverses instances, sont parfaitement réglés et que dans la région Emilia-Romagna le chemin vers une entrée en institution n'est pas une impasse, mais, au contraire, que les demandeurs sont constamment accompagnés dans leurs recher-

ches. Enfin, les Case Managers permettent, si c'est possible et souhaité, un retour au domicile.

Israël

La séparation des tâches à effectuer en secteur de micro et de macro (tout comme la séparation entre le Case Management autrichien « interne » et « externe ») ainsi que leur différences flagrantes au niveau de la planification et de la réalisation des aides dans les secteurs d'encadrement et de soins, sont facile à voir dans les exemples présentés dans le rapport israélien.

Au niveau du secteur micro, l'amélioration des conditions de vie du demandeur est la principale ambition, alors qu'au niveau du secteur macro ce sont les conditions générales qui comptent. Grâce à cela, au niveau des services prestataires, des améliorations ont pu être observées dans la coordination et la coopération entre les prestataires d'aides et les services municipaux, dans la relation entre les systèmes de santé professionnels et les systèmes sociaux, dans la flexibilité des prestations fournies et enfin une amélioration qualitative a été atteinte grâce aux contrôles effectués. En plus, des bénévoles participent au processus et le système informel les aide et les soutient. Dans le secteur interne au Case Management, une garantie de qualité a été atteinte de même que de nouveaux moyens de communication.

Les descriptions d'exemples types (au niveau micro) montrent que souvent les problèmes principaux ne résident pas dans l'infirmité corporelle, mais dans les structures sociales utilisées et nécessaires au demandeur. Le secteur social est très souvent utilisé et intégré au système (p.ex. sous la forme de thérapie familiale). Dans les cas d'immigrants, il est nécessaire d'intervenir plus souvent afin de les aider à surmonter les difficultés liées aux nouvelles conditions de vie et de culture.

La Hesse

Dans le Land allemand la Hesse, une cellule de Case Management s'occupe exclusivement de services d'accompagnement pour la personne demandeuse. A la différence de la région italienne, c'est ici la Case Managerine qui effectue l'assessment et élabore un plan d'aide. Les aides à effectuer se rapportent aussi bien à la coordination des services qu'à la garantie des moyens de financement. En Allemagne, ce sont les caisses de maladie, les caisses de soins et les autorités administratives en affaires sociales qui prennent en charge, moyennant des conditions particulières, toutes les dépenses liées aux prestations d'aide, aux mesures de réorganisation etc. Pour avoir continuellement droit à ces prestations, des demandes doivent être faites auprès des services administratifs correspondants. Leur réponse sera directement envoyée aux demandeurs. Si les prestations s'avèrent insuffisantes ou si la demande a été rejetée, alors le demandeur doit faire opposition dans les délais donnés. Ils ne savent souvent pas à quelles prestations ils ont le droit et sont perdus dans toutes ces structures ad-

ministratives. Le Case Management semble alors être un bon moyen d'aide dans le processus de la demande et dans le contrôle du déroulement des aides fournies. L'exemple suivant montre combien l'intervention d'un Case Manager peut être importante :

Une immigrante, dont le beau-père vient juste d'emménager chez elle, prend contact avec la cellule de consultation . Il a déjà subi une attaque, souffre de problèmes gérontopsychiatriques et est totalement dépendant. La raison, pour laquelle cette femme a voulu prendre contact avec la cellule de consultation, est financière : une prestation légale, qui devrait lui revenir de droit, a été plusieurs fois rejetée par le bureau d'aide sociale. La Case Managerine a donc après s'être entretenue et en accord avec le demandeur pris contact avec la cellule concernée. Il en ressortit une méconnaissance des règles en affaires sociales de l'employée qui d'autre part était antipathique. Ce n'est qu'après une longue et langoureuse intervention de la Case Managerine et de ses supérieurs que celle-ci put obtenir une réponse positive. Malheureusement, les personnes recherchant de l'aide sont devenues impatientes et fatiguées de ce trop long « combat pour leur droit » et elles ont finalement décidées de le placer dans une institution de soins.

Si le placement en institution pour cet homme n'a pas pu être évité, malgré tout, une bonne prise de contact a pu être engendrée et on peut espérer qu'à l'avenir dans ce genre de situation une solution plus rapide pourra être trouvée.

3. Les rapports des évaluateurs en résumé

3.1 Case Management au Baden-Württemberg (Allemagne)

Evaluateur: Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt

1. Les « coulisses » du Case Management au Baden-Württemberg

Le but du Case Management au Baden-Württemberg est, outre la coordination, la connexion des réseaux ainsi que l'efficacité du travail effectué en faveur des personnes âgées, la participation active du citoyen. Cela rentre en effet dans le cadre d'une tradition socioculturelle du Land et il lui est accordé beaucoup d'importance. Cet objectif peut encore mieux se constater dans les programmes de développement gouvernementaux pour l'engagement des citoyens (1990-1993 : modèle : « Coopérative de seniors », 1993-1996 : « Initiative pour le troisième âge » et « Solidairement avec les proches », 1996-1999 : organisation-modèle : « Engagement des citoyens et soins journaliers »).

L'évaluation se concentre par conséquent plus particulièrement sur le problème de répartition et de perception des fonctions du Case Management en relation avec les services professionnels d'assistance sociale et grâce à l'engagement des citoyens. La ville de 37000 habitants, dont environ 600 personnes sont des personnes dépendantes à domicile, de Kirchheim/ Teck a été choisie pour illustrer en tant qu'exemple ce projet.

Conditions générales : contexte national et régional

La région se caractérise par une structure d'assistance variée (des institutions hospitalières, des services semi-ambulants et ambulants et d'autres établissements). Cette structure est en outre fragmentée : la séparation, au niveau de l'organisation, des services d'aide sociale et des services de santé a pour conséquence une mauvaise coordination

- Des fonctions : séparation entre les mesures médicales, de soins et sociales
- Des secteurs concernés : séparation entre un traitement hospitalier en institution (municipal et d'utilité publique), un traitement hospitalier ambulant (d'économie privée) et une réhabilitation (convalescence)
- Des types de services : séparation entre les services d'assistance d'utilité publique, d'industrie privée ainsi que les services municipaux.

En conséquence , de nouveaux besoins d'aide apparaissent chez les personnes âgées :

- Information et renseignement sur les possibilités d'assistance
- Besoin de pouvoir joindre les services
- Continuité de l'assistance même en cas de changement de situation personnelle
- Possibilités de réhabilitation pour la convalescence
- Besoins spécifiques (p.ex. d'ordre gérontopsychiatrique)
- Soutien des proches soignants.

L'assurance-dépendance, valable depuis 1995, a connu à ce sujet différents effets : elle a d'un côté permit une ouverture du marché grâce à la pluralité des prestataires (« welfare-mix ») et d'un autre côté, elle a favorisé l'activité coordonnée de ces prestataires ainsi que la responsabilité incombée directement aux personnes dépendantes (§ 6 SGB XI, ce qui les oblige à transmettre les informations nécessaires et à donner l'accès à l'aide). Les séparations déjà connues des systèmes ou des services ont même été intensifiées par la diversité des organismes responsables comme la caisse de soins (la dépendance est reconnue d'après des critères médicaux) et les municipalités (soins et soutien social pour la personne reconnue dépendante et pour son entourage) ; Même les médecins traitants restent systématiquement séparés du secteur de soins.

Compréhension du Case Management

Les secteurs séparés au sein du Case Management peuvent être compris sous deux aspects :

- Sous l'aspect du travail social : soutien du citoyen grâce à des services sociaux
- Et sous l'aspect du secteur de la santé : cas unique de management dans l'assistance médicale et dans celle de base.

Tous les services connaissent avant tout et s'occupent de leurs offres de services et de leur capacité et prennent à la rigueur en considération un cas particulier de management comme une de leurs tâches (p.ex. la planification d'aide personnalisée, le continuum d'assistance). Il manque parfois quelques cellules secondaires de management : pour la coordination entre plusieurs prestataires de services et les bénéficiaires de ces services ainsi qu'entre les assistants professionnels et ceux bénévoles. Un continuum d'assistance présuppose en effet, pour un cas isolé, une grande coordination des prestataires.

Cette coordination (ayant pour fonctions : la détermination des besoins, la planification de l'aide et la diffusion de l'aide) ne doit pas dépendre de la distribution des prestations (« purchaser-provider-split »), ce qui n'est pas le cas en général en Allemagne.

Encouragement face à l'engagement de citoyens

Au Baden-Württemberg, le « Réseau du Land pour l'engagement de citoyens » a été encouragé pour son développement grâce à l'aide de 28 implantations modèles et de 133 initiatives locales responsables de la promotion de ce dévouement à la collectivité (sens civique). Le bureau de Kirchheim/ Teck est l'un des emplacements locaux (en plus des initiatives : BETA, « Wegzeiger » et RANKE). La responsable municipale pour l'engagement de citoyens est une assistante sociale de « la cellule spécialisée dans l'engagement privé ». C'est également une assistante sociale qui s'occupe des bénévoles fournissant des soins aux personnes âgées. Elle organise l'assistance directement d'un centre pour seniors.

Coordination se rapportant aux personnes concernées

Le bureau de Kirchheim reprend les fonctions des précédentes « cellules informatives, de lancement et médiatrices » qui étaient auparavant prévues pour couvrir toutes les situations, mais qui à présent ne vont plus être utilisées. Parmi ces fonctions, on compte l'information sur les offres d'assistance, l'enregistrement des souhaits et l'explication des besoins en aide au client (sur demande : la médiation aussi des aides requises). Le bureau se limite, au niveau du personnel, à une seule assistante sociale. Son financement était assuré jusque en 1998 par le Land d'un montant du tiers des coûts en personnel spécialisé. Une participation financière des caisses de soins est obligatoire moyennant un entretien préalable (étant donné le rattachement des caisses de soins aux caisses de maladie, une optimisation est attendue vis-à-vis des transitions entre une assistance dite aiguë et de simples soins). Les représentants de ce bureau (Bürgerbüro) sont depuis 1998 les municipalités pour moitié et les organisations de bienfaisance.

2. Structures et ressources à Kirchheim

Structure d'assistance

La structure (professionnelle et non-professionnelle) d'assistance est bien construite ; A la direction municipale, un rattachement des services à la municipalité avait été prévu, mais n'a pas eu lieu. Le « groupe de travail d'études de services ambulants » (structure informelle) ne peut le faire à sa place. Le service social municipal est lui-même surchargé par une trop grande coordination, c'est la raison pour laquelle le Case Management n'est pas « submergé » de trop de responsables ou de services.

La structure d'assistance comprend des stations (ambulantes) sociales d'organisations de bienfaisance, des services d'aide ménagère, des services d'entretien privés, un centre psychiatrique municipal ainsi que (institutionnelles) cinq maisons de retraite et de repos et de soins. Informations et renseignements sont donnés par les municipalités et par les caisses de soins ainsi que par le « Bürgerbüro » et le « Wegzeiger » (spécialement pour les malades déments).

De plus, l'initiative RANKE (depuis 1999) s'occupe de renseigner et d'assister les personnes dépendantes âgées et leurs proches. Le personnel se compose de spécialistes et de bénévoles très engagés (en général, ce sont des femmes âgées ayant de l'expérience en matière d'assistance). L'Initiative a à son acquis plusieurs établissements : un centre pour le troisième âge, un bureau d'informations pour les habitants, un lieu de rencontre pour le troisième âge, des municipalités actives et une société régionale de construction.

Dans le cadre de cette Initiative, les prestations suivantes sont fournies bénévolement :

- Des heures fixes pour points de rencontre
- Des renseignements pour un logement
- Des renseignements aux proches de malades atteints de démence
- Des renseignements sur les dispositions des patients
- Déchargement des proches pour l'aide qu'il fournisse.

Dans le cadre de cette Initiative, les prestations professionnelles suivantes sont fournies :

- Renseignement compétent en matière de soins
- Approvisionnement en services de soins et ménagers.

3. Les méthodes de management en matière d'assistance sociale

Il n'y a certes pas à Kirchheim de Case Management intégré en tant que structure autonome, mais chacune des fonctions des responsables du Case Management sont partagées entre tous les prestataires. C'est pourquoi l'évaluation en est venue à la conclusion qu'il n'y a qu'un besoin minime en coordination et en renseignement sur les

services ou possibilités de soins. La plupart du temps, les arrangements pour l'aide se coordonnent eux-mêmes (incluant aussi la coordination entre l'aide formelle et l'aide informelle). Cela a pour conséquence, très souvent, l'admission en hôpital ou en maison de repos surtout pour les personnes nécessitant une assistance grave ou complexe. On peut donc retenir qu'un système d'assistance bien organisé ne laisse presque pas entrevoir ses déficits.

Composantes du Case Management : apport de l'engagement des citoyens

Les bénévoles fournissent des small-talks « lors de rencontres privées, lors d'entretien en groupes, lors d'après-midi consacrés aux personnes âgées et lors de manifestations (culturelles) ». Dans ce cadre là les patients peuvent avoir des conversations confidentielles avec les coordinateurs durant lesquelles ils peuvent exprimer la charge qu'ils éprouvent face à leur situation d'assistance et les critiques aux services de soins professionnels. Ces bénévoles fournissent, en plus d'informations, des renseignements nécessaires pour choisir entre les offres d'assistance disponibles. Ils donnent également des renseignements sur les Lois en vigueur.

Composantes du Case Management : apport des spécialistes

- *Ouverture de droit* : Les offres du système d'assistance local sont élaborées régulièrement. C'est à partir d'elles que des déficits peuvent être découverts et ainsi transmis pour la planification de l'aide sociale. Il est estimé que les informations concernant les offres d'assistance sont certes suffisantes, mais qu'individuellement elles ne concordent pas entre elles. Ce problème amène une confusion quant à savoir si l'information arrive réellement à destination.
- *Estimation de la situation et éclaircissement du besoin* : L'assessment médical est effectué par le service médical, l'assessment des soins par les prestataires de soins, l'assessment social par le service social municipal. Par ailleurs, ces démarches sont effectuées les unes après les autres et non-intégrées, comme c'était prévu avec la cellule IAV . De plus, les professionnels de santé et d'assistance donnent des descriptions informelles de la situation vis-à-vis de l'engagement de citoyens.
- *La planification de l'aide* est certes exigée par la Loi sur les prestations, mais ne tient pas compte dans sa concrétisation de tous les aspects médico-sociaux, des aspects liés aux soins et à la réhabilitation ; L'organisation de l'assistance est laissée ainsi à la charge de la personne concernée, elle pourrait cependant être faite par une cellule de Case Management neutre qui malheureusement n'existe pas à Kirchheim.
- *Garantie de qualité et évaluation* : Il est attendu de la part des prestataires de service qu'ils assurent et justifient eux-mêmes la qualité de leurs services. Il n'y a aucun contrôle sur les services ambulants, en cas de prestations manquantes ou insatisfaisantes c'est à l'utilisateur lui-même de le faire savoir. Une cellule formelle de réclamation n'est pas prévue ; Parfois, les bénévoles prennent notes des plaintes

et les transmettent aux cellules ou ailleurs. Mais, il est peu probable qu'un contrôle effectué par les bénévoles fonctionne comme un service professionnel.

4. Bilan

Les différents projets de Kirchheim sont plus des structures conçues par le hasard des choses et ayant une conception globale manquant d'homogénéité. Un rattachement au système d'assistance professionnel et aux communes est encore moins imaginable ; Les possibilités de coopération sont par conséquent à peine épuisées.

Un Case Management en tant que service d'accompagnement dans le processus continu de distributions des prestations n'a donc pas lieu ; C'est certes possible au niveau du travail (entretiens basés sur une pleine confiance, soutien informel), mais pas en tant qu'instance unique, indépendante et ayant un rôle de contrôle (puisque basé sur une structure de bénévoles).

3.2 Case Management en Belgique

Evaluatrices: Dr. Christiane Gosset, Dr. Cécile de Froidmont

1. Contexte national

Le vieillissement de la population et l'accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes s'y rapportant ont amené le développement de formes alternatives de soins pour tenter de prévenir l'institutionnalisation et les réhospitalisations. Une amélioration des conditions de vie est prévue pour le maintien à domicile, même s'il est porté beaucoup d'importance à la préparation de la sortie de l'hôpital. Le projet de Case Management a été lancé sur l'initiative du Ministère des affaires sociales ; Ce modèle d'assistance est un outil de travail visant à la fois la globalité, la pluridisciplinarité et la continuité des soins. Il a été développé en réponse à une triple évolution :

- La tendance à réduire le nombre des lits d'hôpitaux et les séjours hospitaliers augmentait le risque d'un retour « raté » à domicile pour les patients âgés
- Grâce au développement des services de soins ambulants, le maintien à domicile devrait avoir priorité sur une admission en maison de retraite ou de soins.
- Face à l'évolution démographique, à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et à la régression du nombre d'aidants informels, l'objectif essentiel d'une politique de santé devait être l'aide à maintenir la qualité de vie des patients.

Compréhension du Case Management

En Belgique, le Case Management affiche les particularités suivantes :

- Le Case Management se déroule en phases structurées grâce à un protocole d'assistance (plan d'aide) qui se base sur une évaluation approfondie des besoins et des demandes du client et de ses proches.

- Le Case Manager joue un rôle clef dans la transition entre un traitement hospitalier et des soins ainsi qu'entre l'assistance à domicile.
- Le Case Management se caractérise par des interventions telles que le soutien émotionnel, l'information et l'éducation à la santé ; Le Case Manager doit avoir de bonnes aptitudes sociales spécifiques pour développer une relation de confiance avec les clients et leur famille.
- Le Case Manager doit faire preuve d'expérience avec le groupe de personnes concerné.

Données démographiques

La Belgique compte 10,2 millions d'habitants dont 22% ont plus de 60 ans (et 3,5% ont plus de 80 ans). Une augmentation de 30% de la part des personnes de plus de 60 ans est prévue d'ici l'an 2030.

L'infrastructure de soins

- Institutions hospitalières : dans le secteur hospitalier, il existe un système différenciant le traitement de médecine générale, de gériatrie et de psychiatrie. Ces dernières années, ce secteur s'est modifié pour cause de nécessité de réduire les dépenses, c'est ainsi que l'hôpital est devenu un lieu de séjour « aiguë » et que certains lits affectés aux malades chroniques ont été supprimés.
- Maisons de retraite et maisons de repos et de soins : les maisons de retraite offrent des logements avec des familles soignantes/ gardes-malades et des aides ménagères ; la capacité en place de 96.500 ne doit pas être dépassée (9,5 pour 1.000 habitants ou 4,3 pour 100 personnes de plus de 60 ans). Les maisons de repos et de soins ont une capacité de 19.500 places (1,9 pour 1.000 habitants ou 0,9 pour 100 personnes de plus de 60 ans), elles sont adaptées pour les soins médicaux aux malades chroniques et aux personnes dépendantes.
- Résidences-service : il s'agit de logements individuels formant un ensemble et complétés par une infrastructure de services auxquels le/ la résident(e) peut avoir recours « à la carte » (rattachement à une institution ; aucune donnée ne peut être divulguée).
- Le réseau d'assistance (aides et soins) ambulant se compose : d'infirmières (soit indépendantes, soit rattachées à d'autres services), de thérapeutes et d'autres aidants professionnels à domicile, de services d'aide familiale et d'aide aux personnes âgées (aides ménagères et accompagnatrices pour les actes de la vie quotidienne, une aide ayant un rôle pour les soins et une autre un rôle éducatif, une aide relationnelle pour les problèmes psychosociaux et une aide sociale). Les demandes pour l'assistance sont examinées par un(e) assistant(e) social(e). Une subvention est accordée par heure de prestation effectuée. Le service demande au bénéficiaire une contribution personnelle dont le montant est fixé en fonction de ses revenus.

- Les « centres de coordination de soins et d'aide ménagère » mettent à la disposition des patients une documentation complète concernant les critères de besoins pour l'assistance et se chargent de diffuser les prestations correspondant à ces besoins.
- Les « centres publics d'aide sociale » se chargent des problèmes sociaux, administratifs et financiers des patients.
- Il existe en outre des centres d'accueil de jour et de court séjour, des maisons pour la convalescence, un service de télévigilance et un service de repas à domicile ainsi que des aides techniques à domicile, des services d'aides ménagères et de transport etc.

Implication politique dans le Case Management

Les efforts faits, pour améliorer les conditions de vie des personnes âgées à domicile et pour prévenir leur réhospitalisation et institutionnalisation, se laissent entrevoir au travers de multiples recherches et projets :

- La première recherche (1994-1996) s'intitulait « Case Management en soins infirmiers auprès de patients psychogériatriques et de leur famille » ; Elle visait donc, la situation étant à la fois unique et complexe, à analyser les besoins en aide et à élaborer un plan d'aide.
- A la deuxième phase du projet (1996-1998), intitulée « Case Management intégré dans les hôpitaux belges », ont participé une vingtaine d'hôpitaux volontaires. Ce projet visait à développer le Case Management hospitalier pour les patients gériatriques à haut risque de réhospitalisation ou d'institutionnalisation. Le Case Management débutait au moins dix jours avant la sortie de l'hôpital et se poursuivait de façon trimestrielle sur une période de six mois par des visites à domicile.
- Une troisième phase a débuté avec la mise en place du projet pilote « Référent hospitalier pour la continuité des soins » qui a été choisi comme exemple dans le rapport. Celui-ci vise à la préparation de la sortie du patient dès son admission à l'hôpital et ce en évaluant, selon la conception holistique de la santé, leurs besoins ainsi que ceux de leur famille en interdisciplinarité. 94 hôpitaux y participent et dans chacun d'eux un Case Manager est employé à mi-temps.
- Par la suite, un projet de recherche de Case Management est prévu (1999-2000) afin de rendre l'assistance à domicile la plus optimale possible.

2. Conditions structurelles

Nombre et qualification des « Référents hospitaliers »

Chaque institution a engagé un référent hospitalier à mi-temps et désigné un référent suppléant. La formation de base du référent est soit celle d'infirmier (ayant de l'expérience dans une unité de soins ou dans le service social de l'hôpital) soit celle d'un assistant social rattaché au service social de l'hôpital.

Une expérience professionnelle d'au moins trois ans est en outre recommandée ainsi qu'une forte motivation pour le travail pluridisciplinaire et des dispositions particulières aux processus de communication.

Un programme de sept jours de formation complémentaire et spécifique a été proposé. Ses principaux objectifs étaient de permettre entre autre de

- Prendre connaissance de l'importance d'un projet pilote adapté à une population gériatrique ainsi que de la documentation et de l'évaluation,
- Rendre plus compréhensif la collaboration entre les services intra et extra-muros ainsi que l'importance de la coordination des équipes interdisciplinaires et enfin le rôle de la coordination des besoins du patient.

Répartition du travail et réunions d'équipes

Le Case Management gère le travail pluridisciplinaire d'équipe et doit éviter le dédoublement de certaines tâches qui sont à effectuer. Les tâches relatives au Case Management se répartissent comme suit :

- L'équipe de soins se charge de remplir les formulaires de sélection pour chaque admission (formulaire mis ensuite à disposition du référent)
- Le référent décide avec l'équipe de soins quels clients remplissent les critères de sélection du Case Management. Dans ces cas là c'est un assessment réparti
- Lors d'une réunion d'équipe pluridisciplinaire les problèmes sont analysés. Les objectifs fixés et un plan d'aide est réalisé (déterminant des tâches bien spécifiques)
- L'évaluation de l'atteinte des objectifs se fait également en équipe ainsi que l'éventuelle modification du plan d'aide
- Avant la sortie de l'hôpital, le référent organise une réunion avec les intervenants intra et extra-muros afin de discuter de la continuité des soins pour le patient concerné.

Une répartition correcte du travail à effectuer demeure une priorité. Surtout dans le cas où le Case Manager est dégagé dans une unité de soins avec laquelle il n'a pas l'habitude de travailler, où il pourrait être perçu comme un élément de contrôle. Il a donc besoin de la direction pour rendre son travail transparent auprès des autres Case Managers.

Ressources humaines et matérielles

Le référent hospitalier dispose de tous les moyens nécessaires à l'exécution de sa fonction ainsi qu'un bureau avec téléphone, une boîte aux lettres etc.

La Belgique n'a pas recours à des bénévoles pour le Case Management. Même au niveau du système de soutien, ils ne jouent aucun rôle en règle générale en Belgique (le seul recours aux personnes bénévoles se limite aux membres de la famille du patient, ses amis et ses voisins).

Ressources financières

Un budget est alloué à chaque hôpital participant et permet de financer le mi-temps octroyé au référent hospitalier (sur cinq de la semaine) ; Ce mi-temps est destiné :

- Au temps nécessaire pour travailler les dix dossiers « actifs » minimum du Case Management
- Au temps nécessaire pour l'évaluation de l'assessment
- Aux activités non liées aux patients (participation aux conférences de soins locales et aux informations et réunions relatives à l'étude pilote).

