

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

en association avec

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉLABORATION D'UN PROFIL DE SORTIE D'UN PROGRAMME DE  
FORMATION INTERPROFESSIONNELLE ET TRANSDISCIPLINAIRE EN  
GESTION DE CAS SELON UNE PERSPECTIVE SITUÉE

THÈSE  
PRÉSENTÉE  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN ÉDUCATION

PAR  
DANIELLE BÉRUBÉ

SEPTEMBRE 2012

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

Je dédie cette thèse à Daniel dont l'appui inconditionnel est sans égal. Tu sais me redonner le courage quand il commence à manquer. Ta confiance en moi et tes encouragements me permettent de me dépasser continuellement...Sans toi, je ne serais pas rendue ici aujourd'hui.

« Quand un homme a faim, mieux vaut lui apprendre à pêcher que lui donner un poisson »

Lao Tzu ( proverbe chinois 400-600 av. J.-C.)

« Et l'ont doit remarquer qu'en effet il n'y a point d'entreprise plus difficile à conduire, plus incertaine quant au succès, et plus dangereuse que celle d'introduire de nouvelles institutions. Celui qui s'y engage a pour ennemis tous ceux qui profitaient des institutions anciennes, et il ne trouve que de tièdes défenseurs dans ceux pour qui les nouvelles seraient utiles »

Niccolo Machievelli, The Prince, 1513 – 1516

## REMERCIEMENTS

On ne fait jamais rien tout seul! Si je suis rendue à cette étape, je le dois à la collaboration de nombreuses personnes. Il est toutefois impossible de toutes les nommer.

Dans ce cheminement doctoral, j'ai eu la chance d'être guidée par deux personnes exceptionnelles. Tout d'abord, je tiens à remercier, la professeure Louise Dumas, ma directrice de thèse, pour son accueil chaleureux, son expertise, son souci du détail et ses judicieux commentaires qui m'ont permis de franchir, une à une, les nombreuses étapes de mon projet de recherche. Je désire aussi remercier mon co-directeur, le professeur Jacques Chevrier, pour sa vision critique, ses sages réflexions et ses questions pertinentes qui m'ont aidé à découvrir de nouvelles idées, ainsi que ses conseils qui m'ont donné du courage dans les moments difficiles. Lors de mon apprentissage du logiciel ATLAS.ti, il a fait preuve de beaucoup de patience et d'une grande générosité de son temps.

Je veux aussi souligner ma reconnaissance aux participants qui se sont engagés dans mon projet de recherche. La richesse, la pertinence et la spontanéité de vos propos a contribué à me faire réfléchir et à mieux comprendre votre réalité. Ce projet n'aurait pu se réaliser sans votre participation.

Enfin, j'aimerais remercier mes amies Marie, Francine, Nathalie, Hélène et Marielle pour leur soutien continu et leurs encouragements tout au long de ce parcours sinueux, et tout particulièrement, Hélène, Rachel et Caroline pour leur patience et leur révision du texte final.

Mille mercis à tous.

## TABLES DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES FIGURES.....	xi
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES .....	xii
SOMMAIRE .....	xiii
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE 1 LA PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE.....	5
1.1 Contexte social, politique et professionnel de la gestion de cas .....	5
1.2 Le rôle des gestionnaires de cas.....	9
1.2.1 Les qualifications des gestionnaires de cas .....	10
1.2.2 Les compétences requises pour le gestionnaire de cas.....	12
1.3 Les formations offertes en gestion de cas .....	13
1.3.1 L'approche par compétences en santé.....	16
1.3.2 L'approche par compétences en éducation .....	18
1.4 Le but et les questions de la recherche .....	20
CHAPITRE 2 LE CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE .....	21
2.1 Le réseau de la santé .....	21
2.1.1 Les politiques gouvernementales .....	22
2.2 La notion de gestion de cas.....	28
2.2.1 L'évolution sociohistorique du concept gestion de cas.....	28
2.2.2 La définition de la notion de gestion de cas .....	30
2.3 La notion de compétence .....	32
2.3.1 L'évolution sociohistorique du concept de compétence dans le milieu du travail.....	32
2.3.2 La conception de la compétence dans le milieu du travail.....	33
2.3.3 L'évolution sociohistorique de la notion de compétence en santé.....	34
2.3.4 La conception du concept compétence en santé.....	35
2.3.5 L'évolution sociohistorique du concept de compétence en éducation .....	43
2.3.6 La conception du concept de compétence en éducation .....	44
2.4 La situation professionnelle actuelle des gestionnaires de cas .....	51
2.5 La formation en gestion de cas .....	54

2.5.1	Les programmes de formation en gestion de cas .....	55
2.6	L'approche de formation par compétences.....	59
2.6.1	L'approche située .....	61
2.6.2	La notion de profil de sortie .....	66
2.6.3	Contenus des profils de sortie .....	69
2.6.4	La démarche d'élaboration d'un profil de sortie.....	70
2.7	Les implications pour la présente recherche.....	73
CHAPITRE 3 LA MÉTHODOLOGIE.....		74
3.1	La stratégie générale de la recherche .....	74
3.1.1	Le choix des sites de recherche .....	75
3.1.2	Le choix des participants à la recherche.....	77
3.1.3	Le choix des méthodes de collecte de données .....	81
3.2	Le déroulement de l'étude .....	85
3.2.1	Le recrutement des sites de recherche.....	85
3.2.2	La description des sites de recherche .....	87
3.2.3	La démarche de recrutement des participants .....	93
3.2.4	Le recrutement des participants du groupe interne .....	93
3.2.5	Le recrutement des participants du groupe externe.....	96
3.2.6	La description des étapes de la recherche .....	99
3.3	Limites de la recherche .....	119
CHAPITRE 4 RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES DONNÉES .....		121
4.1	Description d'un agir compétent en gestion de cas .....	121
4.1.1	L'agir compétent envers les clients.....	123
4.1.2	Agir compétent envers les fournisseurs de services.....	157
4.2	Les ressources personnelles qui sous-tendent l'agir compétent en gestion de cas.....	173
4.2.1	Le domaine communicationnel .....	174
4.2.2	Le domaine relationnel.....	181
4.2.3	Le domaine professionnel .....	194
4.2.4	Le domaine personnel .....	218
4.3	Les classes de situations .....	225

4.3.1	Gestion de cas simples (sans complication).....	226
4.3.2	Résolution des dilemmes éthiques et légaux.....	228
4.3.3	Défense des droits et des intérêts d'un client .....	234
4.3.4	Régulation continue des émotions quant aux circonstances positives et négatives de la pratique .....	237
4.3.5	Leadership et collaboration interdisciplinaire .....	244
4.3.6	Maintien de saines relations interpersonnelles.....	248
4.3.7	Coordination des soins et des services .....	252
4.3.8	Maintien de la confidentialité dans les transitions de soins .....	256
4.3.9	Adaptation aux problèmes complexes des clients (la clientèle lourde) ....	260
4.3.10	Soutien aux aidants naturels.....	265
4.3.11	Gestion des événements imprévus .....	271
4.3.12	Gestion des aspects organisationnels .....	275
4.4	Présentation du profil de sortie d'un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas .....	284
4.5	Conception d'un programme de formation .....	288
4.5.1	Développement d'une matrice du traitement compétent.....	288
4.5.2	Exemple de matrice du traitement compétent.....	293
CHAPITRE 5 DISCUSSION DES RÉSULTATS .....		295
5.1	L'agir compétent en gestion de cas.....	296
5.2	Les ressources personnelles qui sous-tendent l'agir compétent en gestion de cas.....	300
5.3	Réflexion sur la démarche de développement d'un profil de sortie pour un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire dans une perspective située .....	305
5.3.1	La démarche de construction.....	306
5.3.2	Les défis de construction du profil de sortie situé.....	309
5.4	Conclusion et Recommandations.....	311
APPENDICE A:	GUIDE D'ENTREVUE - DIRECTEUR/SUPERVISEUR.....	323
APPENDICE B:	GUIDE D'ENTREVUE - RESPONSABLE DE LA FORMATION.....	327
APPENDICE C:	GUIDE D'ENTREVUE - FOURNISSEURS DE SERVICES ....	331

APPENDICE D:	GUIDE D'ENTREVUE - CLIENTS.....	334
APPENDICE E:	PROTOCOLE DU PREMIER GROUPE DE DISCUSSION FOCALISÉE - GESTIONNAIRE DE CAS .....	337
APPENDICE F:	LETTRES D'AUTORISATION DES MILIEUX DE RECHERCHE.....	341
APPENDICE G:	CERTIFICATS ÉTHIQUE.....	342
APPENDICE H:	FICHE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DES PARTICIPANTS AUX GROUPE DE DISCUSSION.....	344
APPENDICE I:	FORMULAIRES DE CONSENTEMENT.....	346
APPENDICE J:	PROTOCOLE DU DEUXIÈME GROUPE DE DISCUSSION FOCALISÉE - GESTIONNAIRE DE CAS.....	347
APPENDICE K:	OUTIL UTILISÉ POUR LA VALIDATION INTERNE DES FAMILLES DE SITUATIONS PROFESSIONNELLES AVEC LES REPRÉSENTANTS DES DIFFÉRENTS MILIEUX DE RECHERCHE PAR VIDÉOCONFÉRENCE .....	376
APPENDICE L:	OUTIL UTILISÉ POUR LA VALIDATION EXTERNE DES FAMILLES DE SITUATIONS PROFESSIONNELLES .....	414
RÉFÉRENCES.....		431

## LISTE DES TABLEAUX

3.1	Caractéristiques des milieux de recherche .....	88
3.2	Profil des participants du groupe interne .....	94
3.3	Implication des répondants internes aux activités de recherche .....	95
3.4	Le profil des participants du groupe externe.....	97
3.5	Calendrier des activités de recherche et modes d'investigation.....	101
4.1	Gestion de cas simples (sans complication).....	227
4.2	Résolution des dilemmes éthiques et légaux.....	229
4.3	Défense des droits et intérêts d'un client ( <i>advocacy</i> ).....	235
4.4	Régulation continue des émotions quant aux circonstances positives et négatives de la pratique .....	238
4.5	Leadership et collaboration interdisciplinaire .....	245
4.6	Maintien de saines relations interpersonnelles.....	249
4.7	Coordination des soins et des services des clients .....	253
4.8	Maintien de la confidentialité des renseignements médicaux et personnels des clients dans les transitions de soins.....	257
4.9	Gestion des problèmes complexes des clients (la clientèle lourde) .....	261
4.10	Soutien aux aidants naturels.....	266
4.11	Gestion des événements imprévus .....	272
4.12	Gestion des aspects organisationnels .....	276
4.13	Profil de sortie d'un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas .....	285
4.14	Cadre situationnel de la matrice du traitement compétent .....	290
4.15	Cadre d'actions de la matrice du traitement compétent .....	291

4.16 Cadre de ressources de la matrice du traitement compétent .....	292
4.17 Cadre d'évaluation de la matrice du traitement compétent.....	293
4.18 Matrice du traitement compétent de la classe : Leadership et collaboration interdisciplinaire.....	294

## LISTE DES FIGURES

3.1	Le déroulement de la recherche .....	86
3.2	Le scénario de l'analyse des données.....	110
4.1	L'agir compétent en gestion de cas.....	123
4.2	L'agir compétent envers les clients.....	124
4.3	L'agir compétent envers les fournisseurs de services .....	158
4.4	Les ressources personnelles du domaine communicationnel.....	174
4.5	Les ressources personnelles du domaine relationnel .....	181
4.6	Les ressources personnelles du domaine professionnel .....	195
4.7	Les ressources du domaine personnel.....	218

## LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES

AFS	Aide familiale sociale
AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
ALS	<i>Amyotrophic lateral sclerosis</i>
CCAC	Centre d'accès aux soins communautaires
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CLSC	Centres locaux de services communautaires
COPD	<i>Chronic obstructive pulmonary disease</i>
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
GMF	Groupe de médecine de famille
LSSS	Loi des Services de santé et des services sociaux
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MELS	Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport
MESS	Ministère à l'Enseignement supérieur et de la Science
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
ORÉ	Observatoire des réformes en éducation
OSISS	<i>Operational stress injury social support</i>
RISPAPA	Réseau intégré de services pour les personnes âgées en perte d'autonomie
RLS	Réseaux locaux de services
RQASF	Réseau québécois d'action pour la santé des femmes
SIPA	Projet de démonstration du Système de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie

## SOMMAIRE

Le but de cette étude qualitative et interprétative est d'abord de décrire l'agir compétent d'un gestionnaire de cas œuvrant au sein du réseau de la santé, ensuite d'identifier les classes de situations professionnelles que tout gestionnaire de cas doit être en mesure de traiter efficacement dans sa pratique et finalement, d'élaborer le profil de sortie d'un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas selon une perspective située. La gestion de cas est un processus collaboratif qui vise l'intégration et l'harmonisation des services de santé d'une clientèle qui présente des problèmes de santé et/ou sociaux complexes. L'efficacité de la gestion de cas repose sur l'agir et les compétences du professionnel de la santé qui occupe le poste de gestionnaire de cas. Les gestionnaires de cas sont des professionnels de la santé de diverses disciplines qui assurent à cette clientèle une continuité de soins et services pour qu'ils retrouvent ou maintiennent un niveau optimal de santé. Or, la formation initiale de ces professionnels de la santé ne les prépare pas adéquatement à traiter les situations qu'ils rencontrent dans leur pratique. Un grand nombre d'entre eux ne reçoivent aucune formation pour les préparer à ce rôle. Lorsque la formation est offerte, elle porte sur l'acquisition de connaissances et d'habiletés nécessaires pour accomplir des tâches spécifiques et non sur le développement des compétences requises. La perspective située en éducation a servi de cadre théorique pour la recherche. La collecte des données a été réalisée par des rencontres individuelles et de groupes. L'analyse de contenu a été effectuée par catégorisation mixte. Des résultats émergent une définition commune de l'agir compétent et des ressources personnelles requises du gestionnaire de cas dans sa pratique. Ils ont permis également de discerner douze classes de situations professionnelles qui sont au cœur de la gestion de cas. Le profil de sortie d'un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas élaboré à partir de ces douze classes de situations professionnelles devrait permettre aux gestionnaires de cas de construire les connaissances et développer les compétences nécessaires pour remplir leur rôle avec efficacité puisque les classes de situations identifiées sont directement liées à leur pratique quotidienne. Enfin, cette recherche a permis de développer un profil de sortie selon une approche située dans un domaine autre que celui de la formation de base des adultes.

**MOTS-CLÉS:** agir compétent; constructivisme; gestion de cas; perspective située; profil de sortie.

## INTRODUCTION

La « gestion de cas », mieux connue dans la littérature anglaise sous le nom de « *case management* », est une stratégie systémique adoptée par plusieurs secteurs en santé pour assurer une prestation efficace de services à certaines clientèles. La gestion de cas offre une coordination structurée de services médicaux et sociaux à une clientèle qui présente des problèmes de santé complexes et qui doit naviguer à l'intérieur d'une structure de soins et de services très morcelées et complexe. Trois clientèles spécifiques sont présentées ici à titre d'exemple. En premier lieu, les personnes âgées en perte d'autonomie qui nécessitent les services de plusieurs intervenants afin de pouvoir demeurer à domicile le plus longtemps possible. En deuxième lieu, les grands brûlés et ensuite les traumatisés crâniens qui requièrent des soins médicaux et psychologiques considérables ainsi que des services de réadaptation qui s'échelonnent sur plusieurs années avant de pouvoir réintégrer le milieu du travail après un accident. Ces personnes ont souvent de la difficulté à coordonner eux-mêmes tous ces services ou en sont tout simplement incapables à cause du morcellement et de la complexité des ressources. Des services non coordonnés chez ces clientèles entraînent non seulement des complications de santé, mais aussi des coûts exorbitants pour le système de santé. Alors, le rôle du gestionnaire de cas est donc d'aider ces personnes vulnérables à naviguer dans le système de santé.

Or les gestionnaires de cas ne sont pas formés adéquatement pour répondre à ces nouveaux impératifs du système de santé. En effet, les gestionnaires de cas sont souvent recrutés au sein du personnel de l'établissement, pour leur expérience et leur compétence unidisciplinaire auprès de la clientèle ciblée. Comme gestionnaires de cas, ils doivent coordonner tous les soins et les services prodigués à leurs clients par les différents intervenants impliqués dans les plans de services, afin de s'assurer que les services donnés soient intégrés et répondent de façon holiste à leurs besoins. Contrairement au rôle du professionnel de la santé dans un secteur particulier de l'établissement, celui de

gestionnaire de cas est beaucoup plus exigeant et complexe. Par conséquent, le champ d'activités des gestionnaires de cas s'élargit considérablement, puisqu'ils doivent intervenir auprès de plusieurs personnes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de leur établissement, ainsi qu'à différents paliers hiérarchiques. Ces fonctions exigent qu'ils œuvrent à l'extérieur des balises habituelles de la profession pour laquelle ils ont été formés et qui constitue la base de leur expertise clinique. En outre, ils doivent aussi comprendre et s'ajuster aux politiques intra et inter organisationnelles des services de santé et des services sociaux, tout en assurant des services de qualité à tous leurs clients, dans une enveloppe budgétaire limitée. Les compétences requises pour agir efficacement dans un tel rôle dépassent celles apprises par l'infirmière ou le travailleur social qui occupent ce type de poste.

Dans le réseau de la santé, comme les postes de gestionnaires de cas sont occupés par des professionnels provenant de différentes disciplines de la santé et de services sociaux, ceci laisse croire que la gestion de cas comprend un ensemble de compétences communes à plusieurs disciplines. Divers auteurs soutiennent que la gestion de cas requiert des compétences spécifiques au-delà de la formation initiale dans l'une ou l'autre des professions de la santé et également au-delà des apprentissages réalisés de façon expérientielle ou accidentelle (Gursansky, Harvey et Kennedy, 2003; Hawkins, Veeder et Pearce, 1998; McClaran, Lam, Snell et Franco, 1998; Moxley, 1997). Nous sommes de cet avis vu la complexité grandissante des problématiques en gestion de cas et des possibilités de conflits et d'ambiguïtés associées à la coordination des services, une formation spécifique, transdisciplinaire et interprofessionnelle apparaît comme essentielle pour tous les gestionnaires de cas, peu importe leur appartenance professionnelle (Rubin, 1992).

Malheureusement, une grande majorité de gestionnaires de cas ne bénéficient pas de formation avant d'occuper le poste (Gursansky et al., 2003). Pour ceux qui reçoivent une formation, celle-ci prend différentes formes et ne répond pas à leurs besoins (Gursansky

et al., 2003). Les programmes de formation actuels en gestion de cas visent la maîtrise de savoirs et non le développement de compétences ou d'un agir compétent en gestion de cas pour résoudre les problématiques rencontrées au quotidien. La présente étude innove en proposant de décrire l'agir compétent en gestion de cas et de développer un profil de sortie pour une formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas selon une approche située.

Le premier chapitre de cette thèse traite d'abord du contexte social, politique et professionnel qui a contribué à l'émergence de la gestion de cas, de l'importance et de la pérennité du rôle de gestionnaire de cas. Il traite ensuite de l'absence d'une formation adaptée aux besoins des gestionnaires de cas sur le terrain d'où l'importance de cette recherche pour remédier à cette lacune.

Le deuxième chapitre décrit le cadre théorique et les principaux concepts qui y sont associés. Cet exposé est suivi par une revue de la littérature en santé portant sur l'état actuel de la pratique professionnelle des gestionnaires de cas et des programmes de formation en gestion de cas offerts par différents milieux. Finalement, différentes perspectives concernant l'approche par compétences sont exposées.

Le troisième chapitre présente la méthodologie utilisée pour cette étude. La stratégie générale de la recherche est décrite en premier, incluant l'approche, la posture épistémologique et les choix méthodologiques. Ensuite, le déroulement des diverses étapes de la recherche ainsi que le cadre d'analyse sont présentés.

Le quatrième chapitre révèle les résultats de l'analyse des données. Ces résultats sont décrits en trois parties. L'agir compétent en gestion de cas qui émerge de l'interprétation de diverses perspectives est présenté en premier, suivi par les classes de situations que tout gestionnaire de cas doit traiter avec succès. Finalement, le profil de sortie d'un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas selon une approche située est proposé.

Le cinquième chapitre traite de l'interprétation des résultats de la recherche en lien avec la littérature recensée et apporte un regard critique sur la démarche de construction du profil de sortie. La thèse se termine par un regard critique sur la démarche utilisée pour élaborer et valider un profil de sortie en gestion de cas et un exemple d'opérationnalisation de ce profil dans une matrice du traitement compétent. L'originalité de la démarche est expliquée et des pistes de recherches et d'enseignement sont suggérées.

## **CHAPITRE 1**

### **LA PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE**

Ce chapitre présente les principaux éléments liés à la problématique de la recherche. Il débute par une description des facteurs politiques, économiques et sociaux qui ont contribué à l'émergence de la gestion de cas et à sa pérennité. Par la suite, le rôle du gestionnaire de cas est expliqué en vue de démontrer l'importance d'une formation spécifique en gestion de cas menant à la proposition d'une nouvelle approche pouvant remédier aux problèmes de formation soulevés. Le chapitre conclut par l'objet et les questions spécifiques reliées à cette étude.

#### **1.1 Contexte social, politique et professionnel de la gestion de cas**

Le concept de gestion de cas est utilisé dans plusieurs domaines incluant le milieu carcéral (Ministry of Justice, 2009). Cependant, pour cette étude, il ne s'applique qu'au domaine de la santé. Dans ce secteur, la littérature foisonne de définitions de la gestion de cas parce qu'elle est utilisée par plusieurs disciplines et différents secteurs. Simplement exprimée, la gestion de cas aide les personnes qui ont de multiples problèmes de santé, soit physiques, psychosociaux ou les deux, à naviguer dans le réseau de la santé. Ces personnes sont habituellement de grands utilisateurs du système de santé. Des gestionnaires de cas coordonnent, en temps opportun et d'une manière appropriée, les soins et les services que ces personnes requièrent pour retrouver ou maintenir un niveau de santé optimal.

Le concept de gestion de cas n'est pas nouveau puisqu'il est utilisé par plusieurs professionnels de la santé depuis le début du siècle (Cesta et Tahan, 2003). Néanmoins, depuis les trente dernières années, les décideurs politiques se tournent vers la gestion de cas pour remédier à certaines réalités politiques, économiques et sociales. L'accroissement alarmant des coûts du système sociosanitaire et l'insatisfaction des clients en regard des services offerts sont deux exemples de ces réalités (Cesta et Tahan, 2003).

Les coûts du système sociosanitaire augmentent continuellement et drainent les ressources financières des gouvernements. Plusieurs facteurs contribuent à cet accroissement fulgurant des dépenses en santé tels que la décentralisation des soins, la multiplication des spécialités et des surspécialités en santé, le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, la réduction de la durée du séjour en milieu hospitalier ainsi que la désinstitutionalisation des personnes âgées ou de celles qui souffrent de problèmes en santé mentale.

Dans les années 90, on assiste à une décentralisation des soins. Jusque-là, l'hôpital était le « cœur du système de santé » (Julien, 1998). Cet établissement était responsable de la prestation de la plupart des services sanitaires de sa clientèle régionale. On constate alors qu'une dispensation de services par l'hôpital est beaucoup plus onéreuse que si les services sont prodigués dans la communauté ou à domicile. On réduit ensuite la durée du séjour en milieu hospitalier (Holt, 2000; Rose, 1992), ce qui entraîne le transfert de l'offre de services en cliniques externes ou à domicile afin de compenser ceux qui autrefois étaient dispensés par l'hôpital. Ceci alourdit la tâche pour le client alors confronté à de multiples intervenants dans des lieux divers pour l'obtention des services dont il a besoin.

