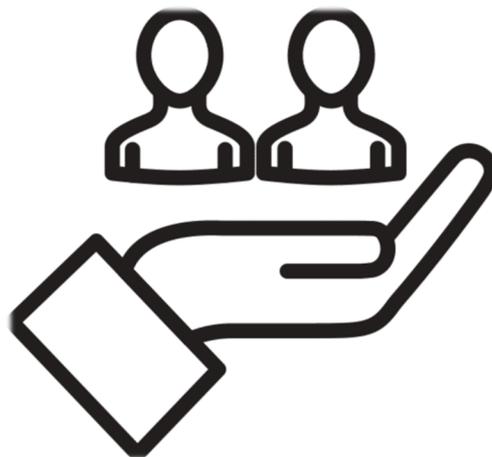


Nature de la gestion de cas



Ariane Dallaire

COLLABORATION: DANIEL BOISVERT, ERIC PIRIOU, NATHALIE RIHOUEY

Table des matières

Présentation du fascicule	4
Bref historique de la gestion de cas	6
La gestion de cas actuellement dans le monde	7
Qu'est-ce que la gestion de cas?	8
Définition	8
Comparaison avec des concepts similaires	9
Managed care	9
Care management (ou disease management)	9
Description de la gestion de cas.....	10
Objectifs.....	11
Champs d'application.....	12
Retombées.....	12
Dimensions.....	14
Programme	14
Modèle	14
Exemples de modèles.....	14
Courtage (broker)	15
Clinique	15
Basé sur les forces	15
Phases du circuit d'intervention.....	16
Admission.....	16
Évaluation initiale.....	16
Planification/linking	17
Mise en œuvre/monitoring.....	17
Évaluation	18
Sortie ou reassessment:	18
Suivi/follow-up.....	18
Conditions de réussite de la gestion de cas	20
Lectures et visionnements suggérés	22
Questions d'évaluation des connaissances.....	23
Solutionnaire.....	25
Conclusion.....	27

Références	28
Annexes.....	31
Annexe 1. Populations pouvant tirer profit d'une prise en charge de gestion de cas	32
Annexe 2 : Informations collectées lors de l'évaluation du client	33



Ce fascicule propose de faire le point sur les connaissances les plus récentes sur la gestion de cas. Il est l'un des documents synthèses produits par le Centre de preuve pour une société inclusive (CPSI) en collaboration avec son partenaire canadien, le Consortium national d'expertise sur l'inclusion sociale (CNEIS). Il vise à soutenir les pratiques et les actions inclusives favorisant la participation sociale des personnes en situation de handicap et de leurs proches, notamment dans le cadre du déploiement des communautés 360, plus spécifiquement en Nouvelle-Aquitaine et, plus globalement, en France.

Ce fascicule est destiné à faciliter la compréhension des divers participants à ces communauté afin de travailler en commun à la mise en place de solutions eu égard aux situations de vie atypiques des personnes en situation de handicap ou vivant avec des déficits multiples, sévères et parfois persistants. La gestion de cas s'avère être une façon de faire qui pourrait éventuellement être appliquée à certaines situations particulièrement complexes rencontrées par les intervenants des communautés 360.

À l'issue de ce fascicule, le lecteur devrait être en mesure de :

1. Connaître l'historique de la gestion de cas.
2. Identifier les facteurs de la croissance de la gestion de cas.
3. Décrire ce qu'est la gestion de cas et la comparer avec des concepts et des postes similaires.
4. Énumérer les objectifs et les retombées possibles de la gestion des cas.
5. Définir les champs d'application de la gestion de cas
6. Énumérer certains modèles de gestion de cas
7. Connaître les dimensions et les phases de la gestion de cas
8. Identifier les conditions de réussite de la gestion de cas

N. B. Ce fascicule est le premier des deux ouvrages portant sur la gestion de cas. S'il le désire, afin de poursuivre ses apprentissages, le lecteur est invité à se référer au fascicule Incursion dans l'univers du gestionnaire de cas afin d'en apprendre davantage sur celui-ci, ses rôles et ses fonctions.



Bref historique de la gestion de cas

La gestion de cas a pris son essor aux États-Unis. Ses premières utilisations remontent **au début du 19^e siècle**, alors que les infirmières et les travailleurs sociaux coordonnent les services dans les maisons d'accueil (*settlement houses*) et les organisations caritatives (Lowery & Treiger, 2016).

En 1863, le *Board of Charities* est créé dans l'État du Massachusetts, suivi **en 1877** par les *Charity Organization Societies*; les premiers services sociaux et sanitaires destinés aux nouveaux immigrants et aux personnes moins nanties sont mis en place (Cesta, 2017; Mullahy & Boling, 2015). Les premières formes de gestion de cas dans le but de coordonner les services publics en éliminant la duplication des services et en surveillant les dépenses sont implantées (Gobet et al., 2012; Mullahy & Boling, 2015). Des techniques de gestion de cas, telles que les dossiers de soins cataloguant les besoins de l'individu et de sa famille, sont utilisées (Cesta, 2017).

Au début des années 1900, la gestion de cas est présente dans le secteur communautaire¹; les infirmières en santé publique coordonnent alors les services aux patients atteints de troubles de santé mentale (Fitzsimmons, 2003, cité dans Barraquier, 2014). Parallèlement, le champ du travail social met en place des techniques de coordination des soins mettant l'accent sur la liaison des patients et de leurs familles aux ressources (Cesta, 2017).

Durant les années 1920, la gestion de cas fait son entrée officielle dans les champs du travail social, de la psychiatrie et des sciences infirmières (Barraquier, 2014). Il cible plus particulièrement les maladies chroniques gérées en milieu ambulatoire et communautaire (Lowery & Treiger, 2016).

Durant la Seconde Guerre mondiale et la guerre du Vietnam, les vétérans présentent des polytraumatismes, des problèmes biopsychosociaux multidimensionnels et souvent chroniques (Barraquier, 2014; Couturier & Belzile, 2016; Tahan, 1998, cité dans Couturier, Gagnon, & Belzile, 2012). La coordination et la gestion de cas deviennent une préoccupation centrale, car les services offerts de façon séquentiels ne suffisent plus (Couturier & Belzile, 2016). Les compagnies d'assurance emploient des infirmières et des travailleurs sociaux pour coordonner les services afin de s'assurer qu'ils répondent aux besoins des patients (Cesta, 2017; Fitzsimmons, 2003, cité dans Barraquier, 2014; Lowery & Treiger, 2016).

À partir des années 1960, la désinstitutionnalisation permet une seconde vague de développement de la gestion de cas, qui devient plus intégrée (Kersbergen, 1996, cité dans Couturier et al, 2012; Mullahy & Boling, 2015). Les personnes désinstitutionnalisées présentent beaucoup de besoins et nécessitent des soins ambulatoires et communautaires (Lukersmith, Millington, & Salvador-Carulla, 2016). Toutefois, laissées à elles-mêmes, elles présentent énormément de difficultés à obtenir des services, ceux-ci étant multiples et fragmentés (Brodwin, 2010). Des travailleurs des services sociaux sont alors engagés afin de coordonner les services médicaux et sociaux de certaines populations de patients (Lowery & Treiger, 2016).

Dans les années 1970, fortes des succès observés précédemment, différentes compagnies développent des programmes de gestion de cas. **À partir des années 1980**, à la suite de l'augmentation des coûts des soins de santé et de la décentralisation des services (Lukersmith et al., 2016), la gestion de cas s'étend à d'autres domaines,

¹ Le terme « communautaire » est utilisé ici pour désigner un secteur de services de proximité.

notamment, aux soins aigus et post-aigus, à la réhabilitation et aux soins à long terme (Lukersmith et al., 2016; Lowery & Treiger, 2016).