Une problématique se pose dans la relation entre le secteur hospitalier (relevant de la compétence fédérale) et le secteur extra-muros (relevant des Communautés et des Régions) : les référents hospitaliers disposent certes d'informations sur la disponibilité, la qualité et les coûts des services extra-muros, mais pas en quantité suffisante.

Le travail d'équipe interdisciplinaire a des répercussions également au niveau des établissements et des services ambulants. Ces répercussions sont devenues encore plus visibles depuis que le comité local existe. Elles ont permis une meilleure coopération des institutions et souvent une réhospitalisation ou une institutionnalisation précoce en maison de repos ont pu être évitées.

3. Méthodes du Case Management

3.1 Evaluation des patients et de leurs proches

Le processus de Case Management se déroule en plusieurs phases, il commence par la sélection des clients par le biais d'une évaluation, se poursuit par la création d'un plan d'aide en établissement hospitalier et se termine par l'évaluation du patient à son domicile (15 voire 90 jours après la sortie d'hôpital). Le patient peut à tout moment participer lui-même au déroulement du Case Management, c'est à son libre choix.

Sélection du patient

Les personnes concernées par le Case Management sont des patients de plus de 60 ans habitant encore chez eux. Les personnes à hauts risques sont définies à partir :

- De facteurs de risque physiques et mentaux (les personnes de plus de 80 ans, la démence, la dépression, ceux qui reçoivent des soins au moins trois fois par semaine, ceux ayant un degré de dépendance élevé correspondant à l'échelle d'évaluation de Katz)
- De facteurs de risques sociaux (vivre seul, l'absence d'accompagnant principal ou un accompagnant surmené et/ ou surchargé)
- D'indications psycho-médico-sociales (p.ex. abus médicamenteux ou alcooliques, comportements agressifs et autres difficultés).

Les clients doivent répondre obligatoirement à deux de ces critères.

L'intégration au Case Management

Les patients sont intégrés au Case Management si avant même leur sortie d'hôpital une préparation peut être faite et ce avec suffisamment de temps ; En outre, le Case Manager ne doit pas se laisser déborder, seulement dix patients peuvent être intégrés (ce sont des modèles de critères typiques qui sont justifiés aussi bien méthodiquement parlant qu'en rapport aux besoins).

La collecte des données

Cette collecte de données (un assessment complet sur l'état de santé) évalue la santé physique, mentale et sociale du patient (et au cas où, de son partenaire). Elle est effectuée au plus tard trois jours après l'admission en hôpital et répétée trois jours avant la sortie. Entre 15 et 90 jours après le retour au domicile, deux évaluations téléphoniques sont réalisées afin de cerner la nécessité réelle pour l'utilisation des services ambulants disponibles et pour le nombre et la durée de futures hospitalisations.

L'assessment de la santé (le bilan de santé) du patient permet de collecter systématiquement des données objectives et subjectives sur la santé en général et sur les capacités à réaliser les activités de la vie quotidienne (ADL, IADL) ainsi que sur les « outils » d'aide correspondants. Il s'en suit une évaluation des capacités à communiquer, à voir et à entendre ainsi qu'une évaluation de la santé mentale et sociale (d'après plusieurs critères).

L'évaluation de l'accompagnant principal est elle bien moins importante, elle comprend la perception de l'état de santé du patient et surtout la perception de charge engendrée par son assistance (vue d'ensemble voir à la page 22 du rapport belge).

3.2 Case Management et planification politique

La première phase du projet a donné lieu à une stabilisation et une amélioration grâce au Case Management, elle a cependant en même temps fait ressortir une problématique : le manque de préparation lors du retour au domicile. La deuxième phase du projet a permis de remplir cette tâche, une diminution des réhospitalisations a pu alors être atteinte, surtout pour les personnes ayant déjà subi de nombreuses hospitalisations. Les autres phases du projet se concentrent sur une meilleure préparation du retour au domicile après une hospitalisation.

3.3 Planification des soins

Ce plan d'intervention pluridisciplinaire est non seulement conçu avec la collaboration du patient et de sa famille, mais aussi avec toute l'équipe. A partir de là, les données collectées sont examinées et des objectifs sont fixés. Les actions nécessaires pour les atteindre peuvent être déterminées ainsi que les ressources et services requis. Chaque démarche doit être acceptée par le patient. Ces objectifs doivent être précis, réalisa-

bles et observables pour déterminer les nouveaux à atteindre lors d'une autre évaluation ou pour prévoir les modifications nécessaires. Le rôle de chaque membre de l'équipe doit être clairement défini afin d'éviter le recouvrement des champs de compétence de chacun. Si ces mesures concernent le secteur ambulants, elles seront alors réglées par les services ambulants.

3.4 Démarches pratiques pour procurer l'assistance nécessaire aux patients

Les services ambulants sont soit prévenus par le Case Manager lui-même (si c'est un assistant social) soit par l'assistant social du service social de l'hôpital (si le Case Manager est une infirmière). Ces personnes informent ensuite les services sur l'état du patient et ces informations vont venir s'ajouter aux renseignements généraux et à l'organisation du processus d'assistance.

3.5 Recensement de l'aide locale

Les prestataires de services ambulants renseignent le Case Manager régulièrement sur les établissements, sur les possibilités d'offres et leur prix. Les réunions des comités locaux d'accompagnement pluridisciplinaires permettent d'évaluer l'intégration concrète de cas isolés.

3.6 Conformité entre le plan d'aide et les attentes du patient

La planification de l'assistance peut échouer si les attentes du patient ou de sa famille sont différentes des soins reçus, s'ils ne peuvent pas payer les soins ni les services ordonnés ou s'ils ne les acceptent pas, enfin, si les propositions d'assistance ne peuvent être concrétisées par manque de disponibilité des services. Ce genre de situations complexes doivent être examinées par l'équipe avec entre autre les représentants des centres de soins et des services ambulants afin de trouver de nouvelles solutions.

Autres aspects

Les conditions de logement et financières du patient sont également intégrées à la planification de l'assistance. Le coût des soins infirmiers dépend du degré de dépendance, les soins ménagers sont fonction du revenu du patient.

4. Profils de productivité et résultats du Case Management

L'exemple concret d'une femme de 78 ans, admise à l'hôpital pour infection pulmonaire, trois mois après avoir souffert d'un accident vasculaire cérébral (facteurs de risque : dépendance, surcharge de l'accompagnant principal), permet d'illustrer le processus du Case Management. En plus de l'aide informelle, le mari soignant est aidé et soutenu par certains services à domicile, comme le service de repas chauds et les accessoires techniques utiles pour l'assistance. De plus, la fille de la patiente et la voisine participent elles aussi au processus d'aide.

5. Avantages et difficultés du projet

Avantages liés au « système patient »

Pour le patient comme pour l'aidant principal et pour la famille, les possibilités d'assistance disponibles représentent beaucoup d'avantages au niveau de la conception de cette aide rapide mais aussi par le fait qu'elle soit diversifiée et qu'elle corresponde aux besoins requis du patient. Si une admission en établissement est malgré tout nécessaire, elles sera décidée en concertation pluridisciplinaire, ce qui est plus facile qu'une concertation personnelle (et atténue la souffrance et le sentiment de culpabilité du personnel soignant et de la famille).

Avantages pour le développement du système de soins

La sensibilisation du personnel soignant aux problématiques sociales du patient, la préparation obligatoire des retours à domicile, la réflexion sur les pratiques quotidiennes ainsi que la collaboration pluridisciplinaire, toutes ces tâches font parties du travail du personnel soignant. De plus, des cellules responsables du contrôle de la qualité des soins sont créées au sein des hôpitaux et une collaboration entre les hôpitaux participants et les services ambulants doit avoir lieu : les comités locaux d'accompagnement se réunissent tous les quatre mois. Ils sont, au sein des hôpitaux, composés : du directeur de l'hôpital, des médecins et infirmiers des cellules de soins concernées, du directeur médical, du service social, des thérapeutes et du Case Manager. Au sein des services extra-muros (ambulants) : du(es) représentant(s) des médecins généralistes, des représentants des centre de coordination, représentants des services de soins, représentants des pharmaciens, représentants des thérapeutes et les représentants des associations pour les patients et / ou la famille.

Difficultés

- L'intégration du référent hospitalier dans les unités de soins participantes n'est pas toujours aisé ; surtout lorsqu'il vient d'une autre unité, il peut être considéré comme un « contrôleur » ou peut éprouver des difficultés à intégrer l'organisation de l'assistance.
- L'évaluation systématique des besoins du patient peut paraître parfois fastidieuse face à son programme vaste et exigeant.
- Certains patients opposent une résistance face à la collecte de leurs données personnelles.
- Les coûts des soins et des services ambulants (à supporter par les patients) ainsi que le manque de disponibilité de ces services peuvent représenter des obstacles à la résolution du plan d'aide.
- Les contacts avec les médecins traitants ne sont pas toujours optimaux, soit par manque de disponibilité, soit par crainte de « l'hospitalocentrisme ».

- Certains référents éprouvent des difficultés à motiver les unités de soins ou les services sociaux hospitaliers.
- Le repérage de l'ensemble des intervenants extra-muros (ambulants) n'est pas toujours aisé.
- Les services de chirurgie et de psychiatrie ne sont pas encore intégrés au projet de Case Management.

3.3 Case Management en Espagne

Evaluatrice: Dr. Lluïsa Marrugat

1. Introduction

Le Case Management en Espagne est un système de coordination des services pour les personnes âgées dépendantes et leur famille dans lesquels les prestations nécessaires et correspondant aux besoins des clients sont sélectionnées et leurs coûts contrôlés. Le projet modèle choisi est basé à Sabadell. C'est un centre de santé et social très engagé, mais qui n'a pas été conçu en premier lieu ni comme une cellule de Case Management ni pour les personnes âgées ni comme un moyen d'économiser. Il a toutefois été conçu d'après les composantes et les méthodes typiques du Case Management : aides médicales et sociales coordonnées, orientation de leur travail en fonction des besoins individuels des patients, planification coordonnée et utilisation d'aides formelles et informelles, développement de services coordonnés et coopérants ainsi que le travail élémentaire comme : l'identification, la sélection et l'intégration des patients, l'estimation du cas, la planification individuelle de l'assistance, l'accompagnement et l'évaluation.

2. Méthodologie

L'étude s'effectue d'après des méthodes qualitatives en fonction de l'observation acquise au cours de la procédure de Case Management. Les phases suivantes ont été observées :

- Phase de départ/ examen du matériel d'information et de littérature
- Conception de l'étude grâce au choix du projet modèle (Cellule d'assistance proche du domicile : « Centro de atención primaria »), choix du personnel responsable des questionnaires à domicile, choix du nombre de cas concrets à étudier et les instruments nécessaires à la collecte des données. Trois centres ont été choisis : un centre implanté depuis déjà longtemps et expérimenté en matière de Case Management, qui est d'ailleurs l'initiateur du programme ATDOM (assistance ambulante) et qui a été évalué plus intensivement. En comparaison, un centre spécialisé dans la coordination et un autre en cours de construction ont été mis à contribution. Dans chacun de ces centres, des cas d'exemples typiques ont été analysés, ils concer-

nent des personnes âgées qui se trouvent dans des situations d'assistance diverses et qui ont différents degrés de dépendance.

- Etudes sur le terrain (interviews, collecte de données et observation) : à chaque fois, sept interviews ont été réalisés par des employés du Case Management.

3. Réglementations et organismes responsables

Les projets se rangent dans diverses catégories suivant leur structure administrative, sociale et de santé ainsi que leur appartenance aux structures gouvernementales (Etat, « Comunidad » autonome, structure locale).

3.1. Les services sociaux

Les structures gouvernementales garantissent, dans leur constitution, la prise en charge des personnes âgées, dans la réalité cela se limite toutefois à la politique des retraites. Il n'y a aucune politique semblable se réglant au niveau local pour les services sociaux. Les services de santé sont généralement accessibles à tous et gratuits.

En ce qui concerne les personnes âgées le « plan gerontológico » de 1992 souligne le rapport étroit entre les services aux personnes âgées pour la santé et pour les affaires sociales et aspire à trouver des solutions intégrées.

Au niveau des communautés autonomes du pays (Comunidad), diverses Lois existent pour les services sociaux, comme p.ex. en Catalogne dont les buts sont ;

- Le développement du système des services sociaux à responsabilité publique (grâce à des structures publiques et privées)
- Une garantie de droit, pour le citoyen, d'admission en maisons de retraite (qui disposent de services sociaux)
- La réussite d'une coordination optimale des services (publics et privés) et l'efficacité positive des moyens utilisés.

La diffusion des prestations s'effectue par l'intermédiaire de services publics et privés, en ce qui concerne les services privés il faut différencier les initiatives locales des services commerciaux. En ce qui concerne les services publics, une différence structurelle est faite :

- Entre les services sociaux de base (l'assistance primaire comme mesure de départ, l'assistance à domicile, les soins institutionnels en court séjour, les services de repas chauds entre autres etc.) et
- Entre les services spécialisés secondaires réservés aux situations plus complexes (centres de jour, maisons de retraite et foyers pour personnes âgées).

La base des services d'assistance sociale se situe dans les villes de plus de 20.000 habitants. Leur rôle est de faire connaître et diffuser les prestations sociales grâce à une équipe pluridisciplinaire, de faire coordonner ces services avec d'autres, de faire

suivre les prestations fournies par les initiatives sociales ou les services commerciaux, de transmettre les données statistiques à la fois à la « Comunidad » et à l'organisme responsable de la planification de l'assistance sociale. Les services de base sont sous la responsabilité d'organisations locales et les services spécialisés « secondaires » sont du ressort de la ville et de la « Comunidad ».

Financement des services sociaux

Le système d'assistance sociale a pu être établi grâce au financement provenant d'une part du gouvernement et d'autre part de la Comunidad, de plus les clients et/ ou leurs proches disposant de revenus suffisants participent un peu aux frais de soins. Les villes de plus de 20.000 habitants sont obligées de fournir les services d'aide sociale de base en fonction toutefois de leur budget. La réalisation des prestations est financée en partie au niveau local et refinancée en partie par les cotisations des patients lorsqu'ils (ou leurs proches) ont un bon niveau de vie.

3.2. Le système de la santé

La Comunidad est responsable, sous la forme de « l'institut catalan pour la santé », du système de l'assistance pour la santé, de l'assistance de base et du réseau d'établissements hospitaliers publics (établissement d'un réseau de centres d'assistance de base). Le programme « Vida a los Anos » (Vie joyeuse) de 1986 avait été avant tout créé pour les personnes âgées pour qui il existait jusqu'ici uniquement des aides ponctuelles fournies par les hôpitaux ou par les maisons de repos et de soins etc. et aucune aides intégrées médicales, sociales et familiales à domicile. Leur but est d'un côté d'offrir des aides suffisantes et satisfaisantes et de l'autre d'éviter ou de retarder les entrées en institutions et de créer des centres de santé pour personnes dépendantes et nécessitant une aide. Ce programme est financé par le Ministère de la santé et le Ministère des affaires sociales.

Bien que le système de la santé soit financé par la Comunidad catalane et que les prestations fournies soient gratuites pour le bénéficiaire, des cotisations doivent être versées en fonction des revenus perçus et en cas d'assistance sociale de longue durée. Ce sont surtout les personnes âgées de plus de 65 ans qui ont recours au système de la santé.

4. La ville : Sabadell. Le contexte du modèle de l'assistance sociale

Données démographiques

La ville industrielle Sabadell compte 185.525 habitants (forte augmentation de la population par le biais de flux d'immigrants entre 1950 et 1970 ; fortement marqué par une classe de travailleurs). Les différences d'âges sont relativement peu importantes à

cause de l'immigration, mais il faut s'attendre à l'avenir à un processus de vieillissement de la population.

Environ 30.000 habitants ont plus de 65 ans (16% contre 13% en 1991) et environ 6.500 ont plus de 80 ans (3,5%). Pour l'an 2000, une augmentation de la population âgée est annoncée et sera suivie par l'augmentation de la population la plus âgée. Dès 2010 et surtout à partir de 2020, il faut compter une tendance au sur-vieillessement de la population.

Dans certains quartiers de Sabadell existe une forte concentration de cas sociaux. Dans ces quartiers la formation scolaire est minimale (aucun certificat de fin de scolarité ou analphabétisme : 50% chez les hommes et 60% chez les femmes de plus de 65 ans) et le taux du chômage y est très élevé.

Les problèmes des personnes âgées

Le nombre des patients âgés de plus de 65 ans des centres sociaux a augmenté, il était de 984 en 1995, de plus de 1.250 en 1997 et de 1990 dans la première moitié de cette année (1999). Les raisons pour lesquelles ces personnes font appel aux services sont pour cause de problèmes de santé de base, pour des problèmes de restrictions dans les actes de la vie quotidienne et enfin pour une meilleure intégration sociale. Le taux d'institutionnalisation est de 2,5% chez les personnes de plus de 60 ans (753 personnes se trouvent en institutions).

5. Le modèle d'assistance sociale et pour les soins à Sabadell

La décision de la construction de centres d'assistance sociale et pour les soins a été décidée en 1984 et conclue entre l'institut catalan pour la santé et la ville de Sabadell (inspirée par les centres de l'Emilia Romagna) ; Actuellement, 11 centres de quartiers sont en place et offrent des services pour la santé et pour les problèmes sociaux.

Buts de ces centres sont de

- Obtenir une assistance intégrée, orientée sur les gens, permanente et flexible pour chaque individu et pour toute la société
- Viser, avec coordination, en groupe à l'amélioration de l'assistance et à une utilisation plus optimale des ressources disponibles
- Obtenir une plus grande intégration et coopération entre les différentes professions.

Organisation

Les centres d'assistance de base pour la santé (CAP) ne représentent que des mesures de départ (« une porte, avec parfois même deux fenêtres »). Ils ont été dotés de personnel qualifié s'étendant sur le service social de la ville. La ville met également à leur disposition des locaux et du matériel d'ameublement. Ces centres sont composés

d'assistants sociaux, de pédagogues sociaux, de médecins généralistes, de pédiatres, d'infirmier(e)s, de personnel accompagnateur et d'aidants informels. Ils sont financés par un budget alloué par la ville, par des subventions de la Comunidad, par des ressources de l'ESF et en partie aussi par des cotisations.

Programme pour les personnes âgées au sein du modèle d'assistance sociale et pour les soins

Les centres d'assistance de base pour la santé, implantés entre 1979 et 1984 pour toute la population, ont été utilisés surtout par les personnes âgées. Le plan basé surtout sur l'assistance aux personnes âgées a transformé depuis 1985 les objectifs de ces centres qui se concentrent depuis sur ce groupe de personnes. En 1994, la ville a réagit en créant un programme pour les personnes âgées en vue du changement socio-démographique, la situation des personnes âgées concerne désormais la politique de la ville qui prend désormais en compte tous les aspects de la situation.

L'établissement de la « cellule technique de coordination de l'assistance sociale et pour les soins » a été organisée avec comme but principal la planification :

- Du besoin et de l'offre nécessaires en services sociaux
- De leur intégration fonctionnelle
- Du flux d'entrée et de sortie des utilisateurs de tous ces services

D'autres organisations et programmes ont été créés comme : un « conseil de ville pour les personnes âgées » représentant leurs intérêts personnels, un « guide sur tous les services » etc.

En conséquence, une recherche sur les « activités du secteur social et pour les soins pour soutenir les personnes âgées » a été effectuée dans le but de mieux connaître les conditions de vie et les besoins de ces personnes ainsi que leurs recours aux structures d'aides disponibles, ceci pouvant être une des raisons leur permettant de vivre encore longtemps dans leur logement (dans une bonne qualité de vie tout de même). Cette recherche est la base d'un projet qui vise

- A concorder parfaitement les services ambulants avec les besoins des personnes âgées et de leurs proches grâce à l'intensification des mesures préventives
- A multiplier les offres pour les personnes âgées et leurs proches intégrant des services publics, privés et bénévoles.

Un des résultats de cette recherche montre qu'il est nécessaire de diversifier les activités des services afin qu'ils offrent plus de prestations se rapportant aux besoins personnels des personnes concernées.

Eléments de l'assistance ambulante

Programme de l'assistance ambulante : aide ménagère, service de télévigilance, aide pour l'entretien du logement, service pour les lessives, service de repas à domicile, aides techniques (ascenseur pour escaliers, lit médical, etc.), service de réparation ; ainsi que des services supplémentaires comme : une aide pour aller faire les courses, demande d'aides économiques, intégration d'aides venant de la famille ou de voisins ou (alternatives) d'aides bénévoles.

Chèques-service : programme pour aider les gens en situations graves mais pour une courte durée ; aide ménagère et télévigilance à domicile (cofinancement : bénéficiaire, administration et entreprise ; la cotisation du bénéficiaire s'élève à 55% du prix du marché/ en fonction du revenu de la personne) ; 30 chèques au plus sont délivrés d'une « valeur » de 30 heures d'aide, du lundi au vendredi de huit heures du matin à huit heures du soir. Les bénéficiaires ont pris connaissance de ces chèques grâce à un tract informatif.

Programme ATDOM (assistance à domicile) : instruments/ critères pour l'équipe de soins afin de remplir les critères standards de l'assistance à domicile et de pouvoir vérifier le succès de ces critères ;

- Les groupes de personnes concernées sont les malades chroniques, les malades en stade final, les patients de longue durée et les personnes atteintes de démence (dans ce cas, il existe des critères d'exclusion particuliers)
- Les capacités en personnel : personnel infirmier pour trois heures hebdomadaires (visites aux clients et discussions des dossiers), personnel médical pour deux heures hebdomadaires, service social pour 30 minutes lors de chacune des démarches pour l'assistance
- Documentation : la documentation en soins pour les patients, les instruments d'assessment sur les capacités physiques et mentales des personnes etc., les feuilles sur les patients/ plan d'aide/ documentation sur le traitement accompli
- L'ampleur : la première année 56 personnes y ont participé, par la suite, la participation ne se fit qu'après avoir effectuée une demande ; Ce qui est prévu : visites au domicile de chaque personne de plus de 75 ans vivant dans leurs logements et seules.

Les possibilités d'aides pour les personnes âgées à Sabadell enveloppent les aides pour la santé et les aides d'assistance sociale (centre d'assistance de base, clinique avec plusieurs services de soins journaliers ou de courts séjours ainsi que des services de soins correspondant au degré de dépendance, du personnel qualifié en médecine spécialisée), les aides sociales regroupent elles les services d'assistance à domicile, les services de télévigilance à domicile etc. La coordination institutionnelle est réalisée par l'office de la santé, par le bureau social et la commission d'évaluation des soins.

6. La coordination de l'assistance aux personnes âgées sociale et pour les soins

6.1 Contexte de prise en charge

Structure de la population : évaluation d'un centre d'assistance sociale et pour les soins d'un quartier avec un taux de chômage élevé, un niveau d'éducation minime et des ressources financières moindres. La part des personnes âgées n'est pas plus élevée que la moyenne, mais il y a beaucoup de personnes dépendantes (certains n'ont même pas de logement fixe, changement de situation des enfants y habitant).

Les lieux : le centre d'assistance sociale et pour les soins est situé dans un immeuble au premier étage. Il est composé d'un hall de réception pour les problèmes liés à la santé (cellule centrale de départ et d'information), une réception pour le service social (différenciation entre juste un besoin d'informations et les besoins plus importants en renseignements/ prise de rendez-vous), deux salles d'attente, cinq cabinets pour les médecins, quatre salles pour les infirmier(e)s, une pièce pour l'assistante sociale, une pièce pour la pédagogue sociale, une salle de réunion, une cave et deux toilettes.

Les heures d'ouverture : de huit heures du matin à huit heures du soir, ensuite le service de télévigilance prend le relais ; Visites à domicile uniquement après une prise de rendez-vous.

L'équipe : le centre dispose de quatre unités d'assistance de base (chacune composée d'un médecin et d'une infirmière), d'un pédiatre, un assistant social, d'une infirmière familiale/ garde-malade et d'une pédagogue sociale (pour enfants et adolescents) ainsi que de personnel administratif (quatre personnes de l'institut catalan pour la santé, une personne du bureau social de la ville).

6.2 Les méthodes de l'intervention sociale et pour les soins (avec des exemples types)

Les démarches de l'assessment (valoración) incluent : le relèvement sur l'état de santé et les handicaps fonctionnels du client ainsi que sur les ressources familiales, voisines et économiques de même que sur les possibilités d'aides sociales gouvernementales. Une évaluation de ces données va ensuite être effectuée et le plan d'aide réalisé (planificación).