À la même période, les spécialités et surspécialités explosent. En effet, plusieurs nouveaux programmes et services médicaux spécialisés sont créés exigeant une instrumentation spécifique (Rubin, 1992), et de nouveaux traitements sont offerts aux clients, ce qui ajoute aux coûts existants (Conti, 1996). Cette prolifération de milieux de soins et de professionnels de la santé impliqués dans la prestation des services aux clients a contribué à la fragmentation et, dans certains cas, à une duplication de services, plus particulièrement chez les clients souffrant de problèmes de santé chroniques comme la personne âgée qui souffre de diabète avancé et d'arthrite sévère. Celle-ci requiert les services de plusieurs professionnels de la santé tels que l'infirmière, le médecin, le pharmacien, la diététiste, le physiothérapeute ou l'ergothérapeute et peut-être même le

travailleur social. Cette personne arrive difficilement à naviguer sans aide dans le système de santé, entre tous ces différents professionnels.

On réalise aussi que la population vieillit et que ses besoins en services médicaux et sociaux grandissent (Rosen, Gross, Young, Smolenski et Howell, 2000). C'est au Québec que l'on observe l'accroissement le plus rapide et le plus élevé du vieillissement au monde (Charpentier et Soulières, 2006). Un rapport publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) souligne que 40 % des personnes de 75 ans et plus souffrent d'incapacités. La croissance du nombre de personnes âgées est donc une variable importante à considérer dans la planification des ressources financières du réseau de la santé québécois (MSSS, 2005a). Or les personnes âgées font partie des clientèles qui ont de la difficulté à naviguer dans le système fragmenté pour obtenir les services requis.

La gestion des maladies chroniques est un autre facteur qui draine les ressources en santé, car au Québec, 64% des dépenses en santé sont allouées aux personnes atteintes de maladies chroniques (Aucoin, 2007). Les gens atteints de maladies chroniques requièrent le soutien de plusieurs professionnels de la santé et des services diversifiés par exemple, l'oxygène à domicile, le changement de pansements, les activités organisées de jour, etc. Ces activités sont certes moins onéreuses que le séjour hospitalier mais entraînent un besoin de rationalisation des dépenses encourues.

En plus, le fort mouvement de désinstitutionnalisation des personnes souffrant de problèmes en santé mentale et celui du maintien à domicile des personnes âgées (Mayer et Goyette, 2000; Charpentier, 2002) requiert le suivi de ces clientèles vulnérables dans la communauté, ce qui exige beaucoup des familles. Ces dernières doivent aussi être prises en considération dans l'organisation des services à la personne touchée.

Avec tous ces changements, les clients, surtout les grands utilisateurs du système sociosanitaire, se montrent de plus en plus insatisfaits des services. Pour connaître les

causes de cette insatisfaction grandissante, les gouvernements provinciaux canadiens ont mis en œuvre différentes commissions d'enquête. Suite à ces enquêtes, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a procédé à d'importantes réformes. L'une visait l'amélioration de la coordination et de la continuité des services et l'autre concernait la transformation progressive de l'organisation des services (Fleury, Grenier et Ouadahi, 2007).

Au Québec, la gestion de cas fait donc son entrée dans les années 1990, d'abord dans le secteur de la santé mentale. Le rapport « *Projet de politique en santé mentale* » (Charchar, Le May et Bolduc, 2005; Nadon et Thibault, 1993; Nadeau, 1989) du gouvernement québécois précise que chaque personne a droit à un plan personnalisé de services coordonnés par une « personne pivot ». Plus tard en 1999, la ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec invite les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les centres hospitaliers (CH) à travailler en partenariat pour créer des réseaux intégrés de services afin de faciliter l'accès des services du continuum aux personnes âgées (Boudreault, 2004). Or les services étant nombreux et morcelés, cette intégration est difficile à réaliser et en attendant, les clientèles vulnérables peinent à recevoir les soins et services dont elles ont besoin.

Pour apporter une solution, deux études canadiennes recommandent le recours à la gestion de cas pour l'intégration des services de clientèles spécifiques. Dans un rapport publié pour Santé Canada, Hollander et Prince (2001) ciblent quatre groupes de clientèles vulnérables qui bénéficieraient d'une coordination de services par un gestionnaire de cas : les personnes âgées de 65 ans et plus, les adultes présentant des handicaps physiques, les personnes atteintes de problèmes sévères en santé mentale et les enfants ayant des besoins spéciaux. Un peu plus tard, le rapport Romanow (2002), *Guider par nos valeurs: l'avenir des soins de santé au Canada*, recommande aussi que la gestion de cas, un service déjà en place dans les soins à domicile de toutes les

provinces et territoires, s'étende aux personnes atteintes de problèmes mentaux (Calgary Health Region, 2004; Romanow, 2002).

En 2003, la *Loi 25*, qui vise une plus grande intégration des services au niveau local, concrétise la création des réseaux locaux de services (RLS) (Fleury et al., 2007). Cette mise en réseau des services implique un changement fondamental dans la conception du rôle de chacun des partenaires du réseau, incluant les clients, ainsi que dans les pratiques professionnelles (D'Amour, Tremblay et Bernier, 2007). Pour assurer une meilleure continuité des services aux clientèles vulnérables, des intervenants pivots, généralement des infirmières, sont graduellement greffées à des secteurs comme l'oncologie, la gériatrie et les groupes de médecine de famille (GMF) (Desrosiers, 2004). Il est important de souligner que dans certains secteurs, la personne pivot est aussi appelée gestionnaire de cas (MSSS, 2005b). Ces personnes sont choisies pour leur expertise dans leur discipline et leur sens de l'organisation. Aux fins de cette étude, tous ces intervenants sont regroupés sous le terme de gestionnaire de cas. À cet égard, la section suivante décrit le rôle d'un gestionnaire de cas au sein du réseau de la santé.

## **1.2 Le rôle des gestionnaires de cas**

Les gestionnaires de cas sont en fait « le lien humain qui relie le client au système » sociosanitaire (Intagliata, 1992, p. 31). Ces professionnels de la santé aident certaines clientèles à naviguer plus facilement dans le réseau de la santé et, par une coordination judicieuse, tentent de limiter les coûts des services en évitant leur duplication et les hospitalisations inutiles et coûteuses. Ainsi, les gestionnaires de cas assurent à des clientèles vulnérables, des services appropriés et continus d'un système de santé devenu fragmenté et complexe (Intagliata, 1992). Par exemple, cette clientèle peut être constituée d'enfants atteints de fibrose kystique, de personnes âgées en perte d'autonomie, de personnes souffrant de troubles mentaux graves ou de personnes atteintes du sida. Les responsabilités des gestionnaires de cas comprennent entre autres, le ralliement des membres de l'équipe multidisciplinaire, c'est-à-dire les intervenants qui

gravitent autour d'un même client, la coordination des ressources appropriées ainsi que l'expertise des professionnels de la santé impliqués dans le cas (Gibson, 1996).

Plus spécifiquement, six fonctions clés sont associées au rôle de gestionnaire de cas : 1) l'évaluation des besoins des clients; 2) la planification des services requis; 3) la mise en place de ces services; 4) la coordination des services; 5) le suivi ou le monitoring du plan et 6) la défense des droits des clients (*advocacy*) (Stroul, 1995). Comme le gestionnaire de cas est au fait de la situation globale du client, il devient le « pivot central » ou la personne-ressource à laquelle les autres membres de l'équipe s'adressent pour connaître l'évolution de la situation et de l'état de santé des clients qui sont suivis en gestion de cas (Girouard, 1996).

Dans leur pratique quotidienne, les gestionnaires de cas sont confrontés à des situations variées et inhabituelles qui demandent un engagement personnel ainsi qu'un bagage considérable de connaissances et d'habiletés professionnelles (Kanter, 1992). Dans l'exercice de leurs fonctions, ils sont appelés à jouer différents rôles, « agent de repérage de clientèles, courtier de services, représentant des droits du client, conseiller, organisateur communautaire, planificateur ou gestionnaire » (Intagliata, 1992, p.32). Par ailleurs, dans certaines circonstances où les services sont difficiles d'accès ou n'existent tout simplement pas, ils doivent faire preuve de créativité et innover pour fournir les services à leurs clients (Stroul, 1995). Pour être en mesure de remplir effectivement tous ces rôles, les gestionnaires de cas doivent posséder certaines qualifications.

### **1.2.1 Les qualifications des gestionnaires de cas**

Les personnes qui occupent des postes de gestionnaires de cas proviennent de disciplines professionnelles variées. Ces postes sont occupés le plus souvent par des infirmières et des travailleurs sociaux. Selon les besoins de la clientèle visée par la gestion de cas, d'autres professionnels peuvent aussi agir à titre de gestionnaire de cas, notamment des médecins, des physiothérapeutes, des éducateurs en santé ainsi que des ergothérapeutes

(Moxley, 1997). En plus de leurs qualifications disciplinaires de base, certains gestionnaires de cas obtiennent des qualifications additionnelles en gestion de cas. Ces personnes peuvent détenir un certificat, une maîtrise et même un doctorat en gestion de cas (Gursansky et al., 2003). Ces qualifications sont parfois rehaussées d'une formation continue ou de développement professionnel (Gursansky et al., 2003).

Toutefois, on remarque à regret qu'une grande majorité de gestionnaires de cas ne reçoivent pas de préparation particulière pour leur rôle et l'apprennent en travaillant (Gursansky et al., 2003). Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer cette situation. Premièrement, la gestion de cas n'est pas considérée comme ayant des savoirs disciplinaires distincts (Siefker, Garrett, Genderen et Weis, 1998). Elle est plutôt regardée comme un rôle transitoire dans la carrière d'un professionnel de la santé (Stroul, 1995).

Par surcroît, certains superviseurs pensent que les compétences acquises par un professionnel de la santé sont transférables d'un poste à l'autre (Gursansky et al., 2003; Sankar et Brooks, 1998; Stroul, 1995; Raiff et Shore, 1993; Rubin, 1992; Netting, 1992). Pour eux, les gestionnaires de cas sont des professionnels d'expérience qui sont en mesure de s'adapter aux demandes de leur nouveau poste avec très peu de formation ou même sans aucune préparation. C'est notamment le cas de l'infirmière reconnue pour son expertise en soins infirmiers auprès d'une clientèle particulière; celle-ci est recrutée parmi le personnel d'une unité de soins pour un poste de gestionnaire de cas. Or, les compétences que l'infirmière utilise pour traiter les situations cliniques à l'unité de soins ne sont pas les mêmes que celles requises pour résoudre les situations associées à la gestion de cas.

On retrouve un exemple frappant de cette façon de penser des dirigeants lors de l'implantation du réseau intégré de services pour les personnes âgées en perte d'autonomie (RISPAPA), sur le territoire de Québec-Centre. Selon Bélanger (2001),

dans Boudreault (2004), les compétences acquises par les travailleurs sociaux sont effectivement transférables à la gestion de cas comme le montre l'extrait suivant:

Les gestionnaires de cas sont choisis dans l'équipe psychosociale de nos services, la fonction de coordination du plan d'intervention interdisciplinaire leur étant déjà dévolue. Nous considérons que la formation des travailleurs sociaux fournit les habiletés professionnelles requises pour assurer une coordination efficace des ressources par la concertation des différents acteurs concernés. (p.27)

Cette présomption s'est révélée fautive puisqu'une étude ultérieure révèle que les gestionnaires de cas auraient apprécié participer à une formation spécifique sur l'approche de gestion de cas avant d'assumer leurs nouvelles fonctions (Boudreault, 2004). En effet, la pratique professionnelle du gestionnaire de cas est beaucoup plus complexe que celle du praticien dans son département et exige d'autres compétences.

### **1.2.2 Les compétences requises pour le gestionnaire de cas**

Les activités reliées à la gestion de cas sont vastes et multidimensionnelles et demandent des compétences spécifiques. Par exemple, la coordination des services des clients sur l'ensemble d'un continuum n'est pas une activité simple (Bower, 1992). Par continuum de services, on entend l'intégration d'un ensemble d'établissements, de services, de fournisseurs de services et de niveaux de services afin de mieux répondre aux besoins des clients (Agrément Canada, 2009). Ainsi, au quotidien, les gestionnaires de cas communiquent avec des fournisseurs de services et d'autres professionnels de la santé qui n'appartiennent pas nécessairement à leur établissement (Gibson, 1996). Le simple fait d'avoir à intervenir auprès de plusieurs intervenants de divers milieux peut générer des conflits et des ambiguïtés qui demandent des habiletés différentes de celles requises par le professionnel qui travaille au sein de son propre établissement de santé (Gursansky et al., 2003). Ce type de coordination est exigeant et requiert des compétences spécifiques, incluant la capacité de questionner l'utilisation des pratiques établies (Gursansky et al., 2003; Hawkins et al., 1998; Hugman, 1998) et à négocier des

services optimaux pour les clients, surtout dans un contexte de restrictions budgétaires régulières. L'évolution constante du système sociosanitaire, les nouvelles politiques et lois gouvernementales leur demandent également un ajustement et un apprentissage continu. Des compétences particulières sont donc nécessaires pour s'acquitter adéquatement de ces situations. Or, la formation disciplinaire préalable des gestionnaires de cas ne les prépare pas à ces rôles d'intégrateur et de négociateur qui sont nécessaires pour faire face aux situations quotidiennes de leur travail.

Vu la complexité grandissante des problématiques en gestion de cas et les possibilités de conflits et d'ambiguïté associées à la coordination des services, une formation en gestion de cas est essentielle, et cela peu importe la profession initiale des gestionnaires de cas (Rubin, 1992).

### **1.3 Les formations offertes en gestion de cas**

Dans les établissements de santé où l'on reconnaît un besoin spécifique de formation en gestion de cas, un éventail très flou de programmes est offert. Puisque la notion de gestion de cas n'appartient à aucune discipline particulière, les programmes de formation sont développés par différentes disciplines du domaine de la santé. De plus, le niveau de formation, l'établissement d'enseignement le plus approprié pour offrir la formation et la clientèle visée par la formation en gestion de cas sont des sujets controversés. Par exemple, l'*American Nurses Association* recommande le baccalauréat comme préparation de base pour un poste de gestionnaire de cas tandis que d'autres organisations exigent des infirmières formées au niveau de la maîtrise (Bower, 1992). Pour eux, la gestion de cas requiert des professionnels d'expérience très bien formés et habilités (Stroul, 1995) et non des jeunes diplômés sans expérience clinique ni connaissances nécessaires pour être efficace comme gestionnaire de cas (Siefker et al., 1998). Ainsi, on constate que les gestionnaires de cas sont formés dans des collèges communautaires, des programmes universitaires de premier, deuxième et de troisième

cycles, des programmes de certification, des ateliers spécialisés ou même en cours d'emploi (Gursansky et al., 2003; Austin et McClland, 2000).

Pour ce qui est de la formation universitaire, certains établissements offrent une formation en gestion de cas dans leurs programmes d'études professionnelles de premier, deuxième et troisième cycle. Les programmes de formation universitaire sont souvent offerts par le département de la formation continue. Cependant, les universités reçoivent peu de financement pour ce genre de formation (Raiff et Shore, 1993) et comptent sur les inscriptions individuelles et le soutien des employeurs pour libérer les étudiants (Finemann, 1996). De plus, les cours universitaires consistent souvent en séminaires d'introduction qui ne couvrent pas réellement les habiletés complexes requises ou contribuer au développement à long terme des compétences nécessaires à la gestion de cas (Ridgway, Spaniol et Zipple, 1986).

Pour ajouter à la confusion, la formation en gestion de cas est souvent initiée par une discipline professionnelle spécifique (Gursansky et al., 2003; Haw 1995) et s'adresse à une clientèle ciblée (Liu, Edwards et Courtney, 2009). La formation est alors unidisciplinaire puisque les étudiants appartiennent tous à la même discipline comme le travail social ou les sciences infirmières. Depuis quelques années, la littérature en santé suggère toutefois qu'une formation au contenu transdisciplinaire répondrait davantage aux besoins des gestionnaires de cas (Howell, Prestwick, Laughlin et Giga, 2004; Moxley, 1997; Murer et Brick, 1997; Shaw, McMahon, Chan, Taylor et Wood, 1997; Finemann, 1996).

En effet, les compétences requises en gestion de cas vont au-delà des savoirs disciplinaires et transcendent les divers milieux de pratique. De plus, il semble que les compétences mobilisées au quotidien par le gestionnaire de cas sont les mêmes peu importe la discipline d'où ce professionnel de la santé est issu. Ces compétences sont donc transdisciplinaires, puisqu'elles s'appliquent à plusieurs disciplines qu'elles transforment, qu'il s'agisse des sciences infirmières, du travail social ou de toute autre

discipline. Le professionnel de la santé qui agit comme gestionnaire de cas n'est plus seulement une infirmière ou un travailleur social puisque son rôle s'élargit considérablement au-delà de sa discipline. La gestion de cas n'est pas non plus une spécialité, car elle dépasse le champ de pratique disciplinaire. La création récente sur l'ensemble du territoire canadien des réseaux intégrés de services rendant les frontières disciplinaires plus perméables témoigne de la nécessité de développer une formation interprofessionnelle au contenu transdisciplinaire, c'est-à-dire qui s'adresse à des gestionnaires de cas de diverses disciplines.

En plus d'être offerte par des universités, la formation en gestion de cas est aussi développée au niveau des établissements de santé. Bien souvent, les dirigeants instaurent la gestion de cas rapidement dans un secteur pour contrer les lacunes identifiées dans la prestation des services d'une clientèle spécifique (Rapp et Poertner, 1992). Les gestionnaires de cas sont alors sélectionnés principalement pour leur niveau d'expérience unidisciplinaire, leur capacité d'adaptation au changement, leur facilité à innover, leur leadership ainsi que pour leur habileté à communiquer (Girouard, 1996). La formation en cours d'emploi est donc généralement satisfaisante selon les administrateurs puisqu'elle répond à des besoins ponctuels et très spécifiques à leur organisation. Pourtant, deux études québécoises contredisent toutefois cette affirmation (Boudreault, 2004; Girouard, 1996). Selon l'avis des gestionnaires de cas qui ont participé à ces études, la formation suivie en cours d'emploi ne les a pas bien préparés pour accomplir leurs nouvelles fonctions car elle était trop centrée sur des tâches ponctuelles à faire plutôt que de mettre l'accent sur la coordination de soins et services pour un individu en situation de vulnérabilité progressivement de plus en plus grande.

L'exposé précédent montre que ce ne sont pas tous les gestionnaires de cas qui jouissent d'une formation spécifique avant d'occuper leur poste. Pour ceux qui ont été formés, la formation reçue ne répond pas aux besoins de leurs tâches complexes. D'ailleurs, lorsqu'on examine la littérature à ce sujet, ceci constitue un autre point de divergence.

### **1.3.1 L'approche par compétences en santé**

En vue de répondre aux demandes du marché du travail et de former des professionnels de la santé compétents et capables d'assumer adéquatement leurs postes en milieu de travail, les établissements d'enseignement ont adopté depuis plusieurs années l'approche par compétences pour concevoir les programmes de formation. Malgré l'importance de la gestion de cas à travers le monde, la littérature en santé quant à l'élaboration de programmes de formation en gestion de cas reste limitée. Par contre, on y retrouve beaucoup de récits anecdotiques sur l'approche par compétences. Au premier abord, on observe une certaine confusion entourant la notion même de compétence. Celle-ci est souvent définie selon la posture épistémologique de l'auteur. Il appert toutefois que l'accent des formations contemporaines en gestion de cas est mis sur l'acquisition de savoirs disciplinaires à appliquer ultérieurement dans les situations de travail et non sur le développement des compétences requises pour traiter adéquatement les situations propres à la gestion de cas actuelle, notamment, gérer une situation de crise ou travailler au sein de réseaux intégrés de services.

La compétence du professionnel de la santé est reliée aux situations qu'il a à traiter quotidiennement. Sa compétence est déterminée par son agir en situation. Cet agir compétent est influencé par plusieurs facteurs : 1) la formation initiale qui construit la base des connaissances et des habiletés du professionnel; 2) la formation continue qui lui permet de maintenir sa compétence dans un environnement en constante évolution; 3) les ressources du milieu qui facilitent la mise en pratique de ses habiletés; 4) les changements de rôles, c'est-à-dire le passage de novice à expert dans un rôle et le retour à celui de novice lorsqu'il assume un nouveau rôle (Benner, 1984); et 5) la supervision et les encouragements qu'il reçoit au travail (Campbell et Witmer, 1998).

En fait, c'est d'abord son bagage expérientiel qui permet au professionnel de la santé de s'adapter aux différentes situations de sa vie personnelle et professionnelle. Ceci signifie que même si deux professionnels de la santé sont exposés à la même situation, ils s'y

prendront différemment pour traiter la situation parce que leurs acquis expérientiels sont différents. Il suffit de donner l'exemple de l'évaluation de la situation familiale d'un client âgé par deux gestionnaires de cas; celle-ci sera différente, même s'ils utilisent la même grille d'évaluation. Un des gestionnaires de cas peut avoir une expérience de 10 ans auprès des personnes âgées et l'autre seulement six mois. Les deux compléteront la grille d'évaluation différemment puisqu'ils n'ont pas accès aux mêmes acquis. Celui qui possède une expérience limitée en gériatrie aura tendance à compléter la grille question par question alors que la personne la plus expérimentée pourra suivre la conversation de la personne âgée tout en la dirigeant vers l'information qu'il recherche, mais pas nécessairement de manière séquentielle.

Le gestionnaire de cas doit être compétent et autonome pour gérer des situations complexes. Chacun de ses clients présente des besoins et des circonstances uniques qui exigent une approche singulière. Ses actions sont guidées par sa compréhension de la situation du client et les résultats qu'il veut atteindre. Il ne peut donc pas s'appuyer sur une démarche prédéterminée ou des savoirs stables transmis lors d'une formation basée uniquement sur l'acquisition de savoirs. En effet, le gestionnaire de cas doit s'adapter continuellement aux exigences de la situation dans laquelle il se trouve.

Ainsi, la compétence professionnelle du gestionnaire de cas repose sur des actions guidées par un ensemble de ressources personnelles et externes qui l'aident à s'adapter progressivement à la situation. Les ressources personnelles font référence à ses connaissances, ses habiletés ou ses attitudes. En termes de ressources externes, il peut faire appel à d'autres intervenants, à des documents ou autres objets de son environnement. La compétence ne demande donc pas que la mobilisation de ressources cognitives. Par ses actions en situation, le gestionnaire de cas tente de transformer progressivement la situation pour atteindre l'objectif qu'il s'est fixé. Cette compétence est donc indissociable de la situation et ne peut être définie que par les situations du travail qui la demande, de la personne au centre de cette situation, elle-même une

personne unique et en évolution (Avanzino et Terraneo, 2004). C'est donc un « agir compétent » qui permet au professionnel de la santé de s'adapter aux problématiques qu'il rencontre dans sa pratique. Dans un tel contexte d'incertitude et de mouvance, aucune formation basée uniquement sur la maîtrise de savoirs ne peut couvrir l'ensemble des problématiques rencontrées dans la pratique professionnelle des gestionnaires de cas, ni garantir un agir compétent en situations réelles (Masciotra et Medzo, 2009). En effet, une formation qui vise la maîtrise de contenus disciplinaires ne signifie pas qu'au terme de cette formation, les gestionnaires de cas seront en mesure d'agir avec compétence dans ces situations.

Il est donc raisonnable de penser qu'un programme de formation destiné aux futurs gestionnaires de cas doit s'intéresser davantage à les outiller sur le plan des ressources et d'agir compétent afin de traiter les situations rencontrées dans leur quotidien.

### **1.3.2 L'approche par compétences en éducation**

Depuis la dernière réforme de l'éducation au Québec, la mode curriculaire est l'approche par compétences basée sur une épistémologie constructiviste et socioconstructiviste (Masciotra et Medzo, 2009; Jonnaert, Barrette, Masciotra et Yaya, 2006). Malgré cela, les programmes d'études continuent d'être développés selon une organisation des contenus d'apprentissage par objectifs et la transmission de savoirs (Jonnaert, 2007b). Or, l'approche constructiviste vise la construction des connaissances et le développement des compétences par un apprenant actif (Jonnaert, Barrette, Boufrahi et Masciotra, 2004).

