

GESTION DE CAS - COMPARAISON ENTRE LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES ET LES DONNÉES PROBANTES

Claire Harrisson
Courtière de connaissances
Direction de la gestion de l'information et des
connaissances
Mai 2011



Ce document est disponible en version électronique sur le portail extranet de l'Agence, <http://extranet.santemonteregie.qc.ca>, onglet performance et innovation, sous gestion des connaissances / Produits de courtage. Il a été produit à titre d'information générale. Les opinions exprimées dans ce document n'engagent que son auteur, et non l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source.

GESTION DE CAS - COMPARAISON ENTRE LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES ET LES DONNÉES PROBANTES

Messages clés

1. Les données probantes s'inscrivent sans contradiction avec les lignes directrices. Elles en précisent l'application, ce qui laisse une latitude dans le choix des meilleures pratiques au regard du contexte.
2. La gestion de cas améliore la qualité des soins chez la clientèle âgée grâce à une approche intégrée et coordonnée.
3. La gestion de cas permet de déplacer les soins des centres hospitaliers vers la communauté, elle contribue au désengorgement des hôpitaux en milieux urbains et elle contribue à maintenir les personnes âgées vulnérables dans leur milieu.
4. L'approche intégrée permet une meilleure utilisation de l'urgence.
5. La gestion de cas clinique n'augmente pas l'utilisation des services et des coûts, voire peut conduire à une diminution de ceux-ci.
6. Le congé précoce en milieu hospitalier tend à conduire à une plus grande utilisation des soins de santé dans la communauté.
7. Cinq facteurs facilitant sont identifiés pour la gestion de cas : l'expérience du gestionnaire de cas, la communication, la coordination avec l'équipe multidisciplinaire et le médecin et finalement, une sélection adéquate et appropriée des usagers.
8. Le modèle le plus efficace des trois expériences québécoises du projet PRISMA-Estrie est le modèle hybride : rôle de coordination avec moins de 20 % du rôle relié à la profession d'appartenance; clientèle homogène; et charge de cas de 45-50 cas.
9. Une infirmière de gériatrie agissant à titre de gestionnaire de cas, soutenue par une unité gériatrique en étroite collaboration avec le médecin de famille représente la forme idéale de gestion de cas.

Le présent document présente une comparaison entre les lignes directrices du MSSS Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA¹) en matière de gestion de cas et les pratiques recensées au Québec et ailleurs dans le Canada. La demande provient du groupe de travail RSIPA – RCA personnes âgées.

La littérature étrangère a été consultée afin de préciser les qualités du gestionnaire de cas idéal. De plus, la recension permet une présentation en tableau des effets observés au regard des particularités de la gestion de cas (p.14). Ce dernier permet de voir en un coup d'œil l'étendue des connaissances et des tendances.

La recension cherche à documenter la gestion de cas clinique pour les personnes âgées vulnérables vivant dans la communauté. À noter que la littérature sur la gestion de cas en santé mentale n'a pas été consultée puisque le rôle ne s'exerce pas de la même façon.²

Composantes	Lignes directrices du RSIPA	Données probantes
<p>Principes directeurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les principes directeurs (p.23) s'articulent autour des besoins de l'utilisateur/proche aidant tout en respectant leur choix, leur culture et leur valeur <ul style="list-style-type: none"> – Sollicitent la participation et la collaboration de l'utilisateur/proche aidant à toutes les étapes ; – S'appuient sur le processus clinique de réponse aux besoins de la personne ; – Favorisent la prévention des maladies et l'atténuation des risques par l'éducation; – Favorisent l'autonomisation des usagers; – Incorporent les principes des déterminants généraux de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il faut promouvoir la santé et la qualité de vie tout en diminuant les demandes sur le système de santé.³ ▪ Il faut adopter une visée d'interventions proactive pour prévenir les hospitalisations non-nécessaires, tout en développant et en maintenant une relation de confiance essentielle pour répondre aux besoins de la clientèle âgée.² ▪ Il faut augmenter les ressources personnelles des usagers ainsi que le soutien afin de réduire la vulnérabilité.³ ▪ Les protocoles cliniques interdisciplinaires doivent fournir aux professionnels des balises sur la prévention, le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de certains problèmes gériatriques afin d'améliorer la qualité des soins, d'améliorer l'efficacité des services offerts et de préciser le rôle des professionnels. Le but est de répondre aux besoins de la clientèle dans la communauté, tout en diminuant les hospitalisations et l'hébergement.⁴

