

La gestion de cas à domicile

**Table ronde sur invitation
3 et 4 mars 2005**

Résumé des délibérations



Canadian HomeCare
Association
canadienne des soins
et services à domicile

PRÉFACE ET REMERCIEMENTS

L'Association canadienne de soins et services à domicile (ACSSD) est une association mutuelle nationale sans but lucratif réunissant plus de 600 organisations et particuliers provenant du secteur des programmes publics de soins à domicile, des fournisseurs de services sans but lucratif ou privés, des consommateurs, des chercheurs, des éducateurs et d'autres intervenants œuvrant dans le domaine des soins à domicile. Par le dialogue, ses publications et ses déclarations de principes, l'ACSSD parle au nom de tous les acteurs du secteur et constitue le point d'accès à l'information et aux connaissances pour les soins à domicile et le soutien communautaire.

S'inscrivant dans les initiatives stratégiques de l'ACSSD, la table ronde avait non seulement pour objectif de formuler des recommandations mais aussi de renseigner les planificateurs et les administrateurs des politiques sur la santé, les dirigeants des administrations publiques et des soins de santé ainsi que d'autres intéressés à promouvoir les recommandations sur les soins à domicile énoncées dans le plan décennal arrêté en 2004 en vue de renforcer les soins de santé.

L'Association est très reconnaissante envers les participants et les présentateurs qui ont contribué de leur temps pour partager leurs réflexions sur la gestion de cas à domicile en proposant des solutions quant à son orientation.

Le conseil d'administration de l'ACSSD a fourni de précieux conseils tout au long du projet et il remercie tout particulièrement Marg McAlister de MMC Consulting pour son rôle de facilitatrice et la rédaction du rapport final.

Nous aimerions que ce rapport incite à la poursuite du débat et de l'apprentissage de la gestion de cas à domicile dans chaque province et territoire.

La directrice générale,

Nadine Henningsen
Association canadienne de soins et services à domicile
Mars 2005

Le projet a été rendu possible grâce à l'aide financière de Santé Canada.

Les opinions exprimées peuvent différer de la politique officielle de Santé Canada.

© L'Association canadienne de soins et services à domicile, mars 2005
www.cdnhomecare.ca

Toute utilisation du présent texte, en totalité ou en partie, stockage dans un système de recherche documentaire, transmission, reproduction ou enregistrement par quelque moyen que ce soit, électronique, mécanique ou autre sans l'autorisation écrite préalable de l'éditeur et des directeurs de la publication constitue une violation de la loi sur le droit d'auteur.

RÉSUMÉ

Sensible à la reconnaissance accrue de l'importance de la gestion de cas aux échelons national, provincial et territorial, l'Association canadienne de soins et services à domicile (ACSSD), avec l'appui de Santé Canada, a été l'hôte d'une *Table ronde sur invitation* consacrée à la gestion de cas. Le but de la rencontre, à laquelle ont participé des chefs de file du secteur des soins à domicile de chaque province et territoire, était de définir la gestion de cas afin de s'entendre sur sa place dans les programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile.

Les participants ont travaillé en collaboration en vue de définir les principes et les éléments de la gestion de cas tout en reconnaissant l'importance de maintenir un cadre de travail souple pouvant être adapté aux besoins des provinces et des territoires. Le dialogue a pris appui sur le partage des expériences et des pratiques exemplaires au pays. Certes, les programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile et communautaires se distinguent de par leur portée, accessibilité et contenu, mais il y a un élément qui les unit : la gestion de cas.

Tout au long des discussions, les participants ont tous convenu que la gestion de cas n'est pas une tâche indépendante ou une tâche qui appartient à une discipline en particulier. Elle est plutôt une stratégie ou un processus¹ entrepris par tous les professionnels de la santé; en fait, une stratégie que les clients eux-mêmes emploient à des degrés divers suivant leurs circonstances et la place qu'ils occupent dans le continuum des soins.

Elle est une stratégie qui permet d'optimiser le mieux-être et l'autonomie du client, suivant ses circonstances particulières, par la revendication, la communication, l'éducation, l'identification des ressources et la facilitation des services. La gestion de cas s'intègre dans tous les aspects de la pratique des professionnels de la santé. Le gestionnaire de cas, en tant que membre d'une équipe, aide à déterminer les services et les choix appropriés à toutes les étapes du continuum des soins

*La gestion de cas est une **stratégie axée sur le client** en vue de dispenser des services de santé et de soutien de **qualité** en utilisant les **ressources disponibles** de manière efficace et efficiente pour aider le client à vivre une **vie saine** dans son milieu et selon ses **capacités**.*

¹ Les participants ont convenu d'employer les termes « stratégie » et « processus » de façon interchangeable en convenant que la distinction importante est que la gestion de cas n'est pas un service fourni par un groupe de professionnels particulier ayant reçu une formation spécialisée.

de santé en tenant compte de l'efficacité de l'utilisation des ressources afin d'optimiser la valeur pour le client et le système.

Les participants ont convenu que les principes suivants étaient fondamentaux pour la gestion de cas, laquelle :

- s'articule autour du client/des soignants de tous les âges en respectant leur choix, leur culture et leurs valeurs;
- inclut les stratégies qui favorisent la santé, la prévention des maladies et l'atténuation des risques par l'éducation du client et la promotion de comportements bénéfiques à sa santé en faisant appel à sa capacité d'être autonome et d'autogérer ses soins;
- incorpore les pratiques s'appuyant sur l'expérience;
- est respectueuse des ressources de la famille et de la collectivité avec lesquelles s'engage la collaboration;
- est créatrice et innovatrice et exige de bonnes communications;
- s'appuie sur un cadre éthique;
- revendique au nom du client et préconise l'autonomie;
- tient compte des caractéristiques du client et de l'évolution de ses besoins;
- incorpore les principes de la santé de la population et les grands déterminants de la santé.

Comme stratégie pour appuyer les soins de santé et utiliser efficacement les ressources disponibles, les participants ont dénombré les éléments clés suivants pour tous les modèles de gestion de cas.

- L'accueil, qui comprend la présélection, la priorisation et la détermination de l'admissibilité
- L'évaluation afin de déterminer les besoins, les désirs et les objectifs du client
- La planification des soins et des services ainsi que la coordination des services; elle exige de bonnes communications et l'entretien de liens ainsi que la prise en compte de la rentabilité
- La mise en œuvre des soins

- Le suivi et l'évaluation des résultats du point de vue du patient et de la population
- La réévaluation/révision du plan de soins en fonction des cycles de soins
- Le désengagement, le congé et le retrait des services

La gestion de cas à domicile joue un rôle dans certaines situations de *transition*, soit le contrôle, l'utilisation et la gestion des ressources. L'importance des interventions varie suivant les besoins du client et celles-ci sont partagées entre le professionnel de la santé (qui inclut le gestionnaire de cas) et le client/les soignants.