Pour éviter un tel glissement épistémologique, des chercheurs en éducation proposent l'approche située de la compétence pour concevoir les programmes d'études (Masciotra et Medzo, 2009; Jonnaert, 2007b; Jonnaert et al., 2006). Dans une approche située, « la personne, ses actions et les circonstances forment un tout qui ne peut être séparé » (Jonnaert, 2007a, p. 15). Dans cette conception de l'apprentissage, la compétence se

développe « en action et en situation » et n'est constatée que lorsque le traitement de la situation est réussi et acceptable (Masciotra et Medzo, 2009; Jonnaert et al., 2006). En d'autres mots, « une compétence se comprend dans l'agir d'une personne qui solutionne avec succès une situation » (Masciotra et Medzo, 2009, p. 57). La compétence est vu comme « l'intelligence de l'agir en situation » (Masciotra et Medzo, 2009, p. 28). Pour cette raison, ces chercheurs privilégient la notion d'agir compétent à celle de compétence.

Contrairement aux approches de formation par compétences qui proposent un profil de sortie décrivant des connaissances, des habiletés et des attitudes essentielles en regard d'objectifs ou de compétences à atteindre (Otis et Ouellet, 1996), les programmes situés prônent une entrée par les situations de vie (Masciotra et Medzo, 2009; Jonnaert et al., 2006). Ainsi, le profil de sortie prescrit des classes de situations extraites du contexte de la vie personnelle ou professionnelle de la clientèle visée par la formation (Masciotra et Medzo, 2009).

Un profil de sortie développé à partir de situations professionnelles vécues par l'ensemble des gestionnaires de cas pourrait répondre aux besoins réels de formation. Le traitement de ces classes de situations en contexte de formation leur permettrait de développer les compétences nécessaires pour s'adapter aux situations qu'ils rencontrent au quotidien.

De plus, un profil de sortie situé pourrait servir de cadre de référence pour plusieurs activités professionnelles telle que : 1) concevoir des programmes de formation en gestion de cas; 2) guider les gestionnaires de cas dans l'élaboration de leur programme individuel de maintien de compétences professionnelles; et 3) favoriser la pratique réflexive chez les gestionnaires de cas et ainsi parfaire les apprentissages professionnels continus.

#### **1.4 Le but et les questions de la recherche**

La revue des écrits scientifiques sur les programmes de formation en gestion de cas dans le domaine de la santé ne révèle aucune évidence de l'existence d'un profil de sortie d'un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas, élaboré à partir d'une perspective située. Par conséquent, cette étude propose :

- 1) de décrire l'agir compétent d'un gestionnaire de cas œuvrant au sein du réseau de la santé;
- 2) d'identifier et de valider les classes de situations professionnelles que tout gestionnaire de cas doit être en mesure de traiter efficacement; afin
- 3) d'élaborer un profil de sortie pour un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas selon une perspective située.

Pour ces raisons, cette étude vise à répondre aux questions suivantes :

- 1) quel est l'agir compétent attendu d'un gestionnaire de cas œuvrant au sein du réseau de la santé, au Québec ?
- 2) quelles sont les classes de situations professionnelles qui doivent être traitées efficacement par tout gestionnaire de cas du réseau de la santé et qui demandent la mise en œuvre de cet agir compétent?

## CHAPITRE 2

### LE CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

Ce chapitre présente les bases théoriques qui ont encadré cette étude. Il commence par une révision des principales politiques en santé qui ont contribué à l'émergence de la gestion de cas. Ensuite, les notions de gestion de cas et de compétence qui sous-tendent cette recherche sont définies. Une revue des études sur les programmes de formation en gestion de cas et de différentes perspectives sur l'approche de formation par compétences est présentée par la suite. Il conclut par une description de l'approche située en éducation et des démarches utilisées pour élaborer un profil de sortie d'un programme de formation.

La gestion de cas découle des principales mesures prises par les gouvernements canadiens et québécois pour freiner les dépenses en santé et promouvoir une meilleure coordination des soins et des services pour les clients. Par conséquent, il est important d'effectuer un retour sur ces stratégies afin d'en faciliter sa compréhension.

#### 2.1 Le réseau de la santé

Beaucoup d'initiatives médicales et sociales utilisées au Canada proviennent des États-Unis. La gestion de cas en est un exemple. À une période, ces deux systèmes sociosanitaires se ressemblaient énormément. Toutefois, au milieu des années soixante, plusieurs changements apportés au système canadien ont contribué à différencier les deux systèmes. Des différences notables font que la pratique des gestionnaires de cas canadiens n'est pas identique à celle de leurs collègues américains.

Au Québec, deux réformes ont entraîné des changements majeurs dans la prestation des soins et services à la clientèle, celle qui découle de la commission Castonguay-Nepveu à la fin des années soixante et la réforme Côté du début des années quatre-vingt-dix (Deslauriers et Hurtubise, 2000). Les politiques en matière de santé et de services sociaux qui émanent de ces réformes ont eu des conséquences déterminantes pour

l'ensemble de la population, mais encore plus pour certains groupes de personnes. Parmi ces politiques, on retrouve celles de la désinstitutionnalisation, du virage ambulatoire, du maintien à domicile et des réseaux intégrés de services.

## **2.1.1 Les politiques gouvernementales**

### **2.1.1.1 La désinstitutionnalisation**

La politique de la désinstitutionnalisation concerne principalement les personnes souffrant de troubles mentaux. Depuis trente ans, on assiste à une réduction importante des hôpitaux psychiatriques au profit de services offerts dans la communauté (Vitez, 2001). Les besoins d'une plus grande efficacité économique, le désir de prodiguer des soins plus humanitaires ainsi que le raffinement de la médication utilisée pour ces personnes sont les principales raisons évoquées pour l'adoption de cette politique (Dubois et Krogsrud Miley, 2005).

Cependant, on remarque que ces personnes malades fonctionnent difficilement dans la société et bien souvent, elles ne savent pas où sont dispensés les services auxquels elles ont droit et comment y accéder. La prise en charge de personnes souffrant de problèmes mentaux sévères est particulièrement lourde pour les personnes aidantes. Les proches des personnes affligées doivent maintenant s'adresser au CLSC ou réseau communautaire pour obtenir le soutien nécessaire. Pour sa part, le réseau communautaire éprouve de la difficulté à subvenir aux besoins de cette clientèle et on remarque une fragmentation dans la prestation des soins (Vitez, 2001). On attribue les causes de ces difficultés au manque de reconnaissance et de financement des organismes communautaires, ainsi qu'à la compétition qui s'exerce entre les établissements de santé pour le peu de financement disponible (Vitez, 2001).

Il est important de souligner que dans un climat de récession économique et de restrictions budgétaires, le mouvement de désinstitutionnalisation se poursuit par

l'adoption de la politique sur le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

### **2.1.1.2 Le maintien à domicile**

Au cours des années quatre-vingts, dans le but de réduire les coûts financiers de l'État, le gouvernement québécois émet une politique sur le maintien à domicile. Grâce à cette politique, il resserre les critères portant sur l'admission des personnes âgées aux centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) (Charpentier et Soulières, 2006). De plus, dans le document *Chez soi, le premier choix*, le MSSS du Québec réaffirme son intention de maintenir les personnes âgées en perte d'autonomie à domicile le plus longtemps possible (MSSS, 2003).

L'apport d'aide et de soins à un proche âgé vivant à domicile est un travail exténuant pour l'aidant naturel, qui est habituellement un membre de la famille ou un ami. Dans sa quête pour assurer les services requis à la personne vieillissante, l'aidant naturel doit constamment négocier et tisser des liens avec beaucoup de personnes, qui sont soit des amis, des voisins, des bénévoles ou des professionnels de la santé et des services sociaux (Clément et Lavoie, 2005). Les professionnels de la santé impliqués dans l'aide et les soins apportés à la personne âgée sont nombreux : médecins, infirmières, ergothérapeutes, nutritionnistes, travailleurs sociaux, pour ne nommer que ceux-là. Ces professionnels sont également des employés de divers établissements : hôpitaux, CLSC, centres de jour, services de proximité (Clément et Lavoie, 2005).

Il importe de rappeler que les intervenants des CLSC jouent un rôle critique pour assurer le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. C'est justement vers ces professionnels que la personne âgée et l'aidant naturel se tournent pour trouver les services dont ils ont besoin, mais, en même temps, ils doivent aussi se plier aux exigences administratives et aux disponibilités de chacun. Le travail de gestion des ressources effectué par l'aidant naturel ou la personne âgée elle-même exige du temps,

de l'énergie et des connaissances pour naviguer dans cet univers complexe et mouvant (Clément et Lavoie, 2005).

### **2.1.1.3 Le virage ambulatoire**

Dans les années quatre-vingt-dix, on dénote une dégradation dans les services fournis par les systèmes sociosanitaires partout au Canada (Deslauriers et Hurtubise, 2000). La réduction des transferts en santé du gouvernement fédéral aux provinces est un des facteurs qui contribuent à cette détérioration. Ces réductions financières entraînent d'importants déficits pour les systèmes sociosanitaires provinciaux et mènent à une autre importante réforme mieux connue sous le nom de « virage ambulatoire ».

Sans contredit, le virage ambulatoire occasionne des fermetures de lits dans les hôpitaux, un transfert partiel des ressources traditionnelles attribuées aux hôpitaux vers la communauté, le développement de pratiques de groupe appuyées par des ressources de maintien à domicile accrues, le décroisement des pratiques professionnelles (Vitez, 2001; Deslauriers et Hurtubise, 2000) et la réduction du séjour en milieu hospitalier (McQueen Reidy, 2005).

Ce changement organisationnel provoque une augmentation de la clientèle dans les services ambulatoires des hôpitaux, les urgences et les services de diagnostic et de traitements de même qu'au niveau des organismes communautaires (McQueen Reidy, 2005). Une autre conséquence du virage ambulatoire est le transfert de la technologie et des traitements spécialisés aux services ambulatoires et aux domiciles des clients (McQueen Reidy, 2005; Lehoux, Pineault, Richard, St-Arnaud, Law et Rosendal, 2003). Il n'est plus rare de rencontrer à domicile, des clients souffrant de maladies dégénératives comme la maladie de Lou-Gehrig, dont la fonction respiratoire de la personne est assistée mécaniquement par un appareil sophistiqué. D'autres clients souffrant d'insuffisance rénale chronique s'administrent eux-mêmes une dialyse journalière. Avant le virage ambulatoire, ces clients recevaient ces services dans le

milieu hospitalier. Ces nouveaux services à domicile exigent un engagement et un apprentissage de la part du client et des proches ainsi que des intervenants des établissements de santé communautaire.

À la faveur du virage ambulatoire, les établissements publics transfèrent ainsi la responsabilité de la prestation des services aux clients et aux proches. Le gouvernement québécois tient ainsi pour acquis que les clients et leurs proches sont prêts et capables de se charger des responsabilités « d'autosoins » associées à la condition médicale (McQueen Reidy, 2005) Or, il s'avère que ces personnes n'ont pas nécessairement les connaissances, les habiletés ou le soutien requis pour la prise en charge de ces besoins médicaux (McQueen Reidy, 2005). Les clients et leurs proches doivent alors apprendre à s'orienter dans cette panoplie de services et de professionnels en plus de devenir des opérateurs d'appareils médicaux et de gérer des situations d'urgence. Ces nouvelles responsabilités sont difficiles et requièrent un suivi continu d'intervenants du réseau de la santé. La prestation des services aux clients passe ainsi d'une logique « établissement-client » à une logique « réseau-client » (Boudreault, 2004).

Depuis le virage ambulatoire, le gouvernement du Québec a mis en place des points d'entrée dans le réseau de la santé tels qu'Info santé et les CLSC en vue d'aider la population à gérer ses épisodes de santé et à éviter les hospitalisations coûteuses (McQueen Reidy, 2005). La création récente des réseaux intégrés de services est une autre mesure qui vise l'amélioration de la qualité des services et la réduction des coûts du système sociosanitaire.

#### **2.1.1.4 Les réseaux locaux de services intégrés**

Après la désinstitutionnalisation, le virage ambulatoire et le maintien à domicile, le gouvernement crée les réseaux locaux de services intégrés dont le but est de :

Favoriser le maintien des personnes âgées dans la communauté en leur offrant des services accessibles, continus et coordonnés. Il s'agit en

quelque sorte d'un outil que le réseau québécois de services se donne afin que la bonne ressource offre le bon service, à la bonne personne et au bon moment (RRSSS-03, 2000, p.4).

Au départ, ces réseaux sont mis en place pour aider les personnes âgées et leurs proches à trouver plus rapidement les services adéquats et assurer une meilleure intégration des soins et services. Le projet SIPA (Projet de démonstration du Système de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie) est un exemple d'un tel réseau (Paré, 2003; Lemieux, Grenier et Le Blanc, 2001). Par la suite, leur mandat s'est élargi et les réseaux doivent maintenant répondre aux besoins de l'ensemble de la population qu'ils desservent. Selon Contandriopoulos (2004), dans Malo (2004), l'ingrédient essentiel au succès de l'intégration des soins et services est la collaboration interdisciplinaire.

#### **2.1.1.4.1 La collaboration interprofessionnelle**

L'interdisciplinarité est une façon de travailler et se distingue de la multidisciplinarité ou de la pluridisciplinarité en ce qu'elle est plus globale et requiert une concertation d'efforts pour résoudre un problème. Selon Hébert (1997), dans Deslauriers et Hurtubise (2000), l'interdisciplinarité rassemble des professionnels de la santé afin de discuter et d'analyser un problème pour arriver à une harmonisation des points de vue et une concertation des efforts vers un but commun.

L'interdisciplinarité est basée sur le travail d'équipe et l'abandon du travail unidisciplinaire, c'est-à-dire par discipline. Selon Contandriopoulos (2004), dans Malo (2004), cette intégration requiert : 1) la reconnaissance de l'interdépendance des professions concernées; 2) l'établissement d'une collaboration basée sur la confiance mutuelle; et 3) la coordination des ressources pour la réalisation d'un projet commun. Pour Tremblay (2004), dans Malo (2004), la synergie de ce type d'équipe est créée par la multiplication des talents plutôt que par la simple addition des forces comme c'est le cas pour la multidisciplinarité et la pluridisciplinarité. Il avance également que

l'interdisciplinarité exige la perméabilité des frontières entre les professions et la mise en commun des expertises dans un climat de confiance mutuelle dans la poursuite d'un but ultime qui est d'offrir aux clients des soins et services de qualité.

Lamontagne (2004), dans Malo (2004), abonde dans le même sens en soulignant que la médecine du XXI<sup>e</sup> siècle doit être une médecine de partage des compétences et de solidarité entre les divers professionnels de la santé. Pour sa part, Desrosiers (2004), dans Malo (2004), ajoute que cette concertation d'efforts de la part des professionnels est aussi critique pour la planification et le suivi des soins de santé des personnes souffrant de maladies chroniques. St-Louis (2004), dans Malo (2004), renchérit en disant que le succès des réseaux de services intégrés exige l'adoption d'une « logique de service » plutôt que d'une « logique d'établissement », c'est-à-dire que le meilleur service doit être offert, peu importe l'établissement qui offre le service et où il se trouve sur le continuum.

Penser en mode réseau demande une ouverture d'esprit, de la souplesse et un lâcher-prise pour se centrer sur les besoins spécifiques des clients. Cependant, ce nouveau type de collaboration ne s'effectue pas sans heurt. Selon Contandriopoulos (2004), dans Malo (2004), le milieu clinique est propice aux conflits et aux guerres de frontières où chaque profession veut garder sa part du terrain. Selon lui, la collaboration requise par le travail interdisciplinaire demande de mettre fin à ces disputes. Desrosiers (2004), dans Malo (2004), avance que pour une collaboration efficace, les professionnels de la santé doivent sortir de leur rôle traditionnel et se voir comme des intervenants complémentaires et interdépendants. St-Louis (2004), dans Malo (2004), conclut que pour être capables de travailler au sein d'un réseau de santé intégré, les professionnels de la santé doivent développer de nouvelles compétences tant conceptuelles, cliniques que relationnelles.

En résumé, toutes ces nouvelles politiques en matière de santé et de services sociaux se veulent avant tout des mesures économiques, puisqu'elles ont comme objectif premier

de transférer les coûts des services d'institutions coûteuses vers des organisations moins onéreuses. En ce qui concerne les clients du réseau de santé et des services sociaux, ces changements entraînent une multiplication de services, de lieux et d'acteurs impliqués dans leur problème de santé. Avant l'introduction de ces politiques, la plupart des services se donnaient à un seul endroit, l'hôpital. Ces changements affectent surtout les clients les plus vulnérables, notamment ceux affligés de maladies chroniques requérant un plan d'intervention spécifique et un suivi continu pour les aider à maintenir un état de santé optimal et prévenir les complications. Pour soutenir leurs clientèles vulnérables et poursuivre leurs objectifs économiques, les dirigeants canadiens se tournent vers la gestion de cas.

## **2.2 La notion de gestion de cas**

Lors de la crise économique et budgétaire du système sociosanitaire américain, survenue au début des années quatre-vingts, la gestion de cas s'est avérée efficace pour coordonner les soins et les services aux clientèles précaires. Étant donné les résultats positifs obtenus aux États-Unis, les ministères de la santé provinciaux canadiens, certains établissements et organisations de santé adoptent eux aussi la gestion de cas pour coordonner les soins et services des clientèles vulnérables. Un bref sommaire de l'évolution sociohistorique de ce concept est présenté dans la prochaine section.

### **2.2.1 L'évolution sociohistorique du concept gestion de cas**

Le terme « gestion de cas » fait partie de l'héritage des disciplines du travail social et de la santé communautaire (Fletcher et Coffman, 1999; Tahan, 1998; Murer et Brick, 1997). Dans les années quatre-vingts, afin de contrer les coûts croissants d'un système sociosanitaire devenu de plus en plus complexe, fragmenté et où les duplications de services sont fréquentes (Ingliata, 1992), les établissements de santé américains adoptent la gestion de cas. Cette stratégie est efficace pour gérer les séjours hospitaliers, assurer le congé des patients selon l'échéancier prévu et coordonner les transferts des patients

comme ceux des personnes âgées, de l'hôpital à leur domicile. (Lamb, 1992; Zander, 1988). Les compagnies d'assurances privées américaines emboîtent aussi le pas dans le but de réduire les dépenses liées aux soins de santé de leurs clients (Fletcher et Coffman, 1999). En effet, en ayant recours à la gestion de cas, les compagnies d'assurances privées réussissent à diminuer substantiellement les coûts des réclamations des clients et à améliorer leur qualité de vie (Lamb et Stempel, 1994).

C'est au début des années quatre-vingt-dix que l'on commence à parler de gestion de cas au Canada. Au Québec, elle est apparue en 1990 dans la littérature en santé à la suite de la publication du document intitulé *Projet de politique en santé mentale* (Nadon et Thibault, 1993) qui précisait que chaque client devait jouir d'un plan personnalisé de services coordonnés par un intervenant pivot (Nadeau, 1989). Depuis, son utilisation s'est étendue aux milieux hospitaliers (Lahaie, 2002; Gagnon, Legendre-Parent, Vigneault, Marquis, Paquet, Michaud et Gauvin, 2004) et aux établissements communautaires (Paré, 2003; Morin, Côté et Carbonneau, 2002; Nadon et Thibault, 1993).

Ainsi, des CLSC mettent en place une équipe de « gestionnaires de cas », destinée à s'occuper des personnes âgées. Leur mandat est d'assurer l'accessibilité, la coordination et la continuité des services à des personnes âgées et à leurs proches (Boudreault, 2004). Ces professionnels de la santé coordonnent les services et s'assurent que l'offre de services répond adéquatement aux besoins identifiés des clients. Pour sa part, le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) adopte la gestion de cas pour le suivi des clients qui subissent une arthroplastie totale de la hanche et du genou (Gagnon et al., 2004). Lamontagne (2004), dans Malo (2004), mentionnent que des projets similaires sont proposés pour le suivi des clients en oncologie et en santé mentale. En 2006, le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes recommande l'adoption d'un programme semblable pour le suivi des clientes atteintes d'un cancer du sein (RQASF, 2006).

### **2.2.2 La définition de la notion de gestion de cas**

Dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, deux expressions sont utilisées pour décrire la notion de gestion de cas. L'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ, 1996, 1999), utilise l'expression « suivi systématique de clientèles » tandis que, dans le reste du réseau, on préfère le terme « gestion de cas ».

Dans la littérature en santé, on retrouve un très grand nombre de définitions de ce concept. Cette profusion signifie que la communauté paramédicale, les clients et les fournisseurs de services ne parviennent pas à s'entendre sur une définition universelle (Rosen et al., 2000) et que, comme un test de Rorschach, elle dépend de l'interprétation de celui qui l'utilise (Kersberger, 1996).

La littérature en santé propose trois significations de la notion de gestion de cas : un processus ou une pratique, une stratégie systémique de prestation de services et finalement un service. De son point de vue, O'Connor (1988) considère la gestion de cas comme une pratique ou une composante d'un système de prestation de soins d'une clientèle spécifique. Lorsque la gestion de cas est synonyme d'une pratique, elle réfère à l'application d'un processus systématique par un intervenant dont le but est l'élaboration du plan d'intervention pour un client. Ce plan d'intervention regroupe les activités que l'intervenant planifie dans le but de satisfaire aux besoins de santé du client. Pour celui-ci, la concertation des interventions du professionnel de la santé contribue à son retour à la santé ou au maintien de son niveau de santé.

La gestion de cas est aussi considérée comme une stratégie de prestation de services. Dans ce cas-ci, la gestion de cas n'est plus une pratique isolée d'un professionnel de la santé, mais elle est plutôt une pratique systémique établie et encadrée au niveau de l'établissement de santé. Une clientèle est identifiée et une gamme de services est définie pour répondre aux besoins de cette clientèle. Les personnes qui coordonnent les services requis par la clientèle sont appelées gestionnaires de cas (O'Connor, 1988). Ces

professionnels de la santé aident la clientèle ciblée à naviguer dans le système sociosanitaire. Les clients reçoivent des soins et des services reliés à leur problème de santé et sont suivis par le gestionnaire de cas, peu importe où les services sont dispensés sur le continuum : communauté, hôpital, réadaptation, groupe d'entraide, entreprises privées, etc.

Lorsque la gestion de cas est une composante d'un système de prestation de services d'une clientèle, elle est encadrée à différents niveaux. Au niveau stratégique, une structure organisationnelle est en place pour créer les liens et les ententes entre les établissements et assurer l'accessibilité aux ressources nécessaires pour répondre aux besoins de la clientèle, soit à l'intérieur de l'établissement de santé, entre les établissements de santé ou à l'extérieur avec des agences communautaires (O'Connor, 1988). Des politiques ou protocoles encadrent la prestation des services aux clients. De plus, un superviseur oriente les gestionnaires de cas pour leur nouveau poste et agit comme intermédiaire entre eux et l'administration (O'Connor, 1988). Cet encadrement organisationnel est nécessaire pour une gestion de cas efficace (O'Connor, 1988).

Les responsabilités des gestionnaires de cas sont d'organiser, de coordonner et de maintenir un réseau formel et informel de soutien et d'activités à la clientèle afin d'optimiser son fonctionnement et son bien-être (Moxley, 1989). Comme son titre l'indique, ce professionnel de la santé est un gestionnaire. Il s'assure que le client reçoit les bons services, au bon moment et que les résultats visés sont atteints. Les gestionnaires de cas ne travaillent pas seuls. Des commis, des aides familiales et d'autres professionnels de la santé les soutiennent dans leur travail.

Aux États-Unis où les soins ne sont pas étatisés, la gestion de cas est aussi définie comme un service. Mais au Canada, la gestion de cas est comprise dans la gamme des services du programme d'assurance-maladie étatique.

