

Orientations ministérielles en gestion de cas

Présentées par la

Direction des orientations des services aux aînés (DOSA)

En collaboration avec la

Direction de l'organisation des services de première ligne intégrée (DOSPLI)

Direction des services infirmiers (DSI)

OCTOBRE 2015

(Révisé en décembre 2017- version préliminaire déposée aux sites pilotes)

SUPERVISION DU DOSSIER

Madame Danielle Benoit, directrice, Direction des orientations des services aux aînés, MSSS

RÉDACTION

Madame Valérie Guillot, conseillère, Direction des orientations des services aux aînés, MSSS

COLLABORATION SPÉCIALE

MSSS

Madame Rana Farah	Direction de l’organisation des services de première ligne intégrés, MSSS
Madame Danielle Fleury	Direction de soins infirmiers, MSSS
Madame Pauline Gervais	Direction générale adjointe des services aux aînés, MSSS
Docteur Antoine Groulx	Direction de l’organisation des services de première ligne intégrés, MSSS

CONSULTATION

Partenaires externes

Madame Danielle Beaudry	Centre d’expertise de santé de Sherbrooke
Madame Joanne Guilbeault	Centre d’expertise de santé de Sherbrooke
Monsieur Michel Raîche	Centre de recherche sur le vieillissement

Partenaires réseau – sites pilotes	Mise à l’essai de la formation en gestion de cas
Madame Christiane Lacoste	CISSS Montérégie Centre
Madame Nicole Boucher-Larivière	CISSS de l’Outaouais
Mme Chantal Rivard	CISSS de la Mauricie et Centre-du-Québec

(Voir annexe : comités experts et leur composition)

PRÉAMBULE

Le vieillissement de la population conduit inévitablement à une augmentation des besoins en services de santé et services sociaux. Ces besoins sont non seulement plus nombreux, mais aussi plus complexes, intriqués et représentant un défi pour les intervenants.

Chez les individus, le vieillissement, couplé à des problèmes de santé physique, psychologique, cognitif peut, dans certains cas, engendrer une situation biopsychosociale fort complexe.

Parmi les usagers dont les besoins sont complexes, certains demandent une coordination accrue de services en raison de leur situation précaire et de la fréquence élevée de ruptures d'équilibre en raison d'une altération de leur santé physique, psychologique ou cognitive et de leur situation psychosociale. Ces ruptures se manifestent sous plusieurs formes : une hospitalisation, un hébergement temporaire, un répit nécessaire pour l'aidant, un ajout ou intensification temporaire de services au domicile, etc. Elles nécessitent une ou des interventions rapides et coordonnées.

Ces lignes directrices ont fait l'objet de plusieurs consultations au sein des directions du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), notamment auprès de la Direction des orientations des services de première ligne intégrés et la Direction des soins infirmiers. Elles font consensus auprès des directions responsables des clientèles en santé physique de première ligne, des clientèles présentant des maladies chroniques et des clientèles bénéficiant des soins infirmiers complexes, notamment en soins palliatifs, et de suivis intensifs à domicile.

Elles viennent positionner l'intervenant en gestion de cas comme un intervenant expert qui accompagne les clientèles vivant des ruptures d'équilibre à répétition et qui risquent de se répéter sur une longue période en l'absence de coordination intensive et continue.

Des échanges ont eu lieu également avec la Direction des personnes ayant des déficiences physiques et intellectuelles. En raison des travaux en cours dans cette direction concernant le plan d'accès et considérant que leur offre de service s'appuie sur des balises organisationnelles à la différence des autres programmes services consultés, des discussions se poursuivront pour un arrimage éventuel en ce qui a trait à la gestion de cas.

FICHE GESTION DE CAS – INTRODUCTION

Le présent document s’adresse aux gestionnaires et aux intervenants desservant la clientèle nécessitant des services à domicile (SAD) et ayant besoin d’un suivi par un intervenant en gestion de cas.

En raison des compréhensions diverses dont la gestion de cas fait l’objet actuellement au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), le MSSS juge nécessaire de clarifier ce concept et d’en baliser l’application.

Bien que la motivation première soit la clarification de la notion de gestion de cas, les orientations proposées souscrivent également à une volonté d’accompagner l’usager dans l’ensemble de son parcours de soins et services et d’offrir des services intégrés. Il est important de rappeler que la gestion de cas est l’une des composantes d’un réseau de services intégrés (RSI) et qu’à elle seule, elle ne peut assurer l’intégration des services ni en améliorer l’accessibilité et la continuité. Son implantation et son fonctionnement optimal sont conditionnels à l’implantation des autres composantes du RSI, tel que spécifié dans le présent document.

Les orientations se veulent un appui aux établissements dans leur obligation d’assurer une réponse à une population dont les besoins augmentent, évoluent et se complexifient en raison du vieillissement de la population, des diverses conditions chroniques souvent concomitantes, des difficultés et des inégalités sociales exacerbant les problématiques de santé physique ou mentale.

Elles visent aussi à s’assurer de l’implantation réussie de la gestion de cas. Elles font valoir l’importance de la mise en place de la gestion de cas dans le cadre d’un plan d’organisation du travail et dans un souci d’optimiser le travail d’équipe.

Les orientations contenues dans ce document résultent de travaux menés par un comité d’experts sur la gestion de cas pour la clientèle desservie par le Réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA), ainsi que par un comité de travail¹. Cependant, la littérature permet d’établir que la fonction de gestion de cas s’applique à d’autres clientèles vulnérables dont la situation est complexe, imprévisible et instable nécessitant un suivi et une coordination de services soutenus et continus sur une longue période de temps.

Les orientations sont présentées sous format de fiches afin d’en faciliter la lecture, la compréhension et l’application :

1. Objectifs généraux;
2. Équipe du Soutien à domicile (clientèle) (SAD);
3. Description générale de la tâche;
4. Contribution de l’intervenant en gestion de cas auprès des partenaires et collègues;
5. Tâches selon l’épisode ou le service;
6. Caractéristiques recherchées chez le professionnel pour être intervenant en gestion de cas;
7. Habiletés et compétences;
8. Critères d’admissibilité en gestion de cas;
 - 8a. Arbre décisionnel-orientation de la clientèle en gestion de cas;
9. Caractéristiques opérationnelles;
10. Facteurs de réussite et conditions gagnantes pour la préimplantation, l’implantation, le fonctionnement et la pérennité;
11. Cheminement clinique en gestion de cas;
12. Description de cas selon la nature de la problématique;
13. Formation.

Annexe : Approches en gestion de cas.

¹ Le comité d’experts soutenu par un comité de travail ayant interviewé douze établissements (CSSS)

FICHE GESTION DE CAS – OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Aux fins d’élaboration de ces fiches, la **gestion de cas est l’une des composantes du RSI inspiré des travaux du réseau des services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)²** parmi les suivantes :

- mécanisme de coordination (table de concertation – ententes de service interpartenaires);
- personne responsable du RSI (Comité RSI);
- mécanisme d’accès au RSI;
- système d’évaluation des besoins (ex. : outils d’évaluation multiclientèle [OEMC]);
- plan d’intervention (PI), plan d’intervention interdisciplinaire (PII) et plan de service individualisé (PSI);
- système de communication (partage de l’information clinique);
- équipe d’intervenants offrant des services pour le SAD;
- mécanisme de collaboration avec le médecin de famille.
- mécanisme de collaboration avec les équipes d’intervention de 2^e et 3^e lignes (ex. : équipe gériatrique);

L’ensemble de ces composantes vise à une meilleure accessibilité et continuité des services. Plus spécifiquement, la gestion de cas permet de :

- soutenir l’intégration des services en favorisant une meilleure coordination des actions professionnelles et des services des différents partenaires pour les situations nécessitant une coordination intensive, complexe et en continue;
- servir d’interface entre le système client, soit l’usager, ses proches aidants et le système, soit l’ensemble des ressources publiques, privées et communautaires^{3,4,5}.

L’assignation d’un intervenant en gestion de cas auprès d’un usager permet non seulement de développer un lien de confiance et d’assurer une continuité relationnelle, mais aussi :

- d’obtenir des services flexibles qui s’ajustent aux besoins changeants, évolutifs, cumulatifs, enchevêtrés et parfois imprévisibles;
- d’être accompagné à travers tout le continuum de services;
- d’avoir accès à des services atypiques nécessaires dans des délais très courts;
- de bénéficier d’un suivi impliquant la collaboration étroite entre le médecin de famille, les intervenants du SAD et les autres partenaires publics ou privés impliqués dans le plan d’intervention coordonné par l’intervenant en gestion de cas.

² Bien qu’inspiré du RSIPA qui concerne davantage les personnes âgées, les mécanismes demeurent sensiblement les mêmes pour les autres clientèles, notamment en ce qui a trait à un outil d’évaluation globale validé et reconnu, les plans d’interventions (PI, PII et PSI), la collaboration avec les médecins de famille.

³ MSSS (2010). Lignes directrices – RSI pour les personnes âgées (p. 21) inédit.

⁴ Institut national de santé publique du Québec (2013) Synthèse accélérée des contraintes sur les conditions de mise en œuvre des réseaux des services intégrés aux personnes âgées.

⁵ Réseau National des gestionnaires de cas du Canada (2012) Profil de compétences essentielles pour les intervenants en gestion de cas au Canada.

FICHE GESTION DE CAS – DESCRIPTION GÉNÉRALE DE LA TÂCHE

La présente fiche a pour but de présenter les tâches cliniques de l'intervenant en gestion de cas. L'intervenant en gestion de cas doit :

- faciliter la participation et l'intégration sociale de l'utilisateur et de son proche aidant;
- compléter chacune des étapes du processus clinique, plus précisément :
 - évaluer la situation et les besoins (ex. : OEMC) ;
 - identifier et analyser les problèmes et les facteurs prédisposant à la rupture d'équilibre,
 - conseiller l'utilisateur et son proche aidant en regard des risques encourus;
 - planifier l'intervention et les services ;
 - concerter les professionnels et partenaires concernés et orchestrer leur contribution respective ;
 - adopter une approche proactive afin de prévenir les ruptures d'équilibre;
 - appliquer une approche collaborative auprès de l'utilisateur et son proche aidant en impliquant les professionnels, partenaires concernés et le médecin de famille de l'utilisateur;
 - s'assurer de la participation de l'utilisateur et de son proche aidant tout au long du processus clinique;
 - intervenir lors de ruptures d'équilibre (transition, épisodes de soins aigus, situation de crise, dépannage d'urgence);
 - trouver des solutions novatrices à des besoins atypiques;
 - s'assurer de la qualité des interventions et évaluer la satisfaction de l'utilisateur.
 - développer une vision globale de l'offre de services disponible sur le territoire;
 - faire les représentations et collaborer avec son supérieur pour l'amélioration des services sur le territoire.