Le gestionnaire de cas, en tant que membre d'une équipe, aide à déterminer les services et les choix appropriés à toutes les étapes du continuum des soins de santé en tenant compte de l'efficacité de l'utilisation des ressources afin d'optimiser la valeur pour le client et le système. Selon les participants, la gestion de cas donne habituellement les résultats suivants :

- Prestation du service approprié au moment opportun
- Moins de dédoublement des services
- Moins d'hospitalisation et de recours aux services d'urgence
- Amélioration de la santé du client
- Diminution de la charge de travail du soignant
- Meilleures communications à l'échelle du système
- Meilleure gestion de la maladie
- Non-institutionnalisation
- Participation accrue du client aux soins
- Atteinte des objectifs du client
- Satisfaction du client

Ces résultats sont toutefois difficiles à quantifier ou il est difficile de prouver qu'ils sont le fruit de l'intervention du gestionnaire de cas. En effet, les participants s'entendent pour dire qu'il est faux de laisser croire que les résultats obtenus sont le fait de la gestion de cas alors qu'ils dépendent en réalité de l'intervention du reste de l'équipe de professionnels et du système de santé. Il faut faire preuve de discernement dans le choix et l'application des indicateurs propres à la gestion de cas afin d'éviter d'attribuer erronément le succès d'une intervention à la gestion de cas alors qu'il est tributaire des efforts de l'équipe ou du système.

Au fur et à mesure qu'évoluera le système de santé et qu'il s'adaptera à de nouveaux défis comme la gestion des maladies chroniques et l'intégration des systèmes, le rôle de la gestion de cas deviendra de plus en plus crucial au fonctionnement efficace et efficient du système de santé. L'utilisation de la gestion de cas comme stratégie pour optimiser le mieux-être et l'autonomie du client dans le secteur des soins à domicile sera d'autant plus mise en valeur si les intervenants s'entendent sur sa définition, ses principes et l'interprétation des résultats.

Le présent rapport incorpore et résume l'information recueillie à l'issue des discussions de la table ronde. L'ACSSD espère qu'il fournira aux intervenants fédéraux, provinciaux et territoriaux du secteur des soins à domicile une définition unique et qu'il les inspirera dans leurs démarches en vue de créer des modèles de gestion de cas adaptés au contexte spécifique du client, qu'il encouragera les gestionnaires de cas à parfaire leurs connaissances de base et qu'il influera sur les stratégies de recrutement et de fidélisation des ressources humaines. Une meilleure compréhension du rôle de la gestion de cas dans un système intégré favorisera l'adoption de pratiques exemplaires dans les programmes de soins à domicile et, par voie de conséquence, améliorera la qualité des services offerts aux clients présentant une affection aiguë, chronique ou ayant besoin de soins palliatifs.

L'ACSSD, en tant que porte-parole national du secteur des soins à domicile à l'échelle du Canada, peut jouer un rôle clé à titre de communicateur et de préconisateur du changement en véhiculant une seule définition de la gestion de cas en vue de donner forme à un cadre de référence global que les provinces et les territoires peuvent utiliser pour planifier et élaborer des programmes qui répondront à leurs besoins spécifiques.

CONTEXTE SITUATIONNEL

De nombreux facteurs interdépendants concourent à assurer la santé et le mieux-être, dont la prévention, la promotion et la protection de la santé, le diagnostic, le traitement/la guérison, la réadaptation, le soutien et le maintien ainsi que l'adaptation et l'intégration sociales et le soutien de l'aidant naturel (membre de la famille)². Le **secteur des soins à domicile** est particulièrement bien positionné dans le système de santé pour fournir les services associés à ces facteurs du continuum des soins de santé et pour faire le pont entre les divers établissements de soins, que ce soit un hôpital de soins actifs, un établissement de soins de longue durée, de soins de relève ou un cabinet de médecin.

L'Association canadienne de soins et services à domicile définit les soins à domicile comme une gamme de services fournis au domicile ou dans la collectivité, qui englobent la promotion de la santé, l'enseignement, l'intervention curative, les soins de fin de vie, la réadaptation, le soutien et l'entretien ménager, l'adaptation et l'intégration sociales ainsi que le soutien pour l'aidant naturel (familial). Les programmes de soins à domicile intègrent dans bien des cas prestation de services de santé à domicile et services communautaires (popote roulante, programmes de jour, établissements de soins de relève, services bénévoles et services de transport ainsi que *services de soutien personnel*, lesquels, dans certaines provinces, sont considérés comme un service communautaire).

Alors que la portée, l'accessibilité et le contenu de chaque programme de soins à domicile et communautaires des provinces et des territoires diffèrent, ces programmes ont un point en commun : la gestion de cas. En effet, celle-ci relève le défi d'assortir les besoins et les choix du client aux services offerts souvent par divers organismes en tenant compte d'un élément de plus en plus présent, des ressources limitées. Ce processus,

² Les soins de santé au Canada 2001, Institut canadien d'information sur la santé

essentiel au mieux-être du client, est également le lien entre le succès des interventions, les ressources communautaires et la responsabilité financière³.

Le rapport Romanow de novembre 2002, *Guidés par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*, a reconnu le rôle et la valeur de la gestion de cas. Le rapport souligne que les provinces et les territoires offrent tous des services d'évaluation et de gestion de cas à domicile et recommande que la « *couverture des soins à domicile en phase post-aiguë doit comprendre la prise en charge des cas, les services des professionnels de la santé et la gestion des médicaments* ». Il recommande en outre d'inclure la gestion de cas dans les services de santé mentale dispensés à domicile.

En 2004, dans le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont défini la gestion de cas comme un service essentiel dans le panier des soins à domicile que les ministres ont convenu de couvrir à partir du premier dollar d'ici 2006.

³ A Coordinated Home and Community Care Strategy, Essential Elements, novembre 2002, Association canadienne de soins et services à domicile

Sensible à la prise de conscience accrue de l'importance de la gestion de cas aux échelons national, provincial et territorial, l'ACSSD, avec l'appui de Santé Canada, a entrepris une consultation des chefs de file provinciaux et territoriaux du secteur des soins à domicile afin de définir la gestion de cas et de s'entendre sur sa place dans les programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux de soins à domicile et auprès de leurs partenaires respectifs dans le milieu des soins de santé et dans les collectivités. Le présent rapport destiné à Santé Canada fait état des résultats de ces consultations. Le lecteur trouvera à l'Appendice 1 une description du processus.