Aux fins de cette étude, la notion de gestion de cas retenue est celle qui la définit comme une stratégie systémique d'un système de prestation de services qui s'adressent à une clientèle vulnérable. Elle est soutenue par l'établissement ou le réseau de la santé et des services sociaux. Le gestionnaire de cas coordonne les soins et les services requis par la clientèle cible et les services sont dispensés sur un continuum de services pour lui permettre de maintenir un niveau optimal de santé.

Le travail au niveau d'un continuum de services, ainsi que les problématiques multiples et complexes de la clientèle suivie en gestion de cas exigent de la part des gestionnaires de cas un ensemble de compétences qui dépassent celles requises des praticiens qui œuvrent à l'intérieur d'un seul établissement ou département. Il convient donc de clarifier ce que l'on entend par la notion de compétence.

### **2.3 La notion de compétence**

La notion de compétence provient du milieu du travail et migre ensuite vers les domaines de la santé et de l'éducation. Son évolution dans le domaine du travail est décrite brièvement ainsi que celle des deux autres domaines.

#### **2.3.1 L'évolution sociohistorique du concept de compétence dans le milieu du travail**

Jusqu'à la fin des années soixante, les marchés du travail sont relativement stables. Les travailleurs occupent des postes spécifiques pour lesquels ils ont les qualifications requises. Toutefois, au début des années soixante-dix, les demandes du marché du travail changent et les entreprises doivent réviser le travail de l'ouvrier (Gillet, 1998). Les situations de travail deviennent plus complexes, les travailleurs font face à des événements imprévus qui demandent des compétences différentes. Pour répondre aux exigences du marché, les entreprises se tournent vers un modèle du travail basé sur les compétences. On demande alors de l'ouvrier moderne de faire preuve d'une plus grande polyvalence, d'autonomie et de responsabilité (Besson et Haddadj, 1999) dans son

travail. La complexité des problèmes rencontrés dans le travail demande aussi une plus grande interdépendance entre les équipes de travail (Lévy-Leboyer, 1996).

Au début des années soixante-dix, le mouvement américain des compétences s'amorce par les recherches sur la motivation humaine et la performance au travail (Manley et Garbett, 2000). Les méthodes traditionnelles d'évaluation utilisées jusqu'à maintenant pour l'embauche d'employés sont dépassées (Manley et Garbett, 2000). Les aptitudes d'un candidat pour un poste de travail ne sont plus mesurées par des tests d'intelligence, mais plutôt par l'évaluation de ses compétences (Watson, Stimpson, Topping et Porock, 2002). C'est ainsi que la notion de qualification prisée jusque-là évolue vers celle de compétence.

### **2.3.2 La conception de la compétence dans le milieu du travail**

Dans le domaine du travail, les notions de qualification et de compétence sont bien différentes. La notion de qualification réfère aux capacités d'un travailleur à remplir un travail (Le Boterf, 2000, 2002). Ces qualifications sont associées à des savoirs et des savoir-faire acquis par la formation et l'apprentissage. Le poste de travail est découpé en tâches et la personne est jugée qualifiée si elle peut exécuter l'ensemble de ces tâches. Le recrutement et la sélection des nouveaux employés reposent sur les qualifications et les habiletés des travailleurs à reproduire, aussi fidèlement que possible, les comportements des employés qualifiés (Boon et van der Klink, 2002). La notion de qualification équivaut ainsi à une vision normative du travail (Le Boterf, 1999).

La notion de compétence suggère plutôt un caractère « relativiste ». Elle est définie par l'action du travailleur impliqué dans une situation influencée par les éléments présents dans un environnement physique et social. La compétence dépend autant de l'autonomie du travailleur dans son action que des caractéristiques de la situation. Selon Le Boterf (1999), une personne compétente :

Sait agir avec pertinence dans un contexte particulier, en choisissant et en mobilisant un double équipement de ressources : ressources personnelles (connaissances, savoir-faire, qualités, culture, ressources émotionnelles...) et ressources de réseaux (banques de données, réseaux documentaires, réseaux d'expertise, etc.). Savoir agir avec pertinence, cela suppose d'être capable de réaliser un ensemble d'activités selon certains critères souhaitables (p. 38).

Le travailleur doit démontrer un savoir agir en situation qui correspond à certains critères. Dans ce cas-ci, la notion de compétence correspond à celle de performance. Être compétent signifie « savoir agir, savoir mobiliser » les ressources nécessaires pour résoudre les situations liées à son poste de travail (Le Boterf, 2002).

Ensuite, la notion de compétence migre vers les domaines de la santé et de l'éducation. Son évolution et sa conception dans le domaine de la santé sont examinées en premier.

### **2.3.3 L'évolution sociohistorique de la notion de compétence en santé**

Comme il a été expliqué précédemment, dans les années soixante-dix, les établissements de santé américains sont sujets à des pressions sociopolitiques et à la concurrence grandissante du marché entourant la prestation des soins (Calhoun, Davidson, Sinioris, Vincent et Griffith, 2002). Ces changements entraînent des transformations des milieux de travail et une complexification du travail des professionnels de la santé (Avvanzino et Terraneo, 2004). Les administrateurs des établissements de santé se tournent eux aussi vers le modèle du travail par compétences pour s'assurer une place concurrentielle sur le marché et recruter du personnel compétent (Calhoun et al., 2002).

Or, on se rend compte que les professionnels de la santé diplômés des établissements d'enseignement ne répondent plus aux besoins des établissements de la santé. Par exemple, on rapporte que les médecins font de plus en plus d'erreurs dans l'établissement des diagnostics médicaux (Hager, Gonczi et Athanasou, 1994). La cause de ce problème relève semble-t-il du peu d'importance attribué au développement et à l'évaluation du jugement clinique dans la formation des médecins (Hager et al., 1994).

Pour répondre au marché du travail et former des professionnels de la santé compétents, les établissements d'enseignement adoptent l'évaluation par compétences.

C'est aussi à la même époque que del Bueno (1978) introduit le concept de compétence en soins infirmiers (McAdams et Montgomery, 2003; Watson, Stimpson, Topping et Porok, 2002). Depuis, son utilisation s'est étendue à plusieurs autres domaines : la formation continue de divers milieux de pratique (Alspach, 1984; del Bueno, 1978), le développement de programmes de baccalauréat pour la formation des infirmières (Fordham, 2005; Gubrud-Howe, Tanner, Davidson, Goudreau, Hendy et Shores, 2003; McAdams et Montgomery, 2003; McEwen et Brown, 2002; Girot, 2000), l'évaluation de la compétence clinique en ergothérapie (Salvatori, 1996), en soins infirmiers (Watson et al., 2002), l'identification et l'évaluation des compétences pour la gestion des soins de santé (Calhoun et al., 2002) et récemment, l'identification des compétences des infirmières en santé communautaire (Hart, Olson, Fredrickson et McGovern, 2006).

#### **2.3.4 La conception du concept compétence en santé**

Même si le concept de compétence semble bien établi dans le domaine de la santé depuis plusieurs années, comment est-il défini? On remarque surtout dans la littérature en santé qu'il ne semble pas bien défini. Selon certains auteurs, il s'agit d'un concept « flou » qu'on n'arrive pas à définir clairement (Avanzino et Terraneo, 2004). C'est aussi ce qu'affirme les auteurs d'une recension d'écrits anglophones publiés entre 1989 et 2001, en rapportant que la terminologie entourant la notion de compétence est « ambiguë et nébuleuse » (McMullan, Endacott, Gray, Jasper, Miller, Scholes et Webb, 2003). D'autres affirment qu'il est trop défini plutôt que mal défini (Watson et al., 2002). Par ailleurs, son utilisation dans son mode singulier et pluriel contribue aussi à la confusion dans la littérature en soins infirmiers (Ashworth et Morrison, 1991). En outre, on dénote une incohérence dans l'emploi des notions de compétence et de performance.

De plus en plus de recherches empiriques révèlent que la performance des professionnels dans leur travail n'est pas toujours le reflet fidèle de leur compétence (While, 1994). Le lavage des mains requis par tous les professionnels de la santé en milieu clinique est un exemple concret de cette dissonance. Durant leur formation disciplinaire, tous les professionnels de la santé apprennent l'importance du lavage des mains pour prévenir la transmission des microbes et doivent démontrer cette compétence en pratique. Toutefois, chez certains professionnels de la santé, on remarque un décalage entre la compétence apprise et la mise en pratique en milieu clinique. Ceci signifie que d'autres facteurs influencent la performance du professionnel qui sait agir tel que sa motivation (vouloir agir) ou selon le contexte de la situation dans lequel il se trouve (pouvoir d'agir) (Le Boterf, 2002).

Dans les écrits scientifiques anglophones, la notion de compétence est définie soit dans une perspective comportementale, générique ou holistique. Dans l'approche comportementale, les compétences sont rattachées aux comportements requis pour exécuter des tâches ou des fonctions. Les compétences représentent un ensemble de comportements fragmentés, exécutés sans but précis (Hager et al., 1994). La compétence est vue comme la somme d'un ensemble de tâches. Dans cette perspective, très peu d'importance est accordée au jugement et aux attitudes du professionnel ainsi qu'aux circonstances environnementales de sa pratique professionnelle (McMullan et al., 2003; Le Var, 1996). En somme, dans la perspective comportementale, tous les professionnels de la santé ont la même conception du travail et agissent de façon similaire en situation (Hager et al., 1994). Pour être compétent, le professionnel de la santé n'a qu'à reproduire de longues listes de tâches prescrites (Fordham, 2005). Par conséquent, dans cette perspective, la notion de compétence correspond à celle de performance comme dans le domaine du travail.

Pour sa part, la perspective générique définit la notion de compétence en termes de ressources personnelles essentielles que doit posséder un professionnel de la santé

compétent (Gonczi, 1994). Ces ressources sont, pour certains, des capacités et des forces (Eichelberger et Hewlett, 1999), pour d'autres, des connaissances, une pensée critique (Le Var, 1996), ou encore, une confiance en soi, une capacité d'adaptation et de résolution de problèmes (Fordham, 2005). Ce sont ces caractéristiques personnelles qui permettent au professionnel de la santé de s'adapter à différentes situations. La notion de compétence réfère ainsi à un savoir-faire en situation. L'appropriation de ce potentiel de ressources personnelles lui permet de performer avec compétence dans diverses situations (McMullan et al., 2003). Ainsi, ce potentiel est transférable d'une situation à l'autre.

Toutefois, il semble que la simple appropriation d'un potentiel de ressources personnelles ne soit pas suffisante pour le professionnel de la santé. Selon Abruzzese (1996), l'infirmière compétente est celle qui possède un bagage de connaissances, d'habiletés et d'attitudes lui permettant d'agir avec compétence. Elle ajoute toutefois que posséder ce potentiel de compétences n'est pas suffisant, il faut aussi qu'elle soit capable de le démontrer par une performance compétente. Donc, un potentiel de compétences ne serait pas garant d'une performance compétente en milieu clinique.

La notion de compétence est aussi abordée selon une perspective holistique ou intégrée. Quatre facteurs servent à circonscrire son caractère holistique : 1) la compétence est inférée à partir de la performance d'activités professionnelles complexes qui sont identifiées comme les éléments de la compétence; 2) ces activités professionnelles sont intégrées et globales et non des tâches individuelles et indépendantes; 3) ces activités demandent une compréhension de la situation (*situational understanding*) puisqu'elles sont guidées par le sens que le professionnel donne aux différentes situations; et 4) les normes utilisées pour l'évaluation des compétences sont holistiques, c'est-à-dire que les caractéristiques de la personne (potentiel) et les activités professionnelles clés à exécuter (performance) forment un tout (Gonczi, 1994). La compétence est vue comme la combinaison des connaissances, des habiletés, des valeurs et des attitudes du

professionnel nécessaires pour comprendre et fonctionner dans des situations professionnelles (McMullan et al., 2003; Le Var, 1996; Gonczi, 1994). Dans cette perspective, la compétence est plus que l'application d'un travail prescrit ou qu'une combinaison complexe d'aptitudes, elle demande une « performance intelligente » qui laisse transparaître le jugement et les valeurs du professionnel (McMullan et al., 2003; Le Var, 1996). Elle tient compte du caractère individuel de la compétence et considère que la performance peut prendre diverses formes (Fordham, 2005). Toutefois, comme pour les deux autres perspectives, l'accent porte sur une performance compétente attendue.

Du côté des écrits francophones, la notion de compétence réfère plutôt au processus de construction des compétences qu'à l'atteinte d'une performance. La notion de compétence est contextualisée, c'est-à-dire qu'elle est indissociable de la situation (Avvanzino et Terraneo, 2004). Ainsi, elle ne peut être définie que par les situations du travail qui la demande tout en tenant compte de la personne au centre de cette situation, elle-même une personne unique et en évolution (Avvanzino et Terraneo, 2004). La compétence est dynamique parce qu'elle s'adapte continuellement aux exigences de la situation. Donc, la compétence « se développe dans l'articulation de l'activité et des valeurs du sujet dans les jeux qui s'opèrent entre le savoir et les tentatives de reconfigurer le milieu » (Avvanzino et Terraneo, 2004, p. 37). Contrairement aux significations behavioriste et cognitiviste anglophones, la conception francophone de la notion de compétence tend vers une conception constructiviste.

Dans cette conception de la notion de compétence, pour s'adapter aux situations qu'ils rencontrent dans sa pratique, le professionnel de la santé dispose en tout temps de deux types de ressources : un bagage expérientiel unique et des ressources externes associés à la situation et au contexte. Schwartz (1997) identifie six ingrédients qui constituent le bagage expérientiel de la personne et qui correspondent en fait aux ressources personnelles du professionnel de la santé : 1) les connaissances de base nécessaires pour

effectuer le travail; 2) l'expérience « incorporée » qui permet au professionnel de la santé de prendre des décisions en fonction des circonstances rencontrées; 3) la capacité de mettre en relation les connaissances et l'expérience, c'est-à-dire de prendre du recul par rapport à la situation pour poser le bon diagnostic; 4) le lien entre la compétence et les valeurs engagées dans l'activité; 5) la récurrence partielle des valeurs personnelles sur tous les autres ingrédients; et 6) la compétence collective.

Les ressources externes sont celles présentes dans la situation et son contexte. Ainsi, le professionnel de la santé analyse la situation dans laquelle il se trouve, lui donne un sens, évalue les ressources qu'il possède et celles qui sont disponibles dans l'environnement qui peuvent l'aider à traiter la situation dans laquelle il se trouve. Au cours du traitement de la situation, il ajuste ses actions par rapport aux circonstances et les modifie en conséquence. Sa façon d'agir est donc unique et dépendante du but qu'il s'est donné, de son expérience incorporée et des circonstances propres à la situation dans laquelle il se trouve. Dans cette perspective, la situation, les circonstances et le professionnel forment un tout. Un changement dans une des composantes affecte les deux autres. Ainsi, la compétence est peu prédictible et ne peut correspondre à une performance attendue définie *a priori*.

Toutefois, dans beaucoup d'écrits reliés à la compétence dans la littérature en santé, la définition du concept est souvent absente. Les auteurs s'en tiennent uniquement à la description de la compétence clinique ou de la compétence professionnelle. Dans une revue de la littérature portant sur l'évaluation de la compétence clinique, 22 des 61 documents examinés ne définissent pas le concept de compétence, mais réfèrent plutôt à celui de compétence clinique ou professionnelle (Watson et al., 2002). Un bref survol de la notion de compétence professionnelle est nécessaire puisque les gestionnaires de cas sont, au départ, des professionnels de la santé.

#### **2.3.4.1 La notion de compétence professionnelle**

Il est important de préciser certains termes avant de décrire la compétence professionnelle. Le terme « profession » désigne les activités clairement décrites dans la législation provinciale ou le Code des professions (Deslauriers et Hurtubise, 2000). Pour sa part, le terme « professionnel » réfère généralement à « celui ou celle qui exerce une profession socialement ou juridiquement reconnue » (Deslauriers et Hurtubise, 2000, p.19). Le statut de professionnel est accordé à une personne qui exerce une pratique autonome, incluant de vastes responsabilités et des tâches complexes (O'Connor, 1988). L'autonomie dans la pratique signifie le degré de liberté et d'initiative accordé au professionnel dans l'accomplissement de ces tâches. C'est précisément cette dimension qui distingue le professionnel du non-professionnel. Les responsabilités du professionnel sont associées aux fonctions et aux tâches reliées aux différents postes qu'il occupe au cours de sa carrière. Ces postes comportent tous un certain degré de difficulté. En résumé, un professionnel de la santé doit être capable de gérer de façon autonome des situations exigeantes, imprévues et impliquant certains éléments de risque (O'Connor, 1988).

La compétence professionnelle est toujours associée à un rôle, à un milieu et à un niveau de pratique (Alspach, 1984). Pour certains auteurs, la compétence professionnelle correspond à un stade entre novice et expert sur le continuum d'évolution du professionnel (Benner, Tanner et Chesla, 1996). Par exemple, une infirmière au stade compétent démontre une compréhension de la situation clinique, des habiletés techniques, un sens de l'organisation et elle est capable d'anticiper les événements (Benner et al., 1996). Pour d'autres, la compétence professionnelle correspond à la démonstration d'une combinaison de comportements cognitifs, affectifs et psychomoteurs attendus de la personne (Marshall, 1993). La compétence clinique du médecin par exemple repose sur ses habiletés à décrire l'histoire médicale, à poser un diagnostic, à compléter l'examen physique et à établir un rapport avec le patient et les collègues (Keyman, Friedman et Benbassat, 1987). En plus de ces habiletés, le médecin

compétent démontre une capacité de réflexion sur et dans l'action et il est capable de s'adapter au caractère dynamique des situations professionnelles (Epstein et Hundert, 2002). Cette compétence professionnelle se développe graduellement et varie selon la situation et le contexte (Epstein et Hundert, 2002). D'ailleurs, ces perspectives de la notion de compétence professionnelle rejoignent celle de la notion de compétence de Gonczi (1994) et de Le Var (1996) décrites précédemment.

Au Québec, la définition des compétences professionnelles est du ressort des ordres professionnels puisqu'ils partagent avec le gouvernement la responsabilité de protéger le public (Deslauriers et Hurtubise, 2000). Dans le reste du Canada, il s'agit plutôt d'associations professionnelles qui n'ont pas de lien direct avec les gouvernements, mais qui influencent les intervenants de la santé au niveau des aspects professionnels de leur discipline, comme les infirmières. Les compétences professionnelles ciblées représentent le niveau minimal de compétence requis du professionnel pour assurer des services de qualité aux bénéficiaires des soins de santé (While, 1994). Pour ces raisons, il n'est pas étonnant de retrouver les concepts d'intégration, d'autonomie, d'éthique et de sécurité dans les définitions des compétences professionnelles. Effectivement, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) définit la compétence des infirmières autorisées comme « l'aptitude d'une infirmière à intégrer et utiliser les connaissances, les qualifications, le jugement et les attributs personnels qu'il faut posséder pour exercer une fonction précise et dans un certain milieu d'une manière sûre et conforme à la déontologie ». (AIIC, 2000, p.6). D'autres organisations professionnelles mettent l'accent sur l'autonomie du praticien et une pratique sécuritaire. C'est le cas de la Commission for Nursing and Midwifery Education qui définit la compétence en ces termes « *The skills and the ability to practice safely and effectively without the need for direct supervision* » (Giot, 2000, p. 331).

Cependant, des facteurs hors du contrôle du professionnel de la santé, comme les changements organisationnels, peuvent influencer sur sa compétence. Les établissements où

évoluent les professionnels de la santé sont dynamiques et sujets à de fréquents changements : réductions de personnel, réorganisations départementales, addition de nouveaux services ou de technologies, pour n'en nommer que quelques-uns. Par exemple, la compétence du professionnel de la santé affecté à une autre unité de soins lors d'une réorganisation du personnel n'est plus la même pour un certain temps. Le « processus d'autonomisation » ou le retour à la compétence et à l'autonomie est enclenché chez le professionnel de la santé chaque fois qu'il vit une expérience nouvelle de travail et cela tout au long de sa carrière (Morin et Brief, 1995).

En somme, on constate que la signification de la notion de compétence est très nuancée dans le domaine de la santé. Elle est parfois vue comme un ensemble de comportements attendus ou un potentiel de ressources personnelles nécessaire pour une performance compétente. Dans ces deux cas, le contexte est ignoré tandis que pour les perspectives holistique et francophone, le contexte joue un rôle important. La compétence est donc peu prédictible parce qu'elle se développe en situation par les actions du professionnel et varie d'une situation à l'autre. Toutefois, on retrouve une certaine convergence d'opinions par rapport à la signification de la compétence professionnelle comme étant l'intégration de connaissances, d'habiletés, de valeurs et de comportements professionnels nécessaires pour assurer des soins de qualité et sécuritaires aux clients. D'une part, on peut conclure que la compétence est reliée à un travail et elle est démontrée par les actions du professionnel ou les résultats observés dans la performance. D'autre part, la compétence est propre à une personne et réfère à la mobilisation d'un ensemble de ressources qui lui permettent d'être efficace dans son travail.

Cependant, puisque l'objet de cette étude est une problématique de formation qui concerne principalement les professionnels de la santé qui sont promus à un poste de gestionnaire de cas, la conception de la notion de compétence dans le secteur de l'éducation est aussi importante à préciser.

### 2.3.5 L'évolution sociohistorique du concept de compétence en éducation

L'évolution du concept de compétence en éducation est en lien avec celle du milieu du travail. Comme il a été précisé antérieurement, des pressions exercées par les milieux de travail pour que la formation des futurs travailleurs réponde davantage à la réalité du contexte moderne du travail forcent les établissements d'enseignement à suivre le mouvement de la compétence. En réponse à ces critiques, des programmes comme le « *Competency-based teacher education* », le « *Minimum competency testing* » et le « *Competency-based education* » ont été développés (Kelley, 1974). Ces programmes sont fortement influencés par le courant behavioriste (Jonnaert, 2002). Par contre, ils ont très peu de répercussions au Québec et dans le reste du Canada (Tremblay, 1990).

Dans les années quatre-vingt-dix, lors de la réforme de l'enseignement professionnel au secondaire et au collégial, le Québec s'intéresse plus précisément au concept de compétence (Larivée, 2004). Les programmes de formation professionnelle et technique, basés sur l'approche par compétences qui émergent de cette réforme, sont eux aussi fortement influencés par le courant behavioriste (Louis, Jutras et Hensler, 1996). Toutefois, l'approche par compétences ne fait pas l'unanimité parmi les personnes impliquées dans les programmes de la formation générale et soulève de vives critiques (Louis et al., 1996). Devant cette opposition, le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) de l'époque révisé les fondations de l'approche par compétences.

Au Québec comme ailleurs, les récentes réformes des systèmes éducatifs adoptent une posture épistémologique constructiviste. Ce cadre de référence reconnaît que l'apprenant possède un bagage expérientiel et qu'il construit ses connaissances à partir de ce potentiel (Jonnaert, 2002). Selon les constructivistes, « les connaissances sont construites par le sujet lui-même à travers les expériences qu'il vit dans son environnement, au départ de ce qu'il a déjà vécu et à travers les interactions avec les autres » (Jonnaert, 2002, p. 66). Ce paradigme met donc l'accent sur un apprentissage actif plutôt que sur l'atteinte d'une performance particulière attendue. Cependant,

comme dans les autres champs d'activités, la définition du concept de compétence est soumise à plusieurs débats.

### **2.3.6 La conception du concept de compétence en éducation**

Puisque la problématique de cette étude s'intéresse à la formation de professionnels diplômés de cégeps et d'universités, une distinction est apportée sur la signification du concept de compétence à ces deux niveaux de formation.