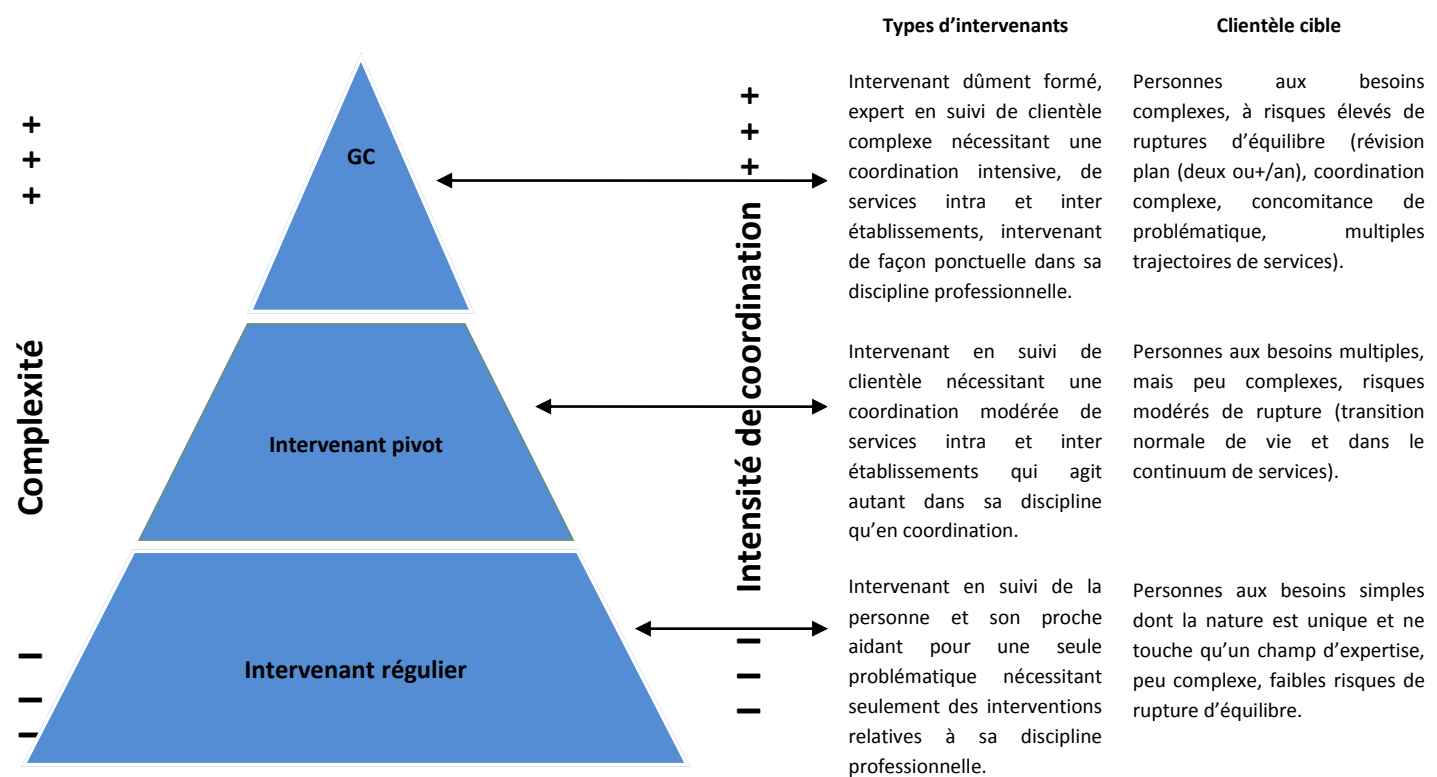
Les particularités de la gestion de cas sont :

- La réévaluation des besoins et la révision des étapes du processus clinique doivent se faire plus fréquemment en raison des ruptures d'équilibre et à l'évolution de l'état de la personne et de ses besoins. La fréquence de réévaluation complète est de deux fois ou plus par année. Ces réévaluations n'excluent pas les ajustements fréquents en raison de changements mineurs des besoins ou pour assurer la satisfaction de l'utilisateur.
- L'intervenant en gestion de cas agit majoritairement en coordination et de façon ponctuelle dans sa discipline, c'est-à-dire, qui répond à des besoins qui ne nécessitent pas de récurrence.
- Lorsqu'une intervention professionnelle spécifique relative à sa discipline est requise, à moyen ou long terme, l'intervenant en gestion de cas doit référer l'utilisateur à un intervenant régulier ou pivot. Par exemple, pour un processus de deuil, des conflits familiaux, un suivi de plaie complexe, etc.
- L'accompagnement de l'utilisateur et de son proche aidant se fait sur tout le continuum de soins et de services, quel que soit le secteur, le lieu ou l'épisode de soins et services.

FICHE GESTION DE CAS – L'ÉQUIPE DU SOUTIEN À DOMICILE (SAD-SAPA)

Cette fiche a pour objectif de préciser la différence entre l'intervenant régulier, l'intervenant pivot et l'intervenant en gestion de cas.

Une gestion de cas efficiente doit être intégrée dans une équipe offrant des services de SAD-SAPA pour laquelle la définition des rôles et des tâches de chacun des types d'intervenants est bien définie.



Du point de vue organisationnel

L'intervenant en gestion de cas permet une maximisation du travail de son équipe offrant des services SAD-SAPA. La présence de l'intervenant en gestion de cas dans une équipe permet un meilleur partage des rôles et responsabilités selon la complexité des besoins de la clientèle. En tant qu'expert en coordination de services pour les usagers ayant un profil de besoins complexes, l'intervenant en gestion de cas se concentre uniquement auprès de la clientèle qui le nécessite. Conséquemment, l'intervenant pivot se voit dégagé des cas les plus complexes et peut adopter davantage une approche proactive et préventive, assurant le soutien à l'autonomie des usagers qui lui sont assignés.

La collaboration des agentes administratives : optimisation du travail de l'intervenant en gestion de cas.

Dans une optique d'optimisation et d'organisation du travail, les tâches techniques ne nécessitant pas de connaissances ou compétences professionnelles cliniques peuvent être réservées au personnel de soutien administratif (agente administrative). Ces tâches peuvent être, notamment :

- appels aux organismes communautaires, notamment à l'entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EESAD) pour le suivi de nature administrative (voir fiche 4) ;
- saisie de données autres que cliniques, notamment les données sociodémographiques à inclure dans la solution du RSIPA;
- prise de rendez-vous pour entretien téléphonique entre l'intervenant en gestion de cas et le médecin de famille ou autres professionnels ou organismes;
- vigie pour faire un rappel à l'intervenant pour la révision des évaluations et plans dans la « solution informatique RSIPA».

FICHE GESTION DE CAS – CONTRIBUTION DE L’INTERVENANT EN GESTION DE CAS AUPRÈS DES PARTENAIRES ET COLLÈGUES

Cette fiche a pour objectif de définir le rôle et les tâches qu’a l’intervenant en gestion de cas auprès des partenaires et collègues et ainsi de légitimer son action, son apport et ses interventions auprès de ceux-ci.

Description générale de sa contribution

L’intervenant en gestion de cas a un rôle d’expert en coordination de services pour des cas complexes auprès des équipes d’intervenants offrant des services pour le SAD-SAPA.

Il entretient des liens privilégiés avec le médecin de famille.

Il travaille en collaboration avec les partenaires du RLS et du RTS.

Il collabore avec les équipes des différents milieux tout au long du continuum de services.

En raison des besoins particuliers de sa clientèle mettant à l’épreuve l’accessibilité et la continuité de services, il travaille de pair avec le gestionnaire immédiat à l’amélioration de la gamme de services et des trajectoires.

Rôles et tâches de l’intervenant en gestion de cas auprès de partenaires et collègues	
Partenaires/collègues	Rôles et tâches de l’intervenant en gestion de cas
Collègues de l’équipe SAD	Se voit assigner les usagers ayant des ruptures d’équilibre fréquentes. Conseille et soutient les intervenants pivots et réguliers lors d’épisodes de transition nécessitant de l’intensité de coordination. Coordonne le PII ou PSI des usagers en gestion de cas et implique les collègues SAD concernés (si requis).
Collègues intervenants en gestion de cas	Privilégie l’entraide et le soutien au plan clinique par l’échange de conseils et d’expérience avec les autres intervenants en gestion de cas (communauté de pratique).
Médecin de famille	Diffuse l’information clinique pertinente au médecin de famille (ou professionnel du Groupe de médecine familiale) (si requis). Informe le médecin de famille des changements et épisodes de soins et services (hospitalisation, répit, réadaptation, etc.) si requis. Coordonne le PSI impliquant le médecin de famille (si requis). Facilite l’accessibilité aux services du SAD. Informe le médecin de famille lorsque l’usager nécessite un rendez-vous en clinique ou une visite à domicile. S’assure de l’inscription prioritaire de l’usager non inscrit auprès d’un médecin de famille au <i>Guichet d’accès pour la clientèle sans médecin de famille</i> n’a pas de médecin de famille.
Gestionnaire immédiat	Informe des écarts entre les services disponibles et les besoins de la clientèle. Apporte des recommandations pour l’adéquation des services aux besoins ainsi que sur les modalités d’accès et des trajectoires de services dans un but d’amélioration.
Pharmaciens	Informe le pharmacien des facteurs de risque détectés dans l’évaluation (voir sections relatives à la médication). Assure une certaine vigie lors des transitions et périodes d’hospitalisation et en informe le pharmacien lors d’irrégularités.
EESAD et organisme communautaire	S’assure que l’usager et son proche aidant ont accès à l’information. Assiste l’usager lors de la demande de services (si requis). S’assure de la dispensation de services en fonction des besoins évalués et des services convenus avec l’usager et son proche aidant.
Services de 2 ^e et 3 ^e ligne (notamment services gériatriques)	Accompagne l’usager et son proche pour l’accès aux services spécialisés (si requis). Partage l’information entre les services de 2 ^e et 3 ^e lignes et les professionnels impliqués au PII ou PSI (si requis).
Services de réadaptation	Favorise le partage de l’information clinique pertinente entre les services de réadaptation et les professionnels impliqués au PII ou PSI. Collabore à l’organisation de services pour le retour à domicile ou réorientation vers un autre milieu de vie.