Les éléments suivants se différencient d'une personne à l'autre dans le processus du Case Management :

- *Prise en charge* du patient (accès aux services par une consultation directement faite au centre d'assistance sociale et pour soins, par d'autres établissements hospitaliers ou d'autres programmes)

- *Sélection* : coordination au programme ATDOM (assistance à domicile) ou à d'autres services sociaux où le personnel infirmier prend les décisions , si l'aide ponctuelle est suffisante ou si un processus d'aide plus intensif est nécessaire
- *Première visite* : assessment général avec une classification des patients, des données sur la personne accompagnante soignante, beaucoup d'informations sur le patient, établissement des besoins en médicaments et en accessoires et pour terminer la prise de rendez-vous pour la deuxième visite
- *Deuxième visite* : assessment important grâce à tous les membres de l'équipe, à l'occasion de quoi le médecin fait un examen de santé, les assistantes des infirmières mettent en œuvre les instruments et accessoires utiles aux besoins de base, indépendance, capacités cognitives et risques de décubitus, enfin, l'assistante sociale relève les données sur le client concernant sa situation familiale et sociale ainsi que l'état de son logement, l'urgence de l'assistance requise et la charge supportée par ses proches
- *Evaluation commune et planification* de l'aide : une réunion d'équipe est organisée au plus tard un mois après la première visite, lors de cette réunion les objectifs à atteindre sont fixés et un plan d'aide est élaboré (besoins liés à la santé et sociaux, capacités et disposition du patient et de sa famille à coopérer)
- *Utilisation* : propositions de prestations et indications pour des solutions alternatives
- *Visites à domicile régulières* : les employés professionnels participants examinent, lors de visites régulières au domicile des clients, avec le patient et sa famille si les mesures d'aide prises sont conformes à leurs attentes ou si des modifications doivent être faites ou si elles sont souhaitées.
- *Rencontres des coordinateurs* : afin de discuter, à intervalles plurimensuels, des cas de clientèle ; ils discutent sur le reassessment et la modification de l'évaluation et du plan d'aide (modification des mesures à prendre et des buts à atteindre)
- *Fin de l'assistance*. l'assistance est arrêtée pour cause de résolution du problème, d'une institutionnalisation ou de décès.

Exemple de cas de clientèle :

un homme de 80 ans, atteint de démence et sa femme 78 ans, de la classe inférieure ; a) lors de la première visite, les offres d'aide de soins à domicile, de télévigilance ou de soins journaliers ont été refusées. La femme souhaite à la place avoir une femme de ménage ; b) Deux mois plus tard : la femme et sa fille recherchent une cellule de consultation, car l'état du mari s'est aggravé ; une demande d'inscription pour des soins journaliers est alors faite sur place ; Les formulaires nécessaires à la demande ne sont complets qu'après deux mois et après l'intervention de l'assistante sociale : surtout les documents concernant les feuilles de paie de tous les membres de la famille ; c) Un mois plus tard, l'état de santé du mari s'aggrave encore plus, l'infirmière informe les gens d'un besoin nouveau en traitement, l'assistante sociale propose un transfert en institution pour un court séjour ou en maison de repos et de soins, désinscription au service des soins journaliers, garantie de soins fournis par les enfants et par une voisine ; d) Aggravation croissante de l'état de santé du mari et organisation de nouvelles aides en soins ; Environ un an après la prise de contact : le patient est décédé dans son logement.

6.3 *L'efficacité de l'assistance*

Le modèle d'assistance sociale et pour les soins intervient lors de besoins complexes et essaye grâce à des prestations concordantes (en accord avec les patients et leur famille) d'éviter une institutionnalisation ou du moins de la retarder.

Les situations typiques de besoins sont : le fait de vivre seul, les maladies mentales (la démence, la dépression), la fatigue (l'exténuation) de la personne soignante, le manque de compétence et de connaissances organisatrices de la personne soignante et le suivi de cette personne.

Exemples suivants :

- pour une femme vivant seule et aveugle, le service de télévigilance à domicile rentre en action
- un homme vivant seul et atteint de dépressions peut grâce à la pédagogue sociale accompagnatrice être intégré dans un foyer pour personnes âgées (avec repas du midi)
- une fille soignante, certes fatiguée par les soins qu'elle donne, ne veut pas envoyer sa mère en institution de soins journaliers pour cause du refus et de la pression exercée par son frère, elle reçoit une assistance à domicile
- un chômeur s'occupant de ses parents atteints de démence reçoit une assistance à domicile et des informations concernant la nourriture, les soins et l'hygiène de santé ainsi que d'autres aides comme des soins institutionnels de courts séjours pour ses parents
- un mari trop surchargé, par les soins qu'ils donnent à sa femme amputée d'une jambe et atteinte d'incontinence, obtient une aide pour les soins à donner, une aide ménagère et un soutien/ soulagement grâce aux courts séjours institutionnels et aux soins journaliers
- une femme tombe en grave dépression lorsqu'après neuf années de dépendance totale son mari meurt ; Elle reçoit de la part de bénévoles de l'aide pour la motiver à vivre, pour l'accompagner aux foyers pour personnes âgées.

7. *L'évaluation*

En Comparant ce modèle à d'autres modèles régionaux, on constate que leur développement respectif et leurs problèmes ne sont pas les mêmes.

Problèmes du modèle d'assistance sociale et pour les soins

Dans les centres d'assistance sociale et pour les soins moyennement développés, les problèmes suivants sont rencontrés :

- mauvaise coopération entre les institutions participantes
- aucune mesure commune d'assistance pour le patient, aucune équipe fonctionnant « pluridisciplinairement »
- l'assistance élémentaire n'est ordonnée qu'exceptionnellement dans le secteur de la santé
- le travail social est considéré comme secondaire (assignation de cas quasi désespérés, pas de conception d'agissements intégrée)
- méthodes de travail inchangées/ peur face aux changements
- formation simple des médecins et peu d'engagement et de disponibilité de leur part dans le projet
- différents degrés d'utilisation des systèmes de données informatiques

Facteurs de réussite

Le modèle de Sabadell n'a certes pas été organisé comme un Case Management, mais les problèmes qu'il a rencontré de même que son déroulement correspondent au Case Management. Depuis 1984, ce projet avait été lancé et se trouve actuellement dans une « phase de consolidation ».

Facteurs de réussite relevés :

- soutien politique
- conception de l'organisation stable et solide
- directives communes pour le déroulement du projet
- équipe motivée, personnel compétent et expérimenté
- bonne coopération des médecins, des infirmières, des assistant(e)s sociaux grâce à une capacité de place disponible pour les intégrer au processus.

D'après les employés ce qui est avantageux pour le projet sont : le dévouement pour une assistance intégrée, de meilleurs résultats, une meilleure utilisation des ressources disponibles, la dénomination des besoins auparavant non connus (et le développement de solutions y correspondant) ainsi qu'une bonne coopération avec les autres unités de travail pour minimiser les études de cas déplacées (entraînant une économie de coût).

Comme avantages méthodologiques, on peut citer : la collecte de données informatique à domicile, la communication permanente avec les clients/ les familles sur les possibilités d'aide conformes à leurs besoins, une bonne coopération entre les services publics, privés et bénévoles et les aides fournies par les familles ou le voisinage, une bonne coopération institutionnelle (moins de frais pour les clients, moins de problèmes administratifs) et enfin le fait que les employés reçoivent beaucoup d'informations sur le groupe ciblé.

Les exigences

Une unique salle de réception au lieu des deux salles de réception actuelles, divisant les affaires de santé et les affaires sociales, semble être une amélioration à envisager. De plus, les soins de courte durée et les soins journaliers devraient être mieux développés, les structures d'assistance mieux coordonnées et les services devraient mieux informer le public sur leurs offres.

3.4 Case Management à Hambourg (Allemagne)

Evaluateur: Lothar Voß

Dans le Land Hambourg s'organise depuis mars 1998 un projet de Case Management « Case et Care Management régional pour l'aide aux personnes âgées ». Ce projet est financé par le Ministère pour la famille, les personnes âgées, les femmes et les jeunes. Il a pour but d'atteindre : une organisation de l'aide et des soins la plus optimale possible pour la personne soignée et parallèlement, au niveau des patients des services et des établissements prestataires, une coordination et un choix commun entre les offres de prestations correspondant aux besoins. Le délai de validité de ce projet-modèle est de 2,5 ans.

1. Conditions générales

Données démographiques et système de l'assistance

Hambourg est une ville de 1,7 Millions d'habitants, 17 % d'entre eux ont au moins 65 ans. La part des personnes dépendantes (d'après la Loi sur l'assurance-dépendance) représente environ 2 % de la population totale; les personnes nécessitant une assistance de base (ne remplissant pas encore tous les critères liés à la dépendance) représentent 4,4 % de la population soit 74.000 personnes. A cela s'ajoute 14.000 personnes résidant dans des établissements pour l'aide aux personnes âgées ou pour les soins (0,8 % de la population totale soit 4,9 % de la population de 65 ans et plus).

La structure d'assistance en soins est composée de 420 services ambulants et d'un réseau important d'établissements participants.

Organisation des aides municipales pour les personnes âgées

Les services sociaux d'Hambourg sont organisés au sein des sept circonscriptions de la ville. Dans ce contexte des services de consultation pour les personnes âgées ont été mis en place dans toutes les circonscriptions dans le but d'individualiser les contacts. Ces bureaux ont pour objectifs la coordination des services responsables des offres de prestations sociales et culturelles ainsi que d'en assurer la réalisation. En cas de besoin, ils se chargent également de la distribution des prestations. Le personnel de ces bureaux d'aide aux personnes âgées des circonscriptions est calculé à raison d'une assistante sociale pour 8.000 et jusqu'à 10.000 personnes âgées de 60 ans et plus.

2. Particularités liées à la structure du projet de Case Management

Le personnel et leur qualification

Le projet de Case Management à Hambourg a été rattaché à un service social de la circonscription. Une équipe a été mise en place pour ce projet, elle est composée d'une assistance sociale (travaillant pour une 0,75 place), une managerine du projet (une diplômée en économie sociale, pour une 0,66 place) et une assistante du projet (secrétaire à mi-temps). En plus des tâches habituelles des aides aux personnes âgées de la circonscription, elles sont responsables de l'ensemble du projet.

L'assistante sociale se spécialisent sur les tâches dites propres au Case Management et pour lesquelles elle effectue le travail suivant, par exemple :

- renseigner les personnes âgées nécessitant de l'aide (aussi bien à son bureau qu'au domicile des clients)
- fournir les prestations et les coordonner (prestations externes ou aide de personnes faisant leur service civil)
- utiliser toutes les possibilités légales d'assistance pour le client.

La managerine du projet s'occupe surtout, en plus des consultations individuelles, de la coordination du projet, de la recherche d'instruments, du développement de méthodes et s'occupe enfin d'aider à soulager l'assistante sociale. De même, l'assistante du projet la soulage dans son travail, en actualisant par exemple les données sur les offres de prestations pour les personnes âgées.

Des bénévoles sont employés, si nécessaire, pour aider à fournir des aides concrètes, ils n'appartiennent cependant pas à la structure même du Case Management.

Financement et Equipement

Ce projet de Case Management dispose de moyens financiers suffisants d'un montant d'environ 16.000 DM par mois pour 1,9 embauche de personnel, pour les loyers des locaux et pour le matériel. Les bureaux sont logés dans le bureau de l'assistance sociale de la circonscription et le personnel du projet peut utiliser les infrastructures techniques de ce bureau.

Disponibilité

On peut joindre l'équipe tous les matins par téléphone; les prises de rendez-vous et les visites à domicile sont en général convenues par téléphone. En plus des visites à domicile, l'assistante sociale donne des consultations par téléphone quatre fois par semaine ainsi que deux fois par semaine dans son bureau.

Les organismes de tutelle et le rattachement institutionnel

La cellule de Case Management relève à la fois du Land (autorités pour le travail, pour la santé et pour le social) et de la municipalité (l'administration régionale), qui prennent en charge une partie des frais de personnel. Le rattachement de la cellule de Case Management au bureau d'aide sociale a l'avantage d'être situé au centre de la ville et dans un endroit connu. Toutefois, il est fort possible que l'image du bureau d'assistance sociale (amabilité pour la clientèle plutôt minime) influence négativement les clients s'intéressant au Case Management.

La relation entre le travail social et le Case Management peut devenir un problème en terme de bénéfices, pour autant que l'assistance sociale fournisse et en même temps contrôle les prestations de l'aide sociale; elle doit donc en tant que Case Managerine représenter les intérêts des clients et en tant que représentante du bureau d'aide sociale également ceux de l'administration. Pour le personnel cela peut conduire à un conflit face aux objectifs fixés et pour la clientèle à une perte de confiance.

3. Objectifs et méthodes du Case Management

Groupe ciblé

Le Case Management doit trouver et appliquer des solutions individuelles pour les personnes âgées nécessitant une assistance complexe. Cela concerne les personnes de plus de 60 ans dans la mesure où elles ne peuvent plus satisfaire elles-mêmes à leurs besoins d'assistance; les cas de personnes pouvant encore se « manager » elles-mêmes ne sont par conséquent pas traités par le Case Management.

Méthodes

La méthode appliquée dans le modèle d'Hambourg contient tous les éléments de base typiques du Case Management, dont l'application reste cependant encore à développer:

- Lors d'une appréciation (« assessment »), qui se déroule en général lors d'une visite à domicile, les capacités et les besoins du client sont mesurés et relevés. De même, un compte rendu est fait sur les possibilités d'auto-assistance et le cas échéant de l'assistance sociale fournie par les proches ou par le voisinage. Il est de plus prévu une amélioration de l'assessment.
- Cela correspondant, de plus, au concept même du Case Management de préparer ensemble avec le client les objectifs et l'élaboration d'un plan d'aide. Toutefois ces plans ne sont actuellement pas encore systématiquement documentés.
- Ensuite, les démarches nécessaires à l'application du plan d'aide sont effectuées, en préparant un « paquet de prestations correspondant aux besoins du client » sur

la base des offres de services disponibles et (en accord avec le client) en l'appliquant par la suite au client.

- Dans ce contexte, la Case Managerine est très attentive à la Qualité des services sélectionnés et contrôle le succès des mesures en cours. Il est prévu de rendre visite régulièrement à d'anciens clients afin de pouvoir remarquer suffisamment tôt des changements dans leurs besoins d'assistance et de prendre des mesures préventives pour résoudre leur nouvelle situation.

Les résultats collectionnés, lors de cette procédure sur les déficits de l'infrastructure d'assistance, sont transmis au bureau de l'aide aux personnes âgées régional, afin de les intégrer à d'éventuelles modifications dans le plan d'aide.

Exemples de cas

L'exemple de cas étudié illustre bien les approches et les méthodes mais aussi les limites du Case Management. Un accent particulier est mis sur l'acceptation et la participation du client, ce qui est indispensable pour la réussite de la procédure du Case Management.

3.5 Case Management dans le Land allemand la Hesse

Evaluateur: Hermann Scheib

1. Les coulisses du Case Management dans la Hesse

Dans le Land la Hesse, en 1998, un réseau de cellules de consultation et de coordination a été installé sous l'encouragement du Land et des municipalités. Un projet du « Landkreis » (arrondissement du Land) de Kassel (au nord de la Hesse) a été choisi pour être évalué et où cinq cellules de consultation et de coordination viennent d'être établies.

Ce projet a devancé le projet pilote « Equipe sociale et ergothérapeutique » (soziales und ergotherapeutisches Team/ SET) avec des missions et des tâches typiques du Case Management dans la région (de 1993 à 1998) comme :

- collecte d'information sur les offres d'aide,
- conseils donnés aux patients et à leurs familles lors des visites,
- détermination des besoins concrets,
- réalisation d'un plan individuel pour les soins et pour l'aide en coopération avec les services ambulants,
- médiation/ organisation/ coordination des aides nécessaires,
- éclaircissement des moyens de financement,
- conseil pour les modifications nécessaires dans le logement ainsi que

- des contrôles sur les résultats obtenus et un suivi d'assistance.

En outre, la multiplication des prestations a été accélérée ainsi que la coopération et la liaison des services aux institutions mais aussi des administrations aux organismes responsables des frais d'assistance et enfin des médecins aux paroisses etc.. Pour résoudre le travail lui incombant, le projet avait à sa disposition : une directrice du projet, trois assistantes sociales, deux ergothérapeutes, deux personnes (mobiles) qualifiées en gériopsychiatrie et un employé administratif.

Grâce aux expériences accumulées par ce projet « modèle-SET », un concept général a été créé dans le but de continuer à développer des cellules de consultation et de coordination pour les personnes âgées. L'ancien gouvernement du Land de la Hesse avait décidé en 1996 de reconnaître officiellement ce programme du Land et de le mettre en action. L'actuel gouvernement a lui cependant décidé en 1999 de ne pas poursuivre ce soutien du Land pour le développement des cellules de consultation et de coordination.

2. *Case Management grâce aux cellules de consultation et de coordination à Kaufungen*

Dans le canton rural de Kassel vivent environ 245.000 personnes englobant une forte part de la population âgée (22,6% de plus de 60 ans). Dans ce canton rural, il y a 55 services de soins ambulants, 26 établissements pour soins de courte durée, 10 établissements pour soins semi-institutionnels, 23 établissements pour soins institutionnels, 10 offres de résidences-service, 2 cliniques gériatriques.

Le financement des cellules de consultation et de coordination s'effectue grâce à un regroupement d'institutions composé de prestataires, d'églises et de communes avec des subventions gouvernementales annuelles de 15.000 Euros par cellule, grâce à la commune par un montant de 13.000 Euros par cellule et grâce à un montant du regroupement lui-même de 15.000 à 20.000 Euros par cellule.

La cellule de Case Management à Kaufungen (depuis juillet 1998) enveloppe une zone pour l'assistance d'environ 14.000 habitants, dont 2.850 à partir de 60 ans (parmi eux 2.100 de plus de 65 ans). A Kaufungen, il existe quatre services pour les soins et trois services pour l'aide ainsi qu'un lieu de rencontre pour les personnes âgées avec de multiples offres de divertissement culturel (la cellule de consultation a une heure de rendez-vous spécifique toutes les deux semaines).

Au regroupement institutionnel responsable des cellules de consultation et de coordination appartiennent la clinique-DRK, les communes, la station sociale ainsi que trois prestataires de soins ambulants. La cellule de coordination est composée d'une assistante sociale à mi-temps (les autres cellules de consultation sont en général composées aussi que d'une assistante sociale).

3. L'évaluation de la cellule de consultation et de coordination

Conditions structurelles

La diplômée en pédagogie sociale employée à mi-temps ainsi que l'infirmière diplômée d'état ont effectué plusieurs stages et disposent d'expérience de plusieurs années sur la cellule de consultation. A l'avenir, le Case Management prévoit la participation de bénévoles au processus d'assistance ce qui est actuellement impossible par manque de temps.

La cellule de consultation peut être jointe par téléphone quatre jours par semaine pour cinq heures. Il n'y a pas d'heures de rendez-vous directement au bureau, les visites à domicile y sont préférées.

La cellule de consultation est située dans un bureau (18 m²) du bâtiment administratif de la clinique-DRK, il est aménagé d'une table-bureau et de sièges, d'un téléphone, d'un répondeur ainsi que d'un ordinateur. Le fax et la machine à copier peuvent être de plus utilisés. Une voiture de service est à disposition et des salles de conférence comme d'autres moyens techniques peuvent être également utilisés.

La prise de contact

Les personnes prenant contact avec la cellule de consultation sont pour la plupart des proches des patients qui, sous le conseil des services ambulants ou par le bouche-à-bouche, en ont pris connaissance. Le travail public pour faire connaître cette cellule n'a pas été très profitable car peu de personnes l'ont su par ce moyen. La cellule de consultation est le plus souvent consultée pour le besoin d'aide du patient, pour les soins à domicile et/ ou une aide ménagère ou aussi pour les questions relatives à l'assurance dépendance. La documentation établie renseigne sur la personne à contacter, sur l'accès ainsi que sur la raison de la demande.

Groupes ciblés et objectifs

Les groupes ciblés de la cellule de consultation sont les personnes dépendantes et leurs proches ainsi que les personnes nécessitant de l'aide et leurs proches. Les partenaires à la coopération, qui sont des personnes et des institutions participant au processus d'aide, s'ajoutent au groupe ciblé.

Les objectifs de la cellule sont a) l'amélioration de la situation de vie grâce aux aides et aux soins ainsi que la possibilité pour le patient de rester vivre chez-lui, b) la consultation et la décharge des proches, c) travail public/ collecte d'information sur les problèmes liés aux soins et d) la planification municipale.

Devoirs et offres de service

La cellule de consultation a un rôle de médiateur entre les demandeurs et les offres de prestations. Elle sert également de soutien dans planification sociale.

Au côté du demandeur, la cellule s'occupe des tâches suivantes : l'information sur les offres d'aide, la consultation individuelle sur les moyens officiels de soutien correspondant aux besoins/ solutions alternatives d'assistance, la consultation à domicile des personnes recherchant de l'aide et de leurs proches, l'explication du besoin en aide et la réalisation d'un plan d'aide, la transposition de ce plan/ établir des contacts et organiser l'aide, la garantie de qualité, le renseignement en cas de conflit/ consultation psychosociale, l'explication sur les questions du financement/ aide lors de l'inscription et documentation.

Au côté des prestataires de services, c'est la coordination des offres régionales qui est au premier plan : elle englobe : la mise en place de contact avec les prestataires, les médecins, les responsables des coûts, les bénévoles/ coordination ; le rattachement à des organismes de tutelle ; les mesures de garantie de qualité ; initiative et accompagnement de groupes d'entraide ; l'organisation d'une formation continue pour les bénévoles et les proches des patients ainsi que l'organisation de travail public.

La planification de l'assistance encourage la mise en évidence des besoins régionaux/ suggestion sur la continuité du développement des offres locales d'assistance ; collaboration au comité pour la planification ; collaboration au sein du comité pour la planification et collaboration pour le gain et la garantie d'une qualité standardisée.

Les méthodes et les formes de travail

L'aide pour les cas isolés, qui représente la tâche principale de la cellule de consultation, s'effectue uniquement dans le cas où l'utilisateur(trice) est accompagné(e) et conseillé(e) tout au long du processus d'assistance. Les démarches effectuées sont exposées ci-dessous :

- La première démarche est un assessment social sur les aspects de la santé, sur les soins et sur les aspects socioculturels, ce premier entretien est effectué au logement du patient afin de prendre des renseignements voire d'évaluer : les conditions générales du logement, l'ambiance et le soutien familial, l'état de santé et les problèmes s'y rattachant, les contacts sociaux, les aides fournies au moment de l'entretien, les compétences, les ressources disponibles et le besoin d'assistance. Sur la base de ces informations, le besoin concret en aide va être déterminé et sera la base du plan d'assistance.
- La deuxième démarche planifie l'aide en fonction des informations collectées lors du premier assessment et qui ont été évaluées, si le client a besoin de plus d'information, celle-ci lui sera alors fournie. L'ébauche du plan d'aide contient des ob-

jectifs classés par ordre d'importance ainsi que l'emploi du temps et le début des démarches de la réalisation de l'aide. Tout cela se fait en accord avec les demandeurs et leurs proches à l'occasion de quoi des solutions alternatives et des compromis sont également proposés de même que la répartition des tâches à effectuer.

- La troisième démarche représente la réalisation du plan d'aide et la médiation de ces aides : des accords avec les prestataires sont conclus, les questions sur le financement résolues etc. et documentées.
- La quatrième démarche consiste à évaluer la réalisation même du plan d'aide. La cellule de consultation fait alors effet de représentante pour les intérêts des bénéficiaires de prestations. L'atteinte des objectifs est contrôlée grâce au plan d'aide (servant de check-list). Les objectifs atteints ou non sont discutés avec le bénéficiaire. Lors de cet entretien, les raisons, les problèmes, le manque d'organisation ainsi que les modifications à effectuer vont être mis à jour. Tous les participants reçoivent par la suite un compte rendu et si nécessaire une conférence aura lieu au sujet du cas traité.

La cellule de consultation ne sert pas que pour les études de cas particuliers ou isolés, elle permet également de recenser localement le système d'assistance permettant alors d'obtenir une meilleure actualisation des offres de services aux personnes âgées. La cellule dispose en effet d'une documentation riche en ce qui concerne les offres de services ambulants, semi-institutionnels et institutionnels. Les informations concernant ces services montrent leur capacité, comparent leurs tarifs, collectent leurs adresses, indiquent les responsables et diverses autres données sous forme systématisée. Cette documentation est actualisée en permanence en ce qui concerne les personnes à contacter, les données sur les services disponibles, l'échange d'informations du cercle de travail/ d'études « confédération de consultation pour soins » de la ville Kassel ou les publications de presse.

En dernier ressort, les déficits du secteur d'assistance sont communiqués à la responsable de la planification d'aide pour les personnes âgées du « Landkreis ». Grâce au cercle d'études des cellules de consultation et de coordination du « Landkreis » s'effectue un transfert intensif d'expériences favorables au secteur politique.