Le présent rapport incorpore et résume l'information recueillie à l'issue des discussions de la table ronde. L'ACSSD espère qu'il fournira aux intervenants fédéraux, provinciaux et territoriaux du secteur des soins à domicile une définition unique et qu'il les inspirera dans leurs démarches en vue de créer des modèles de gestion de cas adaptés au contexte spécifique du client, qu'il encouragera les gestionnaires de cas à parfaire leurs connaissances de base et qu'il influera sur les stratégies de recrutement et de fidélisation des ressources humaines. Une meilleure compréhension du rôle de la gestion de cas dans un système intégré favorisera l'adoption de pratiques exemplaires dans les programmes de soins à domicile et, par voie de conséquence, améliorera la qualité des services offerts aux clients présentant une affection aiguë, chronique ou ayant besoin de soins palliatifs.

DISCUSSIONS EN TABLE RONDE

La gestion de cas : approche systémique

Sholom Globerman, philosophe en résidence du Centre Baycrest pour les soins gériatriques a exprimé un point de vue global sur les systèmes de santé et le rôle de la gestion de cas dans un structure systémique. Voici les principaux éléments de sa présentation.

- La gestion de cas remonte aux années 1970. L'approche s'appuyait alors sur la dynamique des soins de santé traditionnels qui obligeait les gestionnaires de cas à définir leur travail comme une série d'étapes ou de processus, et à fonctionner dans un cadre bien défini, l'hypothèse étant que les « cas » tomberaient dans des créneaux précis. La fonction gestion de cas exerçait un contrôle afin de limiter les hospitalisations prolongées ou les soins de longue durée et ainsi réduire les coûts. Elle a évolué différemment au Canada. En règle générale, son rôle s'assimile davantage à un rôle de revendication pour le client afin de l'aider à naviguer dans le système. Sa priorité demeure l'utilisation efficiente des ressources. Dans de nombreuses juridictions, on lui demande de veiller à la qualité des services d'où l'élaboration de lignes directrices s'appuyant sur les commentaires des utilisateurs.
- Les états chroniques complexes exigent une approche souple adaptée aux besoins uniques des malades, et l'acceptation du fait que les résultats ne seront pas toujours conformes aux attentes. Ils se distinguent des maladies aiguës et complexes, que la chirurgie et l'hospitalisation servent bien. Pour la gestion de cas et, en fait, les soins à domicile il faut s'attendre à l'inattendue, selon M. Globerman, car la gestion de cas fonctionne dans un système instable.
- De nos jours, la santé est une interaction dynamique entre un individu et de nombreux environnements. L'objectif consiste à veiller à ce qu'il vive en santé chez lui.
- La gestion de cas fonctionne dans un univers complexe. Malgré les efforts déployés en vue de l'intégrer au système de santé il n'en reste pas moins qu'il est utile et nécessaire d'avoir des balises. Il est important pour le gestionnaire de cas de comprendre ces balises, d'acquérir des connaissances horizontales, d'être attentif aux lacunes et de savoir comment les corriger.

La gestion de cas : une approche régionale

Afin de parvenir à une même compréhension de la gestion de cas, le dialogue a été suivi d'une série de présentations de participants de la Colombie-Britannique⁴, de l'Alberta⁵ et

⁴ Alice Mah Wren, directrice des services de santé – Central Okanagan Interior Health; Debbie Weddell, consultante en pratique clinique – Interior Health; Shannon Berg, directrice des projets régionaux de services de santé, Réseau des soins communautaires -Vancouver Coastal Health

⁵ Barbara Korabek, directrice générale, santé mentale – Bureau régional de la santé - Calgary

du Royaume-Uni⁶. L'échange d'information et de réflexions a été suivi d'une période de questions et de discussions de groupes.

Bien que l'importance de la gestion de cas soit intuitivement comprise, elle laisse la porte ouverte à de nombreuses interprétations et applications.

Les représentants des **Health Regions of Interior Health and Vancouver Coastal Health**, en Colombie-Britannique, ont partagé leur expérience d'utilisation du modèle de gestion de cas appliqué aux soins à domicile en soulignant l'importance de reconnaître que la gestion de cas doit être adaptée aux besoins du client et qu'elle est « déterminée par le client ». Elle utilise les données sur l'état de santé de la population pour décrire l'état de santé et les caractéristiques des clients au sein de la collectivité ciblée. Elle est décrite comme un processus qui fonctionne à l'intérieur d'un continuum de la santé qui s'étend du mieux-être à des épisodes de soins aigus complexes où les clients traversent une période d'instabilité nécessitant la gestion de soins actifs. Les intervenants du continuum sont appelés à traiter de plus en plus de malades chroniques pour qui la gestion de cas axée sur l'optimisation de leur autonomie et la prévention de l'aggravation de leur état de santé est bénéfique.

« Tous les clients ont besoin de faire gérer leurs soins, mais ce ne sont pas tous les clients qui ont besoin d'un gestionnaire cas. »

(*Gestion de cas en C.-B.*, 2005)

Calgary Health Region, qui a publié un cadre de travail pour la gestion de cas (*Framework for Case Management*) en juin 2004, a invité les participants à accepter que la gestion de cas est une « stratégie axée sur le client » qui gère « la prestation et la coordination des soins à toutes les étapes du continuum » de la santé et qui tire profit de l'expérience et de l'information pour améliorer l'état de santé du client en utilisant les ressources disponibles.

« La gestion de cas est une stratégie axée sur le client qui gère la prestation et la coordination des soins à toutes les étapes du continuum de la santé. »

(*Cadre de travail pour la gestion de cas, Calgary Health Region, 2004*)

On a rappelé à la mémoire des participants les facteurs qui influent sur les soins à domicile et la gestion de cas — les attentes en matière de soins de santé primaires, de maladies chroniques, de soins primaires et de soins à domicile. Alors que les stratégies de gestion de cas varient en fonction du contexte, les notions clés du cadre de travail incluent des services axés sur le client, la qualité et l'atteinte

d'objectifs précis.

Les représentants du **Royaume-Uni** nous ont entretenu au sujet de l'évolution de la gestion de cas et de la recherche qui se fait afin de documenter leur gestion de cas et d'élaborer leur politique. L'objectif consiste à coordonner les services de manière efficace et efficiente afin « d'améliorer la qualité de vie et de réduire l'utilisation des services ». L'élément clé auquel on fait appel pour atteindre cet objectif est le travail

⁶ Ruth Hutt, Visiting Fellow in Health Policy, King's Fund - Angleterre

d'équipe et la prestation de soins proactifs axés sur le client à l'intérieur de balises chevauchant les soins de santé et les services sociaux.