Composantes	Lignes directrices du RSIPA	Données probantes
Fonctions du gestionnaire de cas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation des besoins (annexe 10, p.75) <ul style="list-style-type: none"> – Échanger avec le référent sur les motifs de l'orientation en gestion de cas; – Obtenir et consulter les évaluations professionnelles et médicales antérieures, les plans d'intervention; – Communiquer avec les partenaires déjà impliqués auprès de la personne ; – Informer le médecin de famille que l'utilisateur a été référé en gestion de cas; – Identifier tous les besoins; – Identifier les facteurs de risque; – Connaître les aspirations de l'utilisateur et ses attentes; – Confirmer l'éligibilité à la gestion de cas; – S'assurer que les informations contenues dans l'OÉMC sont à jour. ▪ Planification des services (annexe 10, p.75) <ul style="list-style-type: none"> – Déterminer les services/actions à être dispensés par l'ensemble des partenaires pour répondre aux besoins de l'utilisateur/proche aidant; – Coordonner la mise en place du plan de services dans les délais requis (bonne ressource au bon moment); – Rechercher des alternatives pour répondre aux besoins non comblés; – Compléter et mettre à jour le PSI. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation des besoins <ul style="list-style-type: none"> – Évaluation globale avec l'outil multicientèle;⁵ – Évaluation gériatrique dès l'admission;⁴ – Évaluation du client à domicile par une infirmière;³ – Identification des facteurs de risques;³ – Développement d'une série de protocoles interdisciplinaires par grand syndrome pour le suivi intégré des personnes vulnérables (troubles nutritionnels, chutes, insuffisance cardiaque, démence, dépression, médication et vaccination);⁴ – Les protocoles permettent de soutenir la relation de confiance et la collaboration entre les services.⁶ ▪ Conception ⁵ ▪ Planification <ul style="list-style-type: none"> – Mise en place des services requis pour le client et son aidant, tant par des interventions directes que par des interventions indirectes qui visent à coordonner l'effort interdisciplinaire en assurant la cohérence de l'ensemble des interventions, assurer la défense des intérêts du client;⁵ – Ententes préétablies avec les autres organismes et particulièrement avec les hôpitaux;⁴ – Le médecin de famille est l'intervenant

Composantes	Lignes directrices du RSIPA	Données probantes
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordination (annexe 10, p.75) <ul style="list-style-type: none"> – Identifier les différents partenaires impliqués; – Favoriser la coopération et le partenariat; – S’assurer de la cohérence et de la cohésion des actions; – Mettre en place divers moyens de concertation. 	<p>médical principal, intervenant pivot au plan médical;⁵</p> <ul style="list-style-type: none"> – Application des interventions en collaboration avec le médecin de famille;⁴ – Plan de soins établi avec le client avec des objectifs à court terme et à 6 mois;³ – Enseignement de saines habitudes de vie, approche et modes de vie pour les clients atteints de maladies chroniques;³ – Enseignement de stratégies d’empowering;³ – Participation aux réunions d’équipes, multidisciplinaires-aspect majeur.⁷ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordination <ul style="list-style-type: none"> – Fait les références avec les services communautaires et s’assure de la coordination;³ – Activité centrale de la gestion de cas;⁸ – Les fonctions de dépistageⁱ et de repérageⁱⁱ sont à l’entrée du mécanisme de coordination;⁷ – Le PSI est l’outil spécifique, responsabilité du GC;⁹ – Des actions au regard de divers protocoles (étapes de l’intervention, règles d’accès, ...);⁸ – Forme complexe et mobile qui s’adapte selon chaque contexte (réalités locales);⁸ – Des actions au regard de divers protocoles (étapes de l’intervention, règles d’accès, ...);⁸ – S’approche de la liaison;⁸ – Faire pression sur les appareils (ex : allocation

ⁱ Dépistage : Détection d’une maladie ou d’un trouble chez un individu asymptomatique, universel, s’applique à l’ensemble de la population âgée.