4. *Rapports de cas*

Cas 1

- Transfert entre la sortie d'hôpital et le retour au domicile
- Préparation d'un déménagement (information donnée par le bureau d'aide social, délai de préavis à tenir, le cas échéant : subvention/ prestation financière exceptionnelle du bureau d'aide social et de la caisse de soins etc.)
- Information sur les droits aux prestations

- Demande de prestations de l'assurance dépendance/ d'autres aides lors du dépôt de la demande
- Contrôles des exemptions de frais/ de cotisations
- Contrôle de la réalisation de l'assistance

Cas 2

- Information sur les droits aux prestations
- Demande de prestation de l'aide sociale/ d'autres aides lors du dépôt de la demande et opposition
- Soutien accordé aux proches soignants/ mise à jour de la charge leur incombant
- Réussir à mettre en place un climat de confiance, une bonne structure communicative avec les fonctionnaires et les prestataires de services.

5. Le travail public

Le travail public s'effectue en trois étapes. La première étape consiste en la prise de contact et la mise en place de structures communicatives avec les services de soins, les médecins, les services sociaux des cliniques, les caisses de maladie, les établissements, les églises etc. La deuxième étape concerne le travail médiatique et la troisième les conférences et les publications.

3.6 Case Management en Israël

Evaluatrice : Dr. Ariela Lowenstein

Le Case Management israélien est une méthode pluridimensionnelle. Ses fonctions se basent sur le management, la coordination et le médical. C'est pourquoi, dans la pratique, il se présente sous divers modèles et variantes.

1. Les facteurs démographiques et les tendances

Israël a 6,5 millions d'habitants. 600.000 d'entre eux sont âgés d'au moins 65 ans (ce qui représente 9 % de la population totale ; les personnes âgées d'au moins 80 ans représentent elles 3 %). 28 % des personnes âgées vivent seules. 4,4 % des personnes de plus de 65 ans vivent en établissements. Les groupes de personnes à risque (à tendance croissante) sont les personnes très âgées, les femmes vivant seules, les immigrants de l'Europe de l'Est et les personnes dépendantes (dont le nombre s'accroît en permanence).

2. L'Etat social israélien

Le principe de base de la politique sociale israélienne est la « solidarité des familles » ayant pour responsabilité les problèmes liés aux générations et à l'immigration.

Un vaste système d'assistance a été mis en place dans le but d'atteindre les objectifs suivants : avoir une vie la plus autonome possible dans un logement privé et participer à la vie sociale, :

- Les Pouvoirs Publics (surtout le Ministère du travail et le Ministère des Affaires Sociales, le Ministère de la Santé et l'Assurance sociale)

L'Assurance sociale regroupe : l'assurance-pension, l'assurance-survivants (universelle et fonction du revenu), l'assurance pour les handicapés et l'assurance-dépendance. La structure de ce système d'assistance est organisée sous tutelle municipale (pour le système social : les associations de bienfaisance/ les bureaux d'aide sociale comme centres principaux d'aide aux personnes âgées ; pour le système de la santé : les bureaux régionaux de santé/ les offices de la santé sous la responsabilité des caisses de maladie ; les services pour la santé sont rattachés aux cliniques). Une coordination de ces structures systémiques n'a pu être réalisée que par l'intermédiaire d'ESHEL (Association for Planning and Development of Services for the Aged). ESHEL est une association de planification et de développement des services pour les personnes âgées sous la responsabilité commune à l'Etat et à une organisation d'aide sociale. L'objectif de cette coordination est la progression des programmes pour les personnes âgées y incluant p.ex. les soins de jour et les aides fournis par le voisinage.

Autres structures d'assistance pour les personnes âgées :

- Les associations syndicales : ce sont des Fonds de retraite, mais aussi les clubs du Troisième Age, les maisons de retraite et enfin les maisons de repos et de soins.
- Les organisations bénévoles : ce sont des services sociaux (le plus souvent se partageant les tâches suivant la provenance des personnes immigrées) et des maisons de retraite ou des maisons de repos ou autres
- Les prestataires privés : ce sont des établissements de soins et nouvellement des résidences-service et des services de soins à domicile.

3. Influence de la Loi sur les services de soins aux personnes âgées

Dans les années 80, l'assistance aux personnes âgées a connu un tournant : passage de soins institutionnels en soins ambulants, plus proches ainsi des personnes concernées. La Loi en vigueur repose sur la Loi de l'assurance-dépendance de 1998 ainsi que sur la Loi de 1995 de l'assurance-santé donnant accès (fourni par les services ambulants) à un « lot de prestations en nature ». Cela permet d'avoir une protection universelle d'assurance, des taux moins importants d'institutionnalisations ainsi qu'un développement conséquent de l'infrastructure ambulante.

Particularités de la Loi sur l'assurance dépendance

- Droit universel pour les prestations requises (qui sont certes fonction du revenu, mais dont le plafond limite est élevé)
- Orientée vers les municipalités afin d'éviter des soins institutionnels
- Prestations de soins pour les cas de dépendance grave (et afin de soulager les proches soignants)
- Donne droit en général à des prestations en nature (d'après des critères spécifiques) ; des prestations en espèce sont fournies si l'infrastructure en place est insuffisante
- Rattachée à et complétant l'infrastructure présente (sous la responsabilité du gouvernement et des caisses de maladie)
- Ouverture de droit aux organisations non-gouvernementales et aux services privés du « spectre » des prestataires de services
- Développement standardisé de la coopération interdisciplinaire
- Amélioration de l'efficacité du management et de la coordination des services.

Les objectifs orientés vers le système sont : le développement de l'assistance à domicile, l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services grâce à une meilleure coordination entre eux, la privatisation des prestations de services, une concentration toute particulière pour les groupes de personnes à risque et une diminution des coûts.

Les objectifs orientés vers la personne sont : une évaluation systématique des besoins du client, le développement d'un plan d'aide individuel variable suivant les besoins et les aides requises ainsi que l'intensification des aides pour les personnes âgées dépendantes et leur famille résultant de ce plan. Les limites de la Loi résident sur le fait qu'elle ne concerne ni les personnes dépendantes sans gravité ni les thérapies de réhabilitation. Et les instruments utiles aux évaluations ne correspondent que peu et insuffisamment aux problèmes de démences.

En ce moment, environ 84.000 personnes perçoivent des prestations en rapport à la Loi sur les soins (soit 1,3 % de la population totale et 14 % des personnes âgées d'au moins 65 ans). Les prestations le plus souvent perçues sont celles orientées vers la personne, à savoir les soins de base et les aides ménagères (en moyenne, ces aides représentent 11 à 12 heures par semaine et jusqu'à 15 heures pour les personnes atteintes de démence). Les autres prestations sont p.ex. les soins de jour et les installations d'appel d'urgence.

Processus de déroulement de l'assurance dépendance

Une demande de prestations de l'assurance dépendance ne peut être effectuée qu'au bureau régional de l'Institut de santé national. C'est dans ce bureau qu'un travail de recherche sur les besoins et les prestations nécessaires au patient va être réalisé. Sur la base de cet « Assessment », un comité interdisciplinaire (composé d'assistants so-

ciaux, d'infirmières et d'employés de l'assurance maladie) élabore un plan de soins individuel et le « paquet de prestations de service » peut alors être négocié.

Les instruments standards pour l'Assessment se basent sur l'évaluation : de l'état de santé physique du patient, ADL, IADL, des capacités communicatives ainsi que des fonctions émotionnelles et cognitives, de la participation à la vie sociale, des systèmes de soutien informel, de l'environnement du logement, des ressources économiques, des capacités à s'auto-assister, des antécédents médicaux ainsi que des valeurs de base et des souhaits du client.

4. Description du projet de Case Management à Haifa

4.1 L'assurance dépendance et le Case Management

La Loi sur l'assurance dépendance favorise l'implantation de certains éléments de base du Case Management comme :

- Un accès centralisé pour l'information et les prestations d'aides
- Standardisation des critères de choix et des mesures de prestation
- Standardisation de la responsabilité, de l'évaluation, de la distribution des prestations et standardisation du processus de financement
- Développement de « paquets de prestation de service » créatifs et flexibles, correspondant aux besoins individuels du client et choisis avec son accord,
- Modification des prestations si nécessaires et contrôle permanent de leur réalisation.

Deux problèmes sont surtout rencontrés :

- La composition des équipes interdisciplinaires, devant normalement offrir un Case Management individuel, n'est pas suffisante : actuellement un assistant social doit s'occuper à lui seul de 350 clients.
- Les « paquets de prestations » ne correspondent pas suffisamment aux besoins individuels, ils sont en effet standardisés pour raisons financières. De plus, la séparation entre le processus de planification de l'aide et sa réalisation (purchaser-provider-split) limite les possibilités d'influence individuelle.

C'est pourquoi le modèle du projet « Case Management pour personnes dépendantes » a été créé et rattaché au bureau de services sociaux à Haifa (début : mars 1999). Le personnel se compose de deux assistants sociaux travaillant chacun environ 10 heures par semaine.

4.2 Objectifs et processus du Case Management à Haifa

Les tâches essentielles du Case Management sont l'approvisionnement en informations et en aides, la défense des intérêts des clients et de leurs proches ainsi que la

coordination et le contrôle des services. Les modes de travail de base du Case Management sont :

- Des prises de contact avec le bureau
- Un relevé/ assessment des besoins du patient
- L'élaboration d'un plan d'aide en fonction des services les plus proches du lieu d'habitation du client
- La prise de contact du client avec plusieurs services
- La mise en activité et le soutien au système d'aide informelle
- Le contrôle de qualité des prestations fournies
- Une nouvelle détermination (Reassessment) des besoins du client
- L'évaluation des résultats.

Pour ce projet, 100 personnes ont été choisies, parmi elles 30 ont servi pour la réalisation du Case Management, 30 en tant que groupe de contrôle (avec un traitement normal) et enfin 40 en tant que groupe de « réserve » (en cas de décès ou d'admission en établissement). Les critères de choix étaient basés sur : l'âge (personnes âgées d'au moins 70 ans), le sexe, la situation familiale (célibataire, marié), le logement (vivant seul, chez ses enfants), le handicap physique ou cognitif ainsi que sur les ressources financières.

Pour 30 personnes, un plan d'aide a été élaboré comportant : une évaluation des besoins (de l'Assessment), le développement de possibilités de soutien pour les soins, une aide familiale et des aides bénévoles (en prenant compte des problèmes de compréhension linguistique chez les immigrants) ; Prévision du développement de l'état de santé de la personne dépendante, formulation concrète des objectifs à atteindre (avec un emploi du temps précis) ; données personnelles sur le client (biographie et environnement privé) ; antécédents médicaux (physiques et cognitifs) ; détermination de toutes les aides formelles et informelles ; description de tous les services prestataires et des prestations qu'ils fournissent, estimation des besoins requis pour la coordination et pour le contrôle ; ébauche de la continuité du processus d'élaboration du plan d'aide (le cas échéant des modifications à faire) ; informations écrites sur les services pour les clients ; détermination des services qui devraient être fournis, mais qui ne peuvent l'être (en y inscrivant les raisons).

Une évaluation intermédiaire a été effectuée trois mois seulement après le début du projet. C'est dans ce cadre que les modifications nécessaires pour les instruments d'évaluations et pour ceux de la planification de l'aide ont été discutées. De plus le nombre des clients intégrés au Case Management a augmenté passant de 30 à 40 (soit plus que 20 clients pour chaque Case Manager). Le groupe de personnes ciblées a également été élargi aux personnes nécessitant des aides ne correspondant pourtant pas à la Loi sur les soins. L'évaluation du projet, faite par les Case Managers, met en évidence, en comparaison au début du projet, une meilleure planification de l'aide, elle

correspond en effet mieux aux besoins des clients et de meilleurs contacts avec les prestataires de services sont plus fréquents.

Une rencontre entre l'évaluatrice et les Case Managers a lieu toutes les trois semaines, toutefois des arrangements peuvent avoir lieu entre ces délais.

4.3 Conditions liées à la structure

Qualification du personnel

Les Case Managers sont des assistants sociaux ayant des tâches supplémentaires à remplir. Ils doivent connaître les besoins du groupe ciblé, les prestataires de services, les offres de soutien municipales ; entretenir une coopération étroite avec les prestataires ; connaître les organisations bénévoles concernées et les services municipaux ; être informés sur et expérimentés avec les possibilités d'action en place ; savoir élaborer des questionnaires ainsi que récolter des données et les évaluer. Une expérience est souhaitée également dans le système d'aide aux personnes âgées et sur ses réglemmentations.

Ressources techniques

Les infrastructures techniques sont parfois réduites : il n'y a qu'une pièce réservée aux deux Case Managers, un téléphone avec un répondeur (comme il n'y a pas assez de raccordements téléphoniques, la structure municipale du « Volunteer Assistance Centers » leur sert de supplément). Les heures d'ouverture des bureaux sont : de 8 :00 à 15 :00 heures et une fois par semaine jusqu'à 18 :00 heures. Les Case Managers peuvent être également joints par téléphone pour les cas urgents. Il y a deux ordinateurs à leur disposition pour gérer les affaires administratives et les données de base sur les clients, mais les Case Managers ne disposent pas eux-mêmes d'ordinateurs (c'est pourquoi d'ailleurs il faut bien faire la différence entre les données de base et les autres informations utiles au processus d'action des Case Managers, l'évaluation de toutes les données ne se fait d'ailleurs que par l'intermédiaire de l'Institut d'Assurance national).

Structure institutionnelle et organisme de rattachement

- Implantation du projet dans un bureau du service social de la ville Haifa
- Coopération avec le comité interdisciplinaire (ancré dans la Loi sur les soins) local (rencontres organisées toutes les deux semaines pour planifier l'aide et discuter de certains cas de clientèle)
- Rencontres hebdomadaires avec les infirmières des « cliniques voisines » et contacts téléphoniques continuels avec trois hôpitaux ainsi qu'avec une clinique de réhabilitation gériatrique, des rencontres sont organisées si besoin est
- Visites hebdomadaires des centres de soins de jour

- Coopération étroite avec le « Volunteer Assistance Center » : formation des bénévoles et conseils sur les personnes dépendantes.

Organisation interne : toutes les deux semaines les Case Managers rencontrent les employés, spécialisés pour l'aide aux personnes âgées, du bureau du service social afin de discuter sur les clients et afin de répondre aux questions d'organisation.

Déroulement de la détermination des besoins (Assessment)

Une fois la reconnaissance du degré de dépendance faite, une infirmière réalise une première détermination des besoins du client. Sur la base de ces données, l'équipe interdisciplinaire élabore un plan d'aide. Une nouvelle détermination des besoins (Reassessment) sera effectuée après des visites à domicile régulières des Case Managers (ou le cas échéant avec des infirmières, pour les immigrés avec des traducteurs ; environ deux heures). Ensuite le plan d'aide sera en conséquence modifié (en règle générale tous les deux mois, si nécessaire encore plus souvent).

Durant la nouvelle détermination des besoins, les données personnelles des clients sont relevées ainsi que celles des personnes appartenant au foyer et celles de l'aidant principal. De plus, le re-assessment permet de faire des relevés sur : les remarques concernant la maison et l'appartement, sur le montant du revenu perçu, sur les remarques générales comme les hobbies et les événements importants survenus, sur les données médicales, sur les rapports familiaux et les contacts avec autrui, sur les systèmes de soutien supplémentaires et enfin sur les services requis. Si une admission en établissement est prévue, une recherche est faite sur les raisons et les points de vue du client et de ses proches.

5. Evaluation du projet

5.1 Les méthodes et les instruments de l'évaluation

- Discussions de groupe et interviews individuels avec les Case Managers
- Questionnaires sur la durée des soins, sur le nombre et le type de prise de contact avec les clients, sur les données au sujet du client et de la personne soignante, sur les antécédents de soins requis, sur le réseau informel ; Evaluation de ces questionnaires par le Case Manager
- Documentation sur la clientèle et pour la clientèle : feuille documentaire sur l'assistance dépendance, feuille documentaire où sont notées les modifications effectuées dans le plan d'aide, feuille documentaire sur les contacts avec les services d'offres de soins, feuille documentaire pour le contrôle des services de soins, feuille médicale relatant les soins fournis (avec ADL et IADL), le témoignage de confiance venant du client, la réponse négative venant des services, le résumé des discussions avec le client et avec la personne soignante
- Rapport sur les soins pour chaque client

- Documentation sur les actions : description résumée des problèmes rencontrés par les clients et les personnes soignantes ; travail effectué pour régler un problème : orienté vers l'assessment, se rapportant au plan d'aide, contrôle du « paquet » de prestations, se rapportant aux prestations, représentant les intérêts des clients, se rapportant aux clients, se rapportant à la personne soignante
- Détermination des fonctions des Case Managers suivant les cas : le plus souvent elles consistent en une « intervention durant les soins » et en un « soutien de la personne soignante », ainsi qu'en « l'élaboration et en la modification du plan d'aide », « le changement de prestataire », « l'assessment du client » et « la coordination des soins » ; ce qui est moins important : « l'élaboration d'un aperçu sur la situation générale », « le rôle de management » et « l'aide en cas d'admission en établissement ».

5.2 *Description des clients et des personnes soignantes*

Les clients sont surtout des femmes qui pour deux tiers d'entre elles sont veuves. La moitié des clients sont des survivants de l'holocauste. Environ la moitié d'entre eux vivent seuls, mais seulement un tiers fait appel à un système de soutien (ils sont isolés et solitaires). Les clients sont pour moitié âgés d'au moins 85 ans ; les diagnostics médicaux établis sont surtout des problèmes de démence et des problèmes orthopédiques ou des fractures (pour les groupes similaires les problèmes surviennent).

Les prestations les plus demandées sont le « paquet » de soins de base incluant l'aide ménagère. Les capacités communicatives et le soulagement des proches sont également de grande importance. Les Case Managers proposaient plusieurs prestations adaptées à la situation du client et ils se chargeaient de les fournir.

5.3 *Résultat du Case Management*

Les Case Managers suivent à la lettre les démarches à effectuer pour le Case Management. Les facteurs suivants ont une influence sur le résultat final: les antécédents professionnels (difficulté à percevoir un problème et à identifier les problèmes prioritaires), les moyens financiers en place, rôle de médiateur ou de soutien, disponibilité.

Résultats au niveau micro (avec des exemples de cas de clientèle):

- *Savoir reconnaître et étudier les nouveaux besoins du patient:* p.ex. la solitude d'une personne âgée dépendante (malgré une vie en couple) oblige à modifier le plan d'aide, thérapie familiale afin d'améliorer la vie du couple, visite effectuée par une aide soignante et par une personne bénévole
- *Savoir saisir les données supplémentaires:* comme p.ex. d'autres formes de soutien qui peuvent être utilisées
- *Soutien dans le choix de forme de vie/ retardement d'une admission en établissement, conseil aux clients:* aperçu des services et le cas échéant recommandation de changer de service, si p.ex. le client est mécontent de ce service, mais à peur d'en faire lui-même la critique

- *Encouragement à participer à la vie sociale et à avoir plus de contacts avec autrui*: dans un exemple de cas, le centre de soins de jour n'était pas connu; grâce à une visite commune (client et Case Manager), ce centre (ou d'autres: p.ex. un club pour le Troisième Age) fut découvert et, après connaissance des lieux, les dernières réticences peuvent être surmontées
- *Contrôles des services et tendance à plus de flexibilité* : p.ex. lorsqu'une femme est difficile à porter ou à déplacer et/ ou lorsque les personnes soignantes sont surchargées de travail, un ascenseur est mis à leur disposition ; initiation à une physiothérapie
- *Travail avec différents groupes ethniques* (immigrants)
- *Plus de temps disponibles pour les visites à domicile* : hebdomadaires ou toutes les deux semaines pour deux heures par client
- *Mesures pour soulager la personne soignante*
- *Évaluation de la satisfaction générale des clients* : en règle générale, les clients sont satisfaits des services prestataires. Quelques critiques sont toutefois faites quant à la qualité de ces services surtout en rapport à la qualification spécifiques des personnes soignantes, au manque d'influence pour la convenance des rendez-vous et au manque de flexibilité (p.ex. pour des problèmes survenant le soir ou le week-end).

Résultats au niveau macro

Au niveau des services, plusieurs objectifs ont été atteints : le développement du processus de soins, l'amélioration de la coordination et de la coopération entre les services prestataires et les services municipaux, l'échange d'expériences des professionnels appartenant au système de la santé avec ceux du système social, plus de flexibilité dans la distribution des prestations, amélioration de la qualité grâce aux contrôles réguliers, mise en activité de bénévoles, mise en activité et soutien du système informel, garantie de qualité interne et développement de moyens de communication supplémentaires.

6. Conclusion

Dans le projet de Case Management à Haifa, le soutien aux clients et aux personnes soignantes passait avant le contrôle des services. L'évaluation du Case Management s'est avérée plutôt positive aussi bien au niveau micro que macro. Le fait surtout que les Case Managers s'occupent désormais d'un nombre restreint de clients permet de fournir de meilleurs soins et d'améliorer la structure d'assistance. Les clients sont ainsi mieux intégrés au système de l'assistance et les barrières entre les différents services prestataires et les systèmes de prestations peuvent être plus facilement franchies.

Les questions suivantes restent cependant à éclaircir :

- **Besoin du client** : comment sont déterminés les besoins du client, qui les définit, comment est-il possible de découvrir les besoins non-satisfaits, etc. ?

- Choix des clients : le Case Management convient à quels types de patients ? Certains peuvent se procurer par eux-mêmes les aides dont ils ont besoin.
- Employés qualifiés et bénévoles : le système d'assistance professionnel ne peut pas toujours suivre les objectifs convenus ; c'est pourquoi la fonction dite complémentaire des bénévoles devrait être renforcée.
- Les limites entre l'aide sociale et les aides et soins infirmiers : comment cette barrière pourrait être franchie afin d'améliorer l'assistance ?

3.7 Case Management en Italie

Evaluatrice : Dr. Aurelia Flores

1. Les coulisses du Case Management en Italie

En Italie, les conditions générales légales pour le Case Management sont différentes suivant les régions : la Loi régionale italienne de l'Emilia-Romagna 5/ 94 « Protection et évaluation des personnes âgées » est la seule région ayant une Loi de ce genre. Les mesures en faveur des personnes âgées dépendantes sont réglementées, « *pour la réalisation de mesures concrètes ayant pour objectifs d'une part le maintien à domicile ou dans leur famille des personnes âgées et d'autre part la reconnaissance de leurs expériences, de leurs connaissances et de leur culture* ». Dans ce cadre réglementé, une ébauche est réalisée sur la fonction et le terrain d'action d'un employé qualifié ayant pour responsabilité un cas de clientèle précis.

Pour expliquer la situation dans cette région deux exemples vont être présentés. L'accès aux prestations dans ces deux exemples de Case Management sont différents : 1) dans la région Montecchio Emilia, le Case Management se rattache plus au secteur social et dispose d'une base logique au sein du conseil municipal ; 2) dans la région Faenza, le Case Management est rattaché au système de santé et dispose d'une base logique dans la station locale de santé. Dans ces deux régions, la fonction même du système lié au Case Management est identique.

Dans les autres régions italiennes et dans la ville de Rome, il n'y a aucun règlement établi. En juin 1998, à Rome, a débuté cependant un projet de Case Management d'une durée d'un an.

2. Le Case Management effectué par le service d'aide aux personnes âgées (le SAA) dans l'Emilia Romagna

La Loi 5/ 94 réglemente une grande partie des offres d'aides incluant A) le service d'aide aux personnes âgées (*Servizio Assistenza Anziani, SAA*), B) l'unité d'évaluation gériatrique (*Unità di Valutazione Geriatrica, UVG*), C) le Case Manager (*Responsabile del caso*) et D) le réseau de cellules médico-sociales. Ces cellules sont très proches les unes des autres. Le système dans son ensemble est d'abord présenté sous forme

de notes. Le « véritable » Case Management est lui pris en charge par le service d'aide aux personnes âgées (SAA). Ce service est le point de départ pour la continuité de l'assistance aux personnes âgées et leurs proches ainsi que pour toutes autres démarches nécessaires.

Détails sur ces quatre secteurs d'activité et leurs tâches respectives :

A) Le service d'aide aux personnes âgées (SAA) est une cellule de coordination et d'intégration des fonctions sociales et médicales ayant pour tâches :

- a) l'élaboration d'une première évaluation sur la situation de la personne âgée,
- b) la garantie d'une utilisation optimale et coordonnée du réseau des cellules médico-sociales et
- c) la détermination d'un responsable pour chaque cas (Case Manager).