Précision : Une des tâches principales de l’intervenant en gestion de cas auprès de l’usager et de son proche aidant est de s’assurer de l’accessibilité aux services convenus au plan d’intervention. Pour ce faire, l’intervenant en gestion de cas doit les accompagner dans les démarches. Le niveau d’accompagnement est relatif au degré d’autonomie, allant d’informer, d’accompagner à effectuer la démarche pour eux lorsque l’usager et son proche aidant sont réellement incapables de le faire eux-mêmes (voir fiche sur les rôles et tâches).

FICHE GESTION DE CAS – TÂCHES SELON L’ÉPISODE OU LE SERVICE

La présente fiche vient préciser les tâches de l’intervenant en gestion de cas en fonction des épisodes de soins et de services. De façon générale, l’intervenant en gestion de cas a pour mission d’assurer la cohésion et la continuité des services. Il sert de courroie de transmission de l’information et d’agent facilitateur pour franchir les frontières entre les secteurs de services dans une perspective de soutien à l’usager et son proche. Il est important que les descriptions de tâches qui suivent soient connues des équipes des différents épisodes et de services afin que l’intervenant en gestion de cas soit légitimé et efficace comme agent facilitateur.

Épisodes de soins et services	Tâches de l’intervenant en gestion de cas
Arrivée à l’urgence	- Planifier le plus hâtivement possible le départ de l’hôpital: - partager l’information clinique pertinente et contribuer à l’évaluation de l’urgence (ex. Profil AINÉES de l’Approche adaptée à la personne âgée) ; - s’assurer de la complétion de l’OEMC (SMAF), le PI, PII ou le PSI (si requis) ; - Voir au soutien du proche aidant. - Informar le médecin de famille selon les modalités convenues
Admission en unité de soins	- Suivre l’état de l’usager et partager l’information clinique avec l’équipe de soins. - Suivre l’évolution des besoins et demeurer en mode de planification du départ de l’hôpital. - Tenir informé le médecin de famille selon les modalités convenues. - Voir au soutien du proche aidant.
Admission en Unité de courte durée gériatrique (UCDG)	- Suivre l’état de l’usager, partager l’information clinique avec l’équipe de gériatrie. - Suivre l’évolution des besoins et demeurer en mode de planification du départ de l’unité de courte durée gériatrique (UCDG). - Tenir informé le médecin de famille selon les modalités convenues. - Voir au soutien du proche aidant.
Admission en soins post aigus ⁶ (réadaptation spécialisée à convalescence)	- Suivre l’état de l’usager et partager l’information clinique avec les équipes en soins post aigus. - Suivre l’évolution des besoins et demeurer en mode de planification du départ lors de séjours en soins post aigus. - Tenir informé le médecin de famille selon les modalités convenues. - Voir au soutien du proche aidant.
Services ambulatoires	- Transférer l’information clinique pertinente. - Tenir informé le médecin de famille selon les modalités convenues. - Voir au soutien du proche aidant. - Recevoir l’information de l’équipe de soins.
Pour le retour à domicile	- Prendre connaissance des informations pertinentes au dossier pour la planification du retour à domicile. - Faire une mise à jour de l’évaluation des besoins (si requis). - Organiser les services pour le retour à domicile (si requis). - S’assurer de l’octroi de services et de l’accompagnement nécessaire lors de changement de milieu de vie, voir au choix de la personne et de son proche aidant.
Orientation vers les centres d’hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	- S’assurer de la pertinence et de l’exclusion de toutes autres possibilités. - Procéder à la demande d’hébergement selon les modalités du mécanisme d’accès à l’hébergement. - Rester en soutien pour la période de transition.

À la lecture de cette fiche, il est convenu que l’intervenant en gestion de cas doit être interpellé et contacté facilement par l’équipe de soins et de services concernée lors de chacun des épisodes précédemment mentionnés.

Des moyens et des procédures doivent être mis en place pour une communication fluide. Par exemple :

- accès à I-CLSC ou autres systèmes de soutien informatiques (ex. : DME, RSIPA - solution informatique) pour savoir si le client est connu du centre local de services communautaires (CLSC) et s’il est assigné à un intervenant en gestion de cas;
- cellulaire ou téléavertisseur pour rejoindre rapidement l’intervenant en gestion de cas;
- boîte vocale et afficheur.

⁶ Les soins post aigus comprennent les services de convalescence, de réadaptation modérée à intensive et spécialisée se trouvant en unité transitoire de récupération fonctionnelle, en unité de réadaptation fonctionnelle intensive, unité de réadaptation gériatrique, lits de réadaptation à intensité variable, lits de centre hospitalier de réadaptation et lits de convalescence ou autres dénominations régionales.

FICHE GESTION DE CAS – CARACTÉRISTIQUES RECHERCHÉES CHEZ LE PROFESSIONNEL POUR ÊTRE INTERVENANT EN GESTION DE CAS

Cette fiche propose une liste de caractéristiques qui permet de faciliter le recrutement d’un nouvel intervenant en gestion de cas. Il ne s’agit pas d’une description ferme exigée chez le candidat, mais des indicateurs sur lesquels s’appuyer pour la sélection, l’intégration et le développement de l’intervenant à la fonction de gestion de cas.

L’intervenant en gestion de cas doit être détenteur d’un baccalauréat ou d’une maîtrise. De plus, selon les recommandations des experts en gestion de cas RSIPA, un intervenant doit minimalement avoir cumulé **18 mois d’expérience au SAD** auprès de la clientèle âgée avant d’occuper la fonction d’intervenant en gestion de cas. Les mêmes exigences doivent s’appliquer pour les autres clientèles¹.

Bien que les intervenants en gestion de cas soient couramment formés en service social, en soins infirmiers ou en ergothérapie, les professionnels d’autres disciplines peuvent également occuper cette fonction.

L’intervenant en gestion de cas doit avoir reçu ou recevoir à court terme la formation spécifique pour assurer la fonction de gestion de cas. La formation doit être une formation reconnue². Vous référer à la fiche - gestion de cas – formation.

Le profil de l’intervenant en gestion de cas

Le savoir - l’intervenant doit avoir les connaissances suivantes sur :
– la clientèle en SAPA, ses spécificités et problématiques (exemples : comorbidité, symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence); – la gamme de services disponibles et les prestataires du territoire; – les mécanismes du RSI, les trajectoires de services pertinents selon la condition de l’usager et les modalités d’accès à ceux-ci; – les différentes étapes du cheminement clinique (évaluation, planification, intervention, etc.); – les outils cliniques : (ex. : l’OEMC, le système de mesure de l’autonomie fonctionnelle (ISO-SMAF), le PI, le PII, le PSI) et les solutions informatiques pouvant s’y appliquer (ex. RSIPA - solution informatique, outils de cheminement clinique informatisés (OCCI)); – les interventions de sa discipline (ponctuelles) (ex. : évaluation du fonctionnement social, signes vitaux, évaluation de l’intégrité de la peau, évaluation de l’aide technique, ajustement de l’aide technique, etc.) – les lois et règlements applicables (la Loi sur les services de santé et les services sociaux, Loi sur le curateur public, Loi sur la sécurité du revenu, Loi sur la protection des personnes dont l’état mental présente un danger pour elle-même et pour autrui, les Programmes gouvernementaux et leurs règles concernant l’aide aux personnes vulnérables au SAD, la Loi modifiant le Code des professions et d’autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, etc.).
Le savoir-faire - L’intervenant doit avoir les compétences suivantes :
– maîtriser et appliquer les différentes étapes du cheminement clinique (évaluation, planification, intervention, monitoring, etc.); – coordonner les actions des différents partenaires et assurer l’octroi de services; – travailler en équipe interdisciplinaire et animation des rencontres interdisciplinaires; – mobiliser et collaborer avec le médecin de famille, les médecins spécialistes, pharmaciens et autres professionnels; – accompagner l’usager et de son proche aidant dans la recherche de services; – adapter et ajuster rapidement des interventions et services en fonction des changements; – analyser l’offre de service destinée aux usagers et leurs proches; – défendre les droits de l’usager et son proche (advocacy); – identifier des facteurs de risques et interventions préventives; – intervenir dans sa discipline à court terme (ponctuelles) (maximum de 3 rencontres); – appliquer différentes approches (annexe 1).
Le savoir-être - L’intervenant doit avoir les attitudes suivantes :
– s’engager comme intervenant significatif dans un RSI; – rassembler, favoriser la collaboration; – être un leader de contenu et d’influence; – respecter et reconnaître le potentiel de l’usager, soutenir l’autonomie; – faire preuve de créativité, flexibilité, compréhension, empathie, discernement et détermination; – aimer relever les défis; – avoir un esprit d’analyse; – être prévoyant; – bien composer avec la pression.

¹Tousignant, M., Raïche, M., (2013). *Rapport final – recommandations du comité d’experts et du groupe de travail sur la clarification des modèles et pratiques en gestion de cas pour les personnes âgées en perte d’autonomie au Québec*. Document non publié. CSSS-IUGS – Centre de recherche sur le vieillissement, 49 p

² En juin 2016, le MSSS a mandaté le Centre d’expertise de santé de Sherbrooke comme l’unique organisme reconnu pour la formation de la gestion de cas .

FICHE GESTION DE CAS – LES HABILETÉS ET COMPÉTENCES

L'intervenant en gestion de cas doit avoir plusieurs habiletés et compétences en raison de son rôle d'expert en coordination accrue.

Habiletés essentielles : avoir une vision « transprofessionnelle » et du « continuum de services ».

- Avoir une vision « **transprofessionnelle** »⁷⁻⁸ signifie de connaître suffisamment les professions complémentaires à la sienne pour reconnaître leur apport potentiel et être en mesure de transiger efficacement avec ses interlocuteurs au bénéfice de l'utilisateur dont il a la responsabilité.
- Avoir une « **vision du continuum** » signifie avoir une bonne connaissance de l'ensemble des ressources disponibles et des différents secteurs de soins et services. Cela signifie aussi d'avoir une connaissance des cultures de chacune des ressources et chacun des secteurs (ex. : organismes communautaires, établissements à vocation régionale ou supra régionale de services spécialisés et surspécialisés).