ⁱⁱ Repérage : Identification précoce des individus symptomatiques, opportuniste i.e. lors d’un contact avec des services sanitaires.

Composantes	Lignes directrices du RSIPA	Données probantes
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Négociation (annexe 10, p.75) <ul style="list-style-type: none"> – Revendiquer au nom des usagers/proches aidants; – Concilier les intérêts divergents des intervenants dans la perspective de la primauté des intérêts de la personne et du respect de ses droits; – Chercher des ententes et des compromis; – Trouver des solutions satisfaisantes ou acceptables. ▪ Assurer le monitoring (annexe 10, p.76) <ul style="list-style-type: none"> – Vérifier l'exécution du PSI et sa pertinence de façon continue; – S'assurer que les services planifiés, peu importe le lieu de prestation de services, soient donnés et répondent aux besoins ; – Analyser les écarts (besoins non-comblés) ; – Adapter le suivi selon les facteurs de risques identifiés ; – S'assurer que les services sont appropriés de qualité et efficaces ; – Favoriser la transmission d'information pertinente avec les partenaires. ▪ Réévaluation (annexe 10, p.76) <ul style="list-style-type: none"> – Effectuer la réévaluation des besoins minimalement une fois par année ou lors d'un changement majeur dans la situation de 	<p>des ressources,...);⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> – Traduction des demandes réelles lorsqu'il y a écart avec la classification standardisée.⁸ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le monitoring <ul style="list-style-type: none"> – Effectue la réévaluation des besoins par le biais d'un appel téléphonique et 5 visites à domicile (durée moyenne 1 heure) effectuées par la même infirmière.³ ▪ Réévaluation <ul style="list-style-type: none"> – La GC n'a de sens que lorsqu'elle est perçue utile par les personnes âgées; – La perception d'une continuité accrue est le

Composantes	Lignes directrices du RSIPA	Données probantes
	<p>la personne ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compléter l'OÉMC. 	<p>premier indicateur du succès de l'implantation.⁸</p>
Qualités du GC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La personne responsable désignée doit développer des habiletés et des connaissances (p.23): <ul style="list-style-type: none"> - Savoir : organisation des services, modèles en gestion de cas, clientèle, outils, fonctionnement, etc. ; - Savoir-être : approche centrée sur la personne, autonomie professionnelle, leadership de contenu et d'influence, etc. ; - Savoir-faire : évaluation des besoins, planification des services, négociation, coordination, monitoring, réévaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expérience de travail auprès de la clientèle âgée (en moyenne): <ul style="list-style-type: none"> - Sherbrooke : 10,3 ans; - Coaticook : 11,6 ans; - Granit : 3,5 ans.² ▪ Infirmière avec une formation en gériatrie^{10,11} ▪ Modèle unique <ul style="list-style-type: none"> - Compétences d'ordre méthodologique (négociation, maîtrise des outils, travail de réseau,...).⁸
Autres critères d'efficience pour le GC	----	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les GC se sentent plus efficaces lorsque: <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance des besoins; - En mesure de répondre aux besoins aigus du client; - Contact avec les clients hospitalisés; - Savoir vers qui se tourner; - Idée claire du rôle; - Connaître le milieu de vie du client; - Défendre efficacement ses clients.² ▪ Les GC se sentent moins efficaces lorsque: <ul style="list-style-type: none"> - Faible disponibilité de services d'assistance lors de crises; - Manque de temps pour répondre aux besoins