Ce service d'aide

- Se charge de la coordination entre les cellules médico-sociales et les cellules sociales
- Délivre une autorisation pour l'accès au réseau des cellules médico-sociales d'après l'unité d'évaluation gériatrique (UVG)⁴,
- Doit contrôler l'ensemble du réseau ainsi que la qualité des prestations fournies,
- Présente les services et les prestations ainsi que les modes d'accès d'une cellule d'information,
- Organise des formations complémentaires et continues pour le personnel ainsi que
- Des campagnes d'informations et des campagnes sur la santé destinées aux personnes âgées.

B) L'unité d'évaluation gériatrique (UVG) élabore un plan d'aide individuel d'après une évaluation multidimensionnelle et en accord avec les membres de la famille du client, la Case Manager et le médecin traitant.

C) Le Case Manager est en général l'assistant social du service d'aide aux personnes âgées (SAA).

D) Les services suivant appartiennent au réseau des cellules médico-sociales :

- a) *les aides intégrées à domicile :*
 - L'assistance de base médicale,
 - Les renseignements médicaux à l'hôpital,

⁴ Pour plus d'informations concernant cette instance voir ci-dessous.

- Les soins infirmiers à domicile,
- La réhabilitation et l'ergothérapie,
- L'assistance grâce à des moyens sanitaires et médicaux,
- Garantie de la réception des appels téléphoniques d'urgence.

b) *les centres de soins journaliers*, ce sont des centres semi-résidentiels dans lesquels des mesures de réhabilitation et d'activités de loisirs (pour plus de contacts sociaux) sont réalisées, afin de « réveiller » les capacités corporelles et mentales des patients ou de les améliorer.

c) La maison de retraite, elle s'occupe de l'assistance de base médico-sociale et de l'aide médicale des personnes dont la famille ne peut les prendre en charge, mais pour lesquelles une admission en maison de repos et de soins ne semble pas nécessaire d'après les résultats de l'évaluation de l'UVG.

d) Maison de repos et de soins (RSA) pour les personnes âgées ne pouvant être soignées à domicile et nécessitant des soins permanents mais aucun traitement hospitalier. La maison de repos et de soins fournit les prestations suivantes :

- Une assistance médicale de base et des mesures de réhabilitation,
- Une aide pour les actes de la vie quotidienne et
- Des activités sociales.

2.1 *Case Management du service d'aide pour les personnes âgées dans la région de Montecchio*

Les conditions générales et les caractéristiques des structures

La région de Montecchio compte 51.894 habitants dont 5.084 (soit 9,8 %) personnes d'au moins 75 ans.

Pour exercer les tâches, dans ces services, décrites ci-dessus, la région de Montecchio dispose de :

- Un responsable du service d'aide (SAA) à mi-temps,
- Un employé du service d'aide (SAA) travaillant 28 heures par semaine,
- Un employé administratif (à mi-temps),
- Un assistant social de l'unité d'évaluation gériatrique (UVG) travaillant 10 heures par semaine et
- Un responsable du réseau : le Case Manager.

L'unité d'évaluation gériatrique (UVG) est composée de trois gérontologues (en rotation), deux assistantes sociales (en rotation), un infirmier ainsi qu'un employé administratif (à mi-temps).

Le réseau renferme de nombreux établissements et services rattachés les uns aux autres : deux maisons de soins (RSA), quatre maisons de retraite, six centres de soins de

jour, huit stations pour l'assistance intégrée à domicile, un service de soins à domicile, un médecin généraliste, huit assistants sociaux ainsi qu'une personne accompagnatrice lors de la sortie d'hôpital.

Evaluation de la cellule de consultation et de coordination

Conception du travail

Le réseau de services sociaux et médicaux décrit ci-dessus est intégré, sous la direction du service d'aide aux personnes âgées (SAA) dans le Case Management et ce durant les différentes phases du processus de l'assistance :

- Dans la première phase, une première évaluation des besoins du patient est effectuée par le Case Manager qui se met également en contact avec le médecin traitant. Si les besoins du patient sont plus complexes, l'unité d'évaluation gériatrique effectuera alors une nouvelle évaluation après en avoir fait la demande auprès du SAA. C'est alors un employé de la SAA qui délègue la cellule de consultation UVG.
- Dans la deuxième phase, l'UVG, le Case Manager et le médecin traitant effectuent ensemble une évaluation de la personne âgée concernée et élaborent ensuite un plan d'aide correspondant à ses besoins.
- Le responsable du service d'aide (SAA) accorde alors l'accès au réseau des prestations (la troisième phase).
- Durant la quatrième phase, la réalisation du plan d'aide élaboré va être effectuée par le réseau de service.
- Le Case Manager est chargé de contrôler le déroulement du plan d'aide ainsi que les changements de l'état de santé du patient ainsi que de son développement social, afin de déterminer la cas échéant les modifications à faire dans le plan d'aide (la cinquième phase).

La prise de contact avec le service d'aide s'effectue par l'intermédiaire des membres de la famille du patient dans le cas où celui-ci vit dans son domicile. Pour la sortie d'hôpital, c'est le personnel hospitalier qui se charge de prendre contact avec le service d'aide (SAA). Le SAA est chargé de présenter aux patients les conditions d'accès au réseau des services prestataires. Les patients devant recourir à plusieurs prestations, que ce soit une aide ménagère ou même des soins infirmiers institutionnels, peuvent se renseigner auprès du SAA.

Les groupes de personnes concernées par le SAA sont des personnes dépendantes ainsi que leurs proches. Le service permet d'améliorer les conditions de vie de ces personnes, de perpétuer leur maintien à domicile le plus longtemps possible ainsi que de renseigner et soulager leurs proches.

Rapports de cas

Dans un exemple de cas décrit, c'est la famille qui a fait part au SAA des besoins requis par le patient. Après que le Case Manager aie déterminé les besoins requis du patient, l'Instance d'évaluation gériatrique UVG demande alors d'effectuer une évaluation. Elle élabore ensuite un plan d'aide.

En raison de l'aggravation de l'état de santé de la patiente, une nouvelle intervention du Case Manager s'est avérée nécessaire. Une nouvelle évaluation de l'UVG s'en suit et un nouveau plan d'aide a été réalisé.

En conséquence, le SAA s'est chargée de fournir les prestations nécessaires. Dans ce cas là une institutionnalisation n'a pas pu être évitée. La patiente continue cependant d'être suivie par le Case Manager. Il devra plus tard effectuer une nouvelle évaluation des besoins de la patiente ne se sentant elle-même pas dans la capacité de retourner vivre chez elle.

Dans des cas de ce genre, une nouvelle évaluation de la cliente est à chaque fois prévue et les prestations à fournir sont déterminées et accordées par le biais du SAA.

Le travail public

Un travail public supplémentaire n'est pas nécessaire, le SAA étant la seule « porte d'accès » aux services prestataires. Et même si les patients ne connaissent pas ce service, leurs médecins traitants ou les hôpitaux le connaissant leurs indiqueront le « chemin » à prendre.

2.2 Le Case Management du service d'aide aux personnes âgées dans la région Faenza

Les conditions générales et les structures

Dans la région Faenza vivent 81.241 personnes dont 9.283 (soit 11,4 %) sont âgées d'au moins 65 ans.

Le processus d'étude de cas est comparable à celui de Montecchio. Il existe toutefois dans cette région plusieurs possibilités d'accès au réseau d'assistance grâce à des organismes d'aide locaux (*Assistenti Sociali Territoriali*) représentant avec l'unité centrale de Case Management les points de départ du processus.

Dans tout le réseau, trois « service manager » (l'assistance aux personnes âgées, l'assistance médicale de base, l'assistant-social), sept exécutants (un employé administratif de l'établissement hospitalier, trois employés administratifs de la municipalité et trois coordinateurs chargés de l'organisation) ainsi que quatre experts (deux Case Managers, un représentant de l'UVG et un représentant des médecins généralistes).

La structure du service d'aide aux personnes âgées (SAA) est composée dans la région Faenza de :

- D'un manager (travaillant en moyenne 30 heures par semaine), d'un employé dans le service d'aide médicale de base régional
- De deux employés responsables de la coordination des services et du secrétariat (travaillant à eux deux 46 heures par semaine)
- D'une unité locale d'évaluation gériatrique ayant son propre personnel de secrétariat (à 26 heures par semaine).

Le personnel de L'UVG se compose pour le secrétariat : de deux employés administratifs (travaillant 30 ou 16 heures par semaine) et d'un employé médical (16 heures par semaine) ; pour l'équipe d'évaluation : d'un gérontologue, d'une infirmière et d'un Case Manager du service d'aide locale (de temps en temps seulement).

L'évaluation de la cellule de consultation et de coordination

Les conditions liées à la structure

Les services d'aide locaux sont le seul moyen d'accès pour les patients aux offres de prestations. Ils emploient dans la région Faenza trois Case Managers (à 30 heures par semaine), dans les autres régions et/ ou villes italiennes (Brisighella, Casola Valsenio, Castel Bolognese, Riolo Terme et Solarolo) quatre Case Managers se partagent le travail (à raison de 18 heures par semaine).

Le travail effectué à Faenza ainsi que son concept sont continuellement comparables à ceux de Montecchio, à deux exceptions près : premièrement, le chemin d'accès aux prestations est décentralisé et deuxièmement, la collecte d'information et la documentation sur les offres de prestations s'effectuent par ordinateur. Les représentants, l'accès, les groupes ciblés et les objectifs sont également comparables à l'exemple de Montecchio.

Rapport de cas

Ce rapport de cas rend bien compte du fait que les bénéficiaires de prestations sont suivis à long terme (dans le cas suivant de 1996 à 1998). Il s'agit d'une femme de 71 ans pour qui une solution a été trouvée, adaptée à ses besoins et répondant à sa demande. Malgré de nombreuses hospitalisations, voire même des séjours de courte durée en maison de soins, le Case Manager intervenait toujours de même que l'UVG afin de respecter le souhait des patients de rester vivre chez eux. Grâce à leurs interventions respectives, des aides supplémentaires ont pu être fournies si le besoin s'en faisait. Toutefois, pour cause de risques grandissants, une admission en établissement a été proposée et réalisée.

Le travail public

Un travail public supplémentaire n'est pas nécessaire en raison de l'unique « porte d'accès ».

3. Case Management dans un projet modèle à Rome

3.1 Les conditions générales et les structures à Rome

Jusqu'ici, il n'y avait aucun règlement officiel à Rome concernant le Case Management, comme c'est le cas dans la région Emilia-Romagna. Pour les femmes de plus de 56 ans et les hommes de plus de 61 ans, les établissements et les aides suivants sont toutefois déjà à leur disposition :

- Sept points de rencontre pour le Troisième Age,
- Des aides financières en fonction des revenus,
- Des offres d'activité de loisirs pendant l'été ainsi qu'
- Une aide à domicile.

L'aide à domicile est sous la responsabilité du *SIASA (Service pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes âgées)*. Ce service offre par exemple des aides individuelles, une aide pour l'hygiène de vie, une aide ménagère pour le logement, une aide accompagnatrice pour faire les courses, une aide pour la préparation des repas, une coopération avec le médecin traitant, une coopération avec l'administration de santé locale, un service d'accompagnement, une prise de contact avec les proches du patient, un contrôle de la prise de médicaments ainsi qu'une aide pour la participation aux activités de groupes proposées.

Ces prestations ne sont accessibles qu'au moyen du SIASA et seulement après qu'une prise de contact aie eu lieu au domicile du patient et que les aides fournies actuellement soient enregistrées et retenues dans un rapport. C'est d'après ce procédé que le projet-pilote de Case Management a débuté en juin 1998.

Les conditions générales et les structures du douzième district (Rome)

Dans le douzième district de Rome vivent 145.169 personnes dont 23.438 (soit 16 % de la population de ce district) d'entre elles ont plus de 60 ans.

200 personnes, âgées d'au moins 65 ans, ont été intégrées au projet-pilote. Deux Case Managers (un assistant social et une aide soignante à domicile) sont à leur disposition, ainsi chaque Case Manager doit s'occuper de 100 personnes. Ils ont dû également suivre des formations complémentaires spécifiques.

Chaque Case Manager dispose d'un bureau personnel (soit au sein du service social du 12ème district soit dans la station de jour gériatrique de l'hôpital S. Eugenio). Ils ont la possibilité d'utiliser tous les moyens techniques dont ils ont besoin et disposent de

laptops avec un modem, de téléphones, d'un répondeur et d'autres fournitures de bureau.

Dans le cadre de ce projet pilote, des équipes d'évaluation ont été organisées comme ci-dessous :

- Le Case Manager,
- Le médecin traitant,
- Un manager du 12ème district,
- Le médecin du centre de soins à domicile
- L'UVG du service de gériatrie de l'hôpital S. Eugenio (composé de gérontologues et d'un assistant social),
- Une aide-soignante,
- Un représentant de la Coopérative Sociale ainsi qu'
- Un représentant de la Coopérative de Soins.

3.2 L'évaluation de la cellule de consultation et de coordination

La conception du travail de ce projet pilote se divise comme ci-dessous en cinq démarches :

1ère démarche : prise de contact avec les médecins traitants pour identifier les personnes âgées de plus de 65 ans nécessitant une assistance, pour remplir les formulaires médicaux et pour discuter des problèmes rencontrés.

2ème démarche : visite à domicile pour faire l'inventaire de la situation sociale et du réseau de relations à l'aide d'un ordinateur. L'assistant social enregistre sur place ses observations sur la personne et son entourage grâce à un système standard pour le relèvement de données (VAOR-ADI).

3ème démarche : l'équipe de ce projet (voir ci-dessus) se rencontre tous les 15 jours pour discuter des dossiers intégrant également les avis des médecins traitants afin de pouvoir élaborer un plan d'aide individuel.

4ème démarche : le plan d'aide est expliqué au client et s'il y a lieu à ses proches. Les démarches nécessaires à une rapide réalisation du plan d'aide sont effectuées par les services prestataires.

5ème démarche : le client reçoit une visite à domicile tous les trois mois afin de déterminer d'éventuelles modifications de son cas. Si des changements sont survenus, le dossier est alors une nouvelle fois discuté en équipe et les démarches utiles sont entamées.

Dans d'autres régions que la région Emilia-Romagna, les contacts avec les patients se sont si bien déroulés dans ce projet-pilote choisis par 200 patients en collaboration avec tous les médecins traitants. Le groupe ciblé se compose de personnes âgées

ayant des problèmes de santé ou psychiques. Les objectifs de ce projet sont un meilleur soutien aux personnes âgées à domicile, éviter une admission trop précoce en établissement ainsi que l'optimisation des coûts.

3.3 *Rapport de cas*

Il s'agit ici d'une cliente ayant des difficultés à marcher et souffrant d'instabilité psychique. Lors de la visite à domicile, il fut constaté que cette personne recevait déjà quatre fois par semaine (pour deux heures) des aides à domicile. Après la réalisation de l'assessment, une aide à domicile a été désignée par le service social afin de mieux gérer et de plus se concentrer sur les problèmes sociaux et familiaux.

L'obtention d'une physiothérapie fut marquée par une longue attente due à un manque de personnel dans l'unité concernée. Après la physiothérapie, l'état de santé et psychique de la femme s'est amélioré.

Peu de temps après, un traitement hospitalier est nécessaire ; après la sortie d'hôpital, la femme continue d'être assistée par un Case Manager et les aides fournies sont intensifiées.

3.4 *Le travail public*

Un travail public n'a pas été mentionné. L'accès aux prestations se fait par le biais des médecins traitants, si bien que pour agrandir sa clientèle le projet pilote ne nécessite aucune « publicité ».

3.8 Case Management au Luxembourg

Evaluatrice : Dr. Jacqueline Orlewski

1. Le contexte national

Au Luxembourg, 56.600 personnes sont âgées d'au moins 65 ans, 2.800 d'entre elles (soit 5 %) sont des personnes dépendantes. Avant l'entrée en vigueur de l'assurance-dépendance au 1er janvier 1999 de nombreuses possibilités d'aides à domicile étaient en place comme par exemple les services d'aide-ménagère et les logements adaptés aux personnes âgées ; l'existence de cette grande variété de services et de prestations posait toutefois un certain nombre de problèmes. Il était difficile pour les personnes concernées de savoir quelles possibilités d'aides leurs étaient offertes, seul les personnes bien conseillées disposaient d'une offre d'aides importante et requises à leur cas. Dans le système institutionnel Luxembourgeois règne une sur-demande, les personnes dépendantes doivent, avant de pouvoir être admise dans un établissement, être inscrite sur une liste d'attente. C'est la conséquence des « politique d'admission » des établissements.

L'assurance dépendance a été introduite dans le but de couvrir les aides et les soins requis pour les personnes dépendantes et leurs proches. Son objectif prioritaire est toutefois le maintien à domicile au dépend d'un hébergement en établissements. Les améliorations et les aides concernent non seulement le recouvrement financier des prestations, mais aussi l'information et les conseils aux personnes dépendantes concernées ainsi que l'élaboration d'un plan d'aide et sa réalisation dans la pratique.

Afin de concrétiser ces objectifs, une *cellule spéciale d'évaluation et d'orientation (CEO)* a été créée et fonctionne en équipe interdisciplinaire (voir ci-dessous). Cette cellule collecte les informations aussi bien concernant les situations de besoins des clients que les diverses possibilités de prestations disponibles. Elle se charge également du Case Management. Elle élabore un plan de soins individuel correspondant aux besoins des clients.

2. Les conditions liées à la structure

Le personnel

Le Case Management est intégré au sein de la cellule d'évaluation et d'orientation (CEO). Le personnel de la CEO comprend 16 personnes travaillant à plein temps : trois psychologues, un kinésithérapeute, un ergothérapeute, cinq infirmiers (dont trois infirmiers spécialisés en psychiatrie), deux médecins généralistes, un assistant social, un rédacteur et deux employés.

Ces effectifs sont insuffisants face à l'afflux des demandes de prestations et à l'introduction récente de l'assurance dépendance, au début de l'année 1999, c'est pourquoi du personnel vacataire est employé en collaboration à l'équipe.

Les employés de la CEO ont suivi une formation complémentaire théorique pour la nouvelle législation (dans le cas présent : pour l'assurance dépendance) et pour les technologies de pointes utilisées (utilisation d'ordinateurs portables, principes de base du traitement de texte). En plus de ces cours théoriques, des stages et des exercices pratiques d'évaluations ont été réalisés sur des cas de clientèle et pour l'élaboration d'un plan de soins individuel.

La CEO est placée sous l'autorité du ministère de la sécurité sociale. Ses bureaux se trouvent dans le bâtiment de l'Union des Caisses de Maladie (le rattachement à l'organisme de tutelle est ici flagrant). Les employé(e)s de la CEO se partagent un bureau à deux, disposent en outre chacun d'un téléphone et d'un répondeur. Pour l'évaluation, ils ont à leur disposition un ordinateur portable. La CEO dispose également d'une photocopieuse, d'un scanner et d'un fax. Le système d'information de la CEO ne se limite pas qu'au Case Management, mais informe également le grand public sur l'assurance dépendance. Pour cela, une ligne téléphonique d'information « INFO-LINE » a été installée et fonctionne sept jours sur sept de huit heures à 17 heu-

res. Les employés de la CEO peuvent être joints à leurs bureaux, mais l'accès à la CEO doit normalement être d'abord formulé par écrit. C'est un formulaire de demande, aux prestations de l'assurance dépendance, à remplir par la personne dépendante.

3. Les méthodes

Après avoir reçu la demande et l'avis du médecin traitant sur l'état de santé du patient, un assésment va dans un premier temps avoir lieu. Sur la base de cet avis médical, le médecin de la CEO effectue une évaluation médicale du demandeur et l'évaluateur de base (c.a.d. l'évaluateur au domicile du patient) évalue le degré de dépendance. Lorsque l'état de santé du client le permet, l'évaluation médicale est effectuée dans une cellule rattachée à la CEO, sinon au domicile du patient, dans la maison de retraite ou de repos ou dans un établissement de soins. L'évaluation de la dépendance est elle toujours effectuée dans le lieu d'hébergement, quel qu'il soit, de la personne.

La détermination de la dépendance se fait au moyen de cinq questionnaires de forme standard :⁵

1. le questionnaire médical, pour l'évaluation médicale,
2. le questionnaire déterminant la situation et le mode de vie de la personne (rempli en l'absence d'autres proches),
3. le questionnaire sur l'état de dépendance tel qu'il est vécu par la personne et rempli par elle-même,
4. le questionnaire sur l'état de dépendance tel qu'il est vécu par les proches du patient,
5. le questionnaire sur l'état de dépendance tel qu'il est vécu par l'évaluateur.

Sur la base de ces évaluations et de ces informations, un plan est élaboré pour déterminer les services de soins requis. Les mesures et objectifs à réaliser sont alors déterminés, après accord avec le demandeur et sa famille, puis une proposition de partage est décidée, reprenant toutes les prestations à fournir, entre l'aidant principal (bénévole) et le réseau professionnel d'aides et de soins.

Dans un troisième temps, la concrétisation du plan d'aide ne commence qu'après l'envoi de ce plan de prise en charge à la personne dépendante, au réseau d'aide et de soins ou à l'établissement hospitalier. Le coordinateur du réseau organise alors une réunion avec le client et effectue une première visite à son domicile, afin de faire

⁵ Il s'agit en effet d'une procédure qui s'inspire du modèle canadien de „classification par type en milieu de soins et en séjours prolongés“ (CTMSP), élaborée et développée par l'Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé (EROS).

d'éventuelles modifications dans le plan, de discuter de sa concrétisation et s'il y a lieu, d'arrêter un plan de prise en charge définitif.

Pour les personnes résidant en établissements de soins, le plan de prise en charge est obligatoire puisqu'un partage entre des prestations offertes en espèces et/ ou en nature ne peut avoir lieu.

Avant de pouvoir demander une réévaluation un délai de six mois est prévu, sauf en cas de changement fondamental de la situation du client.

4. Profil de productivité et résultats du Case Management

Le Case Management dans le cadre de la CEO est un processus permettant d'évaluer les besoins et de déterminer les services requis pour le client. Les améliorations apportées par cette assurance se remarquent surtout dans les démarches effectuées pour l'admission en établissement : avant l'introduction de l'assurance dépendance, il n'existait pas de statistiques valables sur le nombre de lits disponibles dans les établissements de soins. L'Union des Caisses de Maladie (UCM) a conclu depuis un contrat d'aides et de soins avec les établissements pour les personnes âgées les obligeant à recenser régulièrement les lits théoriquement disponibles sous dix jours et d'en informer la CEO. Certains établissements n'attendent cependant pas ce délai et informent aussitôt la CEO de leurs lits disponibles.

Dans le secteur ambulatoire, une collaboration des services est en projet. Depuis l'introduction de l'assurance dépendance, le nombre de demandeurs et les bénéficiaires actuels des prestations du réseau d'aides et de soins a augmenté et continue à augmenter.

3.9 Case Management aux Pays-Bas

Evaluatrice : Dr. Clarie Ramakers

1. Le contexte national

Sur les 15,6 millions d'habitants aux Pays-Bas en 1997, 2 millions (soit 13 %) de personnes étaient âgées d'au moins 65 ans et 3 % d'entre elles avaient plus de 80 ans. Les possibilités du système de santé publique intéressent surtout les personnes âgées : en 1997, 86 % des hollandais avaient pris rendez-vous avec un médecin traitant (soit 76 % de la population totale), 60 % avec un médecin spécialiste (soit 37 %) et 12 % ont subi au moins une hospitalisation (soit 6 %).

Lorsqu'un ménage ne peut plus être autonome, il peut avoir recours aux solutions alternatives suivantes soit:

1. La maison de retraite, qui peut être recommandée dans le cas d'un léger handicap et / ou de manque de contacts sociaux, elle dispose de chambres individuelles ainsi que d'un service de repas à raison de trois repas par jour, d'une aide sociale, d'un système de télévigilance et des activités de loisirs, soit
2. La maison de repos et de soins, recommandée en cas d'handicap corporel lourd et en cas de dépendance, elle offre un grand nombre de prestations : dans des chambres de quatre à six lits, dans la journée possibilité d'être dans une salle de repas commune, garantie d'un traitement multidisciplinaire continu et observation des patients par les responsables (maison de soins psychogériatriques pour les malades atteints de démence).

La décision d'admission dans un de ces centres se fait par l'intermédiaire de la cellule d'évaluation régionale (RIO). Ces deux institutions sont financées par l'assurance sociale (sur la base de l'AWBZ : la Loi sur le financement des frais de maladie particuliers) bien qu'une participation financière du patient soit obligatoire dans les maisons de retraite.

Au Pays-Bas il existe déjà 1.400 établissements de ce type, 3 % des personnes âgées de 65 à 84 ans et 30 % des plus de 80 ans vivent dans ces établissements, ce qui représente 5,4 % de la population âgée d'au moins 65 ans (soit 113.000 personnes en 1996). Toutefois, cette tendance est en régression : il est prévu que ce chiffre pour l'année 2001 se rabaisse à 107.000 personnes.