Polyvalence des compétences

L'intervenant en gestion de cas exerce une fonction centrale de **coordination** afin d'intégrer les services. Il occupe une **position cruciale d'interface et de relayeur**. On entend par « **interface** » l'acte de faciliter l'interaction entre la personne, son proche et les intervenants sur tout le continuum de services ainsi qu'auprès des partenaires du réseau territorial et local de services (RTS et RLS). Il est « **relayeur** » car il réfère et oriente la personne et son proche vers des intervenants, des professionnels, des prestataires ou des experts pertinents pour répondre aux besoins de la personne tout en évitant les bris de services. Ces rôles font appel à diverses compétences, l'intervenant en gestion de cas est un :

- **communicateur**. Il doit établir une communication claire et bidirectionnelle avec l'utilisateur et son proche. Il doit avoir la capacité de traduire les besoins du client et de ses proches aidants auprès des divers collaborateurs du plan de services, en particulier dans des contextes de transition d'une ressource vers une autre. Il doit être habilité à utiliser les outils cliniques informatisés et autres moyens de communication afin d'assurer la fluidité de l'information entre plusieurs acteurs;⁹
- **organisateur**. Il est capable d'ajuster les services et leur intensité aux conditions cliniques changeantes chez la personne. Cela implique une bonne capacité à réagir aux imprévus, d'organiser l'accès à des services pertinents et de faire preuve de suffisamment de souplesse pour composer avec les contraintes du réseau de façon à trouver des solutions ;
- **navigateur-accompagnateur**. Il assure un accompagnement continu de la personne et de ses proches aidants au sein d'un continuum de services. Il les informe et au besoin les rassure. Lorsque requis, il intervient auprès des prestataires de services pour les informer de la condition de la personne et s'assure de la pertinence des services dispensés. Il est un « passeur de frontières¹⁰ » et permet l'accès à des services selon le degré d'urgence requis ;
- **agent de concertation**. Il collabore à la structure et aux moyens mis en place aux plans stratégiques, tactiques et cliniques favorisant et formalisant la concertation entre les divers partenaires du RLS ;
- **défenseur**. Il accompagne l'utilisateur et son proche ou intervient auprès de divers acteurs afin de défendre les droits de la personne lorsque des décisions ou encore des comportements inappropriés risquent de compromettre sa santé et son bien-être. Il doit être attentif aux écarts entre les services requis, aux services convenus aux plans d'intervention et aux services rendus et connaître les recours disponibles pour la personne en cas de litiges.

La compétence de communicateur se traduit par la capacité d'utiliser un langage adapté selon les différents interlocuteurs. Il doit ajuster son langage et sa compréhension selon qu'il parle au médecin spécialiste, au médecin de famille, à des intervenants d'organismes communautaires, à des intervenants de différentes professions ou à la clientèle impliquée. Un bon communicateur saura aussi concerter et mobiliser l'utilisateur et son proche dans un processus de prise de décision éclairée.

La compétence d'organisateur est la plus importante en raison de la coexistence des besoins chroniques et aigus, ainsi que la fréquence des ruptures d'équilibre et des ajustements de services nécessaires.

Les divers rôles associés à la fonction de gestion de cas exigent, on le comprendra aisément, **des aptitudes à la polyvalence plutôt que des aspirations à l'hyperspécialisation.**

⁷ Hébert, R., (1990). *De l'interdisciplinarité à la transprofessionnalité dans les soins et services aux personnes âgées*. Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé, 7 p.

⁸ Tousignant, M., Raiche, M., (2013). *Rapport final – recommandations du comité d'experts et du groupe de travail sur la clarification des modèles et pratiques en gestion de cas pour les personnes âgées en perte d'autonomie au Québec*. Document non publié. CSSS-IUGS – Centre de recherche sur le vieillissement, 49 p.

⁹ National Case Management Network – Réseau National des gestionnaires de cas. (2012) *Profil des compétences essentielles pour les intervenants en gestion de cas au Canada*, 19 p.

¹⁰ Williams (2010) cité dans Institut national de santé publique du Québec (2013). *Synthèse accélérée des connaissances. Adapter l'organisation des services sociaux et de santé à la réalité du vieillissement : enjeux et stratégies de mise en œuvre dans un contexte de transformation des services de première ligne. Rapport préliminaire*, 32 p.

FICHE GESTION DE CAS – LES CRITÈRES D’ADMISSIBILITÉ EN GESTION DE CAS

1. Être admis aux services de SAD (longue durée – SAD-SAPA).
2. La durée prévue des services SAD est d’un an et plus.
3. L’usager doit présenter une perte d’autonomie modérée à sévère (Profil Iso-SMAF 4 et plus)⁴.
4. La clientèle référée en gestion de cas se caractérise par :
 - i. des ruptures d’équilibre fréquentes¹ (histoires de ruptures);
 - ii. la présence de facteurs prédisposant aux ruptures d’équilibre (dans 3 catégories, voir dans le tableau ci-dessous)

Catégories	Facteurs prédisposant aux ruptures d’équilibre
Les facteurs prédisposant relatifs à des problèmes de santé physique, cognitive ou psychologique	• Instabilité de la condition de santé, imprévisibilité • Caractère évolutif de l’état de santé • Présence de maladies chroniques, particulièrement lorsqu’il y a plusieurs conditions chroniques concomitantes. • Présence de difficultés psychologiques et problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, schizophrénie, schizophrénie tardive, trouble de personnalité limite, etc.). • Présence de la maladie d’Alzheimer et autres maladies apparentées. • Présence d’une ou de plusieurs dépendances (jeu, alcool ou autre substance). • Présence d’une ou de plusieurs déficiences physiques (cécité, surdité, mobilité, etc.) liées ou concomitant au vieillissement ou autres problématiques. • Atteintes multiples de l’autonomie fonctionnelle. • Autonomie décisionnelle altérée et capacités limitées à exprimer ses besoins • Troubles de comportement.
Les facteurs prédisposant relatifs à la situation sociale et son réseau de soutien social	• Réseau de soutien absent, insuffisant ou inadéquat ou instable. • Problèmes familiaux ou conjugaux importants. • Risque ou présence de maltraitance, d’abus ou de négligence. • Proches aidants épuisés ou à risque d’épuisement ou gravement malades. • Désorganisation du réseau de soutien. • Isolement. • Sécurité compromise en lien avec son environnement. (Insalubrité sévère de l’environnement, risque d’incendie, etc.). • Période de transition de vie (perte de proches, changement déstabilisant de milieu de vie, perte d’autonomie, prise de retraite, etc.).
Les facteurs prédisposant relatifs à l’offre de services ou l’utilisation des services	• Facteurs iatrogènes (approche et pratique inappropriée, erreur ou absence dans l’acte de soins). • Bris de continuité dans les trajectoires. • inadéquation entre les services disponibles et les besoins des usagers et leurs proches; • non réactivité des services, c’est à dire qui ne s’ajustent pas en fonction de l’évolution des besoins; • Besoins dans plusieurs secteurs externes du réseau de la santé (transport, justice, municipal, etc.). • Besoins particuliers nécessitant des services non conventionnels ou atypiques ou immédiats. • Recours à des services suprarégionaux à l’extérieur de la région de résidence.

Le tableau ci-dessus ne constitue pas une grille d’évaluation du risque ou un outil validé, mais bien une aide facilitant l’analyse de la précarité de la situation et de la prédisposition aux ruptures d’équilibre répétées. Il s’agit d’informations sur lesquelles le jugement clinique peut s’appuyer afin de déterminer le niveau de complexité et d’intensité de coordination requise et assurer le soutien à domicile en sécurité.

Le jugement clinique est requis pour déterminer le niveau d’intensité et de complexité de coordination ainsi que la nature d’intervention (préventive ou curative) requise pour maintenir ou rétablir l’équilibre. La précarité de la situation à domicile est d’autant plus importante lorsqu’il y a présence **de facteurs prédisposant de plusieurs catégories**. L’analyse de la situation doit considérer **la présence des problèmes biopsychosociaux versus la disponibilité, l’accessibilité et la qualité des ressources**. Elle doit prendre en compte les **dimensions objectives et subjectives** de la situation problématique.

Le **caractère chronique, évolutif et multidimensionnel** de la situation doit être pris en considération³.

Ce n’est pas tant la somme des facteurs prédisposants ou des problèmes qui importe, mais bien **le caractère incertain de la situation clinique**².

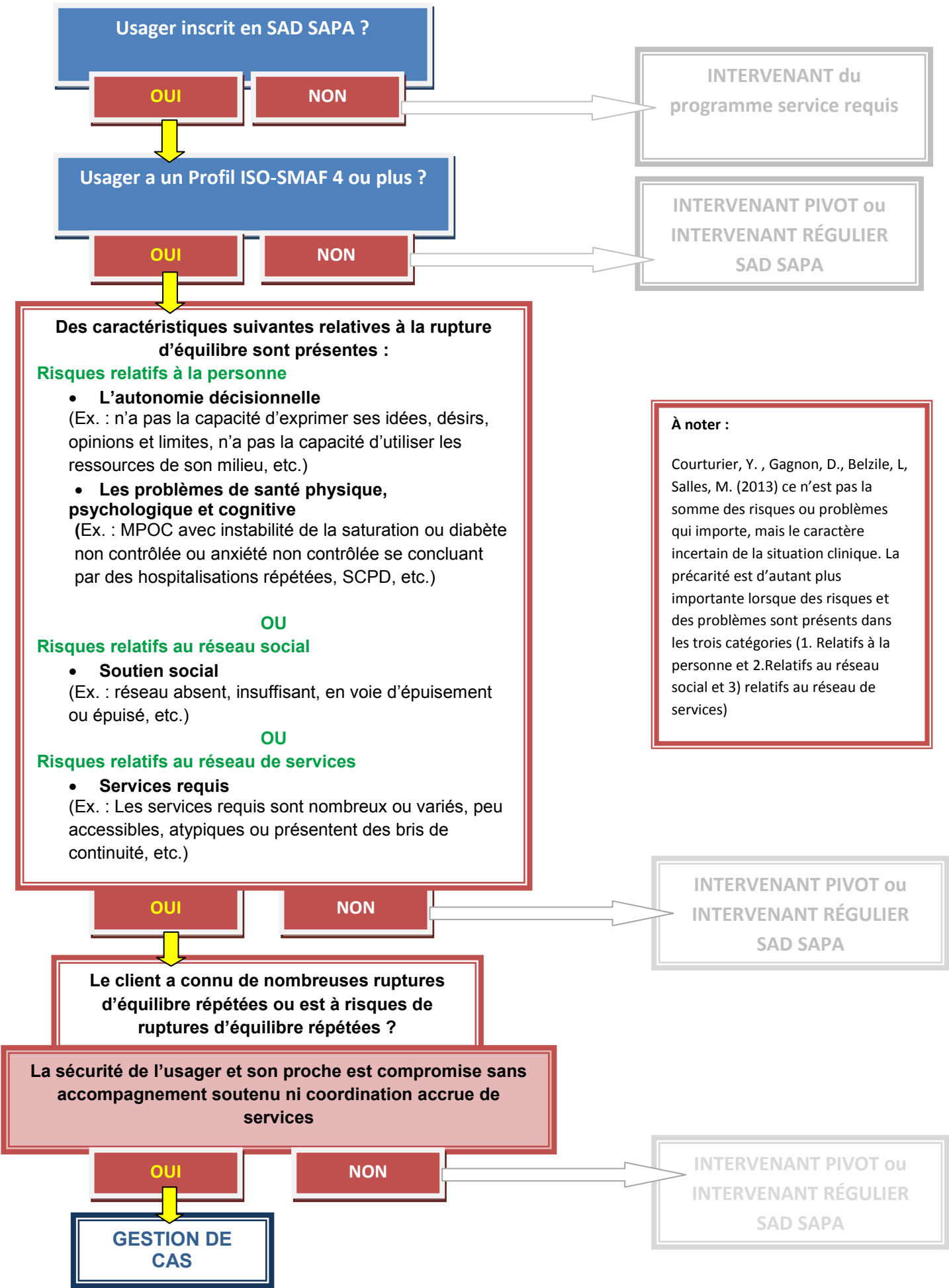
¹ La rupture d’équilibre résulte d’un changement des besoins de l’usager suffisant pour compromettre sa capacité de demeurer dans son milieu de vie. Ce changement entraîne soit un ajustement « express » des services à domicile, de convalescence, de réadaptation, d’hospitalisation ou d’hébergement temporaire ou de répit au proche aidant.