#### **2.3.6.1 Au niveau de la formation collégiale**

Au début des années quatre-vingt-dix, la logique de compétences devient un prescrit des programmes de formation collégiale professionnelle et technique. Dans le document *Élaboration des programmes de formation professionnelle de niveau technique – cadre général*, le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science (1990) définit la notion de compétence en ces termes :

[...] au sens large, la compétence se définit comme la capacité de remplir les rôles et les tâches d'une fonction de travail. [...] dans un sens plus restreint, en matière d'élaboration de programmes, une compétence comprend un ensemble de comportements socioaffectifs ainsi que d'habiletés cognitives ou d'habiletés psycho-sensori-motrices permettant d'exercer une fonction, une activité ou une tâche à un degré de performance correspondant aux exigences minimales du marché du travail (p. 13).

À travers cette définition, l'influence du courant behavioriste est perceptible au regard de la terminologie utilisée. Les termes comportements et degré de performance notamment appartiennent à ce paradigme. D'autres exemples tirés du document montrent l'influence de la pédagogie par objectifs comme « les programmes sont formulés par objectifs généraux et opérationnels » (MESS, 1990, p. 13).

En 2002, le MEQ effectue une nouvelle réforme des programmes de formation professionnelle et technique dans le but de les arrimer à sa nouvelle posture constructiviste. Le concept de compétence est donc revu et redéfini comme :

Un pouvoir d'agir, de réussir et de progresser qui permet de réaliser adéquatement des tâches ou des activités de travail et qui se fonde sur un ensemble organisé de savoirs (ce qui implique certaines connaissances, habiletés dans divers domaines, perceptions, attitudes, etc.) (MEQ, 2002, p. 15).

Cette définition met l'accent sur le développement d'un potentiel chez l'apprenant qui lui est nécessaire afin de maîtriser les activités d'un travail futur. La compétence est alors vue comme une capacité permettant à la personne de remplir son travail de façon compétente ou selon les normes établies. C'est donc cette capacité qui lui permet d'agir avec compétence dans toutes les situations de travail. Ainsi, cette façon de concevoir la notion de compétence rejoint celle de la vision générique en santé exposée précédemment. Même si la notion de compétence s'inscrit maintenant dans une perspective constructiviste, elle s'inspire largement du paradigme traditionnel de la transmission des savoirs. Le but ciblé par la formation est l'acquisition d'un bagage cognitif nécessaire à la performance des tâches du travail. Ce potentiel latent de ressources personnelles est considéré comme transférable d'une situation de travail à l'autre.

### **2.3.6.2 Au niveau de la formation universitaire**

Au niveau de la formation universitaire, le MEQ (2001) énonce clairement sa perspective constructiviste pour la formation des futurs enseignants. Dans le document, *La formation à l'enseignement. Les orientations. Les compétences professionnelles*, il énonce les sept caractéristiques suivantes pour circonscrire la notion de compétence : 1) la compétence se déploie en contexte réel; 2) la compétence se situe sur un continuum qui va du simple au complexe; 3) la compétence se fonde sur un ensemble de ressources; 4) la compétence est de l'ordre du savoir-mobiliser comme une capacité de jugement par

rapport à une situation; 5) la compétence comme savoir-agir est une pratique intentionnelle; 6) la compétence est un savoir-agir réussi, efficace, efficient et immédiat qui se manifeste de façon récurrente et 7) la compétence constitue un projet, une finalité sans fin.

En énonçant ces caractéristiques, le MEQ se positionne dans un nouveau paradigme de l'apprentissage, celui de la construction des connaissances et du développement des compétences. La compétence signifie alors « la mobilisation d'un ensemble de savoirs et de ressources en vue de résoudre des problèmes propres au contexte professionnel » (Gauthier et M'hammed, 2005, p. 36). En précisant que la compétence est un savoir-agir, le MEQ associe la compétence à une situation que la personne doit traiter avec succès (Jonnaert, 2002) et confirme que la compétence ne peut être définie *a priori* (Jonnaert et al., 2004). Ainsi, le MEQ démontre clairement son adhésion au constructivisme et à une pédagogie active. Par conséquent, il importe à ce moment de rappeler les principes centraux du paradigme constructiviste.

Le constructivisme postule que la « personne développe son intelligence et construit ses connaissances en action et en situation et par la réflexion sur l'action et ses résultats » (Masciotra 2007, p. 48). Il s'agit bien de développer des compétences chez l'apprenant en tenant compte de sa réalité et de construire les nouvelles connaissances à partir de son bagage expérientiel, c'est-à-dire à partir de ses connaissances et de ses expériences antérieures, son « déjà-là » (Jonnaert, 2007a). Aux prises avec une situation, la personne tente de la comprendre avec ses structures cognitives antérieures ou de l'assimiler pour ainsi lui donner un sens. Cette structuration des connaissances est une étape importante dans l'apprentissage, mais n'est pas suffisante (Masciotra, 2007). La personne doit transformer la situation dans le but de réorganiser ses connaissances ou de les accommoder. Ces deux transformations sont essentielles pour construire une nouvelle connaissance et s'adapter à une situation ou à une activité d'apprentissage (Masciotra et Medzo, 2009; Masciotra, 2007). Pour les constructivistes, la réalité émerge lorsque la

personne n'arrive pas à s'adapter à une situation parce que ses connaissances actuelles ne le lui permettent pas. Elle vit alors un déséquilibre parce que ses connaissances ne sont plus viables pour la situation dans laquelle elle se trouve. Le constructivisme remplace ainsi la notion de réalité ou vérité par celle de viabilité (Jonnaert, 2007a). En effectuant certaines expériences sur la situation, la personne tente de s'y adapter et ainsi rétablir la viabilité de ses connaissances ou l'équilibre. Ces expériences lui permettent de modifier ses connaissances actuelles ou de les remplacer. L'apprenant est donc actif dans son processus d'apprentissage plutôt qu'un récepteur passif de savoirs qu'on veut lui faire apprendre. Pour le constructivisme, « apprendre c'est changer notre façon de comprendre le monde » (Masciotra et Medzo, 2009, p. 50). Connaître est aussi l'intelligence des situations nouvelles dont la fonction est l'adaptation (Masciotra et Medzo, 2009). Puisqu'il s'agit d'une compétence développée en action et en situation, on la nomme compétence énoncée, c'est-à-dire « agie et vécue par une personne en situation » (Jonnaert, 2007a, p. 7).

### **2.3.6.3 La notion de compétence énoncée**

Une compétence énoncée se développe en cours d'action (Jonnaert, 2007a). Pour expliquer ce que l'on entend par une compétence énoncée, il est plus facile de le faire à l'aide d'un exemple puisqu'une situation est toujours en rapport avec une personne et un ensemble de circonstances (Masciotra et Medzo, 2009; Jonnaert 2007a; Jonnaert et al., 2006). La situation est celle du peintre qui s'apprête à réaliser une toile. Cet artiste dispose dans son studio d'un ensemble de ressources: des canevas, des pinceaux, des tubes de peintures, modèles, photographes, objets, pour en nommer que quelques-unes. Le peintre s'engage dans la situation en formulant une idée de ce qu'il veut réaliser, mais il ne peut garantir, à ce point, que son œuvre finale sera identique à ce qu'il a envisagé au début du projet. Dans cette situation, d'autres facteurs ou circonstances influencent le projet du peintre. Du point de vue de ses ressources personnelles, son expertise comme artiste, son état physique ou mental du moment peuvent l'aider ou lui nuire dans la création de sa toile. En plus de ces ressources personnelles, il dispose aussi

de plusieurs ressources externes qu'il peut utiliser. Ces ressources peuvent être d'ordre social, humain ou matériel (Jonnaert et al., 2004). Même si le peintre a accès à une panoplie de couleurs de peinture, il choisira celles qui lui plaisent et qu'il juge utiles, pour le moment. Plus tard dans son projet, il peut en choisir d'autres, à la suite de l'appréciation de sa toile par un ami par exemple ou s'il la délaisse pendant quelques jours. Maintenant qu'il n'est plus dans l'action, il peut jeter un regard critique à sa toile et planifier ses prochains coups de pinceau et ses couleurs. Pour le peintre, les ressources externes sont des « potentialités latentes » parce qu'elles sont accessibles et attendent d'être activées. Comme les actions du peintre se décident dans l'action, on peut dire que la compétence énoncée est peu prédictible (Jonnaert, 2007a).

La compétence énoncée est le « pilote intelligent » qui guide le peintre dans la réalisation du tableau (Jonnaert, 2007a). Comme on peut le voir à partir de cet exemple très concret, la compétence énoncée du peintre résulte d'une succession d'actions posées et d'ajustements apportés au cours de la réalisation du tableau. Cette compétence n'est donc ni le départ de la toile, ni la toile complétée ou le résultat, mais le cheminement ou le processus utilisé dans la situation de la création de la toile (Masciotra et Medzo, 2009). Le tableau complété est ainsi une manifestation de la compétence, le résultat ou la performance du peintre (Jonnaert, 2007a).

Dans cet exemple du peintre, les ressources à sa disposition et ses actions forment un tout ou un « système ». Celui-ci est composé de ces trois paramètres et un changement dans un des paramètres influence les deux autres. Dans la situation décrite précédemment, le peintre, les circonstances de la situation et ses actions adaptatives forment un système dynamique et évolutif (Masciotra et Medzo, 2009). La compétence énoncée est distribuée à travers les actions du peintre, ses expériences avec la peinture et le pinceau, les personnes présentes et les circonstances. Le peintre n'agit donc pas seul dans la situation.

Dans la perspective située, les compétences sont construites, situées, réflexives, et temporairement viables (Jonnaert, 2002). Les compétences sont construites puisqu'elles se développent par les actions posées par la personne en situation. Elles sont situées parce qu'elles sont développées spécifiquement pour une situation, à travers les actions de la personne et en réponse aux circonstances entourant la situation. Dans l'exemple précédent, la situation n'existe qu'à travers le peintre, ses actions, ses expériences et ses constructions antérieures (Jonnaert, 2007a). Pour une autre personne qui n'est pas peintre, il n'y aurait pas de situation ou cette situation n'aurait pas la même signification. Par contre, pour ce peintre, cette situation est une réalité qu'il vit au quotidien (Masciotra et Medzo, 2009). Ce n'est que lorsque le peintre considère son tableau achevé, c'est-à-dire qu'aucune autre modification n'est requise de sa part, que la compétence est dite « viable » parce qu'elle lui a permis de réussir le tableau. Cette compétence reste viable tant et aussi longtemps qu'elle permet au peintre de réaliser des tableaux ou qu'une autre compétence vienne la modifier ou la remplacer comme l'apprentissage d'une autre technique. Ce n'est que lorsque le tableau est complété que le peintre peut expliquer comment il a procédé pour le réaliser. Cette mise en mots, par l'artiste, de la compétence énoncée est une compétence « explicitée et réfléchie » (Jonnaert, 2007a; Jonnaert et al., 2004).

La compétence énoncée est donc spécifique et s'exprime différemment pour chaque personne. Elle est complexe puisqu'elle est liée au métissage de circonstances, de la complexité des situations de travail et de la complexité de l'humain (Chollet-Chappard, 2000). De plus, une compétence est développée par la personne en situation et se raffine avec l'expérience et la réflexion. Cette description de la compétence énoncée rejoint celle décrite antérieurement par Avanzino et Terraneo (2004).

Grâce à cette revue des écrits, on remarque que dans le domaine de l'éducation, la notion de compétence évolue de la même façon que dans le domaine du travail et des sciences de la santé. En résumé, même si la notion de compétence est présente dans les trois

champs d'activités depuis plus de 25 ans, il appert que sa signification suscite toujours la controverse. Sa définition est teintée par plusieurs facteurs entre autres, l'univers de pensée auquel on adhère, le champ d'exploitation et d'application, les finalités visées ou même la posture de celui qui en parle (Chollet-Chappard, 2000). De plus, on remarque qu'au Québec et ailleurs, les réformes contemporaines en éducation tendent vers une approche par compétences guidée par le courant constructiviste.

Pour cette étude, le choix de la définition de la notion de compétence est guidé par son objet, le développement d'un profil de sortie d'un programme de formation en gestion de cas. Dans leur quotidien, les gestionnaires de cas sont aux prises avec des situations cliniques complexes et différentes qui ne peuvent pas être réduites à une liste de compétences spécifiques. Par conséquent, un programme de formation destiné à leur intention doit s'intéresser davantage au développement de compétences dans le cadre de situations d'apprentissage contextualisées qui touchent aux réalités significatives de leur pratique professionnelle. De plus, comme les gestionnaires de cas sont des professionnels d'expérience, une vision active de l'apprentissage qui prend en compte leur bagage expérientiel semble une option gagnante. Par conséquent, la définition de la notion de compétence située est retenue pour cette étude :

La compétence est la mise en œuvre par une personne en situation, dans un contexte déterminé, d'un ensemble diversifié, mais coordonné de ressources; cette mise en œuvre repose sur le choix, la mobilisation et l'organisation de ces ressources et sur les actions pertinentes qu'elles permettent pour un traitement réussi de cette situation. (Jonnaert et al., 2004, p. 674).

La prochaine section du texte décrit certains aspects de la réalité vécue par les gestionnaires de cas et les compétences nécessaires pour faire face aux situations de tous les jours et souligne quelques-uns des défis qu'ils affrontent dans leur pratique et pour lesquels la formation disciplinaire ne les a pas nécessairement bien préparés.

## **2.4 La situation professionnelle actuelle des gestionnaires de cas**

La gestion de cas n'est pas actuellement considérée comme une profession, mais un rôle attribué à des professionnels de la santé dont les responsabilités requièrent des compétences complémentaires à celles acquises lors de leur formation disciplinaire initiale. Le gestionnaire de cas coordonne les services requis d'une clientèle ciblée, peu importe où le service se retrouve sur le continuum. Ce professionnel peut être une infirmière, un travailleur social et dans certains cas, un professionnel d'une autre discipline comme l'ergothérapie (Lemieux et al., 2001). Les compétences acquises par ces professionnels de la santé ne sont pas les mêmes d'une discipline à l'autre. Les infirmières ont une base solide de connaissances et d'habiletés cliniques et une perspective holistique des soins à prodiguer aux clients atteints de diverses conditions. Pour leur part, les travailleurs sociaux sont bien outillés dans le domaine des interventions psychosociales, de l'identification des besoins en politiques sociales et de leur développement (Dubois et Krogsrud Miley, 2005).

L'infirmière et le travailleur social travaillent au niveau d'un département, tandis que le gestionnaire de cas coordonne les soins et services de ses clients sur l'ensemble du continuum et à différents paliers hiérarchiques. Alors que les efforts des professionnels de la santé se concentrent sur un seul épisode de santé, ceux des gestionnaires de cas portent sur l'ensemble des problèmes de santé de leurs clients, tant et aussi longtemps qu'ils gèrent leur cas. Ceci distingue la pratique du gestionnaire de cas de celle de tout autre professionnel de la santé (Lemieux et al., 2001; Bower, 1992).

Les principales activités des gestionnaires de cas sont la collecte de données, la planification des soins et services, la mise en place d'interventions, le suivi ainsi que l'évaluation des résultats des interventions. En plus, les gestionnaires de cas aident leurs clients et leurs proches à prendre des décisions informées et développent avec eux un plan de services individualisé qui correspond à leurs besoins, c'est-à-dire qui tient compte de leurs habiletés, de leurs ressources et de leurs préférences. Dans les situations

où ces personnes sont incapables de prendre les décisions qui les concernent, les gestionnaires de cas agissent à titre de porte-parole (*advocate*) pour elles auprès des membres de l'équipe multidisciplinaire afin de s'assurer que les interventions projetées s'harmonisent avec leurs désirs (Strassner, 1996).

L'application systématique du processus de planification sur l'ensemble du continuum de soins vise la continuité des services et la qualité des résultats aux clients ciblés (OIIQ, 1999). Cependant, la gestion de cas présente des défis importants qui demandent des compétences différentes de celles acquises par la formation initiale ou par l'expérience clinique développée avec le temps.

Par souci d'efficacité auprès de clientèles présentant des problèmes de santé multiples, et de crédibilité auprès des membres de l'équipe multidisciplinaire, les gestionnaires de cas doivent posséder des connaissances beaucoup plus vastes dans bien des domaines que celles des praticiens qui travaillent au niveau d'un seul établissement ou département. Puisque les responsabilités du gestionnaire de cas s'étendent sur l'ensemble du continuum de soins et services, une compréhension appréciable du fonctionnement du réseau de la santé, des politiques et des programmes offerts à la clientèle est essentielle. Par ailleurs, des connaissances étendues dans le domaine légal, le fonctionnement des agences communautaires, ainsi que les différentes couvertures des assurances privées sont aussi cruciales (Cesta et Tahan 2003; Powel, 2000) dans la résolution des situations quotidiennes qui se présentent.

Comme leurs responsabilités incluent la coordination des soins et services pour une clientèle vulnérable et cela sur l'ensemble du continuum, une approche interdisciplinaire est nécessaire pour assurer la continuité des soins et services. La responsabilité de cette intégration clinique représente un défi majeur (Lemieux et al., 2001). Ce travail interdisciplinaire ne vise toutefois pas un consensus de la part de tous les membres de l'équipe envers le plan envisagé pour le client. Il semble même qu'une certaine confrontation entre les membres soit plus productive et permette un dialogue honnête

par lequel chacun peut développer de nouvelles perspectives et habiletés (Coulshed, 1992) contribuant ainsi à une meilleure compréhension et gestion des besoins des clients. Afin d'obtenir la collaboration de chacun des membres de l'équipe et maximiser leurs efforts au plan du client, les gestionnaires de cas doivent s'avérer d'excellents meneurs, communiquer efficacement et démontrer des compétences en négociation et en résolution de conflits. La formation disciplinaire initiale des gestionnaires de cas ne leur a pas permis d'acquérir les compétences requises pour ce genre de travail interdisciplinaire.

La gestion de cas présente aussi des défis éthiques. Dans leur travail, les gestionnaires de cas sont imputables envers leurs clients et aussi envers l'institution qui les emploie. D'une part, ils doivent fournir aux clients les services qui vont les aider à atteindre un niveau optimal de santé et d'autonomie. D'autre part, ils doivent répondre à leur employeur, en exerçant une gestion efficace et efficiente des ressources du système (OIIQ, 1996; Weil, Zipper et Dedmon, 1995). Cette double imputabilité devient parfois une source de conflit personnel pour les gestionnaires de cas, principalement lorsque les ressources du système sont limitées.

La situation suivante est un exemple type d'un dilemme vécu par un gestionnaire de cas. À la demande du centre hospitalier, un gestionnaire de cas doit faciliter le retour de sa cliente, de l'hôpital à son domicile. La cliente est une femme âgée, aveugle et sans famille qui a subi une fracture de hanche. Comme le gestionnaire de cas est incapable de trouver l'aide nécessaire dans le réseau pour lui assurer un retour sécuritaire à la maison, et que la cliente n'a pas les moyens de payer elle-même pour de l'aide privée, il doit la convaincre d'entrer en hébergement temporaire, décision qui va à l'encontre de la volonté de sa cliente et qui peut entraîner des conséquences néfastes sur sa santé comme une dépression. Malheureusement, le réseau de la santé n'a pas les ressources suffisantes pour assurer le maintien de la cliente à domicile comme il le préconise. Pour résoudre

cette situation, le gestionnaire de cas se voit dans l'obligation d'aller à l'encontre de la volonté de sa cliente. Ce genre de situation conflictuelle est fréquent en gestion de cas.

Dans les établissements de santé qui adoptent un modèle mixte de gestion de cas, les gestionnaires de cas assument des responsabilités de courtage de services, et en plus, ils dispensent eux-mêmes des services à leurs clients. La combinaison de ces responsabilités est souvent une source d'insatisfaction chez les gestionnaires de cas (Boudreault, 2004) puisqu'ils se sentent déchirés entre les deux responsabilités.

Pour certains, un gestionnaire de cas compétent doit posséder, en plus de solides compétences cliniques, les compétences administratives souhaitées d'un chef d'entreprise pour remplir ses dix rôles : « *figurehead, leader, liaison, monitor, disseminator, spokelerson, entrepreneur, disturbance handler, resource allocator et negociator* » (Wolk, Sullivan et Hartman, 1994, p. 152).

Cependant, le développement de ces compétences ne fait pas partie de leur formation disciplinaire initiale. Ce n'est qu'à travers une formation continue, adaptée à leurs besoins, que les gestionnaires de cas peuvent développer de telles compétences. Mais comment les gestionnaires de cas sont-ils formés en vue d'assumer leurs nouvelles responsabilités?

## **2.5 La formation en gestion de cas**

La préparation du professionnel de la santé pour un poste de gestionnaire de cas est un sujet controversé. On ne s'entend pas sur la qualification de base requise, soit un certificat, un baccalauréat ou une maîtrise. Plusieurs auteurs pensent que le professionnel de la santé qui détient une maîtrise est la personne idéale (Coile, 1995; Etheredge, 1989; Gaedeke Norris et Hill, 1991). Les habiletés acquises d'éducateur, d'expert clinique, de consultant et de chercheur des professionnels de la santé en pratique avancée sont considérées des atouts indéniables pour la gestion de cas (Gaedeke Norris et Hill, 1991).

Même si une maîtrise est privilégiée par certains, d'autres, pour des raisons économiques, considèrent que le baccalauréat est une qualification adéquate (Strassner, 1996). Toutefois, au Québec, les gestionnaires de cas, qui sont souvent des infirmières, peuvent être des diplômés de cégeps puisque la formation au niveau du baccalauréat n'est pas obligatoire pour ce groupe de professionnels. Malheureusement, ce genre de désaccord sur la qualification de base contribue à une disparité des programmes de formation en gestion de cas.

### **2.5.1 Les programmes de formation en gestion de cas**

Après avoir passé en revue une multitude d'écrits portant sur la formation en gestion de cas dans le domaine de la santé, force est de constater que très peu d'études définissent les approches utilisées pour concevoir les programmes de formation en gestion de cas. La plupart des études relevées décrivent le contenu du programme de formation et la méthodologie utilisée pour le générer. Aucune des études révisées ne spécifie être inscrite dans une logique de compétences, même si elles ont été réalisées après l'adoption de l'approche par compétences par les établissements d'enseignement.

Le contenu des programmes de formation en gestion de cas révisés est soit de nature générique et s'adresse à une clientèle multidisciplinaire ou il est propre à un secteur d'activités en santé et destiné à une clientèle unidisciplinaire.

#### **2.5.1.1 Les contenus génériques en gestion de cas**

Le premier article relevé porte sur le développement d'un cours en gestion de cas (Moxley, 1997). Le cours a été développé au début des années quatre-vingt-dix par *l'University of Michigan School of Social Work* et qui s'adressait principalement aux étudiants inscrits à la maîtrise en travail social, mais d'autres étudiants pouvaient y assister. D'après l'auteur, le contenu du cours est de nature générique et porte sur des savoirs disciplinaires jugés centraux à la gestion de cas. Le but de ce cours était de familiariser les étudiants à la gestion de cas. Celui-ci gravite autour de cinq sujets précis.

Le premier, intitulé environnement politique et formulation du problème, couvre les aspects politiques et sociaux qui ont contribué à l'émergence du concept de gestion de cas aux États-Unis tels le vieillissement, les maladies mentales sévères, l'évolution de la notion d'invalidité, ainsi que l'influence du *managed care*. Le deuxième examine les buts et les différents modèles de gestion de cas que l'on retrouve sur le terrain. Le troisième décrit les différents contextes d'application de la gestion de cas. Le quatrième porte sur la définition et les fonctions du rôle de gestionnaire de cas, ainsi que sur les critères d'embauche de gestionnaires de cas. Finalement, le dernier sujet couvre les défis éthiques rencontrés en gestion de cas. Les savoirs disciplinaires de ce cours sont hiérarchisés et le contenu découpé et organisé en micro-unités. De toute évidence, ce cours a été élaboré strictement sur la base de savoirs disciplinaires à transmettre aux apprenants. On suppose que les diplômés de ce cours ont acquis les connaissances qu'ils pourront ensuite appliquer dans un poste de gestionnaire de cas. Donc, ce cours a été développé selon une approche traditionnelle de formation basée sur la transmission des savoirs.