Alors que la réduction des coûts est le moteur de la gestion de cas en Grande-Bretagne, les travaux de recherche de Ruth Hutt sur les divers modèles et les différentes approches dans le monde ont amené les participants à se demander si la gestion de cas influe réellement sur le taux d'utilisation du système de santé et les coûts.

Thèmes et tendances de la gestion de cas

Les discussions en table ronde ont permis de dégager certains thèmes et tendances qui influent sur les idées véhiculées sur la gestion de cas, entre autres :

- Un consensus que la gestion de cas n'est pas une fonction indépendante ou réservée à une seule discipline. Elle est plutôt une *stratégie* ou un *processus*⁷ utilisé par tous les professionnels de la santé; en fait une stratégie que les clients eux-mêmes emploient à des degrés divers suivant leurs circonstances et leur situation dans le continuum des soins de santé.
- Une volonté accrue de comprendre la *valeur* et la contribution de la gestion de cas en mettant l'accent sur l'articulation des *résultats*. Vu l'interdépendance des activités de soins de santé et l'importance de bien comprendre le rôle et la contribution de tous les membres de l'équipe, isoler un membre de l'équipe en laissant croire que lui seul peut directement influencer sur les résultats est une approche trop simpliste. Les contributions des membres de l'équipe sont plus faciles à définir en élaborant des chemins de soins ou des algorithmes. Qui plus est, les résultats (cliniques et systémiques) permettent de tenir l'équipe *responsable*.
- La reconnaissance accrue de l'importance de la *collaboration* parmi les membres de l'équipe et au-delà des balises traditionnelles.
- L'importance accrue accordée aux *dilemmes éthiques* découlant de la tension accrue entre les ressources limitées et l'augmentation de la demande de services.
- Les distinctions entre des soins *axés sur le client* et des soins *déterminés par le client* traduisent la sensibilité accrue du consommateur. Il est possible de respecter les droits et les choix des clients en tenant compte de leurs besoins linguistiques et culturels et en leur offrant des choix de façon respectueuse et intelligente.
- La *revendication*, composante clé de la pratique de chaque professionnel, fait partie intégrante d'une stratégie de gestion de cas efficace découlant de l'engagement à défendre l'autonomie du client.

⁷ Les participants ont convenu que les termes stratégie et processus pouvaient être employés de façon interchangeable en convenant que la distinction importante est que la gestion de cas n'est pas un service fourni par un groupe de professionnels particulier ayant reçu une formation spécialisée.

- Le vieillissement de la population et les maladies chroniques qui l'accompagne grèvent le système de santé, deviennent une priorité pour les gouvernements et exigent que le gestionnaire de cas accorde de plus en plus d'importance à *l'utilisation des ressources* (offrir le bon service à la bonne personne au bon moment).
- La gestion de cas à domicile joue un rôle dans certaines situations de *transition*, soit le contrôle, l'utilisation et la gestion des ressources. L'importance des interventions varie suivant les besoins du client et celles-ci sont partagées entre le professionnel de la santé (qui inclut le gestionnaire de cas) et le client/les soignants.

QU'EST CE QUE LA GESTION DE CAS?

En dégagant un consensus sur les principes et les éléments de la gestion de cas, nous profitons de la souplesse juridictionnelle qu'offrent les soins à domicile en tant que programme provincial.

« La gestion de cas n'est pas une profession en tant que telle, mais un élément de l'exercice d'une profession. Sa prémisses sous-jacente est que lorsqu'un individu atteint un niveau optimal de mieux-être et de capacité fonctionnelle, toutes les parties prenantes en profitent : l'individu lui-même, son système de soutien, le réseau de prestation des soins de santé et les diverses sources de financement. »⁸

La définition de la gestion de cas repose sur la diversité des modèles mis en place, des groupes ciblés, des structures organisationnelles de soins à domicile et des objectifs des programmes⁹. Voici quelques définitions :

- « un processus intégrant les connaissances administratives et cliniques ainsi que les compétences d'un gestionnaire de cas qui interagit dans un réseau de services en fournissant les services requis de manière empathique, efficace, efficiente et rentable. »¹⁰
- « un processus de prestation de soins de santé ayant pour objectif de fournir des soins de qualité, de réduire la fragmentation, d'améliorer l'état de santé des clients et de réduire les coûts. »¹¹
- « un processus permettant au client de déterminer ses besoins, de fixer des objectifs, d'élaborer un plan de soins et d'accéder aux ressources en vue de favoriser sa survie, sa

⁸ Case Management Society of America, <http://www.cmsa.org>

⁹ Ida M. Martinson, Ann G. Widmer, Carmen J. Portillo, *Home Health Care Nursing*, deuxième édition (Philadelphie: W.B. Saunders Company, 2002), 15.

¹⁰ Ibid., 14.

¹¹ Ibid., 33

croissance personnelle, sa participation communautaire et sa guérison ou son adaptation à la donne imposée par son état de santé. »¹²

- « une stratégie collégiale de prestation de services de santé et de services sociaux de qualité s'articulant autour du client. La gestion de cas permet de gérer la prestation et la coordination des soins à toutes les étapes du continuum et à maintenir l'équilibre entre les résultats probables et l'utilisation efficace des ressources disponibles. »¹³
- « une stratégie collégiale de prestation de services de santé et de services sociaux de qualité s'articulant autour du client. La gestion de cas permet de gérer la coordination des soins à toutes les étapes du continuum par le truchement d'activités liées à l'accueil, l'évaluation, la planification des soins, la prestation de services, la surveillance, le réexamen et le désengagement afin de maintenir l'équilibre entre les résultats probables et l'utilisation efficace des ressources disponibles. »¹⁴
- « le processus de planifier, coordonner, gérer et examiner le programme de soins d'un individu, le but général étant de trouver des façons rentables et efficaces de coordonner les services afin d'améliorer la qualité de vie. »¹⁵
- « un processus d'évaluation, de planification, de facilitation et de revendication collégial en vue de répondre aux besoins d'un individu en mettant à profit les moyens de communication et les ressources disponibles afin d'obtenir de bons résultats en tenant compte des coûts. »¹⁶

La définition de la gestion de cas à domicile est issue des consultations à la Table ronde sur invitation consacrée à la gestion de cas. Les mots clés de la définition sont soulignés.

La prestation de services de santé et de soutien de qualité dans le cadre d'une stratégie de collégialité s'articulant autour du client et déterminé par lui en utilisant les ressources disponibles de façon efficiente et efficace afin de l'aider à atteindre ses objectifs de vivre en santé selon ses circonstances et ses capacités.

Principes fondamentaux de la gestion de cas

Les participants ont convenu que la gestion de cas doit s'inspirer, entre autres, des principes suivants.