Composantes	Lignes directrices du RSIPA	Données probantes
		<p>des clients;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à répondre à l'ensemble des rôles attendus d'eux. Cette difficulté est plus grande en modèle mixte.² <ul style="list-style-type: none"> ▪ Éléments de soutien : <ul style="list-style-type: none"> - Encadrement professionnel par une coordonatrice;^{2,7} - Fonctionnement en tandem.²
<p>Modèles de la gestion de cas (clientèle et rôle du GC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modèle unique : <ul style="list-style-type: none"> - Clientèle homogène (seulement usagers de GC) ; - Rôle : Coordination (excluant services de sa profession). ▪ Modèle mixte : <ul style="list-style-type: none"> - Clientèle hétérogène (personnes admissibles et non admissibles à la GC dans la même charge de cas) ; - Rôle partagé : Coordination conjuguée avec rôle professionnel (proportions variables). ▪ Modèle hybride : <ul style="list-style-type: none"> - Clientèle homogène (seulement usagers de GC) ; - Rôle partagé : coordination (en majeure) + rôle professionnel (en mineur) (p.24). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modèles utilisés : <ul style="list-style-type: none"> - Modèle unique puis modèle hybride par la suite : multidisciplinaire (Sherbrooke);² - Modèle hybride : unidisciplinaire ouvert i.e. T.S. ou arh, psychologue (Granit);² - Modèle mixte : unidisciplinaire, T.S. ou arh. (Coaticook).² ▪ Modèle idéal au Québec: <ul style="list-style-type: none"> - Modèle hybride; - Rôle de coordination avec moins de 20 % du rôle relié à la profession d'appartenance; - Clientèle homogène; - Charge de cas : 45-50 cas.² ▪ Modèle idéal à l'étranger : <ul style="list-style-type: none"> - Infirmière gériatrique;^{10,11} - Unité de soins gériatriques;¹¹ - Médecin de famille.¹¹ ▪ Modèle mixte <ul style="list-style-type: none"> - Les intervenants pivots effectuent de la gestion de cas;⁷

Composantes	Lignes directrices du RSIPA	Données probantes
		<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction personnelle liée à l'interaction continue avec le client dans le temps; - Reconnaissance et maintien des habiletés de leur profession de base; - Plus grande facilité d'établir un lien de confiance;⁷ - La répartition du temps : 64 % activités cliniques (interventions-35%), 25 % gestion des dossiers, 10% déplacements.⁷ <ul style="list-style-type: none"> ■ Professionnels en GC : <ul style="list-style-type: none"> - Des travailleurs sociaux;^{4,5} - Des agents de relations humaines (arh);⁵ - Des psychologues;⁵ - Des infirmières;^{3-5,10,11} - Des compétences cliniques diversifiées pour répondre à la condition de la personne en perte d'autonomie.⁸ <ul style="list-style-type: none"> ■ Rôle du GC : <ul style="list-style-type: none"> - Les interventions directes propres à sa profession (inf. ou T.S.) doivent représenter une mineure i.e. moins que 20 % de la tâche;¹² - Une référence doit être faite en première ligne lorsque l'intervention prend trop de temps.⁸ <ul style="list-style-type: none"> ■ Préférences des médecins généralistes quant au travail du GC ⁵ : <ul style="list-style-type: none"> - Est complémentaire au mien; - Facilite mon travail; - Facilite la prise d'informations lors de la prise

Composantes	Lignes directrices du RSIPA	Données probantes
		<ul style="list-style-type: none"> en charge d'un nouveau client; – A permis aux personnes âgées de rester plus longtemps à domicile; – A aidé à la prise de décision lors du retour à domicile après une hospitalisation; – A permis de mieux connaître le contexte de vie de mes clients; – A diminué la duplication de travail; – A évité des hospitalisations inutiles; – A allégé mes tâches bureaucratiques. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les énoncés défavorables du travail du GC selon les médecins généralistes⁵ : <ul style="list-style-type: none"> – Aurait été préférable d'avoir des infirmières cliniciennes (soins aux clients et coordination).
Charge des cas	---	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modèles hybrides : (moyenne pour les 2 et 3 années) : <ul style="list-style-type: none"> – 32 cas (Sherbrooke);¹² – 39 cas (Granit).¹² ▪ Modèle mixte : <ul style="list-style-type: none"> – 10 en G.C. pour une charge totale de 57 (Coaticook);¹² – 50 clients actifs;⁷ – 9 intervenants pivot – un coordonnateur.⁷ ▪ Autre : 40 cas.⁴ ▪ Charge acceptable : Entre 45-50 cas.¹²
Composition de l'équipe	---	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Composition de l'équipe (pour une charge de 160 usagers vulnérables) SIPA⁴ :