La deuxième étude a été réalisée par Leahy (1994), rapportée par Leahy, Chan, Shaw, Lui (1997) et par Shaw et ses collègues (1997). Elle concerne également un programme de formation en gestion de cas de deuxième cycle. En 1994, une enquête réalisée auprès de 14,078 gestionnaires de cas provenant de diverses disciplines et de milieux de travail différents est effectuée dans le but d'identifier une base commune de savoirs en gestion de cas qui répondraient à l'ensemble des professionnels de la santé peu importe leur discipline initiale. L'enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire comprenant 132 questions portant sur les savoirs requis pour la gestion de cas. Le questionnaire a été développé à partir d'une revue de la littérature, de la révision de 500 descriptions de tâches et l'avis de 30 experts. Les résultats de l'enquête ont permis d'établir une liste des domaines de savoirs requis en gestion de cas : 1) la coordination et la prestation des services; 2) les aspects physiques et psychosociaux reliés aux incapacités; 3) les systèmes de bénéfices et l'analyse des coûts des bénéfices; 4) les concepts reliés à la

gestion de cas; et 5) les principes de réinsertion dans la communauté. Les coefficients de fiabilité pour chacun des cinq domaines variaient entre 0.86 et 0.93. Même si un grand nombre de gestionnaires de cas de différents milieux de pratique et disciplines ont été impliqués dans cette étude; il semble que pour cet auteur, l'acquisition de savoirs en gestion de cas est une préparation suffisante pour aider les gestionnaires de cas à résoudre les situations rencontrées au quotidien dans leur pratique.

Une troisième étude réalisée au Canada est celle décrite par Finemann (1996). Le département de la formation continue de l'Université du Manitoba a développé un certificat de deuxième cycle en gestion de cas. À partir de leur expérience théorique et pratique en gestion de cas, les professeurs des départements de réadaptation et de santé mentale ont préparé le contenu du programme d'études. Ensuite, un comité-conseil, constitué de membres de la faculté, de personnel d'établissements de santé et de certains fournisseurs de services a validé le contenu du programme (Finemann, 1996). Ce programme de formation en gestion de cas a donc été élaboré par un panel d'experts. Le contenu du programme est générique ou transdisciplinaire et s'adresse aux professionnels de la santé qui occupent un poste de gestionnaires de cas, mais pas exclusivement. Le but de la formation est l'acquisition de connaissances et d'habiletés reliées à la gestion de cas. Les objectifs du programme sont : 1) de comprendre la gestion de cas comme un processus, une théorie et une technique; 2) de définir et développer des habiletés en gestion de cas; 3) de comprendre la valeur du concept services centrés sur le client; 4) d'apprécier les diverses applications de la gestion de cas et les clientèles servies; 5) de développer une connaissance de la planification des services avec la communauté et les institutions; 6) de développer des habiletés au travail d'équipe; et finalement 7) d'acquérir des connaissances et des habiletés reliées à la gestion de cas en milieux spécialisés. Comme le précédent, ce programme de formation s'appuie sur une approche traditionnelle et le paradigme de la transmission de savoirs disciplinaires. Il s'agit d'un autre exemple d'apprentissage hors contexte en attente d'une mise en œuvre future.

### 2.5.1.2 Les contenus spécifiques à un secteur en santé

En 1990, le département des sciences infirmières du *San Francisco State University* a développé un programme de formation pour la pratique avancée en gestion de cas, destiné au secteur des soins de longue durée. Ce programme a été développé à partir d'une analyse de besoins effectuée auprès d'agences de soins de santé. L'enquête a permis de découvrir un ensemble de connaissances et d'habiletés spécifiques pour le secteur des soins de longue durée. En plus de l'analyse des besoins, une revue de la littérature en santé a été réalisée pour identifier les normes de pratique, les programmes existants, les cours et les cursus en gestion de cas pertinents aux soins de longue durée. Avec l'ensemble des informations recueillies, les professeurs ont développé le contenu du programme de formation. Un comité réviseur des programmes d'études supérieures en sciences infirmières de l'université, des infirmières en pratique avancée dans le secteur des soins de longue durée et des gestionnaires de cas à travers les États-Unis ont validé le contenu (Haw, 1995). Ce programme est un autre exemple de contenu développé par des experts et se limitant à l'acquisition de connaissances et d'habiletés décontextualisées et s'adressant à des gestionnaires de cas d'un secteur spécifique, celui des soins de longue durée.

Une autre étude canadienne décrit le développement du contenu d'un programme de formation transdisciplinaire en gestion de cas (Howell et al., 2004) destiné à une population de gestionnaires de cas, infirmières d'un centre d'accès aux soins communautaires (CCAC) à Toronto. Le contenu de ce programme a été élaboré à la suite d'une enquête auprès de 89 gestionnaires de cas œuvrant dans le secteur des soins palliatifs. Des gestionnaires de cas, spécialistes en soins palliatifs, ont développé un questionnaire dans le but de cibler les besoins de formation des gestionnaires de cas œuvrant dans ce contexte clinique. L'enquête a permis d'identifier les connaissances requises dans les domaines suivants : 1) les principes et la pratique des soins palliatifs (83%); 2) les considérations éthiques (83%); 3) les besoins des patients et de leurs familles (71%); 4) l'allocation des ressources (65%); 5) les soins psychologiques et

spirituels (53%); et 6) la communication avec les patients et les familles (48%). Le programme de formation développé à partir de cette analyse des besoins comprend sept modules comportant des objectifs d'apprentissage mesurables. Ces modules sont: 1) la gestion de cas en milieu spécialisé; 2) la pratique et les principes des soins palliatifs; 3) la lourdeur de la charge des soins en fin de vie; 4) la communication; 5) les deuils suite aux pertes psychosociales et spirituelles; 6) les considérations légales et éthiques; et 7) l'allocation des ressources et les présentations par étude de cas. Il s'agissait d'un cours de base en soins palliatifs. Lors de l'évaluation du programme, les gestionnaires de cas chevronnés ont rapporté être déçus de la formation parce qu'ils étaient familiers avec le contenu (Howell et al., 2004). Comme les études précédentes, il s'agit d'une approche traditionnelle où les rédacteurs du programme de formation s'intéressaient strictement à l'acquisition de connaissances pour un milieu de pratique spécialisé, celui des soins palliatifs.

Cette revue des programmes de formation en gestion de cas répertoriés dans la littérature en santé démontre que tous les programmes ont été élaborés selon une approche traditionnelle de la transmission des savoirs. Dans cette approche, l'enseignement est morcelé, décontextualisé et les apprenants sont des acteurs passifs. De plus, il est difficile de satisfaire les besoins de formation de tous les apprenants parce que leur bagage expérientiel est très diversifié. Il s'agit probablement de programmes de formation basés sur une approche par compétences qui visent la maîtrise de savoirs. Cependant, l'approche curriculaire qui a guidé le développement de ces programmes de formation n'est pas spécifiée.

## **2.6 L'approche de formation par compétences**

Tel que mentionné précédemment, l'approche par compétences dans le domaine de la santé est vue comme un moyen de répondre aux exigences du marché du travail et de créer un système éducatif accessible et efficace (Gubrud-Howe et al., 2003). La formation professionnelle universitaire se doit de préparer les diplômés « à l'exercice

« durable d'un travail organisé et reconnu » (Lessard et Bourdoncle, 2002). Par conséquent, cette formation doit favoriser le développement de la pensée critique et analytique des apprenants pour qu'ils soient capables de s'adapter aux changements et aux fonctions du monde dynamique de demain (Milligan, 1998). Ainsi, la formation professionnelle en soins infirmiers ou en travail social doit former des praticiens compétents et autonomes pour occuper des postes de travail à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux ou à titre de professionnels autonomes.

Cependant, les programmes de formation en santé ne sont pas toujours cohérents avec la logique de compétences. Par exemple, même si la formation en sciences infirmières souscrit à une logique de compétences, on lui reproche aussi d'être ancrée dans la pédagogie par objectifs de l'approche behavioriste (Chapman, 1999). Puisque la perspective behavioriste vise la performance et capitalise sur l'apprentissage de techniques, elle ne favorise pas le développement de la pensée critique chez les infirmières, une habileté essentielle pour une prestation de soins humanistes (Chapman, 1999). Au Québec, le programme d'études collégiales en soins infirmiers est guidé par ce courant épistémologique (Désilets et Brassard, 1994).

Les incohérences, entre l'approche curriculaire prescrite et la conception de certains programmes de formation, sont dues à l'absence d'une définition claire du concept de compétence et du paradigme qui guide le développement du programme de formation (Jonnaert et al., 2004; Jonnaert, 2002). Puisque la notion de compétence peut être utilisée avec plusieurs paradigmes (Jonnaert et al., 2004), il est donc important de la définir et de préciser la perspective épistémologique adoptée pour la conception du programme de formation. Ces deux conditions influencent la façon d'identifier et d'opérationnaliser le contenu du programme de formation comme il a été démontré avec les programmes de formation des niveaux collégial et universitaire au Québec.

Comme la définition de la notion de compétence retenue dans cette étude s'inscrit dans une perspective constructiviste et située, toutes les composantes du programme de

formation doivent former un tout cohérent afin d'éviter le glissement épistémologique observé dans d'autres programmes (Jonnaert et al., 2004).

Toutefois, cette définition de la notion de compétence n'est pas considérée comme suffisante pour orienter et opérationnaliser un programme de formation (Jonnaert, 2007a). Des chercheurs en éducation suggèrent de mettre en relations trois logiques différentes que l'on retrouve dans la littérature en éducation afin de passer de la notion dynamique de compétence à un concept statique qui relève des théories curriculaires (Jonnaert et Masciotra, 2007; Jonnaert, 2007a). Ces trois logiques comprennent une logique de l'action en situation, une logique curriculaire et une logique de l'apprentissage. La logique de l'action en situation renvoie à la compétence énoncée décrite précédemment. Ces chercheurs affirment que la logique de l'action alimente les deux autres à travers les médiations et les régulations des formateurs. Comme le déploiement d'une compétence énoncée se fait en situation, la logique curriculaire fournit les ingrédients potentiellement utiles au traitement compétent des situations et des classes de situations. Ainsi, pour être cohérente avec les deux autres logiques, la logique d'apprentissage doit viser le développement des compétences nécessaires pour résoudre les situations rencontrées par les apprenants en lien avec leurs rôles sociaux. Puisque l'objectif de cette étude est de former des personnes compétentes pour leur rôle de gestionnaire de cas, le programme de formation envisagé doit s'appuyer sur une approche située.

### **2.6.1 L'approche située**

Dans la littérature en éducation, un seul programme de formation, élaboré à partir d'une approche située est mentionné et il s'agit du *Programme de la formation de base commune des adultes du Québec* (Masciotra et Medzo, 2009). Celui-ci est fondé sur une logique des situations de vie dont l'élément organisateur est une classe de situations. L'approche située rejoint les orientations ministérielles pour la formation aux adultes qui ont comme finalité curriculaire le développement d'un adulte compétent et autonome

dans ses rôles sociaux (Masciotra et Medzo, 2009). Par conséquent, une approche située ne s'intéresse pas à former un « apprenant cultivé », mais plutôt à développer un « agir compétent situé » (Masciotra et Medzo, 2009).

La conception de l'approche situationnelle de la compétence repose sur le paradigme constructiviste dont les principes ont été décrits précédemment. Les constructivistes prônent « qu'une compétence se développe dans et par l'action et à l'épreuve des situations » (Masciotra et Medzo, 2009, p. 61). Plusieurs autres perspectives théoriques comme celle du socioconstructivisme, de l'action située et de la cognition située, de l'apprentissage situé, de l'intelligence distribuée et de l'énaction s'arriment avec ce postulat constructiviste (Masciotra et Medzo, 2009). Toutefois, on avance que la théorie de l'énaction regroupe toutes ces perspectives et renvoie à l'agir d'une personne compétente (Masciotra, Roth et Morel, 2007, 2008).

Dans le *Programme de la formation de base commune des adultes du Québec*, la notion de compétence est définie comme « un pouvoir d'agir, de réussir et de progresser fondé sur la mobilisation et l'utilisation efficace d'un ensemble intégré de ressources pour traiter une classe de situations de vie » (MELS, 2007, p.7). Cette définition rejoint celle de la compétence énoncée décrite plus tôt. Cependant, les concepteurs du programme lui préfèrent la notion « d'agir compétent situé » puisque selon eux, « une compétence se comprend dans l'agir d'une personne qui solutionne avec succès une situation » (Masciotra et Medzo, 2009, p.57).

Un « agir compétent situé » signifie qu'une « personne agit avec intelligence pour se situer, se positionner en situation, transformer la situation en vue de l'améliorer et prendre un recul réflexif à l'égard de la situation lorsque nécessaire » (Masciotra et Medzo, 2009, p.62). Ces quatre catégories d'actions sont nécessaires pour décrire ce concept. En plus, les notions de situation et de ressource doivent être comprises pour pouvoir expliciter la notion d'agir compétent situé. Une situation est un tout contextuel ou un système qui est constitué par une personne (P), ses actions (A) et la situation (S)

d'où l'acronyme PAS. L'activité résulte des transactions qui s'opèrent entre toutes ces composantes (Jonnaert et al., 2009; Dewey, 1993) et qui lui permettent de progresser dans la situation. Selon Masciotra et Medzo (2009):

Une situation est à la fois spatiale, temporelle et événementielle. Elle est dynamique, en devenir et se déploie en action. Du point de vue de la personne, une situation lui apparaît telle qu'elle l'appréhende, la perçoit, la comprend, la problématise en vue d'y faire quelque chose ou d'en faire quelque chose. Afin d'améliorer une situation, une personne met en action un ensemble de ressources internes et externes qui, idéalement, fonctionnent en synergie (p.83).

En d'autres mots, une situation est fonction des possibilités, des actions et des intentions de la personne étant donné les circonstances (moment, lieu, conjonctures, etc.) dans lesquelles elle se trouve et des ressources internes et externes dont elle dispose (Masciotra et Medzo, 2009). Une ressource est un moyen que la personne juge utile pour transformer la situation, c'est-à-dire pour soit relever un défi ou surmonter un obstacle afin de pouvoir s'y adapter. Il existe deux types de ressources, internes et externes. Les ressources cognitives, les ressources conatives et corporelles correspondent aux ressources internes ou personnelles. Les ressources externes comprennent celles présentes dans l'environnement et sont soit humaines ou matérielles.

L'exemple du peintre est utilisé à nouveau pour expliquer ces actions. Ce peintre n'en est pas à son premier tableau, il en a réalisé bien d'autres avant celui-ci. Par conséquent, il se situe en repensant à ce qu'il a fait dans le passé et choisit dans son environnement les ressources dont il a besoin. Ensuite, il se positionne en situation, c'est-à-dire qu'il s'engage ou prend l'initiative et se fixe un but ou formule une idée de ce qu'il veut faire. Toutefois, au cours du processus et par ses différents coups de pinceau, le peintre transforme graduellement la situation, autrement dit, il l'adapte progressivement. Ces actions sont le produit de l'articulation synergique de ses ressources internes et des ressources externes qui lui permettent de maîtriser la situation ou de réaliser le tableau. Finalement, la personne compétente ne fait pas qu'agir, elle réfléchit aussi (Masciotra et

Medzo, 2009). Lorsque la personne agit, elle pense aux actions qu'elle doit poser tout en s'appuyant sur différentes ressources, tandis que lorsqu'elle réfléchit, elle le fait seulement lorsqu'elle interrompt son action ou durant les « pauses de l'action » (Masciotra et Medzo, 2009). Lorsque le peintre délaisse sa toile en devenir pour un moment, il prend un recul de l'agir et réfléchit à ce qu'il a fait jusqu'à maintenant. Réfléchir est une action qui porte sur des actions antérieures ou terminées (Masciotra et Medzo, 2009).

Un agir compétent peut aussi être illustré à l'aide d'une situation professionnelle extraite de la réalité quotidienne d'un gestionnaire de cas. Dans le but de mettre en œuvre le plan de services nécessaire au suivi de ses clients, le gestionnaire de cas anime des rencontres interdisciplinaires. Un agir compétent dans cette situation comprend entre autres, une présentation factuelle et systématique du problème clinique du client, une description des circonstances influençant sa condition de santé et la situation en général, une communication professionnelle et adaptée à l'audience et une évaluation adéquate des services requis par le client ou par l'aidant naturel. Pour démontrer cet agir compétent, le gestionnaire de cas mobilise une grande diversité de ressources internes et externes. En matière de ressources internes, le gestionnaire de cas peut avoir recours à ses expériences dans des situations similaires, ses connaissances en santé, ses habiletés en dynamique de groupe, sa capacité d'écoute et sa capacité à prendre des décisions. En ce qui concerne les ressources externes, le gestionnaire de cas peut demander à un collègue d'expliquer un aspect de la situation du client. Il peut aussi utiliser des outils informatiques comme un ordinateur ou des aides visuelles. Durant sa présentation du cas, le gestionnaire de cas ajuste ses actions d'après les commentaires et les réactions du groupe. Après la réunion, il réfléchit à ses actions et décide s'il doit apporter des correctifs à son agir pour la prochaine réunion.

Pour le gestionnaire de cas, ces allers et retours continuels entre l'agir et la réflexion font de lui un « praticien éactif » (Masciotra et al., 2007, 2008) puisque « l'agir compétent

du praticien éactif repose sur sa capacité à se situer, se positionner en situation, à transformer la situation et à réfléchir sur son agir ou celui des autres » (Masciotra et Medzo, 2009, p. 83).

L'approche située a pour objectif une formation à la vie. Former à la vie, c'est former une personne capable de gérer des situations de vie et qui, au cours du processus d'apprentissage, développe progressivement son agir compétent dans les situations, tout en devenant de plus en plus autonome (Masciotra et Medzo, 2009). Au cours de son apprentissage, l'apprenant développe un agir compétent en regard de situations réelles, ainsi que de nouvelles ressources qui facilitent son adaptation. Or, même si la formation l'aide à être mieux outillé, cela ne garantit pas pour autant un agir compétent en situations réelles puisque des facteurs imprévus peuvent influencer les composantes du système PAS (Masciotra et Medzo, 2009).

Dans le *Programme de la formation de base commune des adultes du Québec*, un ensemble de classes de situations fournit le cadre de contextualisation. L'agir compétent situé pour chaque classe de situations est opérationnalisé en catégories d'actions et les ressources jugées indispensables au développement d'un agir compétent sont précisées.

Une approche situationnelle utilise une pédagogie active où l'enseignant et l'apprenant sont actifs dans le processus d'apprentissage. Le rôle de l'enseignant n'est plus de transmettre des contenus disciplinaires, mais de créer des mises en situation et des conditions qui favorisent le développement des compétences chez l'apprenant (Masciotra et Medzo, 2009). Les situations d'apprentissage qu'il utilise découlent des classes de situations prescrites dans le profil de sortie. Pour déterminer les besoins de formation réels des adultes, l'enseignant se pose les questions suivantes :

Quelle est la situation de vie qui intéresse, en termes de besoins de formation, la majorité des adultes de ce cours?

Quelle(s) situation(s) d'apprentissage va (vont) permettre aux adultes de développer leur agir compétent relativement à la situation de vie identifiée et de construire en concomitance les connaissances qui servent de ressources à cet agir?

Les situations sont ainsi contextualisées et prennent un sens pour l'apprenant, ce qui favorise sa participation et son intérêt à l'apprentissage. Dans les programmes de formation situés, les adultes apprennent en expérimentant et construisent leurs compétences en même temps qu'ils les utilisent (Masciotra et Medzo, 2009). Ils sont donc activement impliqués dans leur processus d'apprentissage.

Ainsi, une formation développée à partir d'une perspective situationnelle replace l'apprenant dans des situations et des contextes avec lesquels il interagit de façon constructive pour développer un agir compétent et met à sa disposition un ensemble de ressources habituellement associées avec ces situations et contextes (Jonnaert et al., 2004). Contrairement aux autres programmes de formation en gestion de cas revus qui s'appuient uniquement sur des savoirs disciplinaires traditionnels, la notion d'agir compétent met en évidence toute la gamme de ressources que la personne peut mobiliser lorsqu'elle est en action et en situation (Jonnaert et al., 2006). Cet agir compétent ne relève pas uniquement d'une intelligence rationnelle, mais comprend aussi une intelligence émotionnelle (Goleman, 1997), c'est-à-dire que l'apprenant apprend en même temps à contrôler ses émotions. Le développement des ressources conatives est donc important dans l'approche située (Masciotra et Medzo, 2009). Pour développer un programme de formation située, il faut au départ un profil de sortie qui précise les finalités du programme de formation et les buts généraux.

### **2.6.2 La notion de profil de sortie**

Un programme de formation développé selon une approche située est conçu à partir d'un profil de sortie (Masciotra et Medzo, 2009; Jonnaert et al., 2006). Il convient donc de

préciser ce que l'on entend par cette notion. Au début des années quatre-vingts, D'Hainaut (1982) en propose une définition et l'opérationnalise :

Une éducation doit aboutir à faire acquérir aux élèves un ensemble de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être qui pourra se manifester ou bien que les élèves ou la communauté pourront exploiter dans des situations de vie.

L'ensemble de ces savoirs, savoir-faire et savoirs-être constitue le « profil de sortie » ou « profil terminal » de l'élève. Le contenu de ce profil est déterminé par les options et les intentions de la politique éducative. Celle-ci suggère ou fixe de manière plus ou moins précise les rôles que l'élève devra jouer dans sa vie en tant qu'individu, membre d'une famille et d'une communauté, participant à l'activité socio-économique de celle-ci ainsi qu'à sa vie culturelle (p. 100).

Un peu plus tard, Raynal et Rieunier (1997) lui préfèrent la notion de profil de formation et soulignent qu'il est synonyme de « profil terminal ».

Un profil de formation (on dit également profil terminal), décrit les situations professionnelles, activités, tâches et habiletés que le formé sera capable de mettre en œuvre **à la fin de la formation**, ainsi que les qualités humaines qu'on devra tenter de développer durant cette formation. (en caractère gras dans le texte)

Le profil de formation est dérivé du profil de poste, mais il est généralement moins large, car il faut tenir compte des contraintes imposées (temps, finances, ressources, moyens, etc.) lors de la conception de tout plan de formation (p. 300).

De plus, il est intéressant de noter que ces auteurs soulèvent l'importance de concevoir la formation à partir de situations vécues par les apprenants.

Lors du renouvellement du curriculum du primaire et du secondaire, le Conseil supérieur de l'éducation (1994) propose l'utilisation du profil de sortie pour orienter le travail éducatif et le définit ainsi :

L'expression synthétique d'un ensemble de compétences à viser explicitement [...] ensemble capable de guider et d'orienter le travail éducatif à effectuer dans l'élaboration et la mise en œuvre du curriculum.  
(p.28)

Le profil de sortie est considéré par le Conseil supérieur de l'éducation comme le « levier d'un curriculum renouvelé », c'est-à-dire le moyen de remplacer la logique disciplinaire qui a prévalu jusqu'à maintenant par une logique de compétences.

D'autres auteurs décrivent le profil de sortie comme un bilan des compétences complétées ou visées à la fin d'une période de formation ou d'un apprentissage (Scanlon, 2004; Paquette, 2002). Il faut attendre la dernière édition du *Dictionnaire actuel de l'éducation* pour que Legendre (2005) définisse ce concept. Il utilise toutefois la notion de profil de formation et non celle de profil de sortie. Il la définit comme un « ensemble des connaissances et des habiletés essentielles pour accomplir toutes les tâches d'une fonction type avec compétence professionnelle » (p.1089). D'après tous ces auteurs, la notion de profil de sortie signifie ce qui est attendu des apprenants au terme de leur formation. Ainsi, le profil de sortie contribue à une meilleure intégration des savoirs et à une plus grande cohérence du curriculum (Tremblay, 1995).

Dans le réseau collégial, par exemple, le profil de sortie comprend les éléments essentiels de la formation de chacun des programmes d'études offerts par le collège et sert de guide aux étudiants et aux enseignants (Otis et Ouellet, 1996).