La tendance est plus dirigée vers le maintien à domicile prévoyant cependant des aménagements dans les logements et des aides et/ ou des soins à domicile. Ces aides sont fournies par le personnel infirmier professionnel afin d'assister et de décharger les aidants informels. Elles comportent des soins infirmiers à domicile ainsi que des aides ménagères. En 1995, 129 services ambulants étaient rattachés à l'Union nationale des organisations de soins infirmiers ambulants et d'aides ménagères.

9 % des personnes âgées (soit 19 % des personnes d'au moins 85) reçoivent régulièrement une aide ménagère et 5 % d'entre elles (soit 14 % des personnes très âgées) reçoivent des soins infirmiers à domicile. Ces prestations sont prises à 85 % en charge par l'assurance sociale (AWBZ), les 15 % restants sont à charge du/de la bénéficiaire.

Le « marché » aux prestations devient compliqué. En effet, d'autres prestations sont proposées par les associations bénévoles pour le Troisième Age, par l'assistance sociale, par les organisations pour la famille, etc.

Case Management comme coordination d'assistance

Les possibilités d'aide devenant si compliquées, cela a conduit très souvent à une admission en établissement. C'est pourquoi en 1974, les aides sont centralisées et orga-

nisées en coordination afin d'améliorer l'assistance par une meilleure cohérence. Au milieu des années 80, cette solution de centralisation a été intégrée à la direction administrative locale et régionale. Les tâches à effectuer liées au Case Management se différencient par le fait qu'elles représentent soit une possibilité de coordination générale soit de coordination des prestations individuelles (Case Management).

Le Case Management se réfère à l'individu (suivant les cas), l'assistance elle est préparée et se réfère à l'ensemble de la procédure de Case Management. Cela signifie que le/ la bénéficiaire est accompagné(e) en permanence dès la première prise de contact. En outre, le travail du Case Management doit se limiter aux formes de coordination complexes et rester neutre, c.a.d. qu'il ne doit être réglé ni par les organismes de financement ni par les prestataires de services. Le travail du Case Manager n'est par conséquent pas uniquement réservé à un seul groupe de profession spécifique.

D'après cette définition du Case Management, il est facile de reconnaître le travail qui doit être réalisé. Il regroupe : la restriction des groupes ciblés, la détermination des besoins, la coordination de l'assistance et des prestations fournies, l'élaboration d'un plan d'aide, sa réalisation et son contrôle ainsi que l'évaluation.

Aux Pays-Bas, le Case Management ne relève d'aucune réglementation du fait de sa forme. Pour cette raison, le Case Management peut

- être réalisé à titre professionnel ou bénévole,
- être organisé à l'intérieur du système de la santé (développé par des prestataires de services de soins ou des assureurs) ou à l'extérieur (neutre/ indépendant) et
- fournir des prestations restreintes (p.ex. uniquement sous forme de consultations et de coordination) ou intensives (regroupement de toutes les composantes du processus de Case Management).

Projets de Case Management locaux

Ces possibilités offertes par le Case Management sont bien visibles dans les exemples suivants qui ont été choisis et étudiés. Différents modèles locaux et régionaux sont présentés brièvement et se différencient au niveau de leur organisme de tutelle/ de financement, de leurs groupes ciblés, de leur fonction ainsi que de leur profil de productivité.

- *Allocations d'assistance individuelles (Rotterdam 1988)* : les responsables de ce projet sont la ville et le centre de gériatrie sociale et de gérontologie ; les groupes ciblés sont les demandeurs pour une place en maison de retraite ; l'organisation relève d'un organisme « neutre » auquel le projet est rattaché ; le projet se charge des tâches suivantes : détermination des besoins du point de vue du client, coordination des prestations fournies professionnellement ou bénévolement, planification des soins et contrôle du déroulement ; le projet est financé par « un pot expérimental », ainsi dénommé, du ministère de la santé.

- *L'assistance vieillisse intégrée (Aalen 1990)* : les responsables de ce projet sont les municipalités ainsi qu'une fondation pour le Troisième Age ; les groupes ciblés sont les personnes âgées en général ; l'organisation est neutre et relève de la municipalité à laquelle le projet est rattaché ; il se charge des tâches suivantes : collecte d'informations, consultation individuelle et coordination de l'assistance en fonction des besoins requis, rapport des déficits au « comité directeur » local.
- *La coordination de l'assistance (Leuwarden 1992)* : les responsables du projet sont une maison de retraite ainsi que la ville et la province ; les groupes ciblés sont les demandeurs pour une place en maison de retraite ; l'organisation relève d'un coordinateur pour l'assistance qui est rattaché à cette maison de retraite ; son travail consiste à réaliser une assistance coordonnée individuelle en utilisant tous les services disponibles indispensables.
- *La coordination de l'assistance (Langraaf 1995)* : les responsables sont une fondation pour les maisons de retraite ainsi que la ville et la province ; les groupes ciblés sont les seniors nécessitant des besoins d'assistance complexes ; l'organisation relève de plusieurs organismes de tutelle, des employés de différents établissements travaillent ensemble au sein d'une équipe de coordination pour l'assistance ; leur travail est le même que celui de l'exemple d'Aalen (voir ci-dessus).
- *Assistance ambulante pour les résidents de maisons de soins psychogériatriques (Arnheim 1996)* : les responsables sont une fondation pour les maisons de retraite ainsi que les assureurs de l'assurance dépendance ; les groupes ciblés sont des personnes âgées encore autonomes, mais atteintes de problèmes de santé complexes, en particulier des problèmes psychiatriques, et qui sont toutes « indiquées » pour une place en établissement ; le travail consiste à réaliser une assistance cohérente.
- *Stations d'assistance de la ville (Kerkrade 1997)* : les responsables sont une fondation pour les maisons de retraite ainsi que la ville et la province ; les groupes ciblés sont les demandeurs pour une place en maison de retraite ; l'organisation relève des stations d'assistance de la ville, associées à de multiples organismes d'assistance, leurs tâches sont la coordination de l'assistance « 24 heures sur 24 » avec une aide journalière et la garantie de repas chauds et de soins corporels.
- *Case Management en psychogériatrie pour les personnes âgées atteintes de démence (Brabant 1998)* : l'organisme responsable est un institut pour le développement national ; l'organisation relève d'un regroupement de Case Managers indépendants ; les groupes de personnes ciblés sont les personnes âgées atteintes de maladies psychogériatriques (indiquées ou non) ainsi que leurs aidants principaux ; les tâches suivantes sont prises en charge : établissement des fonctions du Case Management (l'aide de base, le soutien, la consultation et la réalisation), coopération avec les services prestataires, avec les agents immobiliers, avec les associations caritatives, avec les centres d'aide aux personnes âgées, etc.

2. *Nieuw Doddendaal : centre de résidence pour personnes âgées* (depuis novembre 1989)

Le centre de résidence de Nieuw Doddendaal est composé de 36 appartements d'une pièce et de deux appartements deux pièces ainsi que d'un appartement pour des cas de prise en charge immédiate. Ce centre dispose d'une salle pour les lessives (avec des machines-à-laver et un sèche-linge). Il est équipé en outre de chemins d'accès privés et chaque appartement a sa propre adresse. Il n'y a cependant pas de réception centrale (intentionnellement) ni de cuisine commune. L'organisme responsable de ce centre est l'organisation pour le logement et pour l'assistance.

Les habitants de ce centre sont âgés de 84 ans en moyenne et 65 % de ces personnes sont des femmes ; le séjour moyen est de 4,3 ans (en maison de retraite : 4,6). Le degré de dépendance (d'invalidité) des habitants est moins élevé que chez les personnes résidant en maison de retraite ; le besoin d'assistance se chiffre à 77,5 minutes par jour (en maison de retraite : 92,2 minutes).

Ce centre est dirigé par une petite équipe composée de deux Case Managers chargés de l'assistance, de cinq employés chargés des problèmes administratifs et privés des locataires. Les deux Case Managers, une personne qualifiée en soins infirmiers et une autre en soins psychiatriques, sont employés à mi-temps (soit 20 à 30 heures par semaine). Chaque mois, une réunion d'équipe ainsi que tous les deux mois une réunion de travail avec la direction sont organisées. Ainsi, chaque Case Manager passe environ 24 heures par semaine à s'occuper de 40 locataires du centre. Les Case Managers disposent d'un bureau dans le centre avec un secrétariat servant à la fois de bureau d'accueil et d'information ainsi que d'urgence. Ce bureau, dans lequel les consultations avec les Case Managers y sont effectuées, est disponible de huit heures à 23 heures. Il n'y a cependant pas d'heures fixes pour des rendez-vous. Le financement de cette structure d'assistance relève du budget de l'assistance.

La répartition du travail

Les Case Managers sont tout d'abord responsables du contrôle du déroulement des plans d'aide individuels pendant que les autres employés s'occupent entre autre du service d'aide d'urgence de huit heures du matin à 23 heures.

Le centre de résidence ne dispose pas directement de personnel pour l'assistance, ni pour les soins infirmiers et ni d'un directeur responsable des problèmes liés à l'assistance ou au logement. C'est pourquoi, le cas échéant, certains services doivent être « achetés » comme le service de repas chauds (Catering Service), de soins infirmiers, d'aide ménagère (pour les courses, les lessives et le ménage), d'activités de loisirs, le service de nuit d'urgence accessible de 23 heures à huit heures du matin, etc. Le financement de ces prestations est compris dans une contribution forfaitaire du budget pour l'assistance, il est toutefois remboursé lorsque les personnes âgées

s'occupent elles-mêmes des tâches s'y rapportant (par exemple : les repas chauds, les lessives, le ménage).

3. Case Management à Nieuw Doddendaal

A Nieuw Doddendaal, le modèle standard d'assistance (« l'assistance totale »), entraînant très souvent une perte d'autonomie précoce de la personne âgée, n'est pas suivi, on y préfère les principes suivants : la possibilité de choix et la liberté de décision. Cela permet d'obtenir une optimisation de l'indépendance.

Définition et fonction

Le Case Manager a une fonction très autonome, il relève toutefois du directeur de la Fondation et se doit de lui rendre compte de la situation. Le travail du Case Manager consiste en :

- L'évaluation des besoins en aide ainsi qu'en la rédaction d'un contrat pour les services requis,
- Un soutien/ l'organisation des services fournis (entretiens avec les prestataires et, sur la demande des clients, éclaircissement de la situation),
- L'évaluation financière et contrôles,
- La consultation individuelle en cas de changement de situation (p.ex. état de santé) (environ tous les trois mois) ainsi que
- Les prises de contact externes (avec les maisons de soins, les hôpitaux, les familles, etc.).

Les exigences du Case Management

Le profil de qualifications exigé pour un Case Manager doit réunir une qualification en pédagogie sociale, des compétences au niveau social, une connaissance du « paysage social de son secteur d'activité » ainsi que des compétences pour l'évaluation des dysfonctionnements des clients.

Méthode de travail

Au cours du premier entretien/ de la première consultation, effectué(e) pour chaque nouvel habitant d'un appartement du centre, différents aspects sont éclaircis avec le futur locataire : aspects liés à la santé, aux soins infirmiers, socioculturels ainsi que le degré de dépendance. Ensuite, celui-ci est informé sur le fonctionnement global ainsi que sur les possibilités d'assistance disponibles de ce centre.

Lorsqu'un appartement est libéré, le futur locataire est invité à le visiter avec ses proches. Durant cette visite, le centre de résidence leur est présenté et tous les détails en rapport au logement ou aux soins sont éclaircis. Le contrat d'assistance et de location sont signés sur place. Au cours de l'emménagement, un plan d'assistance est élaboré comprenant toutes les prestations de soins et de services indispensables au client ain-

si qu'une évaluation mensuelle de ce plan. Si le locataire en fait la demande, le plan peut être modifié à tous moments.

Le contrat d'assistance et le plan d'aide sont déposés dans l'appartement du locataire, une copie de ces deux documents est conservée par le Case Manager. Il est important de faire remarquer que la décision de choisir telle ou telle prestation n'appartient qu'au locataire ; les membres de sa famille y sont toutefois autorisés lorsque celui-ci n'est pas en état de prendre lui-même une telle décision.

3.10 Case Management en Autriche

Evaluatrice : Dr. Waltraud Saischek

L'organisme de tutelle du Case Management est le *Sprengel* pour la santé (« *Gesundheitssprengel* », une autorité territoriale). C'est une association chargée de s'occuper de l'aide aux personnes âgées municipale. Le détachement du *Sprengel* avec l'administration municipale permet une orientation du Case Management au travers du secteur privé. Le financement du Case Management se fait pour un tiers par la ville, le *Land* et les cotisations des bénéficiaires. Le *Sprengel* pour la santé est le représentant des services ambulants et des cellules d'approvisionnement. Dans chacun des sept districts d'Innsbruck, il existe une « station sociale » ainsi qu'une « station pour la santé ». Le *Sprengel* emploie en tout 80 personnes travaillant en permanence ainsi que 21 personnes faisant leur service civil (pour s'occuper de 120.000 habitants). Le Case Management est intégré dans le *Sprengel* en tant que cellule de personnel.

1. Les conditions générales

Financement des soins grâce à l'assurance-dépendance

En Autriche, une personne reconnue comme dépendante reçoit une allocation de soins en fonction du degré de sa dépendance (il existe sept degrés). En 1997, 270.000 personnes ont perçu cette allocation, 23 % d'entre elles sont hébergées en établissements et 77 % dans un logement privé (un tiers d'entre elles vivant seules). De plus, l'aide sociale (*Land*) prend en charge, si nécessaire, les frais de soins des personnes dépendantes (46.500 bénéficiaires), de même la Loi sur la réhabilitation ainsi que l'assurance maladie prennent en charge les soins médicaux. Les services ambulants et institutionnels sont directement subventionnés par la municipalité lorsqu'ils sont d'utilité publique ; les services privés dont le nombre s'accroît ne sont toutefois pas subventionnés.

Pour les frais de soins et les aides ménagères des tarifs « échelonnés » sont appliqués. Ils sont calculés en fonction de la différence entre le revenu net perçu et le taux de l'aide sociale par heure

- 1 % pour l'aide à domicile (pour les bénéficiaires de l'allocation de soins : supplément de 2 Euros)
- 1,5 % pour les soins (pour les bénéficiaires de l'allocation de soins : supplément de 4 Euros)
- 2 % pour les soins à domicile non-médicaux/ soins de base (pour les bénéficiaires de l'allocation de soins : supplément de 6 Euros)

(ce qui signifie pour une différence de 200 Euros : entre 2 Euros et 4 Euros par heure ; pour une différence de 500 Euros : entre 5 Euros et 10 Euros par heure ; les frais réels forment le plafond limite).

Pour les cas sociaux graves, un taux minimal (comme indemnité symbolique) d'environ 7 Euros par mois est à payer (prix subventionnés ; le reste est financé pour 65 % par le *Land* et pour 35 % par la ville). Les soins médicaux à domicile sont considérés comme une prestation en nature de l'assurance maladie. Les soins ambulants sont fournis aussi longtemps que leur montant ne dépasse pas celui de soins institutionnels ; sinon, le/ la bénéficiaire doit être admis(e) dans un établissement hospitalier.

Développement démographique

Il est prévu une augmentation du nombre de personnes âgées d'au moins 85 ans de 100 % entre 1992 et 2030. La différence relative entre les personnes d'au moins 60 ans et l'ensemble de la population active augmentera elle d'environ 30 % (de 1960 à 1992) et jusqu'à 65 % en 2030. Cette augmentation de la population âgée annonce également un accroissement des personnes atteintes de démence.

Les conditions générales légales et la structure d'assistance

Il existe une multiplicité de services ; 43 % des personnes dépendantes (invalides) ont recours à plus d'un seul service. L'organisation des services n'est pas uniforme : à Vienne des « centres sociaux » ont été créés pour faciliter l'organisation et la réalisation des aides ; en Autriche du Nord (« *Oberösterreich* ») les secteurs d'activité de l'assistance ont été répartis entre plusieurs services prestataires ; la ville de Kärnten a intégré des *Sprengels* sociaux dans ses services administratifs et au Tyrol ils en sont détachés. Ces *Sprengels* fournissent d'une part l'assistance de base ambulante et représentent d'autre part une « table tournante sociale » pour l'approvisionnement de services supplémentaires. Une coordination des offres de services est prévue intégrant également leur contrôle.

Il n'existe aucun aperçu systématique sur les services prestataires, seulement quelques présentations brèves faites par ces services eux-mêmes ; c'est pourquoi, le financement du Case Management a été nécessaire (jusqu'à présent uniquement au Tyrol).

Les objectifs du Case Management

Le Case Management doit premièrement élaborer un « package of care » correspondant aux besoins d'assistance du bénéficiaire (et respectant la neutralité). Deuxièmement, les moyens disponibles pour l'assistance doivent être mieux utilisés et un aperçu sur la situation plus clair doit être établi en continu ; une sur-assistance ou une sous-assistance doivent être relevées. A la place de services prestataires compétents et généraux, un développement de leur spécialisation est attendu ; le compte-rendu, effectué par la cellule de Case Management, du « marché aux prestations » peut rendre plus visibles ces déficits.

- *Case Management externe* : le Case Management externe sert à coordonner le « marché aux offres » et à informer les demandeurs et leurs proches (qui finalement décideront eux-mêmes des prestations qu'ils souhaitent recevoir).
- *Case Management interne* : le Case Management interne est une auto-évaluation permettant de rendre la structure des services disponibles plus efficace au sein du *Sprengel* : restructuration interne de l'association et établissement d'une structure performante « basée sur les besoins du client ». l'administration des services de soins a la direction du management interne sous forme de « package of care », cela doit garantir que les besoins du client soient respectés et en même temps que les services deviennent optimaux. Les nouveaux clients sont dirigés du Case Management externe vers le Case Management interne.

2. *Personnel et ressources matérielles du projet*

Organisation du Case Management

Le Case Management externe existe depuis mai 1998. Au début, une employée ne travaillant que 20 heures par semaine pour le management de l'infrastructure de soins ne suffisait pas, alors son contrat fut transformé en un contrat de 40 heures par semaine. La Case Managerine, une infirmière diplômée d'état, reçoit les nouveaux clients, analyse leur situation et organise l'assistance nécessaire en fonction des souhaits du demandeur et en utilisant toutes les ressources disponibles (professionnelles et informelles).

Le Case Management interne est réalisé par une équipe du district de la ville composée d'infirmières, d'aides secondant les infirmières, d'aides-soignantes, d'aides spécialisées dans les soins aux personnes âgées, d'assistants et pédagogues sociaux et d'aides à domicile (en complément : une physiothérapeute et une thérapeute en logopédie) ; la coordinatrice responsable de l'équipe est une infirmière diplômée.

Les Case Managers des différents districts organisent une fois par semaine des réunions d'équipe.

Répartition du travail

Le Case Management externe s'occupe de diriger la clientèle vers le Case Management interne ou vers d'autres services. Il connaît tous les services avec lesquels il prend régulièrement contact (services ambulants, semi-institutionnels et institutionnels). Les clients reçoivent une visite de la Case Managerine une fois par mois, elle reste sinon continuellement en contact avec eux.

Le Case Management interne est responsable de

- La première visite aux clients et de la détermination de leur besoin (assessment)
- La coordination des soins infirmiers
- L'arrangement avec le responsable du Case Management externe pour l'organisation d'éventuelles aides supplémentaires (il est prévu que le responsable du Case Management interne coordonne tous les services de soins)
- L'évaluation en cours du processus de l'assistance (feuille de transfert du Case Management externe ; dossier de documentation)
- L'organisation des visites mensuelles individuelles aux clients, au moins une par mois
- Des réunions hebdomadaires avec les Case Managers des autres districts de la ville.

Qualifications des Case Managers

Les Case Managerines sont des femmes diplômées en soins faisant preuve de très bonne « capacité sociale », compétence pouvant être obtenue grâce à une formation dans le domaine du travail social (une formation de ce type est en projet). A cela s'ajoute 20 % du temps de travail des coordinatrices travaillant dans le *Sprengel* et s'occupant pour le reste du temps du travail lié à la municipalité.

Dans les services ambulants du *Sprengel* travaillent sous la responsabilité de la Case Managerine : des infirmières diplômées (responsables des soins infirmiers et des soins non-infirmiers/ soins de base), des aides-soignants et des aides spécialisés dans les soins aux personnes âgées (collaboration entre eux pour les soins et les aides ménagères), des aides ménagères (aide exhaustive), des thérapeutes (psychothérapie et logopédie ambulantes), des aidants informels faisant leur service civil (aidant au maintien du ménage, pour les courses et pour d'autres les promenades) ainsi que des stagiaires (pour l'aide ambulante et les soins infirmiers à domicile). De plus, les proches des clients sont intégrés dans la structure d'assistance par l'intermédiaire de la Case Managerine (conseils, formation et contrôle, afin d'éviter toute surcharge). Des bénévoles ne sont momentanément pas employés par manque de structure adéquate ; il est toutefois prévu d'y avoir à l'avenir recours.

Ressources matérielles du Case Management

Le Case Management interne est localisé dans les centres multifonctionnels des districts de la ville (sept bureaux dans les districts de la ville plus deux bureaux à l'extérieur), l'objectif principal étant une localisation proche des habitants. Le Case Management externe se trouve dans le centre ville d'Innsbruck.

Les Case Managerines disposent de téléphones, de répondeurs, de fax, d'adresse e-mail, de portables ainsi que de voitures de service et d'ordinateur personnel avec accès au « réseau d'information sur la santé ». C'est ce réseau qui se charge de gérer les ressources requises, les capacités et l'utilisation des services prestataires au sein du secteur ambulatoire et stationnaire ; la Case Managerine peut par conséquent avoir directement accès à ces informations durant la consultation.

Coopération externe et difficultés

Des problèmes de rivalités sont survenus lorsque les assistantes sociales de la clinique envoyaient les clients aux Case Managerines : ces assistantes craignaient en effet que leurs compétences soient minimisées, bien qu'aucune infrastructure comparable au Case Management ne soit en place dans la clinique. Une explication du travail des Case Managerines était alors nécessaire. Chez d'autres participants, des réticences sont apparues au début vis à vis de la restructuration et de l'organisation du système de Case Management.

Financement

Le Case Management est financé par le *Land* et la ville. Les coûts actuels ne sont que « peu supérieur à l'ordinaire », puisque le Case Management a permis de préserver d'énormes économies de coûts.

3. Quels sont les instruments utilisés par la cellule de Case Management ?

La procédure du Case Management

Assessment : durant la première visite, la Case Managerine détermine, avec l'assistante sociale de la clinique ou le médecin traitant ainsi que les clients, leurs proches et leurs voisins, leur état (de santé), les possibilités disponibles d'assistance, la disponibilité à aider le/ la client(e) et enfin les besoins en aide supplémentaires. Dans ce contexte, les souhaits des clients doivent être pris en considération.

Package of care : une fois la détermination des besoins faite, les services requis sont choisis et leur capacité à fournir ces prestations en temps voulu est examinée par la Case Managerine.

Documentation : un rapport durant le transfert du Case Management externe vers le Case Management interne est élaboré et échangé contenant les informations nécessaires sur le client. Le client reçoit un « dossier sur l'assistance » servant de documentation. Si le client est envoyé vers d'autres services, le Case Management externe se charge de documenter ce changement ; dans ce contexte, le rapport délivré sur le client permet de fournir une source d'informations complète.

Conférence sur les soins : pour les clients placés grâce au Case Management externe, une conférence sur les soins est organisée durant laquelle les prestataires de services et le médecin traitant discutent ensemble sur chaque cas de clientèle. Tant que les soins et l'assistance sont fournis par des services du *Sprengel*, le Case Management interne se charge durant la conférence de noter les résultats et les remarques sur chaque client. (Il a été notifié que les médecins traitants pourraient avoir aussi la fonction de Case Manager, mais que le manque de communication entre le système médical et les services de soins ambulants rend cette possibilité irréaliste ; les médecins se contentent donc de participer à la conférence avec les Case Managers).

Conférence du Sprengel : de plus, tous les trois mois, des réunions sont organisées avec tous les participants durant lesquelles des questions d'ordre professionnel ou liées à l'organisation peuvent être éclaircies.

Les ressources du système informatif (sous la responsabilité de l'Institut pour la biostatistique) : ce système se charge de vérifier les capacités de travail des services prestataires à l'aide d'un ordinateur. Cela permet au Case Manager de faire plus facilement des recherches sur les données de la clientèle. Ces informations sont actualisées toutes les semaines par les prestataires (elles doivent cependant actuellement complétées par des recherches téléphoniques, l'actualisation n'étant pas encore à 100 % fiable).

Le Case Management comme base de définition politique

Les expériences acquises par la cellule de Case Management vont être intégrées à la planification des structures de soins afin d'éviter toute assistance insuffisante ou trop importante. La Case Managerine pourrait par exemple organiser une structure d'assistance pour les « laisser pour compte ».