1. La gestion de cas s'articule autour des besoins des clients/soignants de tous les âges et est déterminée par eux. Les stratégies de gestion de cas s'appuient sur un raisonnement clinique et une relation de partenariat où les professionnels travaillent en collaboration avec les clients et leurs soignants, respectent leurs choix, leur culture

¹² Case Management in B.C. – presentation at Roundtable

¹³ Framework for Case Management Calgary Health Region, p8

¹⁴ Roundtable Participant suggestion

¹⁵ Case-Managing Long-Term Conditions, p2

¹⁶ Case Management Society of America, <http://www.cmsa.org>

et leurs valeurs, ce qui comprend la participation des enfants et des jeunes à leurs propres soins de santé.

2. Les stratégies de gestion axées sur la capacité des clients d'autogérer leurs soins mettent en valeur la promotion de la santé, la prévention des maladies et l'atténuation des risques en éduquant les clients et en préconisant des comportements sains.
3. La gestion de cas incorpore la pratique fondée sur l'expérience afin de garantir la qualité des soins et les résultats.
4. La gestion de cas est respectueuse et collégiale du fait qu'elle fait intervenir les ressources familiales et communautaires pour assurer le soutien nécessaire.
5. La gestion de cas est créatrice et innovatrice, et exige des communications efficaces.
6. La gestion de cas s'appuie sur un cadre éthique, qui est essentiellement intégré dans les lignes directrices de la pratique du professionnel et qui prend en compte les droits du client, la bienfaisance, l'équité, l'absence de malfaisance, l'autonomie et les déséquilibres du pouvoir.¹⁷
7. La gestion de cas revendique au nom des clients et préconise l'autodéfense et l'autonomie.
8. L'intensité, le type et la surveillance des soins déterminés en fonction des caractéristiques du client et de l'évolution de ses besoins dans son milieu.
9. La gestion de cas incorpore les principes d'une population en santé et des déterminants généraux de la santé.

Éléments clés de la gestion de cas

Selon les participants, les éléments clés suivants de la gestion de cas s'inscrivent dans une stratégie de soutien des soins de santé et d'utilisation efficace des ressources peu importe le modèle de gestion.

- L'accueil, qui comprend la présélection, la priorisation et la détermination de l'admissibilité
- L'évaluation afin de déterminer les besoins, les désirs et les objectifs du client
- La planification des soins et des services ainsi que la coordination des services; elle exige de bonnes communications et l'entretien de liens ainsi que la prise en compte de la rentabilité

¹⁷ Ethical Dilemmas in Home Care Case Management, p115

- La mise en œuvre des soins
- Le suivi et l'évaluation des résultats du point de vue du patient et de la population
- La réévaluation/révision du plan de soins en fonction des cycles de soins
- Le désengagement, le congé et le retrait des services

Ensemble des compétences

Bien que ce ne fût pas le but de la discussion en tant que tel, les participants ont mis en lumière les compétences particulières que l'on retrouve chez les professionnels dont les stratégies de gestion de cas se sont avérées efficaces d'après leur expérience de travail dans le système de santé. Elles incluent :

- Des connaissances cliniques
- Une réflexion critique s'appuyant sur l'expérience
- La connaissance des exigences organisationnelles, juridiques et professionnelles en matière de documentation et d'établissement de rapports
- La souplesse nécessaire pour fonctionner à l'intérieur des balises imposées par les ressources, les protocoles, les politiques et la législation
- Une revendication responsable et étiq ue qui englobe la connaissance du milieu culturel
- La capacité de rendre compte au client et au système
- La conscience de soi
- Des techniques de communication qui facilitent la collaboration ou la collégialité

Les participants ont convenu de la nécessité de pousser leur réflexion au sujet de ces compétences.

Résultats de la gestion de cas

La gestion de cas est un processus ou une stratégie visant à atteindre des buts définis. La tendance, en évaluant ses résultats, est de mettre l'accent sur les activités liées au processus vu l'absence présentement de mécanisme scientifique rigoureux permettant de mesurer les résultats.

La gestion de cas est une stratégie qui permet d'optimiser le mieux-être et l'autonomie des clients, dans leur milieu, par la

Il arrive souvent que les résultats axés sur le patient dépassent les attentes, mais leurs coûts sont inconnus.

(VATAPI)

revendication, la communication, l'éducation, l'identification des ressources et la facilitation des services. Le gestionnaire de cas, en tant que membre d'une équipe, aide à déterminer les services et les choix appropriés à toutes les étapes du continuum des soins de santé en tenant compte de l'efficacité de l'utilisation des ressources afin d'optimiser la valeur pour le client et le système.

Selon les participants, la gestion de cas donne habituellement les résultats suivants :

- Prestation du service approprié au moment opportun
- Moins de dédoublement des services
- Moins d'hospitalisation et de recours aux services d'urgence
- Amélioration de la santé du client
- Diminution de la charge de travail du soignant
- Meilleures communications à l'échelle du système
- Meilleure gestion de la maladie
- Non-institutionnalisation
- Participation accrue du client aux soins
- Atteinte des objectifs du client
- Satisfaction du client

Ces résultats sont toutefois difficiles à quantifier ou il est difficile de prouver qu'ils sont le fruit de l'intervention du gestionnaire de cas. En effet, les participants s'entendent pour dire qu'il est faux de laisser croire que les résultats obtenus sont le fait de la gestion de cas alors qu'ils dépendent en réalité de l'intervention du reste de l'équipe de professionnels et du système de santé. Il faut preuve de discernement dans le choix et l'application des indicateurs propres à la gestion de cas afin d'éviter d'attribuer erronément le succès d'une intervention à la gestion de cas alors qu'il est tributaire des efforts de l'équipe ou du système.

L'évaluation efficace des services de santé examine les résultats obtenus par l'ensemble de l'équipe chargée de dispenser les soins. On ne mesure pas l'incidence du système à la seule contribution de l'infirmière d'étage, mais en reconnaissant que pour diminuer la durée d'hospitalisation, par exemple, il faut prendre en compte le travail de tous les membres de l'équipe. Par conséquent, toute volonté d'attribuer les économies à la gestion de cas n'est pas valable. « Il se pourrait que les meilleures dispositions prises dans le cadre de la gestion de cas ne puissent empêcher l'hospitalisation si elles ne sont pas prises de concert avec les services sociaux et les autres services nécessaires pour que les bénéficiaires puissent continuer de vivre dans leur collectivité. »¹⁸

Les *résultats d'une stratégie de gestion de cas* intégré dans les démarches de l'équipe de santé sont :

- La capacité du client/soignant d'atteindre l'objectif qu'il s'est fixé en utilisant les ressources disponibles;

¹⁸ Managing Long-Term Care, p20

- L'amélioration de l'efficacité générale des services de santé grâce au travail de collaboration de l'équipe en vue de mieux utiliser les services, de réduire les chevauchements et les écarts et de lever les obstacles au service.