En bref, comme le mentionne Moxley (1989), l'émergence de la gestion de cas peut être reliée à **six facteurs ayant influencé l'organisation des services sociaux contemporains** :

- 1) La désinstitutionnalisation et ses impacts sur les prestations de services;
- 2) La décentralisation des services communautaires;
- 3) La présence, au sein de la communauté, de clientèles présentant des problèmes importants de fonctionnement social;
- 4) La reconnaissance du rôle crucial du soutien du réseau social dans le fonctionnement social des individus;
- 5) La fragmentation des services sociaux, et
- 6) Le souci croissant porté à la rentabilité des services sociaux

S'ajoutent à ces facteurs l'industrialisation et l'urbanisation de la société, de même que l'agrandissement en taille et en structure des systèmes de santé et de services sociaux (Mullahy & Boling, 2015; Weil & Karls, 1985).

La gestion de cas actuellement dans le monde

En France, la gestion de cas est particulièrement populaire depuis une quinzaine d'années et depuis plus d'une vingtaine d'années dans les pays anglophones et scandinaves. Cette popularité s'explique, notamment, par des réformes majeures de l'organisation des services (Couturier et al., 2012). Des modèles de gestion de cas sont aujourd'hui décrits dans l'organisation des systèmes de santé du Québec, des États-Unis et de la Grande-Bretagne, et s'inscrivent le plus souvent dans les programmes de santé publique gouvernementaux, territoriaux ou fédéraux (Glaser, Canceil, & Gozlan, 2016).

En France, la fonction de gestionnaire de cas a été mise en place en 2009 par le biais du plan Alzheimer. Ce plan, inspiré du modèle québécois PRISMA, a pour objectif d'aider les personnes les plus en difficulté en simplifiant leur parcours tout en améliorant l'organisation du système de soins en intégrant les services (Castel-Tallet & Aquino, 2016; Loubat, 2017). En 2012, un arrêté a défini la fonction de gestionnaire de cas et fixé le référentiel des activités et de compétences de ceux pouvant œuvrer au sein des MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie). Depuis ce temps, cette fonction peut être exercée uniquement par les personnes détenant un diplôme interuniversitaire en la matière (Agence Régionale de Santé, 2016; Légifrance, 2012; Loubat, 2017; Somme et al., 2015).



Pour en savoir plus...

Lowery & Treiger (2016) : Chapitre 2 – History and Evolution of Case Management (*ouvrage en anglais*)

Gobet et al. (2012), p.36-40 : 1.5. Les origines de la gestion de cas

Qu'est-ce que la gestion de cas?

Définition

La gestion de cas et les personnes qui en effectuent portent différents noms dans la littérature : case manager, case worker, disability management coordinator, care coordinator, coordonnateur de santé, gestionnaire de ressources, coordonnateur de parcours, coordonnateur de services, agent de personnes en situation de handicap, etc. (Bloch & Hénaut, 2014; Gobet et al., 2012; Gozlan, 2015; Loubat, 2017; Lukersmith, et al., 2016). Certains professionnels se disent peu à l'aise avec l'appellation « gestion de cas », qu'ils considèrent administrative et déshumanisante, mais celle-ci et son équivalent anglais « case management » demeurent reconnus internationalement (Bloch & Hénaut, 2014; Couturier et al., 2012; Marfleet & Trueman, 2015, cités dans CMSA, s.d.). Par ailleurs, l'appellation *gestionnaire de cas* vise à reconnaître l'aspect global de ce concept qui, au même titre que l'étude de cas au sens large en sociologie, vise à étudier l'objet au sein de son milieu (Couturier & Belzile, 2016). Finalement, ce terme est celui utilisé en France, notamment, au sein des MAIA, des titres professionnels et des diplômes menant à la profession, en plus d'être utilisé dans la littérature francophone française et québécoise. Pour ces raisons, dans le cadre de ce fascicule, les termes « gestion de cas » et « gestionnaire de cas » ont été retenus.

Encore à ce jour, il n'existe pas de définition standardisée ou faisant consensus de la gestion de cas (Commission for Case Manager Certification, 2018; Gozlan, 2015; Lukersmith, et al., 2016). Cette diversité de définitions peut s'expliquer par le fait que la gestion de cas est effectuée par des professionnels de diverses disciplines, dans le traitement de problématiques variées, au sein de multiples contextes et par le biais de pratiques hétérogènes et d'approches différentes, créant une variabilité dans la description du concept (Gobet et al., 2012; Lukersmith, et al., 2016).

Toutefois, les multiples définitions de la gestion de cas ont généralement **plusieurs points communs**, soit² :

1. La personnalisation des services;
2. La participation de la personne à la planification de ces services;
3. Une coordination de partenaires et de ressources impliqués dans la prestation de services;
4. L'assurance d'une continuité autour de la poursuite d'objectifs définis et communément reconnus;
5. Une co-évaluation des effets obtenus;
6. Une posture de coach.

La gestion de cas se distingue des autres méthodes d'intervention par divers aspects :

1. Elle est un processus continu et planifié durant lequel le plan d'intervention, inscrit dans une période de temps déterminée, est flexible, redéfini et modifié constamment en fonction des besoins de la personne et de l'évolution de sa situation (Barraquier, 2014; Haute Autorité de Santé, 2018).
2. Elle implique « d'intégrer les prestations fournies au sein d'un réseau d'intervenants poursuivant des objectifs partagés » et de coordonner les soins

² Synthèse tirée de Loubat (2017)

entre les professionnels impliqués (Gensichen et al., 2006, cités dans Haute Autorité de Santé, 2018).

3. Elle lie étroitement le gestionnaire de cas à la personne bénéficiant des services (Gensichen et al., 2006, cités dans Haute Autorité de Santé, 2018). La relation de confiance et de respect et le soutien offert aux personnes utilisatrices en fonction de leurs besoins est centrale (Fleury, 2014).
4. L'accompagnement et l'adhésion à celle-ci, de même que ses résultats, sont systématiquement évalués (Gobet et al., 2012; Haute Autorité de Santé, 2018).

Dans le cadre de ce fascicule, la définition retenue de la gestion de cas est celle proposée par Gobet et al. (2012), soit :

« un dispositif intégratif de prise en charge orientée sur un objectif d'intérêt général, recourant à un accompagnement personnalisé, cohérent et continu, coordonné par une personne unique, appelée à renforcer l'autonomie de la personne usagère par une participation active de celle-ci ainsi que par la mobilisation de ses ressources³ » (p.21).

Comparaison avec des concepts similaires

Plusieurs concepts et activités sont similaires à celui de la gestion de cas. En voici quelques-uns.

Managed care

- Vise à diminuer les coûts en limitant le recours aux services coûteux ou non nécessaires; la gestion de cas vise, quant à elle, à obtenir les services les plus appropriés et rentables pour les clients (Frankel, 2018).