Dans une perspective située d'un programme de formation, la finalité curriculaire est le traitement compétent d'un ensemble de classes de situations de vie, pertinent pour la population ciblée par la formation. Par conséquent, l'identification des situations de vie est essentielle au développement des compétences puisque ces situations servent à cibler l'agir compétent à développer pour les traiter de manière acceptable (Jonnaert et al., 2004). En plus de faire référence aux situations, un programme de formation qui se veut

cohérent avec cette approche évoque une pluralité de ressources et ne se limite pas seulement à l'identification de savoirs disciplinaires (Jonnaert et al., 2004).

### 2.6.3 Contenus des profils de sortie

Les contenus des profils de sortie reflètent la conception du concept de compétence retenue et la perspective épistémologique poursuivie. Dans les programmes de formation au collégial, la notion de compétence est définie en termes de compétences attendues au terme de la formation (Otis et Ouellet, 1996). L'influence de la pédagogie par objectifs dans l'élaboration de ces programmes de formation est évidente. Il n'est donc pas étonnant de retrouver dans un profil de sortie d'un programme de formation au collégial, la description d'objectifs intégrateurs ou de compétences, d'habiletés intellectuelles à acquérir, d'attitudes attendues, de concepts ou savoirs disciplinaires à saisir, ainsi que les éléments méthodologiques pour guider les enseignants (Otis et Ouellet, 1996). Les objectifs intégrateurs sont décrits en termes de capacités à développer chez les apprenants. Donc, la personne formée est compétente si elle parvient à intégrer l'ensemble des compétences décrites dans le programme de formation.

Pour sa part, le profil de sortie du *Programme de la formation de base commune des adultes du Québec*, élaboré à partir d'une approche située et une logique curriculaire de développement des compétences, précise les classes de situations que la personne formée doit pouvoir traiter avec compétence (Ettayebi, Operti et Jonnaert, 2008). Ce cadre situationnel est le seul élément prescrit du profil de sortie (Jonnaert et al., 2006). Ainsi, un programme de formation élaboré selon une perspective situationnelle prépare les étudiants pour une vie personnelle ou professionnelle productive en les aidant à développer les compétences nécessaires pour faire face à des situations qui se rapprochent de leur contexte réel de vie. Le profil de sortie oriente le travail éducatif de l'enseignant tout en lui laissant beaucoup de flexibilité. Ainsi, la personne formée est compétente si elle peut résoudre l'ensemble des classes de situations dans le profil de

sortie. Mais, de quelle démarche se servent les rédacteurs de programmes de formation pour créer les profils de sortie des programmes de formation?

#### **2.6.4 La démarche d'élaboration d'un profil de sortie**

Seulement deux démarches utilisées pour élaborer un profil de sortie ont été relevées dans les écrits. La première est décrite par le Cégep François-Xavier-Garneau de Québec et la deuxième est relatée par un groupe de chercheurs de l'Observatoire des réformes en éducation (ORÉ) de l'Université du Québec à Montréal. Le guide publié par le Cégep François-Xavier-Garneau de Québec explicite la démarche utilisée pour l'élaboration des profils de sortie des différents programmes de formation de ce collège (Otis et Ouellet, 1996).

La démarche comprend trois étapes. Au départ, une équipe de travail est réunie. L'équipe est composée de quatre à cinq personnes, incluant le responsable du programme d'études et toute autre personne, à l'interne ou à l'externe, jugée aidante pour le processus. Les documents nécessaires au processus sont mis à la disposition de l'équipe. Ces documents englobent, entre autres, les orientations ministérielles et les analyses de situations de travail et de situation de formation. Le processus commence par l'identification des buts de la formation. Chaque membre de l'équipe de travail répond individuellement à trois questions : 1) quel type de finissant ou finissante désirons-nous former? 2) quelles compétences cherche-t-on à développer chez nos étudiantes et nos étudiants? finalement 3) quelles connaissances, habiletés et attitudes sont essentielles au développement de ces compétences? Ensuite, les membres partagent leurs réponses pour en arriver à un consensus sur les compétences à développer. Puis, ils dressent une liste des objectifs intégrateurs ou des compétences, des connaissances, des habiletés et des attitudes.

La deuxième étape du travail consiste à regrouper sous chacun des objectifs intégrateurs les habiletés, les attitudes et les connaissances qui permettent d'atteindre cet objectif ou

cette compétence. Les éléments n'entrant pas dans aucun des objectifs sont rejetés. Les concepts sont définis afin que tous les membres travaillent à partir de la même signification. L'étape se termine par la rédaction de la matrice du profil de sortie.

La troisième étape du processus comprend la validation du profil de sortie par l'ensemble des professeurs impliqués dans le programme de formation. Cette étape permet de réviser le profil de sortie pour s'assurer qu'aucun élément essentiel n'a été oublié. Elle sert aussi à familiariser tout le personnel avec le contenu du profil de sortie.

Pour sa part, l'équipe de chercheurs de l'ORÉ propose une approche différente pour l'élaboration d'un profil de sortie (Masciotra et Medzo, 2009; Jonnaert et al., 2006). Comme il a été mentionné auparavant, le *Programme de la formation de base commune des adultes du Québec* est le seul programme au Canada qui a été créé à partir d'une approche située. Toutefois, ces mêmes chercheurs ont participé à deux autres études réalisées par le ministère d'Éducation de base et d'Alphabétisation du Niger et par le ministère de l'Éducation nationale et de la Recherche scientifique de Madagascar qui visaient l'implantation de l'approche située dans leurs programmes d'études (Masciotra et Medzo, 2009).

Dans une perspective située de formation, tel que mentionné à quelques reprises, un profil de sortie comprend un ensemble pertinent de classes de situations de vie pour la population ciblée par la formation. Le profil de sortie est défini à partir d'un cadre de référence déjà validé ou d'une banque de situations développée à partir d'une enquête socioculturelle (Jonnaert, 2008). Lorsqu'il n'existe pas de cadre de référence validé, la première étape de la démarche consiste à bâtir une banque de situations de vie. L'identification des situations de vie est réalisée par une enquête auprès de la clientèle visée par la formation. L'objectif est de reconnaître les situations que l'ensemble de la population ciblée estime devoir traiter efficacement et pour lesquelles elle devrait être formée. En plus des situations de vie identifiées, les enseignants-chercheurs peuvent aussi ajouter des situations qu'ils jugent pertinentes pour un contenu disciplinaire

déterminé lorsque cette situation n'a pas été soulevée par les participants. Cette banque de situations comprend donc une combinaison de situations de vie et de situations d'apprentissage. Les situations recueillies lors de l'enquête reflètent les attentes de la population, à ce moment précis de leur vie. Pour cette raison, la banque de situations est dynamique et doit être révisée périodiquement (Jonnaert et al., 2006).

La deuxième étape consiste à regrouper toutes les situations de la banque en classe de situations. Toutes les situations qui se retrouvent sous une classe de situations doivent avoir les mêmes propriétés. Ces classes de situations constituent le cadre situationnel et le seul élément prescrit du profil de sortie (Jonnaert et al., 2006). Ce profil de sortie oriente ensuite les programmes de formation et l'évaluation certificative (Cyr, Defise, Ettayebi, Jonnaert, Schaeffer-Campbell et Simbagoye, 2008). Le profil de sortie transpose les finalités du curriculum en buts généraux, et ces derniers sont opérationnalisés par les rédacteurs en contenus du programme de formation (Cyr et Simbagoye, 2010).

À partir du profil de sortie, une matrice du traitement compétent est conçue. Cette matrice n'est pas normative puisqu'elle énonce simplement, à travers des exemples, comment un agir compétent pourrait se développer dans des situations de telles ou telles classes de situations et propose un ensemble de ressources sur lesquelles des actions peuvent s'appuyer. La démarche consiste à rechercher un « traitement compétent » ou un agir compétent pour chacune des classes de situations. Pour décrire cet agir compétent, les rédacteurs utilisent des mises en situation et se pose la question suivante : « Comment agit une personne compétente qui traite cette situation et sur quelles ressources reposent ses actions? » Cet agir compétent est opérationnalisé en catégories d'actions et en exemples d'actions spécifiques qui entrent dans chaque catégorie. Cette question fait aussi ressortir une gamme de ressources qui peuvent être utilisées pour un traitement compétent de cette classe de situations. Ces ressources ne se limitent pas qu'à des ressources cognitives, mais peuvent inclure des ressources corporelles, conatives,

matérielles ou humaines comme il a déjà été illustré dans les exemples utilisés auparavant.

## **2.7 Les implications pour la présente recherche**

Pour construire le profil de sortie d'un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas de cette étude, il est essentiel 1) d'acquérir une très bonne compréhension de la situation professionnelle des gestionnaires de cas; 2) d'apprécier l'agir compétent explicité par les gestionnaires de cas eux-mêmes et par les personnes qui les côtoient régulièrement; et 3) d'identifier un ensemble de classes de situations professionnelles que les gestionnaires de cas estiment avoir à traiter efficacement et pour lesquelles ils doivent être formés.

## **CHAPITRE 3**

### **LA MÉTHODOLOGIE**

Ce chapitre présente la stratégie générale de la recherche ainsi que la description de la planification des aspects méthodologiques. Ces informations sont suivies par la description des diverses étapes du déroulement de la recherche et de l'analyse des données.

#### **3.1 La stratégie générale de la recherche**

Compte tenu du peu de recherches relevées dans la littérature en sciences de la santé sur les questions de la recherche, une étude qualitative/interprétative était justifiée comme point de départ. Ce type de recherche adopte des positions ontologiques et épistémologiques particulières (Savoie-Zajc, 2000). Dans une approche qualitative, le sens attribué à la réalité découle d'une construction entre la chercheuse et les participants à l'étude. Le sens de cette construction ne peut être dégagé que par une compréhension globale du phénomène. Celle-ci est influencée par les schèmes personnels des personnes impliquées dans la démarche de recherche ainsi que par les facteurs environnementaux qui l'influencent et la colorent. En adoptant une approche qualitative/interprétative, la chercheuse souhaitait ainsi « se moule[r] à la réalité des répondants » (Karsenti et Savoie-Zajc, 2004, p. 125) pour mieux la comprendre et pouvoir en dégager le sens. Cette démarche d'investigation demande de la chercheuse une attitude d'ouverture, de partage et de réflexion.

Une recherche qualitative/interprétative tente de comprendre un phénomène social à travers l'expérience vécue des participants et elle a pour but d'améliorer le monde par une action plus informée (Arminio et Hultgren, 2002). Le travail de la chercheuse consiste à expliquer le sens de la médiation entre deux partis. D'une part, les paroles livrées par les participants, qui présentent leur perception de la réalité et d'autre part, l'interprétation qu'elle vise (van Manen, 1990), c'est-à-dire son objet de recherche. Par conséquent, elle doit aller au-delà de la simple description de l'expérience du participant

et établir des liens qui ne sont pas nécessairement évidents. Ainsi, tous les aspects méthodologiques de cette étude reposent sur cette vision.

Cette recherche doctorale est guidée par une approche méthodologique interprétative, constructiviste et située. Selon cette approche, la compréhension d'un phénomène est le résultat d'une construction de sujets en interaction (Giordano, 2003). Cette étude part de la définition du phénomène selon l'interprétation des participants et les résultats sont obtenus par une collecte de données graduelle à différentes étapes stratégiques (Pope, Ziebland et Mays, 2000; Ouellet, 1987). Cette construction est réalisée par un mouvement de va-et-vient continu entre la théorie, le terrain et l'analyse. La chercheuse tente ainsi de se situer et d'être située par les circonstances et le contexte dans lequel elle se trouve (Masciotra et Medzo, 2009). Cette façon de procéder lui permet de décrire la réalité du contexte situationnel tel que les participants à l'étude la lui présentent (Lincoln et Guba, 1985). Son rôle est d'interpréter les significations livrées par les répondants et de construire progressivement une connaissance contextuelle et dynamique du phénomène à l'étude. En d'autres termes, elle essaie de rendre explicite la réalité des répondants (van Manen, 1997; Koch, 1995; Morse et Field, 1995). Il s'agit donc d'une méthodologie inductive (Ouellet, 1987).

Les sections suivantes décrivent les justifications des choix méthodologiques par rapport aux sites, aux participants et aux méthodes de collecte de données.

### **3.1.1 Le choix des sites de recherche**

Les objectifs poursuivis par cette étude sont de décrire un agir compétent en gestion de cas et d'identifier les classes de situations professionnelles au cœur de la gestion de cas dans le but d'élaborer le profil de sortie d'un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas. Afin de circonscrire le caractère transdisciplinaire des situations professionnelles, l'hétérogénéité est recherchée par rapport à plusieurs aspects méthodologiques tels la sélection des sites, les

participants et les méthodes de cueillette des données. Ainsi, pour être sélectionnés, les sites de recherche devaient répondre à certains critères.

### **3.1.1.1 Les critères de recrutement des sites**

En vue d'atteindre l'hétérogénéité recherchée, les sites sélectionnés devaient offrir la gestion de cas à des clientèles différentes. Comme on l'a vu précédemment, la gestion de cas est implantée dans un milieu pour répondre aux besoins médicaux et/ou psychosociaux de groupes spécifiques de clients. Il peut s'agir de personnes qui présentent des problèmes de santé pouvant entraîner des complications sérieuses comme le sida ou une grossesse à risque. D'autres personnes peuvent souffrir de problèmes de santé chroniques ou psychologiques et/ou cognitifs sévères et nécessiter les services de plusieurs professionnels de la santé. On présume que l'approche et les compétences requises d'un gestionnaire de cas diffèrent selon la clientèle. Entre autres, la coordination des soins et services d'une personne âgée atteinte de problèmes de santé chroniques n'est pas nécessairement la même que celle requise pour un adulte dans la force de l'âge qui doit faire le deuil de sa carrière à cause de problèmes de santé ou d'un adolescent atteint de cancer ou du sida. Ainsi, en sélectionnant des clientèles diverses, les différences dans l'agir compétent en gestion de cas seraient plus évidentes.

La gestion de cas est implantée à divers niveaux et par différents établissements dans le réseau de la santé. Il peut s'agir, notamment d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS), d'une clinique médicale, d'un centre hospitalier non affilié à un CSSS ou d'un centre de réadaptation. Le financement alloué à ces établissements n'est pas le même, ce qui affecte l'offre des services de l'établissement. En effet, un accès limité aux services influence le travail du gestionnaire de cas. Par conséquent, en choisissant des établissements de différents niveaux, les divergences entre les milieux seraient plus marquées.

De plus, la gestion de cas devait être implantée dans l'établissement de santé depuis au moins deux ans et être reconnue par le personnel de l'établissement comme un service offert à la clientèle. Ces conditions garantissent que la gestion de cas est bien établie dans l'établissement et que le personnel, les partenaires et les clients sont familiers avec le rôle du gestionnaire de cas.

Par conséquent, les sites devaient offrir la gestion de cas à des clientèles variées, dans des établissements de santé distincts de divers niveaux ainsi qu'être en opération dans l'établissement depuis au moins deux ans.

### **3.1.2 Le choix des participants à la recherche**

Pour décrire l'agir compétent en gestion de cas, il était important d'examiner la pratique du gestionnaire de cas sous différents angles. Ces regards sont nécessaires puisqu'un phénomène se comprend dans son ensemble plutôt que par la somme de ses parties (Parse, Coyne et Smith, 1985).

Contrairement à ce que Glaser et Strauss (1967) proposent, la taille de l'échantillon a été estimée a priori à cause des contraintes logistiques reliées à la collecte des données. Une coordination au préalable des sites et des participants était nécessaire pour assurer la disponibilité des participants, la faisabilité de l'étude et minimiser les coûts de déplacement de la chercheuse. Un échantillonnage de type intentionnel par lequel les participants sont sélectionnés à partir de critères préétablis (Karsenti et Savoie-Zajc, 2004) semblait plus approprié au besoin de l'étude et permettait de satisfaire le critère d'hétérogénéité recherché. Cette diversité était importante afin d'être capable de décrire l'agir compétent et d'identifier les situations professionnelles transdisciplinaires, c'est-à-dire celles que tout gestionnaire de cas doit résoudre peu importe sa discipline, le type de clientèle ou le milieu de pratique.

Deux groupes de participants étaient ciblés pour cette étude, un groupe de participants internes et un groupe de participants externes et cela, à chacun des sites de recherche. Les critères de sélection des participants internes sont décrits en premier.

### **3.1.2.1 Les critères de recrutement des participants internes**

Les auteurs Guba et Lincoln (1989) affirment que « nous écrivons les scénarios par lesquels nous exerçons nos rôles » (p. 131). Les gestionnaires de cas sont ainsi bien placés pour décrire les compétences requises pour leur pratique et pour identifier les situations auxquelles ils sont confrontés dans leur quotidien. En prévision d'être sélectionnés, les participants devaient satisfaire à certains critères.

Certains auteurs avancent que des connaissances et de l'expérience professionnelle sont des atouts nécessaires pour une pratique efficace en gestion de cas (Fletcher et Coffman, 1999). D'autres affirment que le passage d'un rôle aux responsabilités limitées dans un établissement, à un rôle aux responsabilités élargies comme celui de gestionnaire de cas au niveau d'un réseau de santé, exige un changement culturel, qui peut prendre jusqu'à trois ans à s'effectuer (Kubisa, 1990). Par conséquent, les gestionnaires de cas recherchés pour cette étude devaient avoir un minimum de deux ans d'expérience dans leur poste de gestionnaire de cas et de trois ans dans leur discipline professionnelle. Un minimum de six participants était souhaité par site de recherche.

Pour être en mesure d'obtenir une compréhension globale de l'agir compétent en gestion de cas et des situations professionnelles rencontrées par les gestionnaires de cas dans leur pratique, la perspective des personnes qui les côtoient régulièrement semblait tout aussi importante à recueillir.

### **3.1.2.2 Les critères de recrutement des participants du groupe externe**

Les participants recherchés pour constituer le groupe externe étaient le superviseur des gestionnaires de cas, le responsable de la formation, si le poste existe dans

l'établissement, des fournisseurs de services et des clients. Dans le cadre de leur travail, ces personnes ont développé une bonne compréhension de la gestion de cas et de l'agir compétent requis et peuvent donc en parler aisément. Comme les attentes de chacun de ces participants envers le gestionnaire de cas ne sont pas toutes les mêmes, leurs opinions apporteraient un éclairage différent et par conséquent, significatif par rapport à l'objet de recherche. L'apport et les critères d'éligibilité pour chacune de ces catégories de participants sont décrits dans les prochains paragraphes.

#### **3.1.2.2.1 Les superviseurs**

Dans un établissement de santé, le superviseur est imputable pour le travail des intervenants sous sa responsabilité. La rédaction de la description des tâches et des fonctions attribuées aux intervenants, ainsi que l'établissement des règles et des modalités pour la prestation des services aux clients sont parmi ses responsabilités. Le superviseur a donc une vision stratégique de la pratique des gestionnaires de cas. La personne recherchée devait être en poste depuis au moins un an, afin de bien connaître le rôle du gestionnaire de cas et d'avoir eu la chance de l'observer dans son travail et ainsi, apprécier un agir compétent.

#### **3.1.2.2.2 Les responsables de la formation**

L'agent de formation de l'établissement est vu comme étant une autre personne qui peut contribuer à la compréhension d'un agir compétent en gestion de cas, puisque sa responsabilité première est de développer des programmes de formation destinés aux employés. La personne ciblée devait avoir développé ou avoir participé à la planification d'une session de formation à l'intention des gestionnaires de cas. Grâce à ce travail de conception, le formateur a acquis une bonne compréhension des compétences requises pour le poste de gestionnaire de cas et de différentes facettes de sa pratique. C'est pourquoi la perception du formateur était importante à retenir pour cette étude.

### **3.1.2.2.3 Les fournisseurs de services**

Une autre perspective recherchée était celle des fournisseurs de services. Deux groupes étaient ciblés : des fournisseurs internes et des fournisseurs externes. Les fournisseurs internes sont les intervenants ou les collègues de travail du gestionnaire de cas, c'est-à-dire des employés du même établissement de santé. Les fournisseurs externes sont les partenaires, c'est-à-dire des intervenants ou des travailleurs qui appartiennent à d'autres établissements ou qui sont hors du réseau interne des gestionnaires de cas. La perception du fournisseur de services de l'agir compétent en gestion de cas concerne davantage l'approche utilisée par le gestionnaire de cas pour demander un service ou sa disponibilité à répondre à ses questions. Afin d'être en mesure de contribuer de manière significative à l'étude, les fournisseurs de services ciblés devaient interagir fréquemment avec les gestionnaires de cas en vue d'avoir une bonne idée de leur travail et des compétences requises. En raison du plus grand nombre de fournisseurs de services, deux étaient sollicités par site.

### **3.1.2.2.4 Les clients**

L'opinion des bénéficiaires des services du gestionnaire de cas était aussi souhaitée. Leur perception du rôle et des compétences requises est différente de celle des autres participants. Bien souvent, au début de sa relation avec le gestionnaire de cas, le client considère celui-ci comme l'expert de sa santé. Toutefois, au cours d'un suivi à long terme, cette perception peut changer (Lamb et Stempel, 1994). Elle peut aussi être influencée par la nature de ses besoins. Il semble que le processus d'attachement entre le gestionnaire de cas et le client s'établit plus rapidement et de façon plus intense chez celui qui éprouve des difficultés et qui, par conséquent, a un plus grand besoin d'aide (Lamb et Stempel, 1994). Comme les besoins des clients ne sont pas identiques, les opinions peuvent différer d'un client à l'autre. Ainsi, les clients ciblés devaient avoir reçu des services d'un gestionnaire de cas pour une période d'au moins six mois. Cette période de temps était nécessaire pour que le client connaisse bien le gestionnaire de cas

et qu'un rapport de confiance ait été créé entre eux. De plus, au cours de cette période, le client aurait bénéficié d'une coordination de soins et de services et serait plus en mesure d'apprécier la compétence du gestionnaire de cas.

Deux types de clients étaient ciblés par site. Un cas léger, c'est-à-dire un client qui nécessite peu de soins et de services et un cas lourd, c'est-à-dire un client qui requiert beaucoup de temps de la part du gestionnaire de cas et plus de services que le précédent.

### **3.1.3 Le choix des méthodes de collecte de données**

Dans le but de bien comprendre la pratique de gestion de cas aux différents sites de recherche puisque celle-ci est appliquée différemment d'un établissement à l'autre, divers modes de saisie des données étaient nécessaires.

#### **3.1.3.1 La sélection de documents pertinents**

La gestion de cas est une initiative résultant de la perception des dirigeants de l'établissement de santé d'un besoin à combler au niveau de la prestation des services à une clientèle spécifique. Habituellement, des documents justifiant l'adoption de cette nouvelle initiative sont conservés par l'établissement de santé. Les documents pertinents au développement et à l'implantation de la gestion de cas dans l'établissement, ainsi que les rapports d'évaluation effectués par la suite étaient les principales sources d'information recherchées. L'examen méthodique de ces documents permettait d'apprécier et de découvrir les similarités et les différences entre les pratiques de gestion de cas dans les divers milieux de recherche et par conséquent, d'obtenir une meilleure compréhension.

#### **3.1.3.2 L'entrevue semi-dirigée**

Pour recueillir la perception des participants du groupe externe par rapport à l'agir compétent d'un gestionnaire de cas et des compétences appréciées chez ces

professionnels de la santé, l'entrevue représentait la méthode idéale. Une entrevue est « une interaction verbale entre deux personnes qui s'engagent volontairement dans pareille relation afin de partager un savoir d'expertise, et ce, pour mieux dégager conjointement une compréhension d'un phénomène d'intérêt pour les personnes en présence » (Savoie-Zajc, 2003, p. 295). L'entrevue semi-dirigée a été préférée à l'entrevue dirigée parce qu'elle est plus flexible et permet de réagir immédiatement aux opinions des répondants lorsqu'ils soulèvent des points intéressants qui peuvent venir enrichir la collecte de données. En plus, le contact direct avec l'expérience individuelle des personnes constitue un avantage additionnel de cette technique (Laperrière, 1997).