^{2,3} Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile, L., Salles, M. (2013) La coordination en gérontologie, les Presses de l’Université de Montréal. pp. 40-41, pp.15-17.

⁴ Les personnes dont le profil ISO-SMAF est 4 ou plus et présentent des problèmes de santé et psychosociaux sont plus susceptibles de vivre des ruptures d’équilibre. Il s’agit d’un indicateur, le jugement clinique prévaut dans l’évaluation de la situation de l’usager et de sa prédisposition aux ruptures d’équilibre.

FICHE – GESTION DE CAS - ARBRE DÉCISIONNEL - ORIENTATION DE LA CLIENTÈLE ET RÉFÉRENCES
AUX DIFFÉRENTS TYPES D’INTERVENANTS DES ÉQUIPES OFFRANT DES SERVICES DE SOUTIEN À
DOMICILE (RÉGULIER, PIVOT ET GESTION DE CAS)

Provenance des demandes : Exemples : Urgences, unités de soins, ressources de dépannage ou répit, RPA, services généraux, GMF, autres programmes services du SAD, usagers et proches



FICHE GESTION DE CAS – CARACTÉRISTIQUES OPÉRATIONNELLES

Caractéristiques	Balises	Précisions
Types de charge de cas ¹	Une charge de cas composée uniquement d’usagers nécessitant la gestion de cas.	Une telle charge de cas permet l’application et le développement de l’expertise en gestion de cas et assure en grande partie la qualité d’intervention.
Charge de cas	Maximum de 45*usagers actifs ¹ par charge de travail.	Ce nombre est un maximum. La charge de cas peut être inférieure à 45 usagers.
Durée d’assignation	Long terme (1 an**).	Plus d’un an et tant que l’usager nécessite de l’intervention en gestion de cas.
Critères d’inclusion	- Être inscrit ou admissible aux services du SAD-SAPA. - Être une personne ayant une histoire de ruptures d’équilibre répétées ou fortement anticipées.	(Voir fiches – critères d’admissibilité).
Critères d’exclusion	- Ne réponds pas aux critères de gestion de cas. - Vit en CHSLD. - A un pronostic de moins d’un an aux services de SAD.	(Voir fiches – critères d’admissibilité).
Partage de tâches	80 % de coordination. 15 % d’intervention disciplinaire. 5 % collaboration avec le gestionnaire.	(Voir fiche – tâches de l’intervenant en gestion de cas).

*Daviau, J. et Dieleman (2015) Présentation AQESSS : La pratique en gestion de cas au CSSS-IUGS – Un modèle en évolution au cœur du réseau de services intégrés.
**Tousignant, M., Raïche, M., (2013). *Rapport final – recommandations du comité d’experts et du groupe de travail sur la clarification des modèles et pratiques en gestion de cas pour les personnes âgées en perte d’autonomie au Québec*. Document non publié. CSSS-IUGS – Centre de recherche sur le vieillissement, 49 p. La recommandation était d’une durée de six mois et plus. La durée d’assignation d’un an est en cohérence avec l’ensemble des orientations retenues.

Charge de cas : un maximum de 45 usagers peut être pris en charge quand les conditions suivantes sont présentes :

- les composantes du RSIPA doivent être implantées et fonctionnelles, notamment :
 - les mécanismes et composantes du RSI sont implantés et fonctionnels, comprenant des trajectoires fonctionnelles et optimales de services et de communication intraétablissements et avec les partenaires;
 - la gamme de services est optimale
 - outils informatisés d’évaluation et de planification fonctionnels

Certains facteurs, outre la complexité, peuvent influencer le nombre d’usagers par charge de cas. **Le nombre d’usagers peut-être moins de 45** dans les **circonstances suivantes**: période de démarrage de la nouvelle pratique en gestion de cas (gestion du changement), un faible volume de clientèle sur un vaste territoire (distances importantes à parcourir), le nombre de milieux hospitaliers et le nombre de déplacements nécessaires, l’autonomie décisionnelle de l’usager et son proche, etc. Un autre élément qui peut influencer est la capacité de l’intervenant en gestion de cas à concerter, mobiliser et partager les tâches avec les intervenants impliqués (de sa discipline et autres) et les partenaires RTS.

Type de charge de cas : Il faut retenir que la fonction de gestion de cas est possible que lorsque l’intervenant a une charge de cas composée uniquement d’usagers dont le profil de besoins est complexe. Dans un RLS où le volume d’usagers SAPA ne permet pas de compléter une charge de cas d’au moins 15 usagers, il est possible d’établir une charge de cas complète composée d’usagers complexes (répondant aux critères d’inclusion) provenant de différents programmes services³. Cette façon de faire préserve l’expertise en gestion des cas. Si cette première solution ne peut être appliquée, il est possible d’attribuer une charge de cas unique que pour une moitié d’équivalent temps complet en gestion de cas. L’autre moitié de la tâche est accordée dans un autre secteur que le SAD-SAPA (CHSLD, Hôpital). Cette solution permet de préserver la pratique en gestion de cas et évite la confusion de rôles chez l’intervenant qui doit porter à la fois le rôle d’intervenant pivot et d’intervenant en gestion de cas.

Fin de la gestion de cas, lorsque l’usager :

- est admis en institution (ex. : CHSLD). Cependant, si l’usager vit encore des ruptures d’équilibre lors des premiers mois suivants l’admission, il peut être convenu que l’intervenant en gestion de cas reste au dossier le temps de la transition ;
- change de milieux de vie et qu’une meilleure stabilité en découle (ex. : admission en ressource intermédiaire ou en résidence privée). Dans ce cas, la gestion de cas doit être cessée et la personne peut être référée à un intervenant pivot ou régulier. Ce dernier prendra en considération le soutien offert par la ressource (attention, si des ruptures d’équilibre persistent, l’intervenant en gestion de cas demeure au dossier);
- voit son état s’améliorer, se stabiliser, les ruptures d’équilibre se raréfier, l’usager ne répond plus aux critères de référence en gestion de cas. Dans ce cas, l’usager doit être référé à un intervenant pivot ou régulier ;

À noter, en lien avec ce dernier point, si cette situation se présente régulièrement et que les références des intervenants en gestion de cas vers les intervenants pivots sont fréquentes et nombreuses, il faut revoir et resserrer les critères d’admissibilité en gestion de cas.

¹ Les orientations ministérielles sont axées sur la description de la fonction de gestion de cas et **ne réfèrent plus** à un modèle en particulier (ex. : unique, mixte ou hybride).
²On entend par « actif », des usagers inscrits au SAPA et ayant reçu des services au cours de la dernière année
³ La mixité des clientèles inter programmes services est possible pour tous les programmes services. Cependant, en date du déploiement novembre 2015, cette mixité ne concerne pas les clientèles des programmes services DP, DI-TSA. Certains arrimages restent à définir en fonction du plan de services et de leur offre de services révisés.

FICHE - GESTION DE CAS – FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONDITIONS GAGNANTES

FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONDITIONS GAGNANTES POUR LA PRÉ-IMPLANTATION, L'IMPLANTATION, LE FONCTIONNEMENT ET LA PÉRENNITÉ.

La fiche qui suit présente les éléments essentiels pour une implantation réussie de la gestion de cas, en assurer son fonctionnement optimal et garantir sa pérennité. Le tableau ci-dessous présente trois colonnes. Dans la première colonne : les éléments à mettre en place avant l'intégration, dans la deuxième : les éléments essentiels pour implanter la gestion de cas et dans la troisième : les mesures et conditions à mettre en place pour assurer le fonctionnement optimal et la pérennité de la gestion de cas.