Care management (ou disease management)

- Terme souvent utilisé à la place de la gestion de cas lorsqu'il est question de clientèles âgées, aux difficultés chroniques et devant être suivies à long terme (Lowery & Treiger, 2016).
- Vise les personnes atteintes d'une maladie chronique spécifique (p.ex., diabète, asthme, pathologies coronariennes) (Gozlan, 2015; Schrijvers, 2009, cité dans Sebai & Yatim, 2018)
- Tente d'orienter les usagers dans le système de soins et de renforcer leur capacité à mieux gérer leur maladie via, notamment, une démarche d'éducation et d'information à la santé, dans un contexte où leurs efforts ont un effet significatif sur leur maladie (Glaser, Canceil, & Gozlan, 2016; Gozlan, 2015; Nolte & McKee, 2008, et Epstein & Sherwood, 1996, cités dans Brunn & Chevreul, 2013)
- Action focalisée en particulier sur « la modification des pratiques entre les professionnels de soins primaires et leur capacité à coopérer, [plutôt] que sur le renforcement des capacités d'auto-prise en charge des patients (empowerment) et la relation directe avec eux (Glaser, Canceil, & Gozlan, 2016)
- Attention portée à l'efficacité médico-économique et à la qualité des soins (Glaser, Canceil, & Gozlan, 2016)
- Approche moins intensive, davantage axée sur le plan de soins et sur la constitution de parcours cliniques standardisés à partir des connaissances scientifiques (Couturier & Belzile, 2016; Somme, 2018)

³ Notons toutefois que la dernière partie de la définition peut être plus difficilement applicable à certaines clientèles (p.ex., clientèles en perte d'autonomie).

- **Deux initiatives découlent du *disease management*⁴ :**
 - *Chronic care model* : approche organisationnelle élargie incluant l'environnement de façon globale, notamment les ressources publiques et communautaires, et proposant un cadre empirique permettant d'évaluer les initiatives existantes
 - *Population management* : prise en charge d'une population entière, adaptée selon le niveau de risques illustré par une pyramide à trois niveaux



Pour en savoir plus...

Gobet et al. (2012), p.134-139 : Section 6.4. Des rôles apparentés à celui de gestionnaire de cas (p.ex., infirmière de référence, infirmière/médecin de coordination, infirmière de liaison)

Gozlan (2015), p.63-66 : Théories du management des maladies chroniques (p.ex., managed care, disease management)

Haute Autorité de Santé (2018), p.26-30 : Typologie des expériences d'amélioration de la coordination, présentation et définition de ces différentes catégories d'intervention (p.ex., *co-location, consultation-liaison, collaborative care*)

Description de la gestion de cas

La gestion de cas vise à « coordonner de façon systématique et proactive les services requis pour des personnes dont la situation de santé ou sociale est d'une telle complexité que les stratégies ordinaires de coordination » (Couturier et al., 2012, p.3) et les services habituels et standardisés ne suffisent pas (Couturier et al., 2012; Gobet et al., 2012). La gestion de cas peut toutefois aussi être appliqué universellement et être offert à une majorité d'utilisateurs afin de favoriser la continuité de la prise en charge (Gobet et al., 2012).

Qu'est-ce qu'un cas « complexe »?

Un cas est « complexe » lorsqu'une pluralité de facteurs multidimensionnels (p.ex., médicaux, psychosociaux, économiques) est en présence et risque de mener à des ruptures dans le parcours de soins (Couturier et al., 2012; Haute Autorité de Santé, 2014) et de nécessiter l'intervention de professionnels de différents domaines (Plsek & Greenhalgh, 2001, cités dans Corvol et al., 2012).

La complexité d'un cas est déterminée en prenant en compte cinq facteurs :

1. Le contexte des soins (ambulatoire, communautaire, aigus, à l'hôpital)
2. La santé du patient et ses besoins (p.ex., épisodes critiques et aigus ou condition chronique)
3. Les services nécessaires (p.ex., généraliste, médecin spécialiste, équipe interdisciplinaire)

⁴ Informations tirées de Brunn & Chevreul (2013)

4. L'intensité des ressources et des services nécessaires (ex. prévention, réhabilitation)
5. La méthode de remboursement appliquée⁵

Holistique, la gestion de cas tente de répondre à l'ensemble des besoins des clients et de leur système de soutien (Commission for Case Manager Certification, 2018). Une approche compréhensive et interdisciplinaire, centrée sur le client, ses besoins, ses préférences et ses valeurs, est mise de l'avant dans le but « de mettre en place des projets thérapeutiques adaptés » (Couturier et al., 2013; Koren, 2010, cité par Couturier et al., 2012; Loubat, 2017; Lowery & Treiger, 2016; Nolte & McKee, 2008, cités dans Sebai & Yatim, 2018). La relation avec la personne et ses proches et la collaboration avec les différents acteurs (p.ex., équipe de soins, fournisseurs de services) y sont privilégiées (Commission for Case Manager Certification, 2018; Loubat, 2017; Lowery & Treiger, 2016). En outre, la gestion de cas se caractérise par un souci d'efficacité, des objectifs précis, une durée déterminée et l'évaluation en continu de ses résultats (Loubat, 2017).

Selon la philosophie de la gestion de cas, tout le monde profite du fait que les clients atteignent un niveau optimal de bien-être, d'autogestion et de capacité. Les parties prenantes comprennent les clients eux-mêmes, leur famille, le système de soins et de santé, les employeurs et les diverses sources de payeurs (CMSA, 2016; Commission for Case Manager Certification, s. d.).



Pour en savoir plus...

Haute Autorité de Santé (2014), p.17-18 : Tableau présentant les différentes dimensions de la complexité et des exemples de composantes

Objectifs

Globalement, la gestion de cas sert deux grands buts opposés, soit d'améliorer la qualité des soins offerts aux populations vulnérables et de contrôler les coûts de ces soins (Ballew & Mink, 1996, et Gibelman & Gelman, 2005, cités dans Gozlan, 2015; Frankel et al., 2018).

Nous retenons les objectifs spécifiques suivants⁶ :

1. Améliorer la continuité, l'accessibilité et la coordination des soins
2. Améliorer la sécurité, la productivité, la satisfaction et la qualité de vie du client
3. Assister les patients dans l'obtention d'un niveau optimal de bien-être et de fonctionnement sur divers plans (clinique, fonctionnel, émotionnel, psychosocial)
4. Aider les patients (et leurs proches) à améliorer leur autonomie et leur participation, à se soigner eux-mêmes, à prendre des décisions éclairées et à devenir leurs propres gestionnaires de cas, dans la mesure du possible

⁵ Informations tirées de Tahan (2016)

⁶ Informations tirées de Couturier et al. (2013), Frankel et al. (2018), Glaser, Canceil, & Gozlan (2016), Lowery & Treiger (2016), Commission for Case Manager Certification, 2018, Somme (2018)

5. Optimiser le fonctionnement et le bien-être du client en lui offrant et en coordonnant des services de haute qualité, au bon moment, au bon endroit, de la manière la plus efficace et efficiente possible et en favorisant la continuité des soins en permettant l'accessibilité aux professionnels et aux partenaires du système de santé

Champs d'application

Les champs d'application de la gestion de cas sont vastes, tel que le démontre le tableau suivant⁷ :

Domaines	Contextes	Clientèles et problématiques
Santé Psychosocial Juridique Professionnel Assurance invalidité Chômage Aide sociale Formation et réinsertion professionnelle	Public Privé Organismes communautaires Écoles Soins ambulatoires Soins à domicile Réhabilitation Soins de longue durée Soins palliatifs Programmes d'assurances privées	Personnes âgées Vétérans Personnes sortant de prison Pathologies physiques chroniques Consommation abusive d'alcool et de drogue Troubles de santé mentale Démences ... et bien d'autres!

Dans les faits, toute clientèle pourrait bénéficier des services de gestion de cas s'ils étaient offerts systématiquement (Frankel et al., 2018). Toutefois, certaines sont plus à même d'en tirer profit (voir Annexe 1).