Les résultats obtenus au sujet de la rentabilité et de l'impact sur le système de l'intervention préventive en vue de fournir aux clients des services de gestion de cas pour soigner leur maladie chronique et ainsi prévenir les comorbidités et la dégradation de l'état de santé. Qu'à cela ne tienne, fournir des services de gestion de cas aux patients « en aval » afin d'éviter des coûts ultérieurement suscité beaucoup d'intérêts. Intuitivement, cela a du bon sens, mais il faut approfondir la recherche.

La réalité toutefois de l'augmentation de la demande est que les coûts de la santé demeureront inchangés à cause de l'arrivée dans le système de nouveaux patients ne bénéficiant pas de services de gestion de cas¹⁹.

Conditions à réunir pour assurer l'efficacité de la gestion de cas

Les participants ont articulé une série de conditions liées au milieu, au système et aux ressources humaines qui doivent être réunies pour mettre en œuvre une stratégie de gestion de cas efficace qui assurera le mieux-être et l'autonomie du client.

Ressources limitées

- Financières – manque de fonds; financement prescriptif (unités d'un service particulier)
- Quasi absence de technologie et d'outils ou de piètre qualité pour appuyer la collecte de données et l'échange de renseignements
- Pénurie de ressources humaines et manque de personnel compétent et disponible
- Absence d'une formation de base structurée sur laquelle s'appuyer pour établir des programmes pédagogiques afin d'aider les professionnels à acquérir des compétences de gestionnaires

Absence d'incitatifs d'intégration dans le système de santé

- La hiérarchisation du financement et de la prestation des soins de santé nuit à la collégialité et à la gestion de cas
- L'absence de confiance et de compréhension de la portée de la pratique parmi les différents fournisseurs entraîne souvent le chevauchement
- Manque d'information au sujet des services offerts
- Admissibilité restreinte aux services de santé particulièrement évidente au niveau de la prévention
- Absence de compréhension et d'optimisation de la gestion de cas à toutes les étapes du continuum des soins de santé

¹⁹ Case -Managing Long-Term Conditions, p 19

Absence de preuve pour étayer les décisions

- Absence de normes nationales et de formation cohérente en matière de gestion de cas
- Absence de processus structurés pour partager les connaissances et discuter de gestion de cas avec des spécialistes (normes, éthique, pratiques exemplaires)
- Connaissance des besoins fondamentaux de la population
- Absence de preuve concrète sur la rentabilité/les économies de la gestion de cas à l'échelle du système

Répercussions sur les politiques

Les attentes des premiers ministres, l'augmentation des maladies chroniques au Canada et l'engagement des intervenants de la santé d'entreprendre des initiatives en vue d'améliorer la qualité des soins exercent davantage de pressions sur le système de santé. Pour les soins à domicile, les principes de la gestion de cas doivent être mieux compris et définis afin que tous les Canadiens puissent en profiter. L'ACSSD, en tant que porte-parole national du secteur des soins à domicile à l'échelle du Canada, peut jouer un rôle clé à titre de communicateur et de préconisateur du changement en véhiculant une seule définition de la gestion de cas en vue de donner forme à un cadre de référence global que les provinces et les territoires peuvent utiliser pour planifier et élaborer des programmes qui répondront à leurs besoins spécifiques.

Les participants à la table ronde ont proposé des recommandations en vue d'uniformiser la définition et l'approche de la gestion de cas au Canada.

Ces recommandations, à leur avis, relèveraient les défis clés qui ont été articulés. Selon eux, l'ACSSD devrait :

- Continuer de jouer un rôle de chef de file dans le dialogue sur la gestion de cas engagé en vue de donner une orientation à cette stratégie clé des soins de santé
- Partager les modèles et les pratiques exemplaires en matière de gestion de cas en publiant un portrait de la gestion de cas qui décrit les modèles et les politiques connexes pour chacun des ordres de gouvernement (fédéral, provincial et territorial)
- Préparer une déclaration de principe sur la gestion de cas qui interpellerait l'équipe de santé au-delà des soins à domicile pour comprendre la gestion de cas (faire intervenir des représentants des groupes de médecins, de la santé publique, des consommateurs, de la santé mentale, etc.)
- Faciliter et promouvoir les discussions sur la gestion de cas et les planifier dans le cadre de la conférence nationale sur les soins et services à domicile
- Appuyer une stratégie de diffusion de l'information afin de communiquer les conclusions de la présente table ronde et d'obtenir un plus large consensus sur une définition, les éléments fonctionnels et les principes de la gestion de cas

- Participer à l'élaboration des mécanismes de mesure des résultats tels que la satisfaction de la clientèle, les résultats cliniques

RÉFÉRENCES

- Ali, Wasan, Rasmussen Patricia (2004). *What is the evidence for the effectiveness of managing the hospital community interface for older people? A critical appraisal of the literature.* New Zealand Health Technology Assessment. Disponible : http://nzhta.chmeds.ac.nz/publications/hospital_community.pdf
- Association canadienne de soins et services à domicile (2002). *A coordinated home and community care strategy: Essential elements.*
- Association canadienne de soins et services à domicile (2003). *Home Care Priorities Strategies & Actions Case Management – Résumé des tables rondes de la 12^e Conférence annuelle de l'Association canadienne de soins et services à domicile.*
- Case Management Society of America (2002). *Standards of practice for case management. Revised 2002.*
- Challis, D. (1993) Case management in social and health care: Lessons from a United Kingdom program. *Journal of Case Management*, 2,79-90.
- Gallagher, Elaine, Ph.D., Alcock, Denise, Ph.D., Diem Elizabeth, Ph.D., Angus Douglas, M.A., Medves Jennifer, Ph.D. (2002). Ethical Dilemmas in Home Care Case Management, *Canadian Health Care Management*, décembre, 115-120.
- Hollander, M.J., & Prince, M.J. (2001). *The third way: A framework for organizing health related services for individuals with ongoing care needs and their families.* Ottawa: Soins à domicile et Produits pharmaceutiques, Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada.
- Hutt, Ruth, Rosen, Rebecca, McCauley Janet (2004). *Case-managing long-term conditions. What impact does it have in the treatment of older people?* King's Fund. Disponible : <http://www.kingsfund.org.uk/pdf/casemanagement.pdf>
- Institut canadien d'information sur la santé (2001). *Les soins de santé au Canada, 2001.*
- Institute for Medicare Practice (2001). *Making case management work in government programs.* (2001). Institute for Medicare Practice. Disponible : http://www.partnershipforsolutions.org/DMS/files/CASEMANAGEMENT_02final.pdf
- Korabek, Barbara, Collister, Barbara (2004). *Framework for Case Management*, Calgary Health Region.
- Law, Baptiste and Mills (1995). *Client Centered Practice: What Does it Mean and Does It Make a Difference?* CJOT 60:2, 83-89.