Pré-implantation

Implantation

Fonctionnement optimal et la pérennité



Éléments nécessaires		
Pré-requis	Gestion d'implantation	Gestion en continu
Réseau des services intégrés : implanté et consolidé. Les composantes doivent être fonctionnelles préalablement à la gestion de cas : • personne responsable du RSI (comité); • mécanismes de coordination (table de concertation et ententes de collaboration ou de services); • modalités d'orientation en gestion de cas; • système d'évaluation des besoins; • système de planification; • système de communication (partage de l'information clinique). Autres : L'approche collaborative intégrée à la culture et à la pratique Une Table de concertation RSI est essentielle.	L'implantation de la gestion de cas doit être coordonnée sous forme de gestion de projet, impliquant : Une personne responsable de l'implantation de la gestion de cas mettant en place un plan d'action incluant : • un plan d'organisation du travail; • un plan de formation (intervenant et gestionnaire - formation reconnue); • un plan de communication (permettant de légitimer le rôle de l'intervenant en gestion de cas auprès de l'ensemble des partenaires concernés; Un plan de gestion du changement : • une direction générale, une direction de programmes-services et des coordonnateurs cliniques impliqués; • la personne responsable de l'implantation doit agir en collaboration avec la Table de concertation RSI.	Le travail de l'intervenant en gestion de cas, pour être optimal, doit compter sur : • un RSI implanté, consolidé et fonctionnel; • une gamme de services complète, accessible, flexible; • un soutien clinique continu : ○ un plan de formation continue; ○ un plan de communication continue; ○ des mesures de soutien clinique : - coaching et soutien individualisé; - mentorat; - communauté de pratiques entre intervenants en gestion de cas; - soutien par les pairs. • un mécanisme d'intégration des nouveaux intervenants à la gestion de cas; • une Table de concertation RSI pérenne.
Caractéristiques de réussite		
• Ententes de collaboration ou de services officiellement établies entre partenaires. • Trajectoires de services formellement définies, spécifiquement les usagers en gestion de cas. • Mécanismes de concertation et des modalités de collaboration entre les intervenants des différentes directions, les partenaires, les organismes et le médecin de famille sont établis et fonctionnels. Le but : offrir à l'intervenant en gestion de cas un panier de services en adéquation avec les besoins de leurs usagers et des moyens pour avoir un accès « express » à des services ou un rehaussement de services et une fluidité de coordination de services.	• Le rôle et les responsabilités de chacun des types d'intervenants (régulier, pivot et de gestion de cas) sont respectés. • Le choix des intervenants sélectionnés pour la fonction de gestion de cas est basé sur les critères énoncés dans les orientations du MSSS. • L'intégration des intervenants en gestion de cas est progressive (charge de cas progressive). • Les gestionnaires concernés sont formés. Le but : permettre une implantation structurée et réussie de la gestion de cas par une gestion du changement au plan culturel et de la pratique clinique.	Charge de cas est de 45¹⁻² maximum - pratique de suivi et de gestion des charges de cas L'étroite collaboration avec le coordonnateur et le gestionnaire permet : • le suivi des conditions établies dans les ententes de services; • une gamme de services répondant aux besoins de la clientèle; • une entente ponctuelle pour besoin exceptionnel et atypique nécessitant l'intervention d'un supérieur. Le but : La gestion de cas nécessite une préoccupation continue pour assurer le bon fonctionnement et son ancrage dans la pratique clinique et aussi organisationnelle.

¹ Tousignant, M., Raïche, M., (2013). *Rapport final – recommandations du comité d'experts et du groupe de travail sur la clarification des modèles et pratiques en gestion de cas pour les personnes âgées en perte d'autonomie au Québec*. Document non publié. CSSS-IUGS – Centre de recherche sur le vieillissement, 49p.

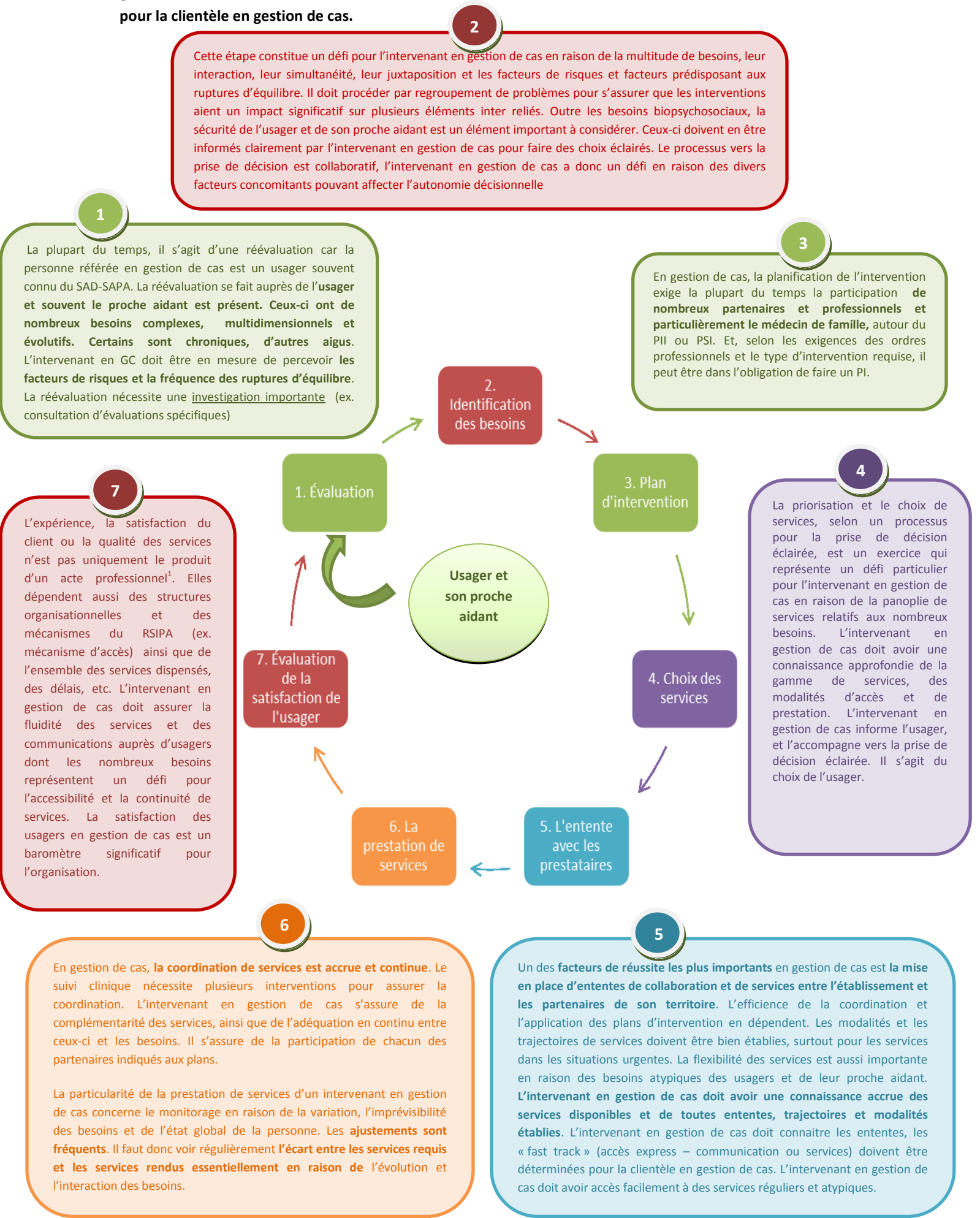
² Daviau, J. et Dieleman (2015) Présentation AQESSS : La pratique en gestion de cas au CSSS-IUGS – Un modèle en évolution au cœur du réseau de services intégrés.

Lorsque des éléments essentiellement mentionnés sont manquants, les intervenants en gestion de cas sont confrontés à différents obstacles altérant l'efficacité de leur travail :

- bris de services;
- trajectoires de services non existantes ou défaillantes;
- processus d'admissibilité méconnus engendrant des requêtes inutiles;
- non-retour d'information sur les demandes ou requêtes adressées;
- difficulté à mobiliser les partenaires;
- perte de temps à expliquer ses rôles et fonctions, sa légitimité à intervenir dans certains milieux, à défendre ses droits d'intervention et d'accès à l'information, etc.
- difficulté à accéder aux informations au dossier du client ou à transmettre l'information clinique;
- difficulté à communiquer avec les partenaires (professionnels et organismes);
- difficulté à mobiliser des partenaires (professionnels et organismes).

FICHE – GESTION DE CAS – LE CHEMINEMENT CLINIQUE EN GESTION DE CAS

Le processus clinique est le même pour tout intervenant du réseau. L’intervenant en gestion de cas n’y échappe pas. Considérant la complexité de la clientèle qu’il dessert, quelques particularités sont à considérer. La figure qui suit illustre les particularités du processus clinique de l’intervenant en gestion de cas. À noter que **le cycle du processus clinique est normalement de deux fois ou plus par année pour la clientèle en gestion de cas.**



¹ Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile, L., Salles, M. (2013) La coordination en gérontologie, les Presses de l’Université de Montréal. pp. 40-41.

FICHE - GESTION DE CAS – CAS TYPES – CLIENTÈLE PROGRAMME SERVICES SAPA – AIDE À LA RÉFÉRENCE EN GESTION DE CAS

Exemple type de la clientèle ciblée

« (...) personnes [âgées] ayant des incapacités fonctionnelles qui ont besoin non seulement de services médicaux, mais aussi de services professionnels et de soutien communautaire. Elles sont généralement âgées de 75 ans et plus, avec des maladies chroniques multiples et plusieurs épisodes de maladies aiguës ou elles présentent un trouble cognitif significatif. Elles ont une incapacité et des dépendances fonctionnelles. Le réseau de soutien social est souvent épuisé ou incapable d'assumer une surveillance à tout instant. Ces personnes sont de grandes utilisatrices de services de santé, avec des épisodes de transitions fréquentes à travers les composantes du système de santé, incluant les centres hospitaliers universitaires et instituts de gériatrie. Ce groupe représente tout un défi, car il requiert une combinaison complexe de services médicaux, de services sociaux et de services de soutien »¹.

Suite à l'évaluation des besoins, il faut identifier la problématique majeure (santé physique, psychosociale ou réadaptation).

Lorsque la problématique majeure est en santé physique, l'utilisateur doit être orienté vers une infirmière en gestion de cas. Les éléments ci-dessous sont prédominants.

- Maladie dégénérative d'ordre physiologique couplée à une ou plusieurs maladies ou conditions chroniques.
- Instabilité de l'état de santé et risque élevé de déclin de l'état de santé.
- Admissions répétées ou risque d'admissions répétées en raison d'un problème de santé physique (deux visites à l'urgence ou plus par année).
- Polypharmacologie, la personne prend plusieurs médicaments et plusieurs reprises dans une journée (risque élevé de phénomènes pyramidaux, de non observance et d'intoxication, effets secondaires indésirables).
- Problèmes de santé physique ont un impact sur l'autonomie de la personne dans ses activités de la vie domestiques (AVD) et activité de la vie quotidienne (AVQ) à long terme.
- Douleurs chroniques.
- Chutes répétées.

Lorsque la problématique majeure est psychosociale, l'utilisateur est orienté vers un travailleur social en gestion de cas. Les éléments ci-dessous sont prédominants.