Composantes	Lignes directrices du RSIPA	Données probantes
		<ul style="list-style-type: none"> - Gestionnaires de cas (inf. ou T.S. 4 ETC); - Inf. communautaires (2 ETC); - Travailleur social (0,5 ETC); - Ergothérapeute (0,5 ETC); - Physiothérapeute (0,5 ETC); - Organisateur communautaire (0,2 ETC); - Pharmacien (0,5 ETC); - Auxiliaire familiale (15 ETC); - Médecin (0,5 ETC) : ressource pour l'équipe et lien avec le médecin de famille lorsque c'est nécessaire; - Une des deux équipes n'avait pas de pharmacien, ni d'organisateur communautaire. <p>■ Gestionnaire de cas (inf.).^{3,10,11}</p>
<p>Clientèle cible et critères d'admissibilité :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Personnes âgées de 65 ans et plus vivant en ménage privé qui auront besoin d'un PSI. Plus spécifiquement : <ul style="list-style-type: none"> - Équilibre rompu ou à risque d'être rompu par la présence simultanée de plusieurs problèmes médicaux et psychosociaux ; - Des besoins dans plusieurs dimensions de sa vie i.e., un besoin d'accompagnement optimal dans la coordination des services et, un besoin de concertation de tous les partenaires impliqués dans la démarche de PSI. (p. 24,25). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Âge : <ul style="list-style-type: none"> - 65 ans et plus,¹² - 64 ans et plus,⁴ - 75 ans et plus.³ ■ Perte d'autonomie : <ul style="list-style-type: none"> - Profils Iso-SMAF : 4 et + (sans égard à la durée ou à l'intensité de la perte d'autonomie);¹² - SMAF : résultat de - 10 ou moins.⁴ ■ Territoire : <ul style="list-style-type: none"> - Résidence sur un des 3 territoires du projet PRISMA-Estrie;¹² - Résidence sur les territoires desservis par les 2 CLSC de la région de Montréal.⁴

Composantes	Lignes directrices du RSIPA	Données probantes
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autres : <ul style="list-style-type: none"> – Les clients avec problématiques de santé mentale et déficience intellectuelle sont exclus;¹² – Les clients doivent communiquer oralement en français ou en anglais;⁴ – Les clients doivent communiquer oralement en anglais;³ – Les clients sont éligibles au programme ontarien Accès aux soins dans la communauté (CCAC).³
Les critères de fermeture	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un des critères d’admissibilité est absent. ▪ Hébergement permanent en CHSLD. ▪ Déménagement hors territoire. ▪ Décès. ▪ Lorsque l’état du client se stabilise, la GC n’est plus nécessaire. ▪ Relance préventive. (p.26) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hébergement permanent.⁴ ▪ Déménagement hors territoire.⁴ ▪ Décès.⁴ ▪ Une surveillance préventive pour les dossiers stables mais ils ne sont pas fermés.¹²
Taux de roulement annuel	---	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modèle hybride : autour de 25%.¹² ▪ Modèle mixte : autour 50%.¹²
Résultats attendus / obtenus:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les CSSS doivent : <ul style="list-style-type: none"> – Implanter la fonction de gestion de cas et convenir avec l’ensemble des partenaires du RLS des modalités de fonctionnement; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facteurs à évaluer <ul style="list-style-type: none"> – La clientèle visée pour la GC; – Des interventions interdisciplinaires qui visent une prise en charge globale et continue avec