4. Profil de productivité du Case Management

le Case Management à Innsbruck n'est utilisé que pour les cas complexes d'assistance. Les principales tâches du Case Management sont :

- La réalisation d'un assessment complet et l'analyse des besoins en aide
- L'élaboration d'un « package of care »
- La réalisation et la coordination des prestations requises

- L'accompagnement et l'évaluation pendant la procédure de soins et d'assistance, le cas échéant adaptation des prestations aux nouveaux besoins
- Assistance lors d'une admission en établissement hospitalier, lors du passage de cet établissement au domicile/ dans une maison de retraite ou autre, lors de l'admission en institution
- Assistance lors d'une admission en résidence-service.

Le contrôle externe des prestations fournies passe en second plan puisque la plupart des prestations sont fournies par les services du *Sprengel*. Cependant, un grand nombre de services et d'établissements sont disponibles dans le cas d'une coopération externe.

3.11 Care Management au Royaume-Uni

Evaluateur : Prof. Dr. David Challis

1. Contexte national

Au Royaume-Uni, l'assistance aux personnes âgées institutionnelle, financée par l'état, s'est considérablement développée dans les années 80 sans que les besoins réels en assistance puissent être contrôlés. Dans le même temps, les offres de prestations étaient très fragmentées entraînant ainsi une difficulté à les reconnaître. Pour ces raisons, le gouvernement décida en 1998 de changer de « domaine », c'est ainsi que la notion de « carving people » prit naissance. Cette notion suit les six objectifs et idées clés suivants :

- Obligation pour les services de maintenir les personnes âgées à domicile le plus longtemps possible,
- Priorité absolue aux besoins des personnes soignantes,
- Assessment et Case Management de haute qualité comme support (essentiel) de l'assistance publique,
- Obligation et attente d'un secteur de prestations indépendant et fonctionnant bien et d'un secteur de prestations public,
- Clarification des responsabilités incombant soit aux prestataires de services de santé soit à ceux des services sociaux ainsi qu'
- Une meilleure utilisation des ressources financières par la réduction de l'assistance en institution.

Les services sociaux des municipalités ont été chargés de remplir ces nouvelles tâches. Ils sont responsables de l'assessment des besoins, de l'élaboration d'un plan d'aide individuel et de sa réalisation ainsi que de la formation des Care Managers. Ils doivent assister à et contrôler tout le processus et sont les seuls intermédiaires pour l'accès aux prestations.

Ce changement (de direction) politique - loin de l'assistance institutionnelle et renforçant les soins à domicile - a été influencé au début par des problèmes de financement et se conclut par une implantation en 1993 du Care Management. L'objectif de régulation des coûts a pu donc être atteint, le Care Management ayant su réguler et surmonter la fragmentation des services prestataires du domaine social et de la santé.

Il a également su regrouper ces deux domaines. La nouvelle conception « Care Management » devait avant tout permettre une restructuration des rapports entre les systèmes de soins institutionnels et à domicile qu'ils soient formels ou informels.

Lors de la parution de la lettre « modernisation du domaine social », le rôle du Care Manager a été reformulé :

'In April 1993, social services' responsibilities for people needing long term care expanded significantly. Until that time, people who lived in independent residential or nursing homes were funded through DSS (Social Security) benefits. The Community Care reforms gave social services the responsibility not only to fund this type of care placement (subject, as before, to a means test) but also to carry out an assessment of care needs for the individual concerned, and ensure that the care being given was what that person needed. This focus on individual care management, focused towards helping more people to live in their own homes, was the key change to the system.(White Paper 'Modernising Social Services', Cm 4169, 1998, p13)

2. Particularités de l'organisation et des opérations du Care Management

Le Care Management est pris en charge par, en tout, 150 services municipaux du domaine social qui, d'après leur définition du Care Management, se différencient : 65 % des administrations responsables définissent le Care Management comme un processus d'organisation, 15 % comme un outil de travail spécifique et 20 % le comprennent sous ces deux angles.

Les Care Managers sont pour la plupart, au Royaume-Uni, des employés administratifs et travaillent au sein d'une équipe spécialisée aux problèmes des personnes âgées. Dans les services sociaux utilisant le Care Management travaillent généralement des Care Managers, des assistants sociaux et des thérapeutes pour l'emploi. 21 % des services font appel à des employés du secteur de la santé pour surtout aider au déroulement de l'assessment. Une grande partie des administrations ont basé le Care Management dans l'organisation et la distribution des prestations tandis que 17 % d'entre elles l'utilisent aussi bien pour l'organisation que pour leurs propres offres de prestations. Des problèmes liés à l'organisation peuvent survenir lors d'une répartition du travail entre ces deux secteurs.

Le budget (disponible) pour les admissions en établissement est établi au niveau national, alors que le budget pour les prestations à domicile est établi par les municipalités.

3. *Pratique et processus du Care Management*

Assessment

La présentation suivante montre 50 instruments utilisés pour l'assessment par les différentes cellules. La qualité et le contenu de chaque instrument sont très différents et souvent il est difficile de reconnaître et de comprendre le rapport entre les besoins identifiés et les solutions choisies pour y remédier. Les différences les plus flagrantes se situent dans la détermination des besoins, des dépressions, des démences et des comportements marquants. La détermination de l'aptitude à surmonter les tâches quotidiennes (ADL) concorde en général sur son contenu par contre bien que quelques différences apparaissent au niveau de la structure.

L'assessment est réalisé surtout par les Care Managers, les assistants sociaux et les thérapeutes pour l'emploi bien que souvent du personnel médical s'y ajoute comme par exemple le personnel de soins. L'introduction de personnel médical au processus d'assessment n'est toutefois pas obligatoire.

Pour l'assessment, différents niveaux peuvent être établis suivant la complexité du cas précis et la dimension des besoins requis. Certaines cellules de Care Management effectuent l'assessment à tous les groupes de bénéficiaires sur un seul niveau (level), alors que la plupart d'entre elles différencient deux niveaux : un pour les cas simples et un pour les cas plus difficiles pour lesquels des spécialistes sont intégrés. Il y a cependant quelques cellules, basées sur un seul niveau durant tout l'assessment, font appel à des spécialistes en fonction de la gravité du cas.

L'exemple choisi de cellule de Care Management montre un assessment sur deux niveaux : un assessment plus complexe apparaît dans des cas de coûts trop élevés pour lesquels une admission en établissement est conseillée. Dans ces cas là des personnes qualifiées sont intégrées à l'assessment. La documentation est réalisée cependant, dans les deux cas, de la même manière.

Elaboration d'un plan d'aide

En général, les Care Managers, les assistants sociaux et les thérapeutes pour l'emploi participent également à l'élaboration du plan d'aide. Lors de son élaboration (les frais de soins sont calculés), une évaluation des frais est calculée sur la base des frais de prestations internes et externes. Presque quatre cinquièmes des responsables ont avoué limiter leurs dépenses dans au moins un des groupes concernés de bénéficiaires. Souvent des limites de dépenses relatives sont fixées pour l'assistance aux personnes âgées, dépenses qui reviennent plus souvent chez ces personnes que chez d'autres groupes de personnes. Cette pratique (de limitation des dépenses) s'explique par le volume énorme des dépenses pour les personnes âgées.

La limite des prestations fournies à domicile est définie, très souvent, en fonction d'une comparaison de coûts avec d'autres formes équivalentes d'assistance dans un établissement. Les autres critères rentrant en ligne de compte sont le budget mis à disposition ainsi que les besoins du client ; c'est ainsi que, par exemple, différentes limites sont fixées pour chaque besoin spécifique.

Dans une unité de travail choisie, ce sont les assistants sociaux, les employés des services municipaux d'assistance et les thérapeutes du travail qui sont responsables de la réalisation du plan d'aide. La totalité des bénéfices des prestations est calculée et alignée aux limites fixées pour les dépenses hebdomadaires de chaque catégorie de besoin. Le Care Manager explique au bénéficiaire et à la personne soignante le plan d'aide élaboré et devient responsable de son implantation.

Monitoring

Le Monitoring s'effectue en général en présence de la personne nécessitant de l'aide, toutefois, la moitié des bureaux d'aide prennent en compte régulièrement, voire pour 30 % d'entre eux occasionnellement, les informations collectées par la personne soignante. Le Monitoring est également effectué par des appels téléphoniques et des avis de changements de situation transmis par d'autres bureaux. En règle générale, il ne reste que peu de temps à concentrer pour ce travail de contrôle à cause d'une trop grande demande d'assessment. Dans certaines unités d'aide le care management limite son travail à l'assessment et à l'élaboration du plan d'aide.

Participation du bénéficiaire et de sa famille

Au Royaume-Uni, les personnes soignantes ont droit à un assessment pour leurs besoins ce qui n'est d'ailleurs presque jamais pris en compte dans la pratique. L'évaluateur considère judicieux de faire participer les bénéficiaires et les personnes soignantes à l'implantation du plan d'aide, au contrôle et aux assessments suivants.

4. Réalisation et résultats du Care Management

Effectivité du Care Management

La plupart des études de cas de Care Management portent dans leur évaluation sur des groupes de personnes âgées à risque (démence) demandant des soins et des aides en nombre important. C'est la raison pour laquelle le Care Management se concentre surtout sur l'admission ou la réadmission des clients en hôpitaux ou dans d'autres établissements de soins.

Mise à part les divergences et les difficultés rencontrées dans la recherche de définitions pour, par exemple, les situations spécifiques aux problèmes mentaux ou le risque d'admission en établissement, des points communs à l'assessment peuvent être mis en évidence. Ce sont : les épargnes faites par les municipalités, la qualité de vie et la

qualité des aides. Dans plusieurs des études de cas, les facteurs suivants ont pu être ainsi identifiés, grâce auxquels les résultats du « Long-term Care Management » ont pu être contrôlés. Ce sont :

- 1. Intégration des calculs de frais dans le programme
- 2. Coordination logique entre le modèle d'assistance, les objectifs du programme et les encouragements dans la pratique
- 3. Clarté dans la définition des tâches à effectuer
- 4. Définition des groupes ciblés
- 5. Continuité de la participation.

1. Le rattachement du programme aux autorités municipales et l'intégration des calculs de frais s'y rapportant peuvent avoir pour conséquence une contre productivité , si par exemple pour des raisons de contraintes, liées à l'organisation, les budgets financiers restent encore (trop) limités. Afin d'empêcher ces mouvements contre productifs, le calcul des frais et le programme doivent être bien accordés.

2. En ce qui concerne la réalisation pratique des objectifs fixés du programme, une grande flexibilité est attendue. En effet, il est presque sinon inévitable que les solutions standards soient préférées, étant plus faciles à réaliser. Il en résulterait un éloignement des solutions individuelles et un rapprochement vers des solutions standardisées, ce qui ne serait pas dans l'intérêt du programme.

3. Les tâches peuvent se rapporter soit aux besoins du bénéficiaire et au processus de l'organisation de l'assistance soit aux résultats comme le degré d'hospitalisation ou la qualité de vie.

4. Grâce à une définition exacte des groupes concernés (par le Care Management), les personnes nécessitant le plus une assistance peuvent être mieux sélectionnées par le Care Management

5. Grâce à la participation régulière du Manager à l'assessment, à l'élaboration du plan d'aide, au « monitoring » etc. aussi bien l'efficacité que l'inefficacité des stratégies utilisées peuvent être déterminées. Ceci est valable aussi bien pour les problèmes d'ordre individuel que ceux d'ordre plus général.

5. Conclusions

La variété de l'assessment est très importante au Royaume-Uni comme dans d'autres pays, aussi bien par rapport aux instruments utilisés qu'aux groupes de professionnels y participant. Afin d'atteindre une unification de cette variété, une réglementation générale pourrait être appliquée à tous le pays.

Les tâches légalement établies du Care Management se définissent comme « *the process of tailoring services to individual needs. Assessment is an integral part of care* »

(Department of Health, 1991, 11). Cette définition laisse entrevoir beaucoup de possibilités d'interprétations et ne cerne pas forcément toutes les tâches qui doivent être effectuées dans le Care Management à savoir : l'assessment, l'élaboration du plan d'aide, la réalisation et le « monitoring ».

Dans de nombreuses unités de Care Management seuls les cas les plus difficiles et les plus compliqués sont analysés, dans lesquels il est question d'éviter une admission en établissement. La question se pose toutefois, dans ces cas là de savoir comment résoudre les problèmes des cas de clientèle moins graves, puisque la politique pour les soins actuelle implique une assistance pour toutes personnes en nécessitant. Dans le rapport annuel sur « Social Services Inspectorate » il a été conclu que trois formes de Care Management sont utiles pour répondre à toutes les formes de besoins : premièrement un Care Management administratif, dans lequel des informations sont collectées et auxquelles on peut faire appel le cas échéant. Deuxièmement une cellule de coordination pour les cas les moins graves, c.a.d. pour des personnes ne nécessitant que d'un minimum d'aide ou de soins et troisièmement une forme de Care Management plus intensive avec un personnel adéquate pour chaque cas plus compliqué étant actuellement sous traitement.

4. Conclusions pour la continuité du développement et la réalisation pratique du Case Management

Les rapports d'évaluations, venant de neuf pays, et le rapport comparatif sur leurs structures respectives ne montrent pas, dans un certain sens, que des similitudes mais aussi de nombreuses différences. En effet, si nous essayions de développer une structure de base, en fonction de ces rapports, pour appliquer le Case Management et si nous recommandions des formes précises de Case Management, ayant déjà fait leurs preuves, il faudrait alors prendre en compte le fait que ces modèles devraient être en fonction de leur contexte.

4.1 Similitudes et différences internationales

Tendances communes

Dans les pays participants au projet de nombreuses tendances leur sont communes:

- La tendance démographique: importante augmentation des personnes très âgées rendant primordiale l'approfondissement du système de l'assistance
- La priorité faite à l'assistance à domicile au dépend de l'assistance institutionnelle, priorité basée d'un côté sur la diminution des coûts et sur la meilleure efficacité des services et de l'autre sur les intérêts des personnes concernées et sur l'amélioration de la qualité de l'assistance (les deux arguments sont de portées différentes, au Royaume-Uni l'aspect financier est cependant nettement mis en avant),
- L'effort de promouvoir l'indépendance des personnes âgées et de pouvoir la gérer au quotidien aussi bien que possible grâce à de multiples aides ainsi que
- L'approche d'une aide bien compréhensive, structurée et interdisciplinaire permettant de fournir une assistance bien adaptée aux situations diverses de besoin des clients.

L'appartenance du système social et du système de la santé

C'est une différence fondamentale de savoir si les systèmes pour la santé et pour le social appartiennent à une structure unique ou s'ils sont séparés les uns des autres. Dans le cas d'une séparation de structure, ce que l'on trouve dans la plupart des projets des pays participants (le Royaume-Uni a une structure unique ainsi que, en dehors de notre projet, les pays scandinaves), la question se pose de savoir où localiser le Case Management: s'il est établi dans le secteur de la santé (p.ex. dans un hôpital ou au sein d'une coopération entre médecins traitants), des problèmes de coopération sont à prévoir entre le secteur de soins et le travail social. Les Case Managers, venant du secteur de soins et du social, se voient eux obliger de faire face à des problèmes de coopération (manque de transmission des informations ou manque d'acceptation d'autrui) avec le secteur médical. De même, dans les systèmes de structure unique de la santé et du social, des problèmes de communication sont à prévoir chez les professionnels de santé (il y a également à ce niveau des différences de statuts profession-

nels entre les médecins, les professions sociales et les professions liées aux soins), malgré tout une séparation systémique du secteur social et du secteur de la santé a un effet positif sur les obstacles liés à la structure, qui d'une certaine façon remplissent des fonctions de coopération et de liaison avec les réseaux de l'assistance.

La variété des participants

Les personnes ainsi que les organisations participant au système d'assistance ne travaillent pas avec les mêmes autorités en collaboration. Leurs tâches se situent aussi bien au niveau national que régional et local. D'une part, l'Etat et les municipalités se partagent la responsabilité de la politique sociale et de la planification sociale de même que d'autres instances (*Bundesland, Regione, Comunidad Autonoma, etc.*). Si l'autorité ou l'organisme compétent(e) pour la politique et pour les finances, ainsi que l'organisme responsable au niveau professionnel sont partagées entre plusieurs instances, des frictions peuvent apparaître. D'autre part, au niveau des systèmes d'assistance régionaux ou locaux, de multiples « acteurs » travaillent ensemble en coopération, que ce soient des organisations commerciales, des organisations non orientées vers des profits, des autorités nationales ou encore des systèmes d'aide informels (famille, voisinage, bénévoles). L'importance faite à la variété de ces « acteurs » est de différents niveaux. Cela entraîne des répercussions immédiates sur le Case Management ainsi que des difficultés, à surmonter, pour la coopération.

Les bases légales

Une question décisive en relation avec la stabilité de la structure du Case Management est d'une grande importance au niveau politique. Cela concerne l'intégration, plus ou moins intensive, de réglementations pour l'implantation du Case Management. Planification, acceptation par les partenaires et les groupes ciblés du Case Management de même que le degré de professionnalisme et la sécurité d'emploi des conseillers sont influencés par la localisation du Case Management au sein d'un système d'assistance réglementé (comme par exemple au Royaume-Uni, au Luxembourg et dans l'Emilia Romagna), ou par le fait qu'une telle possibilité de réglementation demeure incertaine (comme en Belgique et, comme le montre certaines implantations de Case Management, dans les *Länder* la Hesse et le Baden-Württemberg) ou encore parce que le développement des structures pour l'assistance est encore au stade d'essai (comme c'est le cas dans la plupart des cas qui ont été étudiés). En Allemagne, un projet de « Loi sur l'assistance des personnes âgées » prévoit de mettre en place une réglementation de base pour le Case Management. Toutefois un consensus entre l'Etat, les *Länder* et les municipalités au niveau politique reste à résoudre (voir ci-dessus le paragraphe précédent).

Les tendances et les différences de structure, qui ont été précédemment mentionnées, ne reflètent pas complètement le fonctionnement du Case Management, mais laissent juste entrevoir les aspects éclaircis au cours de l'étude comparative des projets. Ces

aspects et d'autres, qui n'ont pas été mentionnés, influencent et varient l'application concrète de la forme de base du Case Management présentée ci-dessous.

4.2 Les formes de Case Management pour les personnes âgées

Les résultats de l'échange d'expérience national et de l'étude comparative des projets ont permis de définir, avec diverses perspectives, les structures de base pour l'application du Case Management suivantes :

(1) Les types de clients et les situations de besoin

En fonction du groupe ciblé, on peut différencier deux types de Case Management un dit *approfondi* et l'autre *spécifique*. Un Case Management est défini comme « approfondi » lorsqu'il est caractérisé par une offre générale disponible pour toutes les situations de besoin des citoyens et, le cas échéant, lorsqu'il procède à la spécification du groupe ciblé en prenant comme critères l'âge et le degré de dépendance. Les situations de besoin typiques sont des situations se déroulant dans la vie quotidienne des particuliers et ne pouvant être résolues sans une aide extérieure. Les groupes ciblés d'un tel Case Management peuvent être :

- Tous les habitants d'un quartier d'une ville nécessitant une aide, c.a.d. toutes les personnes dépendantes très âgées ainsi que les handicapés de tous âges
- Seulement les citoyens âgés nécessitant de l'aide et des soins
- Seulement les personnes dépendantes (d'après les critères légaux, comme par exemple, les critères de référence à l'assurance dépendance au Luxembourg et en Allemagne)
- Plus particulièrement les proches de personnes dépendantes ou nécessitant de l'aide.

Un Case Management « spécifique » regroupe les possibilités de renseignement et de soutien pour les clients en situation inhabituelle. Cela peut être utilisé dans différentes institutions : dans un hôpital, dans un foyer, un cabinet médical ou ailleurs. Cela permet de définir à la fois l'organisation conceptuelle de cette cellule et le public qu'elle vise. Dans notre projet, le public visé était :

- Des patients dans une clinique (vivant en temps normal chez eux) risquant une ré-hospitalisation voire une admission en maison de soins ou de repos (exemple : la Belgique)
- Des habitants d'une résidence-service, pour lesquels une évaluation est en cours pour savoir si toutes les possibilités de soins ambulants ont été épuisées (rapport fait aux Pays-Bas).

Recommandation

Si cela correspond au principe de base du Case Management qu'une personne (âgée) nécessitant une assistance puisse s'adresser personnellement à un responsable et qu'elle lui demande toutes sortes d'information concernant les possibilités d'assistance et leur voie d'accès, alors cette situation précise a besoin d'un Case Management approfondi. Cela ne veut pas dire pour autant que cette forme de Case Management ne peut pas être complétée par d'autres formes spécifiques. Le retour au domicile est une étape difficile parfois à accomplir et peut être facilitée si le patient est accompagné d'un Case Manager travaillant dans un hôpital. En principe l'établissement d'une structure de Case Management approfondi doit être mise en avant. Cette structure doit être facile d'accès pour les personnes âgées nécessitant de l'aide et doit entretenir de bons contacts avec tous les prestataires de services.

(2) Le contexte institutionnel et les organismes de tutelle du Case Management

Le contexte institutionnel du Case Management est en étroite relation avec le groupe de personnes ciblé ; une différence est faite au niveau du Case Management entre une localisation proche des citoyens et une autre dans des secteurs spécifiques.

- Case Management près des lieux de résidence : cellule de consultation municipale (faisant partie du bureau de l'assistance sociale), dans le centre pour les citoyens (faisant partie du secteur social dans les quartiers de la ville), une partie du système de la santé ou du système de soins (cellules responsables des renseignements sur la santé à fournir ou pour évaluer le degré de dépendance) ;
- Case Management dans les établissements : dans une clinique (en tant que lieu de transmission au sein de l'hôpital), dans un établissement (pour l'organisation des services) ou en priorité dans une maison de soins (afin d'éviter l'admission en foyer).

Le Case Management *basé dans des secteurs spécifiques* est rattaché le plus souvent à un contexte institutionnel (dans nos exemples de projets, il est rattaché p.ex. à un hôpital ou à une résidence-service) ; dans ce contexte, ce sont juste quelques détails qui diffèrent les uns des autres, comme par exemple, le fait que le Case Management prenne sous sa responsabilité soit une résidence-service soit plusieurs. L'organisme de tutelle responsable du Case Management est en général le même que celui de l'institution.

Les différences les plus marquantes se trouvent dans le contexte institutionnel auquel un Case Management *approfondi* est rattaché. Cela doit être accessible pour tous les citoyens (âgés) ayant un grand besoin d'assistance ce qui oblige d'avoir en place un bureau localisé près des résidences, au sein de la municipalité ou au sein du quartier. En principe, ce sont les municipalités qui se proposent d'être le responsable financier neutre d'un bureau de Case Management. La restructuration d'une telle structure re-

présenterait trop de frais. C'est pourquoi, les nombreuses possibilités de rattachement disponibles sont utilisées comme le rattachement à un établissement proches des citoyens, par exemple les centres pour les citoyens ou les bureaux de consultation. Même dans les bureaux des autorités nationales, un bureau de Case Management peut être installé ; cela pourrait devenir toutefois problématique si les fonctions habituelles de ces personnes se mélangent à leurs nouvelles fonctions consultatives. En Allemagne, par exemple, le Case Management est basé au sein du bureau d'assistance sociale (bien que l'effet stigmatisant d'un bureau d'assistance sociale s'oppose à ce rattachement).

Plusieurs institutions peuvent également prendre en charge ensemble un Case Management bien approfondi. Une telle structure semble certes être au premier abord complexe, mais elle peut tout aussi bien avoir des effets positifs au niveau

- De la synergie : le Case Manager n'a pas besoin de s'occuper de la coopération des établissements participants, puisque leur coopération est déjà prévue au sein de l'institution ; les compétences de chacun peuvent se compléter mutuellement, l'infrastructure technique est utilisable par tous ; ils peuvent combiner leurs heures respectives de travail et ainsi augmenter leur temps de disponibilité personnel ;
- De la neutralité : le chemin d'acheminement à la neutralité peut être effectué soit par l'élimination de toutes formes de compétition au sein des institutions soit par l'intégration (et, dans ce cas, de tous les plus pertinents) des organismes responsables ;
- Et enfin de la disposition financière (voir point 5).

Recommandation :

Un Case Management, chargé de s'occuper avant tout de toutes les personnes âgées ayant besoin d'une assistance intensive, devrait disposer d'un bureau près des lieux de résidence des personnes concernées afin qu'il leur soit facile d'accès. Ce bureau peut être soit des centres pour les citoyens, des centres pour les seniors ou des cellules de consultation (ou, dans les régions campagnardes, sous forme d'un bureau central dépendant directement des cellules principales de la municipalité). Chaque institution doit faire attention à ce que la clientèle et l'organisation du Case Management soient compatibles l'une avec l'autre (par exemple une cellule de consultation fournissant des allocations ne doit pas être située près d'un bureau d'assistance sociale se chargeant de la coordination et ayant une clientèle spécifique⁶).