Retombées

Les effets de la gestion de cas diffèrent selon le contexte et les populations étudiées (Gobet et al., 2012). Certains auteurs nomment que la gestion de cas apporte peu d'effets (p.ex., Stokes et al., 2017), et d'autres avancent qu'elle n'est pas considérée comme étant un modèle efficace (p.ex., Haute Autorité de Santé, 2014; Stokes et al., 2015), ou encore que les résultats des écrits soient trop peu nombreux ou hétérogènes (Reilly et al., 2015). D'autres auteurs avancent que les bénéfices économiques potentiels peuvent tarder étant donné qu'une « meilleure prise en charge engendre dans l'immédiat des dépenses supplémentaires » (Jourdain-Menninger et al., cités dans Sebai & Yakim, 2018). En effet, l'optimisation du repérage des patients et l'amélioration de la prévention via une meilleure détection des problèmes, notamment, ont un coût (Ernst & Young, 2012, cités dans Sebai & Yakim, 2018).

D'autres travaux mettent néanmoins en lumière **divers bénéfices** (cette liste n'est pas exhaustive)⁸ :

⁷ Informations tirées de Case Management Society of America (2016), Chouinard (2012), Corvol et al. (2012), Fleury (2014), Frankel et al. (2018), Gobet et al. (2012), Gozlan (2015), Lukersmith et al. (2016) et Tahan (2016)

⁸ Informations tirées de Commission for Case Manager Certification (2018), Dieterich et al. (2017), Gozlan et al. (2015), Fleury (2014), Frankel et al. (2018), Haute Autorité de Santé (2014), Hudon et al. (2015), Hudon et al. (2018), Petiqueux-Glaser et al. (2010), Reilly et al. (2015)

- 1) meilleure intégration des usagers dans la communauté
 - 2) amélioration du bien-être des patients et de leur qualité de vie et de celle de leurs familles/aidants
 - 3) diminution des symptômes de maladies chroniques (ex. douleur, fatigue, symptômes dépressifs)
 - 4) amélioration des comportements et des capacités d'autogestion (ex. diététique, adhésion aux traitements)
 - 5) diminution de la durée des séjours hospitaliers, du nombre d'hospitalisations et de recours à l'urgence
 - 6) meilleure stabilité du logement
 - 7) diminution de la détresse psychologique en rendant les patients et les soignants plus sécurés
 - 8) amélioration du fonctionnement social
 - 9) meilleur maintien du contact avec les services et amélioration de l'utilisation appropriée des ressources de soins de santé
 - 10) diminution des coûts globaux des soins de santé à moyen terme et des coûts des demandes de règlement de santé et de l'absentéisme
- 1) selon les patients interrogés : sentiment que leurs besoins sont pris en compte, facilitation de l'accès à l'information, de la communication et de la coordination parmi les partenaires de soins, communication améliorée rassurant les patients et permettant l'établissement d'une relation de confiance

Afin que la gestion de cas soit efficace, un éventail complet et coordonné de services appropriés doit toutefois être disponible dans un délai raisonnable. Sinon, la gestion de cas n'est qu'un outil administratif gérant l'accès des clients aux services. En d'autres termes, la gestion de cas ne permet pas de réparer un système de soins inadéquat ou incomplet (Frankel et al., 2018). Par ailleurs, le simple transfert d'un modèle de gestion de cas d'un contexte ou d'un pays à l'autre n'est pas suffisant; il est important de l'adapter aux particularités du système de santé et non de l'appliquer tel quel pour qu'il soit efficace (King's Fund et al., cités dans Haute Autorité de Santé, 2014).

Dimensions

La gestion de cas comporte trois composantes : le programme, le modèle et le circuit d'intervention, dont les trois sont interreliées.

Programme

Le programme fait référence à « **l'ensemble des intentions présentées dans le but de provoquer ou de soutenir un ensemble cohérent d'actions liées à une population, des objectifs et des résultats précis** » (Gobet et al., 2012, p.22).

Le public cible du programme est variable, et ses objectifs peuvent être d'intérêt local, régional ou national. Le programme est sous-tendu par une théorie qui vise à faire des liens entre les actions mises en place, les changements qu'elles provoquent (*output*) et les effets attendus de ces changements (*outcomes*). Les programmes de gestion de cas varient beaucoup sur le plan de leur *domaine de mise en œuvre* (p.ex., santé, collaboration interinstitutionnelle), des *objectifs poursuivis* (p.ex., meilleure coordination des prestations, stabiliser une prise en charge à très long terme, répondre à la demande d'un usager) et de leur *finalité attendue* (p.ex., faciliter l'accès aux services ou la continuité du suivi, contrôler les coûts des soins et services) (Gobet et al., 2012).

Modèle

« **Le modèle désigne la structure, l'organisation, c'est-à-dire l'architecture générale du dispositif de gestion de cas** » (Gobet et al., 2012, p.24) et est basé sur le programme. Il concrétise ce dernier et amène à faire différents choix (p.ex., organisme, professionnel fournissant ou chapeautant les services, tâches des gestionnaires de cas). De façon générale, le modèle inclut un suivi personnalisé réalisé par un intervenant unique et demeurant le même durant tout le processus. Les caractéristiques des professionnels peuvent varier grandement, notamment, en termes de profession et de fonction. Ainsi, un même programme pourrait être concrétisé différemment au sein de plusieurs modèles distincts (Gobet et al., 2012).

Exemples de modèles

Il existe différents modèles de gestion de cas. Le modèle, le degré et le niveau des activités dépendent notamment des besoins et du niveau de fonctionnement de l'individu, de la complexité et de la temporalité des difficultés (nouvelles, chroniques ou aigües) (Barraquier, 2014; Frankel et al., 2018; Lukersmith et al., 2016).

La plupart des modèles (p.ex., clinique, de réadaptation, approche axée sur les forces) sont de type hybride et offrent à la fois des services directs à la clientèle et des services de courtage (Fleury, 2014).

Voici trois exemples de modèles de gestion de cas

Courtage (broker)⁹

- Connecter les patients aux services selon leurs besoins en mettant l'accent sur un réseau de fournisseurs pour réduire les coûts en prévenant l'accès et l'utilisation inappropriés des services
- Peu ou pas de gestes cliniques effectués par les gestionnaires de cas
- Modèle peu coûteux, mais souvent réactif et demandant en termes de temps

Clinique¹⁰

- Implique des rôles cliniques, collaboratifs, stratégiques et de communication avec le patient et les parties prenantes (p.ex., payeurs, employeurs)
- Vise à aider, faciliter, surveiller et résoudre les difficultés en utilisant les compétences et les services cliniques du gestionnaire de cas et des ressources communautaires
- Se base sur les objectifs individuels et les besoins du client pour guider la réponse et les services
- Relation thérapeutique primordiale; faible nombre de cas suivis
- En France, approche surtout utilisée dans le secteur psychiatrique

Basé sur les forces¹¹

- Prémisse : le client peut utiliser ses forces, intérêts, potentiels, habiletés et connaissances pour cheminer vers le rétablissement
- Importance de l'environnement naturel du client, un « lieu ressource »
- Interventions du gestionnaire de cas effectuées au sein de cet environnement (domicile, lieu de travail ou de formation)
- Importance de la relation, le gestionnaire de cas supportant le client et lui permettant de développer des compétences

Pour en savoir plus...