- Martinson, Ida M., Widmer, Ann G., Portillo, Carmen J. (2002). *Home Health Care Nursing*, deuxième édition Philadelphie : W. B. Saunders Company, 15.
- Ontario Case Management Association (2000). *Provincial Standards and Guidelines for Case Management*.
- Organisation mondiale de la santé (2005). *Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions*. Available:
http://www.who.int/chronic_conditions/workforce_report/en/
- Powell, Suzanne K. (2000). *Advanced case management: Outcomes and beyond*. New York: Lippincott.
- Département des affaires des anciens combattants des États-Unis, Technology Assessment Program (2000). *Impacts of case management programs*. Disponible :
http://www.va.gov/vatap/pubs/ta_short_7_00.pdf

APPENDICE 1

DESCRIPTION DU PROJET

L'ACSSD a organisé une table ronde des intervenants du secteur des soins et services à domicile afin d'essayer de dégager un consensus sur la définition, les principes et les résultats de la gestion de cas dans le secteur des soins à domicile au Canada et conseiller le gouvernement sur les défis, les écarts et les répercussions sur les politiques afin d'obtenir ces résultats.

Les participants représentaient une grande variété de programmes et de services de soins à domicile au Canada (voir l'Appendice 2).

Buts

- Élaborer un document exposant la définition, les principes et les résultats de la gestion de cas dans le secteur des soins à domicile et conseiller les décideurs relativement aux défis et aux obstacles.
- Appuyer l'expansion du rôle de gestion de cas dans les programmes provinciaux, territoriaux et fédéraux de soins à domicile en articulant conjointement la définition, les principes fondamentaux et les résultats de la gestion de cas dans le secteur des soins à domicile.
- Tabler sur les réalisations des projets actuels de l'ACSSD (accroissement du rôle de la gestion de cas dans les soins de santé primaires, Étude nationale des ressources humaines du secteur des soins à domicile et les délibérations de la table ronde sur l'intégration de la gestion de cas à la conférence de 2004 de l'ACSSD) afin de favoriser le dialogue sur l'évolution de la gestion de cas dans le secteur des soins à domicile et communautaires à l'échelle nationale.

Objectifs

- Inviter les intervenants provinciaux, territoriaux et fédéraux à participer à une table ronde de deux jours en février ou au début mars 2005. Le conseil d'administration de l'ACSSD, qui représente tous les membres de l'ACSSD au Canada, identifiera les participants provinciaux et territoriaux. L'ACSSD collaborera avec les représentants de Santé Canada pour désigner les intervenants fédéraux.
- La table ronde comportera des mises à jour et des présentations sur les stratégies actuelles de gestion de cas à domicile (notamment le rôle des aidants naturels) pour situer le contexte du débat. Les participants seront invités à s'entendre sur les principes et les résultats de la gestion de cas. La deuxième journée sera consacrée au recensement des défis, des écarts et des répercussions sur les politiques des résultats.
- Dégager un consensus sur la définition, les principes et les résultats de la gestion de cas dans la perspective des soins à domicile au Canada.

Le rapport final alimentera la documentation sur les activités provinciales, territoriales et fédérales entreprises depuis l'Accord sur la santé en 2004 et sur l'élaboration des

programmes de soins de santé à venir. L'ACSSD distribuera le rapport aux participants de la table ronde, à ses membres et aux intervenants des soins à domicile au Canada.

APPENDICE 2

GLOSSAIRE

Revendication – recommander, plaider la cause de quelqu'un; parler ou écrire en faveur d'une chose ou de quelqu'un. (*Case Managements Society of America*)

Évaluation – processus systématique de collecte et d'analyse de données faisant intervenir de multiples éléments et sources. (Réf. : *Case Managements Society of America*)

Autonomie – droit à l'autodétermination (Réf. : *Webster's Canadian Dictionary*)

Bienfaisance – principe né de l'obligation de ne pas causer de tort à autrui, de travailler dans l'intérêt des clients ou de veiller à ce que les intérêts des clients priment sur les risques de causer du tort. (Réf. : *Ethical Dilemmas p. 117*)

Association canadienne de soins et services à domicile – (ACSSD) organisme sans but lucratif voué à garantir la disponibilité et l'accessibilité de soins à domicile et de services de soutien communautaire qui permettent à la population de continuer à vivre chez elle et dans la collectivité en toute sécurité et dans la dignité. L'ACSSD représente au-delà de 600 intervenants du secteur des soins à domicile partout au Canada. Par le dialogue, ses publications et ses déclarations de principes, l'ACSSD promeut l'excellence des soins à domicile par le leadership, la sensibilisation et le savoir afin de façonner les orientations stratégiques.

Soins à domicile – l'ACSSD définit les soins à domicile comme une gamme de services fournis au domicile ou dans la collectivité qui englobent la promotion de la santé, l'enseignement, l'intervention curative, des soins de fin de vie, la réadaptation, le soutien et l'entretien ménager, l'adaptation et l'intégration sociales ainsi que du soutien pour l'aidant naturel (familial). Les services de soins à domicile ciblent les nourrissons, les enfants, les adultes et les personnes âgées. Les programmes de soins à domicile intègrent dans bien des cas la prestation de services de santé à domicile dans le cadre de services communautaires (popote roulante, programmes de jour, établissements de soins de relève, services bénévoles et services de transport).

Soins axés sur la clientèle – la planification, le traitement et la gestion font intervenir le bénéficiaire, les aidants et les revendicateurs à tous les niveaux, et les objectifs sont liés aux répercussions sur l'état de santé. (Réf. : *What is the evidence for the effectiveness of managing the hospital/community interface for older people?*)

Prestation de services axée sur la clientèle – le droit de la clientèle de prendre des décisions au sujet de ses besoins, son habilitation et la nécessité de faire en sorte que le service est adapté à ses circonstances particulières. (Réf. : *Client Centered Practice: What Does it Mean and Does It Make a Difference?*)

Compétence – la capacité, l’aptitude, les connaissances, le comportement et l’attitude qui jouent un rôle crucial en vue d’obtenir les résultats attendus et, par voie de conséquence, de bien faire son travail. (Réf. : *Pan American Health Organization, 2002.*)

Équité – justice distributive (Ref. : *Ethical Dilemmas p118*)

Absence de malfeasance – ne pas causer de tort (Ref. : *Ethical Dilemmas p. 118*)