⁶ Des conflits de ce genre peuvent apparaître, si le Case Management est associé à l'instance pour l'évaluation de l'assurance dépendance (comme c'est le cas au Luxembourg) ou à l'instance responsable des admissions de places en maisons de repos ou autres (comme c'est le cas aux Pays-Bas).

L'instance responsable du Case Management doit être un bon support et doit rester neutre. Sous cet aspect, l'état ou les municipalités s'avèrent être les meilleures instances pour se charger du Case Management. La neutralité peut être également atteinte par la combinaison de plusieurs instances responsables (avec ou sans participation voire modération de la municipalité) ; Pour cela tous les prestataires doivent être intégrés au Case Management.⁷

(3) *Les instruments, les méthodes et les capacités du Case Management*

Si l'on observe attentivement le travail fourni par le Case Manager (ses méthodes et les instruments qu'il a utilisés), on peut alors déterminer une différence fondamentale entre le travail effectué directement avec le client (niveau-micro) et la coopération du secteur social et du secteur de la santé au niveau des services ainsi qu'au niveau des établissements et enfin entre les contacts avec les administrations, les assurances et avec d'autres institutions (ce que l'on définit comme le niveau-macro).

(3.1) *Niveau-micro : Case Management individuel*

Le processus du Case Management débute par un sondage durant lequel le Case Manager peut acquérir une première impression sur les besoins du client surtout sur son besoin en Case Management. Le client reçoit des informations sur les possibilités de consultation et d'aides ainsi que sur le Case Management. Si après ce sondage, un Case Management est appliqué (ce qui n'est nécessaire que chez quelques clients), il est composé des éléments suivants (qui peuvent avoir dans la pratique des valeurs différentes, mais qui doivent contenir tous ces éléments).

- *Accès pour les clients et choix de la clientèle* : la prise de contact et le premier dialogue pour la détermination des besoins, guidage pour l'accès et sélection des clients pour lesquels le Case Management serait une méthode très efficace ;
- *Assessment* : inclusion des aspects médicaux, psychologiques, relatifs aux soins, familiaux, sociaux, architecturaux ainsi que les souhaits/ attentes/ angoisses du client ; Information et consultation sur le Case Management et sur les possibilités de soins ;
- *Planification de l'aide* : évaluation d'une part de l'assessment et de l'autre des offres d'assistance ; élaboration d'un « paquet » de prestations de service, dans lequel des offres correspondent aux besoins requis ; Détermination des objectifs (avec un emploi du temps pour l'atteinte de ces objectifs) ; Discussion avec le client et avec ses proches sur le plan d'aide ;

⁷ La neutralité des cellules de l'IAV au Baden-Württemberg est très douteuse. Elles sont composées d'institutions non orientées vers le profit mais excluent tous prestataires du secteur privé.

- *Implantation* : établissement de contacts avec les services prestataires ou distribution de prestations après accord du service concerné ; le cas échéant, représentation des intérêts des clients (p.ex. vis à vis des autorités ou des organismes responsables des finances) ;
- *Contrôle des prestations fournies* : contrôle des prestations fournies en fonction des objectifs fixés et recherche de fautes ou d'insuffisances, d'accords non respectés, de manque de qualité, de mécontentement des clients ou de leurs proches, de conflits avec les services et les clients ;
- *Reassessment* : prise en compte des changements survenus dans l'état de santé de la personne ou dans son quotidien, documentation des effets produits par les prestations et les modifications des besoins s'en suivant ;
- *Modifications dans le plan d'aide* : Contrôle des objectifs atteints ou nouvelle formulation des objectifs à atteindre, contrôle des démarches à effectuer et du temps nécessaire à leur réalisation, ainsi que l'adaptation des prestations aux nouveaux besoins ;
- *Evaluation* : Contrôle de la procédure de Case Management et propositions d'interventions alternatives.

Ces démarches, ainsi que l'ordre dans lequel elles sont accomplies, ne sont pas un modèle rigide devant être utilisé pour chaque cas individuel ; ce modèle peut toutefois servir de modèle d'orientation pour savoir si durant la procédure de Case Management tous les aspects importants ont été pris en compte, il peut également déceler des déficits (lorsque, par exemple, le Case Manager n'a la possibilité de participer au Case Management que jusqu'à la planification de l'aide, alors que le contrôle de la concrétisation de l'aide ne fait pas partie de ses compétences).

Pour chaque démarche du Case Management, le Case Manager doit avoir les compétences idéales : le travail en rapport à l'assessment et à l'analyse des besoins demande des connaissances médicales de même que des connaissances en matière de soins, mais aussi psychologiques et sociologiques. La concrétisation de l'assistance et le contrôle oblige en outre que le Case Manager fasse preuve d'une bonne capacité de jugement, de communication et doit être capable de bien imposer son opinion.

Recommandation

Le Case Management doit être composé des éléments cités ; il ne doit en aucun cas se limiter à une simple fonction de renseignement, mais se baser sur la continuité de la procédure c.a.d. l'assistance et l'évaluation et il doit contrôler si les aides fournies ont eu l'effet attendu ou si des modifications sont à faire.

Les instruments utilisés pour l'assessment doivent contenir toutes les informations nécessaires - ni plus ni moins. Afin d'éviter un surplus de données à enregistrer, certains projets pratiquent un assessment à deux niveaux (two-step) dont la durée est en général relativement courte et qui n'est approfondi que dans des cas graves.

Les compétences requises par le Case Manager correspondent professionnellement à des qualifications médicales, en matière de soins, socio-psychologiques et en matière de travail social - une exigence complexe, montrant une préférence pour une forme de travail multidisciplinaire (voir point 4). Le travail du Case Manager est facilité par les qualifications du personnel en matière de social, de communication, par leurs expériences acquises et leur force de persuasion.

(3.2) Meso et macro niveau : rattachement du Case Management à la structure d'assistance

En plus de leur travail en rapport au client, les Case Managers doivent remplir d'autres fonctions. Comme pour toutes structures de prestations de service, le Case Manager doit également prendre part aux réunions d'équipe, prendre contact avec les institutions responsables et participer au travail de relation publique. Ces fonctions ne sont ici que brièvement mentionnées puisqu'elles ne sont pas spécifiques au Case Management. Cependant, la connaissance de toutes les possibilités d'assistance disponibles demeure une fonction indispensable du Case Manager, il doit également être capable de prendre contact avec les services et les établissements concernés par le Case Management (ce que l'on appelle le niveau « meso »).

Ce travail est de plus approfondi puisque le Case Manager se doit de collaborer avec les institutions nationales et de tenir compte de leurs réglementations, ce qui est défini comme le niveau « macro », dans lequel les différenciations du système pour le social et la santé y sont insérées ainsi que pour l'assurance dépendance et l'aide sociale, etc.

Les démarches suivantes à effectuer sont à insérer dans ce contexte :

- *Aperçu des offres* : une consultation qualifiée présuppose la connaissance actuelle de tous les services disponibles. Cela nécessite une collecte, une documentation et une actualisation régulière des offres des secteurs directement ou indirectement concernés. Cette panoplie d'offres doit être documentée et doit inclure les informations sur le concept global des prestations de service (p.ex. spécialisation pour des cas de clients particuliers ou à certaines heures du jour), sur les capacités de place disponibles ainsi que sur les capacités actuelles et sur les partenaires.
- *La jonction des prestataires* : la connaissance des services prestataires est un premier pas auquel suit une prise de contact, ayant pour but une distribution de prestations harmonisée et coordonnée entre les services et si nécessaire passer des accords ou arrangements utiles et efficaces à long terme, ainsi qu'une jonction stable des services pour obtenir un bon fonctionnement du système de l'assistance.
- *Echange d'informations électroniques* : mise à part les accords tenus au niveau du contenu, une jonction des services prend de l'importance au niveau des techniques ; un aperçu optimal des offres de services peut être obtenu si le Case Mana-

ger, même pendant les consultations, a un accès « online » direct pour fournir les informations sur les offres actuelles et sur les capacités disponibles.

- *Approvisionnement en prestations* : si le Case Management est intégré dans un tel système d'assistance grâce à l'information et aux contacts directs, alors l'approvisionnement en prestations peut s'améliorer qualitativement dans des cas concrets et être facilité au niveau de la technique des instruments utilisés. Une forme de Case Management se limitant à certaines prestations ne peut en aucun cas éviter cet accès « one-door » (comme p.ex. au Royaume-Uni où le financement du Case Management est relié à cette voie d'accès). En général, le Case Management a pour fonction d'ouvrir la voie d'accès aux prestations de façon concentrée et coordonnée mais par un seul chemin d'accès (« one-stop »), ce qui n'exclue pour autant pas un contact direct des clients avec les services.
- *Les contacts* : De plus le Case Management doit prendre régulièrement contact avec les institutions nationales et municipales, avec les responsables des prestations (assurance maladie, assurance dépendance, l'aide sociale, etc.), avec les cercles de travail régionaux et extra-régionaux, etc.
- *La planification sociale* : les Case Managers acquièrent au cours de leur travail une connaissance de la structure d'assistance et de ses déficits du point de vue du client ; en transmettant ces informations aux institutions concernées par la planification sociale, ces institutions obtiennent un accès qualitatif sur des expériences pratiques qu'elles n'auraient pas pu obtenir par d'autres chemins (p.ex. par le biais de valeurs de base pour la planification).

Recommandation

Les Case Managers doivent maintenir de bons contacts avec les services et les établissements concernés ainsi qu'un échange régulier d'informations. Pour cela, une bonne qualité dans les rapports doit être atteinte incluant une coopération mutuelle. Ceci nécessite d'un côté une bonne capacité à communiquer du Case Manager et d'un autre côté un profil perspicace de sa fonction afin de laisser une bonne image de sa personne et non pas une image ambiguë. Sans un bon profil, les Case Managers peuvent difficilement faire bonne impression aux représentants de d'autres organisations, ils doivent être bien acceptés et ne pas faire naître des angoisses de concurrence et/ou un blocage face à l'échange d'informations.

Une jonction optimale avec les services prestataires devrait être entreprise afin de mieux coordonner et harmoniser les prestations requises, de suggérer des spécialisations nécessaires et le si besoin est de réduire les structures parallèles.

En termes techniques, une jonction des prestataires (Network) est possible et utile afin d'obtenir un aperçu continu et actuel, dont le Case Manager peut disposer à tous moments grâce à un programme de traitement informatisé de données. Ce désir d'actualisation présuppose toutefois une attitude coopérative des prestataires.

(4) *Les formes d'organisation du Case Management*

En terme d'organisation, plusieurs variantes sont possibles (qui sont également représentées dans les exemples de projets) :

- Le modèle avec un unique Case Manager
- Une cellule de Case Management avec plusieurs employés
- Le Case Management comme un partage de fonction au sein d'une équipe interdisciplinaire.

Le modèle avec un unique Case Manager est significativement cohérent puisque la procédure globale du Case Management est liée à une seule personne, ce qui limite l'approvisionnement en besoin ; formellement, l'établissement d'une cellule (dans certains exemples même une cellule à mi-temps) est plus facile à établir que celui d'une structure avec plusieurs employés. Les raisons qui s'opposent à une structure avec une seule personne semblent être très sérieuses :

- Les compétences multidisciplinaires mentionnées au point 3 exigent beaucoup de la part du responsable de la cellule et ces responsabilités ne peuvent être remplies que par une personne.⁸
- De plus, cette solution ne donne aux Case Managers aucune possibilité d'inspiration mutuelle, de consultation et d'échange entre spécialistes ou d'informations sur les cas à étudier.
- Et enfin, il est difficile de résoudre des problèmes de flexibilité, de disponibilité et de remplacement en cas de congés payés ou de maladies si le Case Management est tenu par une seule personne.

En comparaison, un Case Management réalisé par une équipe multidisciplinaire (soit travaillant exclusivement pour le Case Management soit proportionnellement) a l'avantage de rassembler différents points de vue professionnels. Une importante volonté de coopération et une communication interne bien organisée est décisif pour une intégration réussie de ces points de vue : lorsque, par exemple, le Case Management est partagé entre plusieurs professions, il est alors important de bien organiser la répartition de leur travail, de discuter et de se mettre d'accord sur les critères pour l'assessment, de rassembler les différents avis professionnels dans une évaluation commune ainsi que dans la planification de l'aide et d'en discuter dans une atmosphère d'acceptation mutuelle.

Recommandations :

⁸ Certains projets rapportent que deux spécialistes qualifiés étaient nécessaires (infirmier et assistant social) pour la responsabilité d'une cellule de Case Management et qu'ils devaient avoir plusieurs années d'expérience dans divers domaines. Ceci est toutefois plus un coup de chance qu'une sûreté à long terme.

Le Case Management demande des compétences multidisciplinaires plus particulièrement en matière de soins, de travail social et parfois même des connaissances médicales et psychologiques peuvent être nécessaires. Comme un Case Management tenu par un(e) seul(e) employé(e) engendre des problèmes de surplus de responsabilité, un Case Management en équipe est la solution à recommander - si les moyens financiers sont restreints, cela peut être combiné avec plusieurs emplois à mi-temps ou plusieurs employés participant pour une partie de leur temps de travail au Case Management.

Lorsque plusieurs Case Managers ou plusieurs professions travaillent ensemble, l'uniformité des critères d'évaluation et l'intégration des points de vue de chacun doivent être assurés dans une évaluation commune et dans la planification de l'assistance. Cela requiert une bonne coordination de l'organisation ainsi qu'une volonté à coopérer et une acceptation mutuelle.

(5) *Financement*

La question du financement se pose au niveau des prestations fournies par le Case Management et au niveau de sa structure. En principe, le financement par l'état (au niveau national, au niveau régional ou municipal) ou par les assurances des prestations fournies ainsi que les contributions des clients sont, dans ce cas là pris en considération. Dans la plupart des exemples des projets étudiés, les prestations pour les clients sont fournies gratuitement, cependant le financement par l'état est prédominant (en combinaison avec les différents niveaux responsables). De même, les structures de Case Management étudiées (les frais de personnel et de matériel) sont en principe financées suivant les modèles de financement proposés, souvent avec la participation d'organismes de tutelle. Seulement dans les cas où le Case Management est implanté légalement (voir ci-dessus Paragraphe 4.1), ses structures et ses prestations sont financées par le modèle proposé (c.a.d par l'état ou l'assurance).

Une différence fondamentale concernant ces principes de financement repose sur le budget disponible et sur les besoins requis : si le Case Management a pour fonction principale de déterminer un budget et d'atteindre dans ce contexte une qualité optimale, alors c'est l'économie de coût qui est prioritaire (comme c'est le cas au Royaume-Uni). Si le Case Management a pour fonction principale de déterminer les besoins et d'organiser l'assistance ainsi que de faire attention à l'appliquer à de moindres coûts, alors c'est la qualité de l'assistance qui est prioritaire (comme c'est le cas dans la plupart des projets évalués). Ces deux approches sont si différentes l'une de l'autre qu'une comparaison ne peut être faite (ici : entre les expériences acquises dans le projet du Royaume-Uni et dans ceux des autres pays participants) sans que des limites soient fixées.

Le projet de coopération internationale a fourni des preuves justifiant d'une réduction des coûts lorsque la qualité de l'assistance est optimisée ; les recherches de l'université de Liège ont prouvé que les admissions en établissements hospitaliers ont

radicalement diminuées (« effet de porte tournante ») pour les patients qui étaient suivis par un Case Manager après leur sortie d'hôpital. Dans ce contexte, les avantages d'une structure de Case Management approfondie peuvent être justifiés, par le fait qu'ils lient le gain de qualité de l'assistance avec une augmentation de l'efficacité des prestations et une réduction des coûts s'y rapportant.

Recommandations

Afin d'obtenir une structure de Case Management stable et performante, reconnue par les partenaires coopérants, il est important qu'elle soit basée sur des réglementations légales et qu'elle ait son financement soit assuré. Pour imposer cela au niveau politique, on peut emprunter des arguments au projet de comparaison internationale pour le contenu et l'organisation :

- En observant le contenu des objectifs fixés du Case Management, on peut en déduire que le développement de la qualité des prestations fournies peut avoir pour effet une réduction de coûts. Les objectifs pour l'aide requise aux personnes âgées et pour l'augmentation de l'efficacité des prestations fournies ne sont pas par conséquent opposés, mais s'accordent entre eux.
- Au niveau de l'organisation, quelques exemples peuvent être cités dans lesquels plusieurs organismes de tutelle se rassemblent et forment un seul organisme responsable se partageant le financement du Case Management. De cette manière, non seulement la charge d'une nouvelle structure est partagée entre plusieurs organismes mais aussi l'objectif de leur neutralité est atteint.

La responsabilité incombant à certains organismes s'explique par le fait que dans la plupart des pays participants les municipalités ont une responsabilité particulière, que ce soit grâce à une participation directe ou à un organisme externe.

4.3 Résumé et perspectives

1. Dans toute l'Europe - avec toutefois quelques différences - un développement démographique a eu lieu prévoyant une augmentation du nombre des personnes âgées et très âgées nécessitant une assistance approfondie ainsi que la part que ces personnes représentent dans la population totale. Cette situation sociale et relative à la santé des personnes âgées a conduit à la réalisation de nombreux projets et de projets-modèles qui ont pour but de développer les systèmes d'aide actuels. Le projet « Case Management dans les différents systèmes d'aide nationaux pour les personnes âgées » du Ministère de la famille, des seniors, des femmes et de la jeunesse a pour fonction d'analyser la variété de ces développements, de les comparer et d'acquérir des expériences pour développer ultérieurement les systèmes d'aide aux personnes âgées nationaux, en particulier pour les aides aux personnes âgées en Allemagne. Cela peut être considéré comme une possibilité de promouvoir le développement de tous les systèmes d'aides aux personnes âgées en Europe.

2. Le plus important résultat du projet est le fait que presque tous les projets des pays participants concordent les uns aux autres sur un point, malgré les différences qu'ils comportent au niveau de leur situation initiale et de leurs conditions générales, en effet ils mettent à disposition des personnes âgées l'assistance dont elles ont besoin qui correspond à leurs besoins personnels, durant leur processus de vieillesse, cela s'effectuant de manière professionnelle et coordonnée. Cela signifie que l'assistance s'effectue au sein d'un système cohérent. L'objectif commun aux projets est par conséquent d'assurer aux personnes âgées, surtout lorsque leur besoin d'assistance s'agrandit, la plus grande autonomie de vie possible.
3. La plupart des problèmes, lors de la préparation et la coordination de l'assistance nécessaire, viennent surtout du fait que les prestations, en particulier celles ordonnées par le bureau d'aide sociale ou de la santé, sont fournies par plusieurs secteurs, institutions et organismes de tutelle. Les difficultés résultant de ce principe de partage pour l'approvisionnement des prestations dans les différents secteurs intervenant, en particulier après un traitement hospitalier avec pour but final un retour au domicile, ne peuvent être résolues que grâce à une structure et une organisation réglementées et disposant de ressources financières suffisantes. Un exemple illustrant très bien un système d'aide réglementé est le projet de Case Management dans la région italienne Emilia-Romagna qui, grâce à une Loi régionale Nr. 5/ 94, offre des possibilités d'assistance aussi bien d'ordre social que de santé. Cette Loi pourrait devenir un exemple pour le développement de réglementations dans les autres pays et régions européen(ne)s.
4. Pour développer et établir un système d'aide intégré, il faut tenir compte des possibilités ainsi que des conditions générales nationales, régionales et locales. Pour répondre aux besoins complexes des personnes âgées, celles-ci requièrent des prestations de toutes les institutions et organismes fournissant des aides appropriées. L'intégration et le travail fourni par des proches aidants ainsi que des bénévoles est dans ce contexte d'une grande importance. Dans les projets où le Case Management n'est pas intégré dans un établissement, comme par exemple un hôpital ou une résidence-service, la coordination et la répartition des aides ont fait leur preuve au niveau des autorités municipales. Dans tous les cas, le plus important est la facilité à accéder aux offres d'aides.
5. A l'exception de quelques cas, les projets participants ont pour buts de : déterminer les besoins des personnes âgées, si elles sont d'accord, sous une forme plus ou moins standard avec la participation de différentes professions ; de développer et d'implanter, en accord avec les personnes concernées et leur environnement social, un concept d'assistance suffisant et complexe ; de modifier si nécessaire ce concept ainsi que d'évaluer et de documenter la procédure en cours de l'aide. Un tel Case Management peut être aujourd'hui reconnu comme une méthode ayant fait ses preuves pour l'établissement et l'implantation pratique de concepts

d'assistance aux personnes âgées avec des besoins d'aide complexes. Cela comprend en particulier les éléments suivants :

- Case finding (accès à une consultation)
- Assessment (détermination du besoin d'aide)
- Planing (élaboration du plan d'aide)
- Linking (réalisation du plan d'aide et approvisionnement en aides)
- Monitoring (contrôle de la planification de l'assistance)
- Evaluation (évaluation de la procédure d'assistance)
- Documentation (documentation)

Les expériences acquises dans les projets participants donnent espoir d'une efficacité optimale du Case Management, si son organisation est partagée en fonction des possibilités de prestations et de services, qu'il offre, ou selon le cas, en fonction des organismes de tutelle du domaine social (Le bureau d'aide sociale, l'assistance sociale). Ainsi des conflits d'intérêts peuvent être évités.

Il est recommandé de prévoir des bases nécessaires aux structures, aux méthodes et aux instruments d'un Case Management compris comme la clé de développement des systèmes d'aides aux personnes âgées.

6. L'intégration de modèles gériatriques de réhabilitation au sein même du Case Management est d'une grande importance. A cet effet, certaines difficultés peuvent apparaître puisque la réhabilitation gériatrique se déroule dans des institutions spécialisées (services spécialisés en gériatrie dans les hôpitaux, cliniques spécialisées en gériatrie, établissements de réhabilitation), ce qui rend la coordination des aides aux personnes âgées plus difficile surtout pour le partage des salles de soins disponibles dans ces établissements, pour l'organisation temporelle du traitement de réhabilitation ainsi que pour les exigences spécifiques en découlant. Ce serait une chance de réussite si une prise de contact entre l'établissement hospitalier et le Case Management avait déjà lieu durant le traitement hospitalier, afin que la phase de réhabilitation soit intégrée automatiquement au Case Management. Les objectifs et le déroulement de la procédure de réhabilitation sont à inclure comme un élément de base indispensable au système d'assistance aux personnes âgées. Il en est de même pour les possibilités de traitements ambulants de réhabilitation, en particulier les traitements à domicile, qui d'une certaine façon assurent le maintien à domicile des clients. Les projets de Case Management intégrés dans les services sociaux d'établissements hospitaliers, comme par exemple à Liège/ Belgique, donne la bonne impression que les patients en gériatrie sont soignés et aidés par des personnes compétentes avant, pendant et après la sortie d'hôpital.

7. Les prestations du Case Management, orientées vers les personnes âgées nécessitant une assistance, sont complétées et développées dans plusieurs des projets participants par l'adaptation d'une part au niveau de la planification sociale des expériences acquises et d'autre part au niveau de la coordination des services prestataires régionaux. Cela signifie concrètement que des instigations sont entreprises pour faire disparaître les déficits du système d'assistance ou les manques de collaboration entre les services ainsi que pour continuer à développer des offres d'aides aux personnes âgées. C'est pourquoi ces prestations représentent une participation importante pour la planification sociale.
8. Les expériences de Case Management acquises montrent que les aides spécifiques professionnelles peuvent être mises à disposition des patients, avec l'aide de ces méthodes, en temps voulu et en correspondant à leurs besoins et qu'elles s'accordent au niveau de leur forme et de leur durée. Cela assure une meilleure efficacité des prestations fournies et des éléments utilisés pour l'assistance et évite enfin une surcharge d'assistance. Il est possible de prouver qu'un Case Management réalisé avec compétence peut essentiellement contribuer à,
 - Raccourcir la durée de traitement hospitalier ou éviter une admission en établissement hospitalier,
 - Utiliser toutes les possibilités de réhabilitation disponibles,
 - Renforcer l'environnement social des personnes âgées,
 - Développer un réseau d'assistance individuelle,
 - Assurer la plus grande autonomie de vie possible,
 - Eviter les soins permanents en institutions ou les retarder.

Ainsi les systèmes d'aide aux personnes âgées, se servant efficacement des instruments du Case Management, ont plus de chance de préserver la qualité des prestations qu'ils offrent aux personnes âgées et très âgées, dont le nombre s'accroît continuellement, ainsi que d'assurer leur qualité de vie. Dans un même temps, cela permet d'obtenir une diminution des coûts d'hospitalisations de longue durée.

Le développement des méthodes de Case Management en tant qu'élément de base réglementé d'un système actualisé d'aide aux personnes âgées est par conséquent une obligation d'ordre professionnel, économique et financier.