Lukersmith et al. (2016), p.7 : mapped models of case management, and related names, theoretical description and case management features (*lecture en anglais*)

Petitqueux-Glaser et al. (2010), p.5-6 : les différents modèles de *gestion de cas*



⁹ Informations tirées de Couturier et al. (2012), Lukersmith et al. (2016) et Petitqueux-Glaser et al. (2010)

¹⁰ Informations tirées de Couturier et al. (2012), Gozlan (2015), Lukersmith et al., (2016), Petitqueux-Glaser et al. (2010), Rubin (1992) et Solomon (1992), cités dans Dieterich et al. (2017)

¹¹ Informations tirées de Gozlan (2015), Lukersmith et al. (2016) et Petitqueux-Glaser et al. (2010)

Phases du circuit d'intervention

Le processus de gestion de cas, aussi appelé circuit d'intervention, comporte de quatre à sept étapes, selon les sources. Le modèle présenté par Gobet et al. (2012), bonifié par d'autres auteurs, sera exposé.

Le circuit d'intervention est itératif, non linéaire et cyclique, c'est-à-dire qu'il est possible que le client retourne à une étape antérieure du circuit d'intervention. De plus, les phases sont révisées autant que nécessaire jusqu'à ce que le résultat visé soit atteint (Frankel et al., 2018; Gobet et al., 2012; Commission for Case Manager Certification, 2018). Les phases du circuit d'intervention sont présentées dans les prochains paragraphes.

Figure 1 : illustration des phases du circuit d'intervention



Admission¹²

- *Objectif* : Vérifier si la personne satisfait aux critères du programme grâce à une évaluation
- Début de la création du lien entre le gestionnaire de cas et le bénéficiaire

Évaluation initiale¹³

- *Objectif* : recueillir toute information pertinente à la compréhension et à la résolution des difficultés
- Évaluation psychosociale du client et de sa vie par le biais d'un entretien*
 - Thèmes abordés : difficultés et sévérité de celles-ci; besoins et forces; réseau social; sphères physique, psychosociale, émotionnelle, culturelle et spirituelle du client (voir Annexe 2 pour une liste plus complète des informations collectées)
- Des rencontres peuvent être effectuées avec les représentants légaux, les proches de la personne concernée ou les intervenants au dossier

¹² Informations tirées de Gobet et al. (2012) et Loubat (2017)

¹³ Informations tirées de Frankel et al. (2018), Gobet et al. (2012) et Loubat (2017)

- Le gestionnaire de cas peut également effectuer de la lecture de dossier et se référer à des tests effectués par d'autres professionnels
 - Élaboration d'hypothèses sur l'origine des difficultés de la personne
- * Des guides d'entretien et des outils variés existent afin d'outiller les gestionnaires de cas lors de la phase d'évaluation (Corvol et al., 2012; Somme et al., 2015; Frankel et al., 2018).



Pour en savoir plus...

Exemple d'évaluation effectuée avec l'outil d'évaluation multidimensionnelle interRAI Home Care (07 : 09) :
<https://www.dailymotion.com/video/x6domt9?playlist=x57b1i>

Planification/linking¹⁴

- *Objectif* : « élaborer une stratégie d'ensemble qui permettra de mettre en cohérence toutes les interventions disciplinaires » (Couturier & Belzile, 2016, p.146).
 - Va au-delà de faire la somme des évaluations et des interventions
- Précision des aspects suivants :
 - Objectifs individuels du suivi
 - Objectifs SMART (spécifiques, mesurables, acceptés, réalistes, définis dans le temps)
 - Mesures et les ressources disponibles et susceptibles de permettre d'y répondre
 - Durée de réalisation et date butoir
- Établissement de contacts avec les fournisseurs et discussion des orientations du plan avec ceux-ci, la personne et sa famille

Mise en œuvre/monitoring¹⁵

- Application du plan d'intervention
- Garder une vue d'ensemble du processus, s'assurer que les mesures sont effectives et effectuées tel qu'entendu, répondent aux besoins de l'utilisateur et sont satisfaisantes
- Collecte d'informations sur les changements engendrés par les mesures et la coopération des partenaires
- Coordination des interventions des différents acteurs en restant en contact avec le bénéficiaire et ses proches, ses collègues et les acteurs externes concernés
- Révision régulière (aux 6 ou 12 mois, selon la clientèle, ou après un événement modifiant la situation) le plan établi afin de s'assurer qu'il demeure pertinent

¹⁴ Informations tirées de CMSA (2016), cité dans Commission for Case Manager Certification (2018), Couturier & Belzile (2016), Frankel et al. (2018) et Gobet et al. (2012)

¹⁵ Informations tirées de Couturier & Belzile (2016), Gobet et al. (2012), Haute Autorité de Santé (2014) et Loubat (2017)

En bref, « **il s'agit d'une forme intensive, proactive et rigoureuse d'ajustement mutuel agissant tout au long de l'accompagnement clinique** » (Couturier & Belzile, 2016, p.148-149)

Évaluation

- Évaluation du plan une fois celui-ci terminé (conception, réalisation et efficacité via l'atteinte des objectifs par le client) (Frankel et al., 2018; Gobet et al., 2012)

Sortie ou reassessment¹⁶:

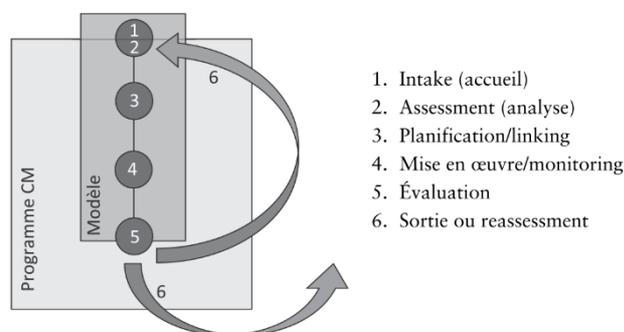
Deux cas de figure sont possibles lors de cette phase :

1. Retour du client à une étape antérieure du circuit, car il a encore besoin d'aide
 2. Terminaison de la gestion de cas, car le client :
 - a. A atteint ses objectifs;
 - b. A démontré qu'il peut s'autogérer;
 - c. Travaille avec succès avec les agences et systèmes l'entourant;
 - d. A un risque d'hospitalisation moindre;
 - e. Sort volontairement du circuit
- Importance de la gestion de la fin de la relation avec le client
 - Retour sur ce qui a été aidant ou non dans la relation à des fins d'apprentissage mutuel
 - Vérification du plan pour le futur du client (p.ex., capacité à trouver des ressources, organismes demeurant impliqués auprès du client)

Suivi/follow-up¹⁷

- *Étape ajoutée au circuit par certains auteurs*
- Vise à contacter le client à un moment post-suivi pour :
 - Prendre de ses nouvelles
 - Vérifier s'il a besoin de davantage de soutien et s'il utilise bien les ressources
 - Valider si les références et les agences impliquées accomplissent bien leur rôle

Figure 2 : illustration du circuit d'intervention en contexte¹⁸



¹⁶ Informations tirées de Frankel et al. (2018), Gobet et al. (2012) et Rolan et al. (2005), cités dans Haute Autorité de Santé (2014)

¹⁷ Informations tirées de Frankel et al. (2018)

¹⁸ Illustration tirée de Gobet et al. (2012), p.26

Pour en savoir plus...

Frankel et al. (2018), p.19-26 : étapes du processus de gestion de cas. Ces auteurs ont une perspective davantage clinique et détaillent davantage les différentes étapes.