Composantes	Lignes directrices du RSIPA	Données probantes
	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer un échéancier d'implantation de concert avec l'ASSS; - Diffuser les critères d'admissibilité et de fermeture des demandes en gestion de cas à l'ensemble des acteurs impliqués dans le RSIPA; - Diffuser les modalités relatives à l'inscription de la clientèle en relance préventive à l'ensemble des acteurs impliqués dans le RSIPA pour la clientèle ayant déjà fait l'objet d'un suivi en gestion de cas; - Assurer les arrimages avec les autres programmes ou services qui ont implanté cette fonction (ex. : cancer). (p.26) 	<ul style="list-style-type: none"> - des assises dans la communauté; - Présence d'un système commun d'informations cliniques; - Mise en place d'une approche réseau; - Une amélioration de l'offre de services.¹² <ul style="list-style-type: none"> ■ Selon les modèles <ul style="list-style-type: none"> - Modèle mixte : ne favorise pas la spécificité de l'intervention, interrogation sur le rôle.² - Modèle hybride : idée claire du rôle pour les GC mais pas pour les partenaires du service à domicile.² - Enseignement proactif en plus de la GC : impact positif pour les usagers.³ ■ Impacts sur le client <ul style="list-style-type: none"> - Aucun changement du niveau de base de l'état de santé;⁴ - Plus grande satisfaction¹³ - Amélioration de l'état de santé physique.¹³ <p>Ontario³ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucune différence de stratégies de coping; - ↓ symptômes dépressifs; - ↓ santé mentale; - ↑ perception soutien social; - ↓ utilisation de médicaments sous ordonnance. <ul style="list-style-type: none"> ■ Impacts sur le soignant <ul style="list-style-type: none"> - SIPA⁴ : plus grande satisfaction du personnel. ■ Impacts sur le système de distribution des soins

Composantes	Lignes directrices du RSIPA	Données probantes
		<ul style="list-style-type: none"> - ↑ 62% des heures;⁴ - ↓ 50% du taux d'occupation dans des lits de soins aigus;⁴ - ↑ 44% soins communautaires;⁴ - ↓ 22% des coûts institutionnels;⁴ - Tendance vers une ↓ 10% des admissions à l'urgence;⁴ - Meilleure utilisation de l'urgence.¹⁴ <ul style="list-style-type: none"> ■ Impacts sur les coûts <ul style="list-style-type: none"> - Déplacement des coûts vers la communauté sans qu'il y ait d'augmentation;⁴ - Aucune différence de coût;^{3,4,14} - Augmentation des coûts avec l'augmentation des maladies chroniques;⁴ - Pas de différence dans les coûts reliés aux services sociaux à domicile.⁴ ■ Principaux obstacles⁵ <ul style="list-style-type: none"> - Oubli de faire appel à un GC; - Réflexe de faire appel aux travailleurs sociaux des CLSC ou des hôpitaux.

Tableau synthèse des effets observés dans les études

Études (type ⁱⁱⁱ ; échantillon ^{iv})	Particularités de la gestion de cas								Effets observés												
	Charge de cas	Inf	T.S.	A.R.H.	Équipe multi.	Enseignement	Appels	Visites à dom	Adm. à l'urg.	Adm. en aigu	Soins com.	Hébergement	Coûts	Satisfaction soignant	Satisfaction client	Perception soutien	Santé physique	Médicaments	État de santé	Dépression	Santé mentale
PRISMA ^{2,13-15} (QE ; 829)	32-57	X	X	X	X										↑		↑				
SIPA ⁴ (RCT ; 1230) ^v	40	X	X		X				↓	↓	↑	↓		↑							
Ontario ³ (RCT ; 242)	120	X ^{vi}			X	X	X	X								↑	↑	↓		↓	↑
Oeseburg, B. & al. ¹¹ (RS ; 100-4000)	30-100	X	X		X		X	X	↓	↓			↓								
Eklund, K. & Wilhelmson, K. ¹⁶ (RS ; 164-3079)		X	X		X		X	X	↓	↓	↑		↓	↑	↑		↑	↓			

Légende

Effet positif

Effet neutre

ⁱⁱⁱ Types d'études : RS= Revue systématique ; RCT= Essai randomisé contrôlé; QE = Quasi-expérimentale

^{iv} L'échantillon est en nombre de personnes.

^v L'âge moyen est de 82 ans.