- Maladie dégénérative d'ordre cognitif affectant l'autonomie de la personne et son fonctionnement social.
- Instabilité de la situation psychosociale (réseau de soutien absent, épuisé, à risque d'épuisement ou malade).
- Admissions répétées ou risque d'admissions répétées en raison d'un problème d'ordre psychosocial (deux visites à l'urgence ou plus par année) (ex. : épuisement de l'aidant, trouble psychologique, abus ou négligence, déclin en raison d'incapacités liées aux AVD et AVQ [ex. : se nourrir], consommation [alcool ou drogue]).
- Problèmes de santé psychologiques multiples ou instable.
- Trouble du comportement compromettant son fonctionnement social.
- Évaluation globale a été faite deux fois et plus par année.
- Difficulté au plan de la participation sociale.

Lorsque la problématique majeure est de réadaptation, l'utilisateur est orienté vers un intervenant en réadaptation (ex. l'ergothérapeute) en gestion de cas. Les éléments ci-dessous sont prédominants.

- Maladie dégénérative d'ordre physiologique évolutive à long terme (ex. polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose latérale amyotrophique, AVC massif, etc.).
- Besoin en continu de revoir l'aménagement de l'environnement et objets du quotidien (ex. : ustensiles, etc.).
- Admissions répétées à l'urgence ou risque d'admissions répétées en raison de l'évolution de la maladie dégénérative.
- Problèmes de santé physique et difficultés psychosociales liées à l'évolution de la maladie dégénérative.

***Prendre note** que ces exemples concernent le travailleur social, l'infirmière et l'ergothérapeute. Cependant, un psychologue, un physiothérapeute, une nutritionniste ou une inhalothérapeute ou tout autres professionnels peuvent être intervenant en gestion de cas. Les habiletés et compétences de la gestion de cas sont nécessairement le critère à considérer pour la sélection de l'intervenant (voir FICHE GESTION DE CAS – LES HABILETÉS ET COMPÉTENCES)

¹ Bergman, H., Crow, C., ING lis, G., Kenga, M.-J., Lebel, P., Morin, J. » et Tessier, D. (2007), document inédit, p. 9 cité dans MSSS (2011).

FICHE - GESTION DE CAS – FORMATION

Cette fiche propose les grandes lignes du contenu nécessaire pour la formation des intervenants en gestion de cas.

2 formations : 1) Ateliers pour administrateurs en matière de gestion de cas 2) Formation des formateurs en matière de gestion de cas

La formation : Atelier pour administrateurs en matière de gestion de cas

Objectifs : Parfaire les connaissances des administrateurs sur :

- la gestion de cas telle que définie par les orientations ministérielles
- les conditions d'une implantation réussie de la gestion de cas et sa pérennité
- la place de la gestion de cas dans un RSIPA et les concepts clés de l'intégration des services.

Objectifs spécifiques :

- expliquer le concept de gestion de cas dans le RSIPA
- identifier la clientèle admissible en gestion de cas et appliquer une procédure d'accès rapide et diligente
- préciser le rôle et les responsabilités spécifiques de l'intervenant en gestion de cas le distinguant de l'intervenant pivot et de l'intervenant régulier
- nommer les compétences, habiletés et attitudes attendues de l'intervenant en gestion de cas et ses tâches principales
- identifier les outils utilisés en gestion de cas et les prérogatives nécessaires à l'exercice de la fonction
- identifier les conditions favorables ainsi que les embûches liées à l'exercice de la gestion de cas
- identifier des mesures à mettre en place pour soutenir les intervenants en gestion de cas
- connaître les mesures à mettre en place pour assurer la pérennité de la gestion de cas
 - Suivi en continu (tableau de bord);
 - Canal de communication entre les intervenants en gestion de cas et le gestionnaire;
 - Soutien aux intervenants en gestion de cas;
 - Suivi des ententes de collaboration;
 - Ajustement de l'offre de services et des trajectoires à compléter.

La formation : Formation des formateurs en matière de gestion de cas :

CLIENTÈLE VISÉE

Les professionnels de la santé qui devront assumer le rôle de formateur de gestion de cas dans leur région.

PRÉREQUIS

- Avoir reçu la formation unifiée (ou l'ensemble de ses composantes)¹¹;
- Avoir offert des services directs auprès des usagers du programme SAD-SAPA depuis au moins 18 mois;
- Avoir pris connaissance du document «Orientations ministérielles en gestion de cas» (document révisé en 2017);
- Avoir les documents résultants de l'« Atelier des administrateurs » (les travaux réalisés lors de l'atelier des administrateurs (par exemple : Tableau de partenariats stratégique et tactique).

SOUHAITABLE

- Avoir occupé la fonction de gestion de cas.

DURÉE

2 jours (14 heures)

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

¹¹ Il peut aussi s'agir de la Formation des Outils de cheminement clinique informatisé (OCCI) comprenant l'ensemble des outils cliniques RSIPA.

- Assurer la mise à jour et l'uniformisation des connaissances sur la fonction de gestion de cas et l'intégration des services;
- Clarifier la fonction de gestion de cas telle que définie par le MSSS ;
- Outiller le formateur pour transmettre le contenu de la formation «La Gestion de cas: une composante clé des réseaux de services intégrés» à un groupe d'intervenants.

ÉLÉMENTS DE LA FORMATION

1. Préambule;
2. L'intégration des services, le réseau de services intégrés et ses composantes;
3. L'intégration des services: les acteurs clés;
4. La clientèle cible;
5. La place de l'intervenant en gestion de cas dans un réseau de services intégrés;
6. La distinction entre intervenant régulier, intervenant pivot et intervenant en gestion de cas;
7. En 2017: la fonction, le rôle et les tâches de l'intervenant en gestion de cas, selon le cadre de référence du MSSS;
8. Les connaissances, compétences et attitudes attendues de l'intervenant en gestion de cas;
9. Les outils de l'intervenant en gestion de cas;
10. Les approches préconisées en gestion de cas;
11. Les moments critiques d'intervention en gestion de cas;
12. Les conditions de réussite d'implantation de la gestion de cas;
13. Conclure la session – évaluation.

PROCESSUS D'ACCRÉDITATION DU FORMATEUR

- Avoir pris connaissance du document du MSSS en matière de gestion de cas avant la session de formation («Orientations ministérielles en gestion de cas» Fiches – Gestion de cas). N. B. le document sera acheminé par le CESS 2 semaines avant l'activité de formation;
- Participation aux 2 journées complètes de formation;
- Suite à la formation, compléter le document «Réflexion personnelle sur la formation en gestion de cas» et faire part de cette réflexion à son supérieur;
- Participer à une visioconférence de suivi avec son supérieur et le CESS, qui aura lieu 1 mois après l'activité de formation.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Harrisson, C., (2011). Gestion de cas – Comparaisons entre les orientations ministérielles et les données probantes, 17 p.
- Bergman, H., Crow, C., ING lis, G., Kenga, M.-J., Lebel, P., Morin, j » et Tessier, D. (2007), *document inédit, p. 9 cité dans* MSSS (2011), *Cadre de référence Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. p.6
- Bonin, L., Bussières, M. et Leblanc, S. (2013 document de travail) *Outil de sensibilisation sur la pratique de gestion de cas pour le CSSS et le RLS – Mauricie - Centre du Québec* 15p.
- Carman, K et autres. Health Affairs (2013) pp.223-224 – traduction libre cité dans Orientations ministérielles sur le partenariat avec l’usager et ses proches en santé et services sociaux (inédit)
- Carrier, S., Dumas-Laverdière, C., Gagnon, D., Département de service social, Université de Sherbrooke. (2005) *Menaces et opportunités pour le travail social de l’intégration des services dans le cadre des réformes actuelles – Une exploration à partir du dispositif de gestion de cas*.  chos et débats – Nouvelles pratiques sociales, vol. 18, no 1, p. 183 189.
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation inter professionnelle (2012) *Pratique collaborative : Engagement et leadership*. Montréal, Québec : RUIS de l’Université de Montréal
- Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile, L., Salles, M.. (2013) *La coordination en gérontologie*, les Presses de l’Université de Montréal. pp. 40-41, pp.15-17.
- Couturier, y., Trouvé, H., Gagnon, D., Etheridge, F. Carrier, S., Somme, D. (2010) *Réceptivité d’un modèle québécois d’intégration des services aux personnes âgées en perte d’autonomie en France, lien sociale et Politiques*, no 62, pp.163-174
- Daviau, J. et Dieleman (2015) Présentation AQESSS : *La pratique en gestion de cas au CSSS-IUGS – Un modèle en évolution au c ur du réseau de services intégrés*.
- Department of Health (2006) *Caring for people with long term conditions : an education framework for community matrons and case managers*, London : DH
- Department of Health (2005) *Supporting People with Long term Conditions : liberating the talents of nurses who care for people with long term conditions*, London : DH
- Domingue, S. (2015) MOI TS-RSIPA – *Balises régionale Abitibi-Témiscamingue*. 45 p.
- Gascon, V. (2013) *La gestion de cas au Centre de santé et de services sociaux de la Montagne*. 97p.
- Hébert, R., Tourigny, A., Ra che, M., (2007) *Volume II L’intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l’action*, Edisem, 562 p.
- Hébert, R., Tourigny, A., Gagnon, M., (2004) *Intégrer les services pour le maintien de l’autonomie des personnes*, Edisem, 335 p.
- Hébert, R., (1990). *De l’interdisciplinarité à la transprofessionnalit  dans les soins et services aux personnes âgées*. Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé, 7 p.
- Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESSS). L’autonomisation des personnes en perte d’autonomie liée au vieillissement. Avis rédigé par Annie Tessier, avec la collaboration de Marie-Dominique Beaulieu, Renée Latulippe et Carrie Anna McGinn. ETMIS 2015; 11(01), 57p.
- Institut national de santé publique du Québec (2013), *Synthèse accélérée des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées*. Le point de vue des experts, 11 p.
- Institut national de santé publique du Québec (2012). *Synthèse accélérée des connaissances. Adapter l’organisation des services sociaux et de santé à la réalité du vieillissement : enjeux et stratégies de mise en œuvre dans un contexte de transformation des services de première ligne*. Rapport préliminaire, 32 p.
- Lamontagne, L., Ra che, M., (2013). *Rapport sur les pratiques de gestion de cas utilisées au Québec. Résultats de la consultation de 12 centres de santé et de services sociaux*. CSSS-IUGS, Centre de recherche sur le vieillissement, 40 p. (inédit)
- Le Protecteur du citoyen (2012). *Rapport d’enquête du protecteur du citoyen – Chez soi : toujours le premier choix? L’accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante*, 32 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*, 29 p