Conditions de réussite de la gestion de cas

Différents facteurs sont nécessaires afin que le programme de gestion de cas ou la gestion de cas fonctionnent adéquatement et aient plus de chances de succès. Voici quelques exemples de ces facteurs :

- **Aspects administratifs, organisationnels ou liés au contexte¹⁹**
 - Adaptation des modèles au contexte de soins
 - Définition claire des rôles des gestionnaire de cas
 - Mise en place d'un système d'information partagé
 - Charge de travail (nombre de dossiers) de taille raisonnable et adaptée au degré de complexité des patients
 - Ciblage efficace des patients pouvant réellement tirer profit d'un accompagnement
 - Qualité des outils mis à la disposition des gestionnaires de cas (p.ex., outils d'évaluation ou d'élaboration de plans de services)
 - Intégration des gestionnaires de cas aux équipes de santé primaire ou les placer près de celles-ci
 - Continuité des soins assurée en tout temps, et ce, même à l'extérieur des heures de travail et lors des périodes d'absence du gestionnaire de cas

- **Aspects reliés au gestionnaire de cas et aux services proposés²⁰**
 - Accompagner les usagers en face à face (en opposition à des prestations téléphoniques)
 - Variables reliées au circuit d'intervention :
 - Évaluation précise et continue des besoins des clients
 - Capacité à relier les clients aux ressources adaptées à leurs besoins
 - Capacité de s'assurer que les services appropriés et nécessaires sont livrés et utilisés par la personne
 - Évaluation des impacts et des résultats des interventions
 - Détenir une formation adéquate en la matière
 - Garder des archives complètes et précises de leurs activités et du rationnel derrière leurs actions
 - Transmettre en temps réel les informations concernant le patient entre les différents acteurs (p.ex., professionnels de santé primaire, médecin traitant)
 - Former les patients à l'autogestion ou effectuer de l'éducation thérapeutique
 - Présence d'une bonne relation entre le gestionnaire de cas, le médecin traitant et les professionnels de santé primaire
 - Présence d'une bonne relation entre le patient et le gestionnaire de cas

Bien que le gestionnaire de cas puisse être en mesure d'atténuer les insuffisances du réseau par son travail, pour ce faire, il doit avoir suffisamment de pouvoir (Rubin, 1992, cité dans Frankel et al., 2018). Les gestionnaires de cas se butent « à un environnement institutionnel et organisationnel dont les fondamentaux n'ont pas changé sérieusement depuis 20 ans. » (Couturier & Gagnon, 2018, p. 41). Ainsi, il est actuellement difficile de se

¹⁹ Informations tirées de Brunn & Chevreul (2013), Frankel et al. (2018) et Haute Autorité de Santé (2014, 2018)

²⁰ Idem

servir de la gestion de cas comme d'un outil transformateur et de permettre qu'il ait un effet systémique sur le système de médico-social (Couturier & Gagnon, 2018).

Pour en savoir plus...

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (2016), p.4-7 : synthèse générale des facteurs favorables et défavorables au déploiement MAIA en France. Cette synthèse inclut toutefois des facteurs plus larges que ceux se rapportant uniquement à la gestion de cas.



Frankel, A. J., Gelman, S. R., & Pastor, D. K. (2018). *Case Management: An introduction to concepts and skills*. Oxford University Press.

Cet ouvrage en anglais comporte plusieurs chapitres très pertinents sur la gestion de cas, qui y est présentée davantage sous l'angle du travail social et de l'approche systémique. On y retrouve, entre autres, une description détaillée des compétences nécessaires à la pratique de la gestion de cas et divers enjeux en lien avec la pratique de la gestion de cas auprès de diverses populations.

Gobet, P., Galster, D., Repetti, M., Scherer, F., & Constantin, E. (2012). *La gestion de cas en contexte. Bases conceptuelles et application d'un dispositif de prise en charge intégratif*. Lausanne (Suisse): Éditions EESP, Les outils.

Cet ouvrage en français comporte plusieurs chapitres très pertinents en lien avec la gestion de cas. En plus d'aborder les bases conceptuelles de la gestion de cas, il présente aussi de nombreuses applications possibles de celui-ci.

Site Internet « Longue vie et autonomie »

Ce site Internet renferme plusieurs documents PDF et des vidéos abordant des thèmes variés présentés par le passé dans le cadre des cours du DIU gestionnaire de cas. Le lien suivant est celui de la formation offerte en 2018, mais des documents des années passées peuvent aussi être trouvés en utilisant la fonction « rechercher ».

Documents PDF extraits de la formation de 2018

<https://www.longuevieetautonomie.fr/enseignement/diu-gestionnaire-de-cas/supports-p%C3%A9dagogiques-2018-2019/module-1-d%C3%A9cembre-2018>

Vidéos

<https://www.longuevieetautonomie.fr/enseignement/diu-gestionnaire-de-cas/vid%C3%A9os-diu-gestionnaire-de-cas>

Questions d'évaluation des connaissances



Afin d'effectuer un retour sur le contenu abordé dans le cadre de ce fascicule, voici 10 questions visant à tester vos connaissances sur la gestion de cas. Le solutionnaire se trouve à la page 23.

1. Où la gestion de cas a-t-elle débuté? _____

2. Nommez deux événements historiques ou facteurs ayant amené la gestion de cas à se développer.

3. En quelle année la fonction de gestionnaire de cas a-t-elle été définie en France?
 1. 1996
 2. 2012
 3. 2005
 4. 2017

4. Vrai ou faux : le care management et la gestion de cas sont des synonymes? _____

5. Lequel des facteurs suivants n'est **pas** utilisé afin de déterminer la complexité d'un cas?
 1. La santé de la personne et ses besoins (p.ex., condition chronique)
 2. Les services nécessaires (p.ex., médecin généraliste ou spécialiste)
 3. L'intensité des ressources et des services nécessaires (p.ex., prévention, réhabilitation)
 4. Le lieu de résidence de la personne (p.ex., milieu rural)

6. Nommez deux retombées potentielles de la gestion de cas.

7. Nommez un domaine, un contexte et une clientèle auxquels peut s'appliquer la gestion de cas.

1. Domaine : _____

2. Contexte : _____

3. Clientèle : _____

8. Vrai ou faux : il est unanime dans la littérature que la gestion de cas apporte plusieurs avantages? _____

9. Nommez les trois dimensions de la gestion de cas.

1. _____

2. _____

3. _____

10. Placez les sept étapes du circuit d'intervention en ordre :

1. Évaluation initiale 1 : _____

2. Suivi 2 : _____

3. Sortie ou réévaluation 3 : _____

4. Admission 4 : _____

5. Planification 5 : _____

6. Évaluation 6 : _____

7. Mise en œuvre 7 : _____



1. Où la gestion de cas a-t-elle débuté? **Aux États-Unis**

2. Nommez deux événements historiques ou facteurs ayant amené la gestion de cas à se développer. **La désinstitutionnalisation et la Seconde Guerre mondiale**

3. En quelle année la fonction de gestionnaire de cas a-t-elle été définie en France?
 - a. 1996
 - b. 2012**
 - c. 2005
 - d. 2017

4. Vrai ou faux : le **care** management et la gestion de cas sont des synonymes? **Faux**

5. Lequel des facteurs suivants n'est **pas** utilisé afin de déterminer la complexité d'un cas?
 - a. La santé de la personne et ses besoins (p.ex., condition chronique)
 - b. Les services nécessaires (p.ex., médecin généraliste ou spécialiste)
 - c. L'intensité des ressources et des services nécessaires (p.ex., prévention, réhabilitation)
 - d. Le lieu de résidence de la personne (p.ex., milieu rural)**