^{vi} L'infirmière est en supplément à la gestion de cas. Elle ne fait que de l'enseignement.

Références bibliographiques

1. Direction des personnes âgées en perte d'autonomie. Lignes directrices réseaux de services intégrés pour les personnes âgées: document de travail: MSSS; 2009:34.
2. Veil A, Hébert R. Chapitre 6: Perception d'efficacité des gestionnaires de cas. In: Hébert R, Tourigny A, Raïche M, eds. *PRISMA volume II, L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. Québec: Edisem; 2007.
3. Markle-Reid M, Weir R, Browne G, Roberts J, Gafni A, Henderson S. Health promotion for frail older home care clients. *Journal of advanced nursing*. 2006;54(3):381-395.
4. Bélard F, Bergman H, Lebel P, et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial. *Journal of gerontology*. 2006;61A(4):367-373.
5. Voyer L, Hébert R. Chapitre 8: La perception des omnipraticiens face au réseau intégré et aux gestionnaires de cas. In: Hébert R, Tourigny A, Raïche M, eds. *PRISMA volume II, L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. Québec: Edisem; 2007.
6. Veil A, Hébert R. Chapitre 3: Bilan de l'intégration des services: perception des gestionnaires et des intervenants. In: EDISEM, ed. *PRISMA: L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. Vol 2. Québec 2007:33-72.
7. Paradis M, Bonin L, Tourigny A, Durand P. Rapport de l'évaluation d'implantation et de processus. *Réseau de services intégrés aux aînés des Bois-Francs: Mécanisme de coordination des services géro-geriatriques*: Centre de santé publique de Québec, Direction de santé publique de la Régie régionale Mauricie/Centre du Québec, Institut national de santé publique du Québec, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, Centre de recherche du CHA de l'Université Laval; 2001.
8. Couturier Y, Carrier S, Gagnon D, Chouinard I. Chapitre 5: Les applications locales de la gestion de cas et leurs enseignements pour l'implantation en d'autres contextes. *PRISMA volume II: L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. Vol 2. Québec: EDISEM; 2007:113-128.
9. Veil A, Hébert R. Chapitre 2: Évaluation du degré de mise en oeuvre du réseau intégré de services dans les trois sites expérimentaux de l'Estrie. In: EDISEM, ed. *PRISMA : L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. Vol 2. Québec 2007:23-32.
10. Hallberg IR, Kristensson, J. Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies. *International Journal of Older Nursing*. 2004;13(6b):112-120.
11. Oeseburg B, Wyndia, K., Middel, B., Reijneveld, S. Effects of case management for frail older people or those with chronic illness. *Nursing Research*. 2009;58(201-210).
12. Veil A, Hébert, R. Chapitre 23: Estimation des ressources en gestion de cas dans un territoire In: R. Hébert AT, Raïche, M., ed. *PRISMA volume II, L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. Québec: Edisem; 2007:467-502.
13. Hébert R, Raïche, M., Dubois, M.F., Dubuc, N., Tousignant, M., Gueye, N.R., groupe Prisma-Estrie. Chapitre 12: Les impacts du réseau intégré de services sur les personnes âgées et leurs aidants dans l'étude PRISMA-Estrie. In: Edisem, ed. *PRISMA volume II, L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. Québec 2007:243-268.
14. Raïche M, Hébert, R., Blanchette, D., Durand, S., Dubois, M.F., N'Deye, R.G., Groupe PRISMA-Estrie. Chapitre 13: La performance globale des RISPA: impacts sur l'utilisation des services de santé, leurs coûts et l'efficacité dans l'étude PRISMA-Estrie. In: Edisem, ed. *PRISMA volume II: L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. Québec 2007:271-296.
15. Hébert R, Dubois, M.F., Raïche, Dubuc, N., groupe PRISMA-Estrie. Chapitre 11: Les impacts du réseau intégré de services PRISMA: Méthodologie et données de base In: Edisem, ed. *PRISMA volume II, L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. Québec 2007:219-234.
16. Eklund K, Wilhelmson, K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health and Social Care in the Community*. 2009;17(5):447-458.