- Ministère de la santé et des services sociaux (2010). *Lignes directrices – Réseau de services intégrés pour les personnes âgées* 40 p. (inédit).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Plan stratégique 2010 2015*, 31 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009). *Cadre normatif. Outils de planification (PID, PII, PSI)*, p. 2-5 et 2-10 (inédit).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009). *Outils de planification (PID, PII, PSI) – Modalités particulières du PSI*, p. 25.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action 2005-2010 Un défi de solidarité Les services aux aînés en perte d'autonomie*, 51 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Chez soi : Le premier choix. Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, 39 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Chez soi : Le premier choix. La politique de soutien à domicile*, 43 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. 47 p.
- Morales, J., Girard, C. (version inédite) *Guide de la gestion de cas dans le cadre du réseau de services intégrés pour les personnes âgées* du Centre régional de la santé et des services sociaux de la Baie-James.
- National Case Management Network – Réseau National des gestionnaires de cas. (2012) *Profil des compétences essentielles pour les intervenants en gestion de cas au Canada*, 19 p.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (2006). *Le travailleur social, la travailleuse sociale – gestionnaire de cas*, 22 p.
- Raïche, M. (2013) *Recension des écrits sur les modèles récents (2006-2012) de gestion de cas démontrés efficaces*. Groupe de travail sur la clarification des modèles et pratiques en gestion de cas pour les personnes âgées en perte d'autonomie au Québec, 50 p. (inédit)
- Singh, D., Ham, C., (2006) *Improving care for people with long term conditions. A review of UK and international framework*. Institute for Innovation and Improvement, University of Birmingham, 35 p.
- Tousignant, M., Raïche, M., (2013). *Rapport final – recommandations du comité d'experts et du groupe de travail sur la clarification des modèles et pratiques en gestion de cas pour les personnes âgées en perte d'autonomie au Québec*. Document non publié. CSSS-IUGS – Centre de recherche sur le vieillissement, 49 p.
- Vérificateur général du Québec, (Printemps 2013) *Vérification de l'optimisation des ressources – Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014*, Chapitre 4, Personnes âgées en perte d'autonomie, Services à domicile, 51 p.
- Williams (2010) cité dans Institut national de santé publique du Québec (2013). *Synthèse accélérée des connaissances. Adapter l'organisation des services sociaux et de santé à la réalité du vieillissement : enjeux et stratégies de mise en œuvre dans un contexte de transformation des services de première ligne*. Rapport préliminaire, 32 p.

ANNEXE		
COMITÉ D’EXPERTS		
Madame Liette Bernier	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal	
Docteure Lucie Bonin	Centre intégré de santé et de services sociaux de la Mauricie - Centre-du-Québec	
Madame Danielle Beaudry	Centre d’expertise de santé de Sherbrooke	
Madame Hélène Bouffard	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l’Estrie	
Monsieur Yves Couturier	Centre de recherche sur le vieillissement	
Madame Chantale Drapeau	Institut université de gériatrie de Sherbrooke	
Madame Michèle Paradis	Centre intégré de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale	
Madame Ivona Stefanescu	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Ouest-de-l’Île-de-Montréal	

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA CLARIFICATION DES MODÈLES ET DES PRATIQUES EN GESTION DE CAS POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D’AUTONOMIE		
Madame Danielle Benoit	Ministère de la Santé et des Services sociaux	
Monsieur Pierre Bouchard	Ministère de la Santé et des Services sociaux	
Madame Céline Bureau	Ministère de la Santé et des Services sociaux	
Docteur Pierre Durand	Centre de santé et des services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	
Madame Suzanne Gosselin	Réseaux universitaires intégrés de santé sur le Vieillissement	
Monsieur Michel Lauzière	Réseaux universitaires intégrés de santé sur le Vieillissement	
Monsieur Michel Raïche	Centre de recherche sur le vieillissement du Centre de santé et des services sociaux – Institut universitaire gériatrique de Sherbrooke	
Madame Hélène Soucy	Ministère de la Santé et des Services sociaux	
Monsieur Michel Tousignant	Centre de recherche sur le vieillissement	

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA CONSULTATION DES DOUZE CENTRES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Madame Julie Lamontagne	Centre de recherche sur le vieillissement du Centre de santé et des services sociaux – Institut universitaire gériatrique de Sherbrooke	
Monsieur Michel Raïche	Centre de recherche sur le vieillissement du Centre de santé et des services sociaux – Institut universitaire gériatrique de Sherbrooke	
Centre de santé et de services sociaux consultés :	CSSS de Kamouraska CSSS de Portneuf CSSS de la Vieille Capitale CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle CSSS Cavendish CSSS du SUD-OUEST-Verdun CSSS d’Ahuntsic et Montréal Nord	CSSS de Charlevoix CSSS de Trois-Rivières CSSS des Sources CSSS- Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke CSSS des Collines

COMITÉ – MISE À L’ESSAI DES FICHES – VERSION PRÉLIMINAIRE
 Table des répondants régionaux Soutien à l’autonomie des personnes âgées (SAPA)

COMITÉ – MISE À L’ESSAI DES GRANDES ORIENTATIONS – PRÉSENTATION (PowerPoint)
 Répondants régionaux du soutien à l’autonomie (I-CLSC, SAPA, RSIPA, DP-DI-TSA)

FICHE - GESTION DE CAS –

L'intervenant en gestion de cas, tout comme ses collègues, doit appliquer différentes tâches tout au long du processus clinique. Le sens sous tendant ses tâches est défini par différentes approches ayant pour prémisses le soutien de l'autonomie (décisionnelle ou fonctionnelle) et la relation entre le professionnel et l'utilisateur.

Pour établir une telle relation clinique et aussi agir dans un objectif de soutien à l'autonomie, différentes **approches cliniques** peuvent être appliquées par l'intervenant en gestion de cas et ses collègues. En voici quelques-unes : l'approche de soins et de services centrée sur la personne, l'approche centrée sur les forces, l'approche systémique, l'approche collaborative, l'approche de partenariat et l'approche préventive auprès de l'utilisateur et de son proche.

Une des **particularités de la pratique de la gestion de cas** est l'**application par l'intervenant d'approches au plan organisationnel**. Ces approches sont : l'approche systémique et l'approche collaborative interprofessionnelle et interpartenariale. Celles-ci ont un apport clinique. Cependant, elles ont un impact au plan organisationnel lorsqu'elles ont une fonction institutionnelle centrée sur les services et les règles de dispensation.

Le défi pour l'intervenant en gestion de cas : conserver dans sa pratique les approches comme tout intervenant malgré la coordination intensive qu'il

Les approches cliniques préconisées

L'approche de soins et de services centrée sur la personne lui permet d'avoir une idée juste de l'ensemble des besoins de la personne et de son proche aidant, de leurs priorités, leurs préférences, les moyens qu'ils préconisent et de l'évolution de ceux-ci. L'utilisateur et le proche reçoivent l'information et le soutien requis pour prendre des décisions et participer à ces propres soins³.

L'approche centrée sur les forces s'appuie sur le principe que chaque individu possède des ressources considérables afin de trouver ses motivations, solutions et mettre en évidence ses capacités.

La prévention, ou la pro action dans l'intervention, est l'anticipation de l'évolution des besoins de la personne afin de prévoir les ajustements nécessaires de l'offre de services et, ainsi, prévenir les situations de crise évitables ainsi que d'agir sur les facteurs prédisposant aux ruptures d'équilibre.

L'approche de partenariat patient considère la personne et son proche aidant comme des partenaires tout au long du processus clinique. Il s'agit d'un accompagnement dont l'échange d'informations claires et justes entre l'intervenant en gestion de cas, l'utilisateur et son proche amène ceux-ci à une **prise de décisions éclairée**. Le partage d'opinions est favorisé. Chacun des partenaires sont des collaborateurs à part entière et de même valeur. L'efficacité clinique se voit majorée par la considération des besoins et du projet de vie de la personne.

L'approche de pratique collaborative est basée sur un processus dynamique d'interaction sous forme d'échanges d'information, d'éducation, de prise de décisions éclairées. Pratique qui interpelle les intervenants concernés (intra et hors établissement) et engagés dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisée, intégrés et continus. Les objectifs visés sont d'orienter l'organisation des soins et des services autour du projet de vie du patient et de favoriser l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé⁴.

L'approche systémique, au plan clinique, conçoit la personne comme un système interagissant avec les différents systèmes l'entourant et inter influençant (couple, famille, réseaux sociaux, les intervenants, les règles, les normes, les politiques (ex. : SAD), etc.).

L'approche d'autonomisation réfère à une philosophie d'augmenter l'autonomie des personnes vulnérables. Cette approche met l'accent sur le développement ou le rétablissement des capacités de l'utilisateur afin de vivre le plus autonome possible. La priorité est mise sur la participation active dans les décisions qui concernent le soutien à domicile. L'autonomisation est un processus par lequel une personne, ou un groupe social, acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et d'avoir des visées de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement².

Les approches organisationnelles

L'approche systémique au plan organisationnel consiste à voir la personne comme un système régi par ses valeurs et intentions. Celui-ci étant à l'intérieur d'autres systèmes incluant de nombreuses possibilités, valeurs et lois. La personne et son environnement sont analysés dans leur globalité ainsi que leur inter influence. Ainsi, les écarts entre les attentes, les besoins, les services requis et l'offre de services disponibles sont mis en évidence.

L'approche de partenariat au plan organisationnel est le recours à des expertises complémentaires à la sienne et leur mise à contribution au service d'un objectif commun dans un esprit de réciprocité. Le principe d'interdépendance entre les ressources est l'un des fondements de la collaboration interprofessionnelle. Elle permet d'optimiser l'apport des professionnels, des partenaires du réseau de services sur le territoire, incluant l'utilisateur et son proche aidant. Elle joint l'approche collaborative sur le principe du respect des

¹ Couturier, y., Trouvé, H., Gagnon, D., Etheridge, F. Carrier, S., Somme, D. (2010) Réceptivité d'un modèle québécois d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie en France, lien sociale et Politiques, no 62, pp.163-174.

² Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Avis rédigé par Annie Tessier, avec la collaboration de Marie-Dominique Beaulieu, Renée Latulippe et Carrie Anna McGinn. ETMIS 2015; 11(01), 57p.

³ Inspiré de Carman, K et autres. Health Affairs (2013) pp.223-224 – traduction libre cité dans Orientations ministérielles sur le partenariat avec l'utilisateur et ses proches en santé et services sociaux (inédit)

⁴ Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle (2012) *Pratique collaborative : Engagement et leadership*. Montréal, Québec : RUIS de l'Université de Montréal.