6. Nommez deux retombées potentielles de la gestion de cas. **Plusieurs réponses possibles; voir la page 11. Exemples de réponses :**
 - a. Amélioration de la qualité de vie des patients et de leurs familles/aidants**
 - b. Meilleure intégration des usagers dans la communauté**
 - c. Amélioration des capacités d'autogestion des patients**
 - d. Diminution des coûts globaux des soins de santé à moyen terme et des coûts des demandes de règlement de santé et de l'absentéisme**

7. Nommez un domaine, un contexte et une clientèle auxquels peut s'appliquer la gestion de cas. **Plusieurs réponses possibles; voir les pages 11-12. Exemples de réponses :**
- a. **Domaines: santé, psychosocial, juridique, aide sociale, formation et réinsertion professionnelle**
 - b. **Contextes: public, privé, organismes communautaires, réhabilitation**
 - c. **Clientèles et problématiques: personnes âgées, consommation abusive d'alcool et de trouble, troubles de santé mentale, pathologies physiques chroniques**
8. Vrai ou faux : il est unanime dans la littérature que la gestion de cas apporte plusieurs avantages? **Faux, les écrits sont partagés en ce qui a trait aux retombées de la gestion de cas.**
9. Nommez les trois dimensions de la gestion de cas.
1. **Le programme**
 2. **Le modèle**
 3. **Le circuit d'intervention**
10. Placez les sept étapes du circuit d'intervention en ordre :
1. **Admission**
 2. **Évaluation initiale**
 3. **Planification**
 4. **Mise en œuvre**
 5. **Évaluation**
 6. **Sortie**
 7. **Suivi**

Conclusion

La mise en place d'un système de gestion de cas dans une offre de services aux personnes vulnérables présente des obstacles inhérents à sa nature même.

Les organisations peuvent passer par des processus d'innovation, voire de création, et ce, à de nombreuses étapes de leur cycle de développement. Même s'ils sont bien établis, les nouvelles politiques, les nouveaux amendements législatifs, les nouveaux administrateurs, les nouvelles technologies de traitement de l'information et les nouvelles pratiques peuvent induire une période de régénération et d'innovation. C'est la figure de cas dans le cadre de l'implantation des communautés 360. Un système de gestion de cas doit s'adapter à ces postulats de son environnement.

Comme nous l'avons fait ressortir dans ce fascicule, le système d'intégration des services doit répondre en priorité aux besoins des personnes en situation de besoins, du personnel et des administrateurs en matière de qualité de services de l'organisme. Cependant, un processus de base doit être mis en place pour développer un système de gestion de cas.

Développer un système de gestion de cas est assez complexe, notamment lorsque l'on tient pour acquis que la coordination ou la coopération entre opérateurs et autres organisations d'un territoire donné seront faciles à développer. Par conséquent, le développement de la gestion de cas doit utiliser les meilleurs outils de recherche et de mesure sociale disponibles, et le jugement critique et analytique des personnes impliquées est fortement sollicité dans la planification et la mise en œuvre de ce système.

Une analyse minutieuse particulière devrait être accordée aux domaines suivants : (1) les besoins des clients ; (2) les besoins d'information ; (3) les besoins de ressources et de services ; (4) les besoins en personnel ; (5) les besoins d'administration et de gestion du système ; (6) la coordination interagences et l'intégration des services, et (7) les besoins en matière de responsabilité, de documentation et d'évaluation.

Avant de commencer son action de développement de la gestion de cas, le lecteur pourrait avantageusement s'inspirer des valeurs, des principes et des méthodes développées dans le fascicule sur l'approche populationnelle, disponible au Centre de preuve et société Inclusive.



Références

- Agence Régionale de Santé. (2016). Lexique des parcours de A à Z. Repéré à https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf
- Barraquier, A. L. (2014). Ingénieries collaboratives et coordination des parcours de personnes handicapées. *Vie sociale*, 2(6), 75-103.
- Bloch, M.-A., & Hénaut, L. (2014). Trois figures de coordonnateurs interdépendants pour accompagner les personnes. Dans *Coordination et parcours* (pp. 207-248). Paris: Dunod.
- Brodwin, P. (2010). The assemblage of compliance in psychiatric case management, *Anthropology & Medicine*, 17(2), 129-143, DOI: 10.1080/13648470.2010.493603
- Brunn, M., & Chevreur, K. (2013). Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux. [Care for Patients with Chronic Illnesses: Concepts, Assessment, and Foreign Experiences]. *Santé publique*, 25(1), 87-94. Doi :10.3917/spub.131.0087
- Case Management Society of America. (2016). Standards of Practice for Case Management. Repéré à <https://www.miccsi.org/wp-content/uploads/2017/03/CMSA-Standards-2016.pdf>
- Castel-Tallet, M. A., & Aquino, J. P. (2016). Des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer. *La Lettre de l'Observatoire*, 41, 1-16.
- Cérèse, V., & De Stampa, M. (2017). La démarche interRAI : instruments et applications. Repéré à <https://www.longuevieetautonomie.fr/sites/default/files/editor/files/1312-7-interRAI%20HC%20DIU.pdf>
- Cesta, T. (2017). What's old is new again: the history of case management. Repéré à <https://www.reliasmmedia.com/articles/141367-whats-old-is-new-again-the-history-of-case-management>
- Chouinard, M. C. (2012). Gestion de cas. Dans *Les concepts en sciences infirmières* (pp. 197-199). Toulouse : Association de recherche en soins infirmiers.
- Commission for Case Manager Certification (CCMC). (2018). Introduction to the Case Management Body of Knowledge. Repéré à <https://cmbodyofknowledge.com/content/introduction-case-management-body-knowledge>
- Commission for Case Manager Certification. (s. d.). Definition and Philosophy of Case Management. Repéré à <https://ccmcertification.org/about-ccmc/about-case-management/definition-and-philosophy-case-management>
- Corvol, A., Moutel, G., & Somme, D. (2012). La gestion de cas en gérontologie : nouveau métier, nouvelles questions. *Gérontologie et société*, 35(3), 195-204.
- Couturier, Y., & Belzile, L. (2016). Chapitre 4. Une forme empirique de coordination. Dans *L'intervention de coordination* (pp. 117-155). Nîmes : Champ social.
- Couturier, Y., Gagnon, D., & Belzile, L. (2013). La nouvelle gestion publique en santé et services sociaux et l'émergence de la gestion de cas. *Éducation et sociétés*, 32(2), 109-122. Doi :10.3917/es.032.0109
- Couturier, Y., & Gagnon, D. (2018). Le rapport des praticiens à la standardisation véhiculée par les dispositifs sociotechniques promouvant l'intégration des services en France. *Phronesis*, 7(2), 37-44.