Processus – l’intervention faite en vue d’obtenir un résultat (Ref. : *Advanced Case Management p. 55*)

Résultats – les résultats mesurables des interventions du gestionnaire de cas, tels que la connaissance de la clientèle, l’autonomie, la satisfaction et une certaine qualité de vie. (Ref. : *Case Management Society of America*)

Stratégie – un plan global et intégré pour atteindre l’objectif de base de l’entreprise. (Ref. : *Framework for Case Management, p. 34*)

Soins de transition – la planification coordonnée et continue des soins de santé pour assurer le suivi entre deux établissements ou différents niveaux de soins – les hôpitaux, les établissements de soins aigus, de soins en phase post-aiguë, de soins de longue durée, de foyers et de spécialistes. (Ref. : *What is the evidence for the effectiveness of managing the hospital/community interface for older people?*)

Planification de la transition – la gestion d’interventions complexes entre les services institutionnalisés et les services communautaires. La nature bidirectionnelle de cet échange d’information sous-entend une relation continue entre les fournisseurs de soins, des frontières perméables et la nécessité de responsabiliser davantage les fournisseurs des différents secteurs. (Ref. : *CCSO*)

APPENDICE 3

Participants à la table ronde

Mary Lou Ackerman	Vice-présidente de la gestion de l'information Soins de santé Sainte-Elizabeth Mécène « argent » ACSSD
Shannon Berg	Directrice, Projets de services de santé régionaux, Réseau de soins communautaires Vancouver Coastal Health Colombie-Britannique
Lucy Barylak	Coordonnatrice du Centre de soutien aux aidants naturels, du Centre de consultation sur l'abus des aînés et la santé mentale des personnes âgées CLSC René-Cassin, Institut de gérontologie sociale du Québec Québec
Joanne Besner	Superviseure clinique des services sociaux CLSC René-Cassin Québec
Nancy Blades	Superviseure de la gestion de cas COTA Health Mécène « or » ACSSD
Cec Charlebois	Directrice des soins à domicile Saskatoon Health Region Saskatchewan
Gail Chester	Travailleuse sociale auprès des bénéficiaires de soins à domicile Programme de soins à domicile du Yukon Yukon
Donna Davis	Infirmière nationale Anciens combattants Canada

Linda Doody

Gestionnaire, Programme auprès des personnes âgées
Ministère des services de santé et communautaires
Terre-Neuve

Susan Donaldson

Facilitatrice
Susan Donaldson & Associates

Rheta Fanizza

Chef du personnel
CCAC Procurement Review
Ontario

**Arlene Gallant-
Bernard**

Directrice des services aux malades et de la santé
communautaire
West Prince Health
Île-du-Prince-Édouard

Gogi Greeley

Directeur par intérim, Santé et services sociaux
Gouvernement du Nunavut
Nunavut

Jennifer Green

Gestionnaire par intérim
Unité des politiques de soins à domicile et de soins
continus, Santé Canada
National

Kathy Greenwood

Directrice des soins continus
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
Nouvelle-Écosse

Cheryl Hansen

Directrice du Programme extra-mural et des services de
réadaptation
Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-
Brunswick
Nouveau-Brunswick

- Nadine Henningsen** Directrice générale
Association canadienne de soins et services à domicile
National
- Ruth Hutt** Visiting Fellow in Health Policy
King's Fund
Angleterre
- Pauline Jackson** Directrice de territoire
Calea Ltd.
Mécène « or » ACSSD
- Ialeen Jones** Infirmière-conseil principal, Soins à domicile, ministère
de la Santé et des Services sociaux du gouvernement des
Territoires du Nord-Ouest
T.N.-O.
- Sue Kelly** Directrice nationale de la santé et du mieux-être
We Care Health Services
Parrain Or de l'ACSSD
- Judy Knight** Directrice
Direction générale des politiques et de la planification,
Santé Manitoba
Manitoba
- Barbara Korabek** Directrice générale de la santé mentale
Calgary Health Region
Alberta
- Georgia Livadiotakis** Analyste des politiques
Unité des politiques en matière de soins de santé
primaires
Santé Canada
National (Santé Canada)

Joanne Lucarz-Simpson	Coordonnatrice nationale, Soins à domicile et communautaires, Programme des soins à domicile et communautaires des Premières nations Santé Canada National (FNIB)
Alice Mah Wren	Directrices des services de santé – Central Okanagan Interior Health Colombie-Britannique
Wendy Marlow	VP Homecare Expansion des marchés et de l'entreprise VitalAire Parrain Or de l'ACSSD
Sharon Marsden	Directrice de programme, Direction des centres d'accès aux soins communautaire, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée Ontario
Marg McAlister	Facilitatrice MMC Consulting
Kay Morrison	Directrice des services à la clientèle Centre d'accès aux services communautaires - Simcoe Ontario
Bob Morton	Directeur général Centre d'accès aux soins communautaire de Peel Ontario
Carol Nafziger	Directrice clinique nationale, Soins infirmiers et soutien à domicile Comcare Health Services Fournisseur de services
Kathy Nakrayko	Directrice Services d'accès des patients, Saskatoon Health

Saskatchewan

- Judy O'Keefe** Présidente-directrice générale adjointe
Services de santé et services communautaires de l'Est de
Terre-Neuve
Terre-Neuve
- Major Joanne Plemel** Coordinatrice des services spécialisés
Chef d'état-major adjoint de la prestation de services de
santé
Quartier général du Groupe médical des Forces
canadiennes
National (MDN)
- Sharon Robson** Directrice, Peel SDC
Soins de santé Sainte-Élisabeth
Parrain Argent de l'ACSSD
- Corrine Rowswell** Analyste des politiques de soins à domicile et de soins
palliatifs
ministère de la Santé et des Services sociaux
Île-du-Prince-Édouard
- Janet Simm** Directrice, planification des systèmes et liaison
Ministère de la Santé de la N.-É., Direction des soins
continus
Nouvelle-Écosse
- Sandra Sims** Experte-conseil
Département des services familiaux et communautaires,
ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-
Brunswick
Nouveau-Brunswick
- Marilyn Soper** Infirmière en soins à domicile
Gouvernement du Nunavut
Nunavut

**Lieutenant Francine
Tremblay**

Programme de Gestion des cas
Groupe des services de santé des Forces canadiennes
National (MDN)

Ava Turner

Directrice
Comcare Health Services
Parrain Or de l'ACSSD

Sue VanderBent

Directrice générale
Ontario Home Care Association
Fournisseur de services

Debbie Weddell

Consultante en pratique clinique
Interior Health
Colombie-Britannique

Betty Zegarac

Analyste des politiques et de la planification
Direction des politiques et de la planification
Santé Manitoba
Manitoba