- Couturier, Y., Gagnon, D. & Belzile, L. (2012). Les compétences procédurales requises à la coordination dédiée. *Phronesis*, 1(2), 15-23. <https://doi.org/10.7202/1009057ar>
- de Vet, R., van Luijckelaar, M. J., Brilleslijper-Kater, S. N., Vanderplasschen, W., Beijersbergen, M. D., & Wolf, J. R. (2013). Effectiveness of case management for homeless persons: a systematic review. *American Journal of Public Health*, 103(10), e13-e26.
- Dieterich, M., Irving, C. B., Bergman, H., Khokhar, M. A., Park, B., & Marshall, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). Doi:10.1002/14651858.CD007906.pub3
- Fleury, M. J. (2014). Bonnes pratiques, stratégies d'intégration et enjeux d'implantation des transformations, particulièrement au Québec. *Vie sociale*(2), 37-53.
- Frankel, A. J., Gelman, S. R., & Pastor, D. K. (2018). *Case management: An introduction to concepts and skills*. Oxford University Press.
- Glaser, C., Canceil, O., & Gozlan, G. (2016). Case management en psychiatrie : vers des pratiques professionnelles intégrées. [Case management in psychiatry : Towards integrated professional practices]. *L'information psychiatrique*, 92(7), 539-545. Doi :10.1684/ipe.2016.1519
- Gobet, P., Galster, D., Repetti, M., Scherer, F., & Constantin, E. (2012). *Le case management en contexte. Bases conceptuelles et application d'un dispositif de prise en charge intégratif*. Éditions EESP – Les outils.
- Gozlan, G. (2015). *Améliorer la coordination dans le champ sanitaire et médico-social pour limiter le risque de handicap psychique. Étude du cas Prépsy* [thèse de doctorat, Versailles Saint-Quentin en Yvelines]. Archives ouvertes. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01236499/document>
- Haute Autorité de Santé. (2014). Note méthodologique et de synthèse documentaire : « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? ». Repéré à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2018). Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux : Rapport méthodologique d'élaboration. Repéré à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/rapport_coordination_mg_psy.pdf
- Hudon, C., Chouinard, M. C., Dubois, M. F., Roberge, P., Loignon, C., Tchouaket, É., ... & Bouliane, D. (2018). Case management in primary care for frequent users of health care services: a mixed methods study. *The Annals of Family Medicine*, 16(3), 232-239.
- Légifrance. (2012, 21 novembre). *Arrêté du 16 novembre 2012 modifiant l'arrêté du 8 novembre 2012 fixant les référentiels d'activités et de compétences pour exercer le rôle et les missions du gestionnaire de cas dans les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer*. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026657984&categorieLien=id>
- Loubat, J. R. (2017). Chapitre 2. La coordination ou le case management : l'affirmation d'une fonction d'avenir. Dans *Coordonner parcours et plans personnalisés* (pp. 41-65). Dunod.
- Lowery, S. L., & Treiger, T. M. (2016). History and Evolution of Case Management. Dans H. M. Tahan & T. M. Treiger (dir.), *CMSA core curriculum for case management* (3e éd.). Lippincott Williams & Wilkins.

- Lukersmith, M. S., Millington, M., & Salvador-Carulla, L. (2016). What is case management? A scoping and mapping review. *International journal of integrated care*, 16(4), p.1-13, DOI: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2477>
- Moxley, D. P. (1989). *Practice of Case Management* (vol. 58). Sage Publications, Inc.
- Mullahy, C., & Boling, J. (2015). Case Management – The Origins, Evolution and Future. Repéré à <https://www.mullahyassociates.com/wp-content/uploads/2016/04/origins-evolution-and-future.pdf>
- Novella, E. J. (2010). Mental health care in the aftermath of deinstitutionalization: a retrospective and prospective view. *Health care analysis*, 18(3), 222-238.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. (OPTSQ) (2006). Le travailleur social, la travailleuse sociale, gestionnaire de cas. Repéré à <https://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2018/01/le-travailleur-social-gestionnaire-de-cas.pdf>
- Petitqueux-Glaser, C., Acef, S., & Mottaghi, M. (2010). Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale? *Vie sociale*, 1, 109-128.
- Reilly, S., Miranda-Castillo, C., Malouf, R., Hoe, J., Toot, S., Challis, D., & Orrell, M. (2015). Case management approaches to home support for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008345.pub2>
- Réseau national des gestionnaires de cas du Canada. (2012). Profil des compétences essentielles pour les intervenants en gestion de cas au Canada. 19 p.
- Sebai, J., & Yatim, F. (2018). Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe. [Patient-Centered Care model and New Public Management: Confluence and paradox]. *Santé publique*, 30(4), 517-526. Doi :10.3917/spub.185.0517
- Somme, D. (2018). Gestionnaire de cas. Repéré à <http://www.longuevieetautonomie.fr/sites/default/files/editor/files/0412-4-gestionnaire%20de%20cas2018.pdf>
- Somme, D., Corvol, A., Couturier, Y., Pimouguet, C., Moreau, O., Perivier, S., ... & de Stampa, M. (2015). Nouveau champ professionnel en France. Les besoins de formation des gestionnaires de cas. *Santé publique*, 1(HS), 61-66.
- Stokes, J., Kristensen, S. R., Checkland, K., Cheraghi-Sohi, S., & Bower, P. (2017). Does the impact of case management vary in different subgroups of multimorbidity? Secondary analysis of a quasi-experiment. *BMC health services research*, 17(1), 1-10. Doi:10.1186/s12913-017-2475-x
- Stokes, J., Panagioti, M., Alam, R., Checkland, K., Cheraghi-Sohi, S., & Bower, P. (2015). Effectiveness of case management for 'at risk' patients in primary care: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 10(7), e0132340. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132340>
- Tahan, H. M. (2016). Case Management Practice Settings Dans H. M. Tahan & T. M. Treiger (dir.), *CMSA core curriculum for case management* (3e éd.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Weil, M., & Karls, J. M. (1985). *Case management in human service practice: A systematic approach to mobilizing resources for clients*. Jossey-Bass.

Annexes

Annexe 1. Populations pouvant tirer profit d'une prise en charge de gestion de cas²¹

- Personnes aux prises avec une pathologie chronique, évolutive et potentiellement mortelle et traitées de façon adéquate (p.ex., insuffisance cardiaque, VIH) *
- Personnes ayant des maladies chroniques invalidantes, souvent irréversibles, pour lesquelles le soutien peut améliorer l'état de dépendance et la qualité de vie (p.ex., démences, polypathologies des personnes âgées) *
- Personnes atteintes de maladies chroniques progressives pour lesquelles l'autogestion peut améliorer leur santé et leurs capacités fonctionnelles (p.ex., diabète de type 2) *
- Personnes ne pouvant gérer leur pathologie étant donné leurs problèmes sociaux (p.ex., sans-abris)

* Populations ayant des ressources de santé satisfaisantes, mais nécessitant une accessibilité et une coordination accrue

²¹ Informations tirées de de Vet et al. (2013) et Hickam et al. (2013), cités dans Haute Autorité de Santé (2014)

Annexe 2 : Informations collectées lors de l'évaluation du client²²

N.B. Cette liste a été créée à la suite de la consultation de diverses sources. Selon les clientèles et les milieux de pratique, il est possible que les informations devant être collectées varient.

- **Généralités**
 - Données sociodémographiques
- **Difficultés actuelles**
 - Histoire des difficultés
 - État actuel des difficultés (incluant les compensations, p.ex., proches palliant les difficultés, aides à domicile), les besoins en présence et le plan en lien avec celles-ci
- **Santé physique**
 - Communication/vision
 - Problèmes de santé (ex. chutes, équilibre, sommeil, fatigue, douleur)
 - État de la peau et des pieds
 - Nutrition et santé buccodentaire
 - Diagnostics médicaux
 - Médicaments
- **Santé psychologique**
 - Cognition
 - Humeur/comportement
- **Mode de vie et fonctionnement global**
 - Alcool et drogue
 - Compétences générales et parentales (si applicable)
 - Logement, environnement et habitat
 - Éducation et littéracie
 - Emploi, revenu, gestion du budget et conditions financières
 - Loisirs
 - Religion / Spiritualité
- **Réseau social et communautaire**
 - Dynamiques familiales
 - Implication des amis et de la famille
 - Utilisation des ressources communautaires

²² Informations tirées de Cérèse (2018), Frankel et al. (2018), Réseau national des gestionnaires de cas du Canada (2012)