Selon l'approche constructiviste et située, la compétence ou l'agir compétent résulte de la mobilisation de diverses ressources par une personne aux prises avec une situation de vie personnelle ou professionnelle (Jonnaert et al., 2004). Par conséquent, les questions du guide d'entrevue visaient à faire ressortir les aspects particuliers d'un gestionnaire de cas en action et en situation. Les questions du guide d'entrevue semi-dirigée ont été formulées à partir du cadre conceptuel de l'approche située. Les quatre grandes thématiques du guide portent sur la situation professionnelle, les ressources personnelles du gestionnaire de cas, les ressources externes auxquelles il a accès dans son travail et la description de la compétence ou d'un agir compétent. Le guide d'entrevue comporte en plus des données thématiques, une section concernant les renseignements sociodémographiques. Il a été modifié légèrement pour chacune des catégories de participants afin de refléter leur relation avec le gestionnaire de cas. Les guides d'entrevue utilisés auprès des divers participants externes sont présentés aux appendices A, B, C et D.

Avant d'être utilisé avec les participants sélectionnés, le guide d'entrevue a été vérifié auprès d'un superviseur de gestionnaires de cas qui ne participait pas à l'étude. Cette rencontre a permis de vérifier la pertinence et la formulation des questions et de

s'assurer que les données obtenues seraient significatives par rapport aux thèmes étudiés (Gaudreau, 2001).

### 3.1.3.3 Le groupe de discussion focalisée

Pour obtenir la perspective des gestionnaires de cas par rapport à l'agir compétent en gestion de cas et aux situations qu'ils rencontrent dans leur pratique, une discussion de groupe semblait plus appropriée qu'une entrevue individuelle, et ce, pour plusieurs raisons.

Une discussion de groupe permet d'obtenir rapidement le point de vue de plusieurs personnes sur un sujet. Puisque l'objectif poursuivi par cette démarche de recherche était d'obtenir une vue d'ensemble de l'agir compétent en gestion de cas, des dialogues entre les participants étaient une condition essentielle. Trois méthodes peuvent être utilisées pour obtenir un consensus sur un phénomène, le *focus group* (Jones, 2001; Norton, 1998), la technique Delphi et le groupe nominal (Webb et Kevern, 2001; Fink, Kosecoff, Chassin et Brook, 1984; Delbecq, Van de Ven et Gustafson, 1975). La technique Delphi a donc été éliminée parce qu'elle ne permet aucun dialogue entre les participants. Le groupe nominal a lui aussi été écarté puisque les interactions entre les répondants sont restreintes.

Pour sa part, le *focus group* ou le groupe de discussion focalisée est « une entrevue semi-dirigée de groupe, animée par un modérateur, dans un milieu habituel, ayant pour objectif la cueillette d'informations sur un sujet particulier » (Carey, 1994, p. 226). C'est d'ailleurs pour cette raison que la discussion est appelée « focalisée ». Ce groupe de discussion est habituellement constitué de 6 à 10 personnes, mais il est également possible d'obtenir une discussion productive avec un petit groupe de 5 à 6 personnes (Lichtman, 2006; Morgan, 2000). Cette technique mise sur les interactions à l'intérieur d'un groupe et permet d'obtenir rapidement de riches données expérientielles (Asbury, 1995). C'est justement l'occurrence d'interactions entre les membres qui distinguent le

groupe de discussion de l'entrevue individuelle (Lichtman, 2006). Dans un groupe de discussion focalisée, les commentaires des différents participants stimulent la réflexion chez les autres générant ainsi une discussion beaucoup plus féconde (Côté-Arsenault et Morrison-Beedy, 1999). Cette méthode possède aussi une excellente validité interne puisque les idées articulées par les répondants peuvent être confirmées, réfutées ou même contredites immédiatement dans le groupe (Webb et Kevern, 2001). Considérant tous ces avantages, la technique du groupe de discussion focalisée a été retenue pour recueillir la perspective des participants du groupe interne.

Le questionnaire développé pour la discussion de groupe porte sur les mêmes thématiques que celui des entrevues semi-dirigées. La pertinence et la formulation des questions du guide d'entrevue ont été vérifiées par deux gestionnaires de cas qui ne participaient pas à l'étude. Le canevas d'entrevue utilisé pour les groupes de discussion focalisée est présenté à l'appendice E.

L'animation d'un groupe de discussion focalisée est complexe et délicate et requiert de l'expérience (Boutin, 2007). L'animateur doit être capable d'interpréter les différents points de vue exprimés dans le groupe et de les concilier en une parole collective (Boutin, 2007). Comme la chercheure a eu l'occasion d'animer plusieurs groupes de discussion au cours de sa carrière professionnelle, elle est familière avec les règles reliées à l'animation d'une telle discussion.

Pour la tenue d'un groupe de discussion focalisée, on recommande également la présence d'un assistant de recherche pour alléger la tâche du chercheur et prendre des notes sur certains aspects prédéterminés (Côté-Arsenault et Morrison-Beedy, 1999; Krueger, 1994). Dépendamment du but de la rencontre, la prise de notes peut concerner le déroulement de la discussion, la place des participants autour de la table, l'ordre de parole, les expressions non verbales significatives et même les thèmes prédominants évoqués durant la discussion. Cette personne peut aussi s'occuper des aspects logistiques

comme l'enregistrement de la discussion et les rafraîchissements. Les services d'une assistante de recherche ont été retenus pour les rencontres de groupes.

#### **3.1.3.4 Le journal de recherche**

Une autre méthode précieuse de collecte d'information est le journal de recherche. Tout au long de la démarche, la chercheuse peut y consigner différentes informations comme des réflexions par rapport aux interactions avec les participants, des observations concernant l'environnement physique des entrevues, les personnes rencontrées, le déroulement des activités de recherche, ainsi que les événements marquants survenus au cours de la démarche de recherche. Les expressions verbales et non verbales des personnes rencontrées qui ont une importance pour la compréhension de l'objet de recherche peuvent aussi y être notées. Ces informations sont importantes afin d'éviter que les valeurs personnelles et professionnelles viennent teinter l'interprétation des données.

Par cette triangulation des sources et des méthodes, la chercheuse visait une compréhension globale du phénomène et une occasion de poser un regard critique sur l'ensemble des données (Mays et Pope, 2000).

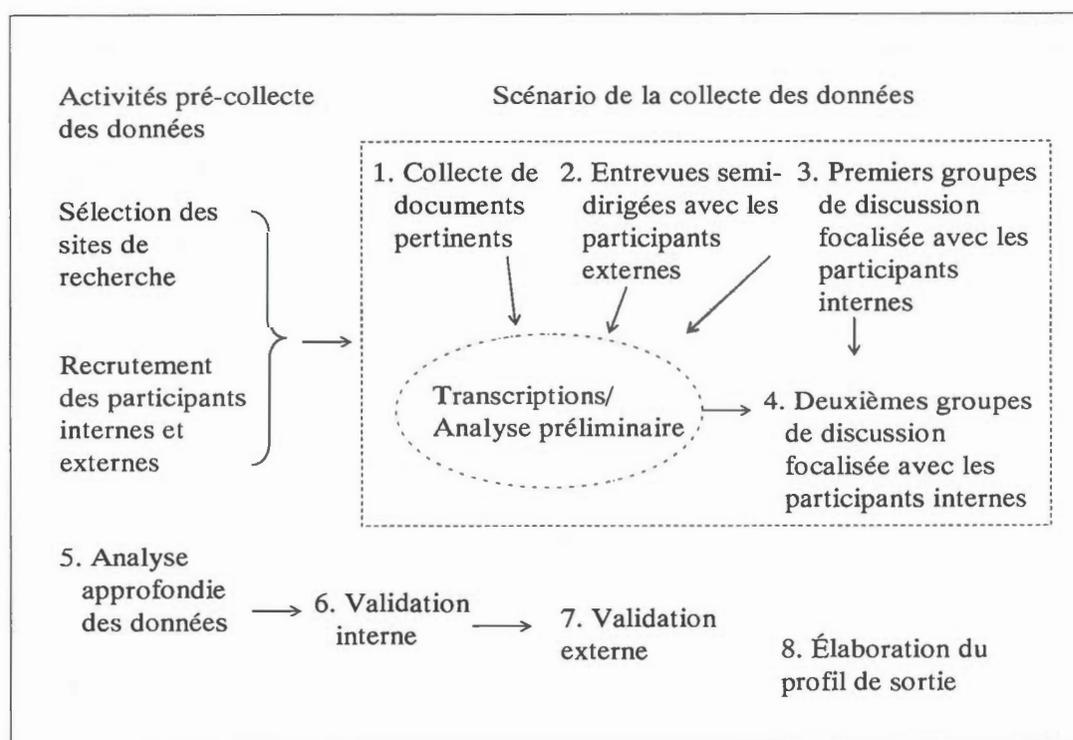
### **3.2 Le déroulement de l'étude**

Cette étude s'est déroulée en plusieurs étapes qui sont présentées à la figure 3.1. Les prochains paragraphes décrivent les activités qui ont précédé la collecte des données soit le recrutement des sites et des participants.

#### **3.2.1 Le recrutement des sites de recherche**

Le recrutement des sites de recherche a débuté en mars 2007. Entre les mois de mars et septembre 2007, la chercheuse a contacté plusieurs responsables de la gestion de cas, de divers établissements de santé de différentes régions du Québec. Lors de ce premier

contact, elle leur a expliqué brièvement le but et les objectifs du projet de recherche. Si la personne exprimait un intérêt pour le projet, un exemplaire du protocole de recherche et des exigences du projet de recherche lui était expédié.



**Figure 3.1** Le déroulement de la recherche

En octobre 2007, sept mois après le début du recrutement, seulement trois responsables avaient démontré un intérêt pour le projet de recherche. La chercheuse a effectué une dernière tentative de recrutement par l'entremise d'une collègue d'études qui œuvre dans un centre hospitalier où la pratique d'infirmières pivots en oncologie est bien implantée. À la suite de son intervention, la responsable a accepté de s'engager dans le projet de recherche. Les infirmières pivots, comme les gestionnaires de cas, offrent du soutien et de l'information aux clients atteints de cancer et coordonnent les soins et services requis par les clients dans le souci d'une continuité de soins (de Serres et Beauchesne, 2000). Ces deux termes sont souvent utilisés comme synonyme (RQASF, 2006; MSSS, 2005b).

Le recrutement des milieux de recherche a été particulièrement long et difficile pour deux raisons. Premièrement, les responsables sollicités ne connaissaient pas la chercheuse, personnellement ou professionnellement, puisqu'elle a travaillé principalement dans des établissements de santé militaires et hors du Québec. Deuxièmement, la direction de trois des quatre établissements de santé qui se sont montrés intéressés a exigé que le projet de recherche doctoral soit révisé par leur propre comité d'éthique même si le projet avait déjà reçu l'assentiment du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Ces deux obstacles ont retardé de plusieurs mois le début de la collecte des données. Les lettres d'autorisation des milieux sélectionnés sont présentées à l'appendice F et les certificats éthiques se retrouvent à l'appendice G.

### **3.2.2 La description des sites de recherche**

Finalement, quatre sites distincts ont participé au projet de recherche. Aux fins de cette étude et pour préserver l'anonymat et la confidentialité des milieux et des participants, ils sont identifiés comme suit : site 1, site 2, site 3 et site 4. Le tableau 3.1 résume les caractéristiques des quatre sites impliqués dans le projet de recherche.

#### **3.2.2.1 Le site 1**

Le site 1 est un CLSC, qui fait partie d'un CSSS dans la grande région de Montréal et qui offre les services de gestionnaires de cas depuis 2000. La gestion de cas a été implantée dans ce milieu pour assurer une plus grande accessibilité aux services à la clientèle ciblée à travers un guichet unique et une meilleure qualité et continuité des soins. La population du territoire desservi par ce réseau de la santé est en majorité anglophone. Le territoire est divisé en plusieurs zones et une équipe multidisciplinaire de gestionnaires de cas est assignée à chacune des zones. Ces équipes sont composées de travailleurs sociaux, d'infirmières, d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes. Tous les professionnels de la santé de l'établissement agissent à titre de gestionnaire de cas.

**Tableau 3.1**  
**Caractéristiques des milieux de recherche**

Caractéristiques	Site 1	Site 2	Site 3	Site 4
Milieu de soins	CSSS/CLSC	Clinique ambulatoire	CSSS/CLSC	CH
Date d'implantation	2000	2001	2001	2001
Région	Montréal	Québec	Estrie	Banlieue de Montréal
Objectif	Continuité et accessibilité des services à travers un guichet unique	Continuité de soins et services aux militaires malades ou blessés	Intégration des services pour une clientèle spécifique	Accès rapide à un intervenant
Modèle de prestation des services	Hybride et mixte	Courtage	Hybride	Mixte
Types d'intervenants	Multidisciplinaire (infirmière, travailleur social, ergothérapeute, physiothérapeute)	Unidisciplinaire (infirmière)	Multi-disciplinaire (infirmière et travailleur social)	Unidisciplinaire (infirmière)
Qualification exigée	Baccalauréat, Maîtrise	Baccalauréat	Baccalauréat	Baccalauréat Certificat en oncologie
Autorité sur l'allocation des services	Limitée	Limitée	Limitée	Limitée
Clientèle	Personnes âgées > 65 en perte d'autonomie et autres clients : cas de déficiences physiques, cas palliatifs Multiculturelle Anglophone	Adulte âgé de 18 à 60 ans présentant une invalidité permanente En majorité masculine En majorité francophone	Personnes âgées >65 en perte d'autonomie et répondant à des critères d'éligibilité Francophone	Personnes de tous âges, atteintes de cancer, hospitalisées ou ambulatoires desservies par le centre régional En majorité francophone
Types de services requis par la clientèle	Vieillesse Épisode de soins spécifique	Transition de vie	Vieillesse	Épisode de soins spécifique
Nombre de dossiers	60-70	80-100	40-45	50 à 200
Formation en gestion de cas	Orientation et mentorat Ad hoc et en lien avec un nouveau fournisseur ou une nouvelle agence communautaire	Orientation et mentorat 2 semaines annuellement ad hoc	Orientation et mentorat Ad hoc et en lien avec un nouveau fournisseur ou une nouvelle agence	Orientation 3 jours 4 sessions de formation continue annuelle 3 ou 4 colloques annuels (locaux, nationaux et internationaux)
Soutien professionnel	Accès aux collègues	Accès rapide aux collègues et spécialistes	Accès aux collègues	Accès rapide aux collègues et spécialistes
Soutien technologique	Limité	Partiel	Bon	Partiel

L'anglais est la langue de travail, mais plusieurs intervenants sont bilingues. Les modèles hybride et mixte de gestion de cas sont utilisés à ce site. Le modèle hybride est assigné aux travailleurs sociaux, c'est-à-dire qu'ils ont de plus grandes responsabilités en gestion de cas que les trois autres groupes d'intervenants et que leur principale responsabilité est le courtage de services. Ils peuvent aussi offrir des interventions psychosociales ponctuelles de courte durée. Le modèle mixte s'applique aux infirmières, aux ergothérapeutes et aux physiothérapeutes. Ces professionnels de la santé sont avant tout des cliniciens à qui on rajoute le courtage de services de la gestion de cas. Le modèle mixte priorise la continuité des soins cliniques au profit du courtage de services. La clientèle des gestionnaires de cas est multiculturelle et composée en majorité de personnes âgées en perte d'autonomie. D'autres clientèles peuvent s'y greffer selon les besoins comme des personnes atteintes de déficiences physiques ou de cancer. Les services requis par la clientèle sont en lien avec le processus de vieillissement ou un épisode spécifique de soins. Les gestionnaires de cas gèrent en moyenne entre 60 et 70 dossiers. Le dossier d'un client est fermé lorsque le client décède, redevient autonome, déménage dans une autre région ou est hébergé dans le système de santé publique. Lors de l'implantation, les gestionnaires de cas ont reçu une formation de deux semaines. Par la suite, ceux qui se sont joints à l'équipe ont eu droit à une orientation de quelques heures par le responsable de l'équipe et au mentorat de leurs collègues. En ce qui concerne le soutien professionnel, les gestionnaires de cas peuvent compter sur les conseils de leur superviseur. Les cas complexes sont discutés lors de rencontres bimensuelles qu'ils organisent avec les membres de leur équipe. Ils ont très peu d'autorité sur l'allocation des services à leurs clients puisque tous les services doivent être approuvés par le superviseur. Ils bénéficient d'un soutien technologique limité pour effectuer leur travail.

### **3.2.2.2 Le site 2**

Le site 2 est une clinique ambulatoire d'une base militaire située en territoire québécois. Les gestionnaires de cas de cette clinique sont en poste depuis 2001. Le but de

l'implantation de la gestion de cas est d'assurer une plus grande continuité des soins et services aux militaires malades ou blessés et de faciliter leur transition à la vie civile, s'ils ne sont plus en mesure d'exercer leur métier militaire à cause de leurs problèmes de santé. Les gestionnaires de cas aident ces militaires à effectuer la transition ou à réintégrer le travail après une période prolongée d'absence. Au moment de l'étude, la clinique employait quatre gestionnaires de cas à temps complet. Cette équipe est composée uniquement d'infirmières. Leur responsabilité première est le courtage des services aux clients. La clientèle est en majorité masculine et composée de militaires âgés de 18 à 60 ans. Chaque gestionnaire de cas est responsable d'environ 80 à 100 dossiers. Le dossier d'un client est fermé lorsque le militaire redevient autonome, décède, qu'il est transféré à une autre base militaire ou que ses soins sont transférés aux Anciens Combattants. Tous les gestionnaires de cas ont bénéficié d'une formation de deux semaines avant d'entrer en poste. Ils participent également à une formation d'appoint annuelle de deux semaines avec leurs collègues des autres bases militaires. De plus, ils sont invités à toutes les sessions de formation intra-établissement offertes aux autres professionnels de la santé. Étant intégrés au sein d'une clinique ambulatoire, ils ont accès rapidement aux membres de l'équipe multidisciplinaire ainsi qu'aux ressources non médicales de la base militaire. Les gestionnaires de cas jouissent aussi d'un bon soutien informatique, de plusieurs ressources électroniques et le plan de services des clients est informatisé.

### **3.2.2.3 Le site 3**

Le site 3 est un CLSC qui fait partie d'un CSSS régional en Estrie. Des gestionnaires de cas y travaillent depuis 2001. Dans ce milieu, la gestion de cas est une des composantes du réseau intégré de services. Elle a été implantée par une équipe de recherche en même temps que les autres composantes du réseau. L'objectif de la gestion de cas est l'intégration des services des personnes âgées en perte d'autonomie desservies par le réseau. Le territoire est divisé en quatre zones géographiques. Une équipe multidisciplinaire de gestionnaires de cas, formée d'infirmières et de travailleurs sociaux

est responsable pour la coordination des soins et services de la clientèle de la zone. La clientèle est composée de personnes âgées de plus de 65 ans, en perte d'autonomie et répondant aux critères d'éligibilité. Elle est majoritairement francophone. Les services requis par la clientèle sont liés au processus de vieillissement. Chaque gestionnaire de cas est responsable d'environ 40 à 45 dossiers. La responsabilité première des gestionnaires de cas est le courtage de services, mais ils peuvent effectuer des interventions cliniques ou psychosociales ponctuelles. Les dossiers des clients sont fermés lorsque les clients décèdent, redeviennent autonomes, déménagent dans une autre région ou sont hébergés dans le système public. Lors de l'implantation de la gestion de cas, les gestionnaires de cas ont bénéficié d'une formation de groupe portant sur l'approche de gestion de cas. Actuellement, la formation est offerte sous forme d'orientation et de mentorat, car l'embauche de nouveaux gestionnaires de cas se fait à différents moments au cours de l'année. Les gestionnaires de cas travaillent en équipe multidisciplinaire et bénéficient du soutien professionnel de leurs collègues pour les cas complexes. De plus, ils jouissent de plusieurs outils électroniques et le plan de services de leurs clients est informatisé et accessible aux autres intervenants du réseau, ce qui facilite la communication entre les intervenants des divers établissements du réseau. Il faut noter que les opinions exprimées dans ce texte sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles du ministère de la Défense nationale ou des Forces canadiennes.

#### **3.2.2.4 Le site 4**

Pour sa part, le site 4 est un centre hospitalier de la banlieue de Montréal qui offre les services d'infirmières pivots depuis 2001. Selon le *Programme de lutte contre le cancer du Québec*, l'accès à un intervenant pivot est offert à tous les clients qui sont atteints d'un cancer. En collaboration avec les autres membres de l'équipe multidisciplinaire en oncologie, l'infirmière pivot cherche à réduire l'effet d'un diagnostic de cancer sur les personnes atteintes et leurs proches tout au long de la période de soins, c'est-à-dire du début à la fin de la maladie (de Serres et Beauchesne, 2000). À cause d'un manque de

ressources humaines à cet établissement, l'accès à ce professionnel de la santé est limité aux clients qui reçoivent des traitements de chimiothérapie. Les services offerts par les infirmières pivots sont donc liés à un épisode de soins. L'établissement emploie six infirmières pivots travaillant à temps plein et qui œuvrent auprès d'une clientèle multiculturelle, francophone, composée d'enfants, d'adultes et de personnes âgées. Le dossier d'un client est fermé lorsqu'il décède ou qu'il est transféré à une infirmière pivot d'une autre région. Par conséquent, le nombre de dossiers de chaque infirmière pivot est très élevé et peut varier entre 50 et 200. Elles ont reçu une formation de groupe lors de l'implantation de l'initiative et profitent de nombreuses sessions de formation continue au cours de l'année. De plus, elles assistent annuellement à plusieurs colloques sur la scène nationale ou internationale. Travaillant en équipe avec un ou deux oncologues, elles sont avant tout des cliniciennes qui possèdent une grande autonomie dans leur travail. Elles ont aussi accès rapidement à leurs collègues de l'équipe multidisciplinaire lorsqu'elles ont besoin d'aide.

En résumé, les quatre sites recrutés satisfaisaient aux critères de sélection retenus et étaient hétérogènes. Toutes les pratiques sont en place depuis plus de six ans. Les établissements de santé appartiennent à trois niveaux différents : communautaire, ambulatoire et hospitalier. Ils sont situés dans des régions distinctes du Québec. Les caractéristiques de la clientèle varient par rapport à l'âge, la culture et la langue d'expression. Les besoins de la clientèle sont aussi différents puisqu'ils sont liés soit au processus de vieillissement, à une transition de vie ou à un épisode de soins spécifique. Des différences sont aussi présentes entre les groupes de professionnels : équipes multidisciplinaires de compositions différentes ou équipes unidisciplinaires d'infirmières, ainsi que par la langue d'usage. Certains professionnels ont aussi des responsabilités cliniques plus importantes que d'autres. Finalement, dans un site, la gestion de cas est imposée à tous les professionnels de la santé tandis qu'elle est volontaire dans les trois autres.

### **3.2.3 La démarche de recrutement des participants**

À l'instar du groupe externe, l'échantillon des participants du groupe interne a été constitué à partir d'un groupe naturel, c'est-à-dire un groupe de personnes qui existe sur le terrain et non de personnes réunies spécifiquement aux fins de l'étude (Lecompte et Preissle, 1993).

### **3.2.4 Le recrutement des participants du groupe interne**

Les critères exigés pour la sélection des participants internes ont été discutés avec le responsable de la gestion de cas de chacun des quatre établissements sélectionnés et confirmés par courriel. Le responsable a fait parvenir à la chercheuse les noms des personnes intéressées à participer au projet de recherche. Il lui a aussi désigné une des personnes volontaires comme personne-ressource. Le local et les dates des rencontres ont été convenus par l'entremise de cette personne.

#### **3.2.4.1 La description des participants internes**

Vingt-deux personnes ont participé à l'étude, douze infirmières, neuf travailleurs sociaux et une ergothérapeute. Plus de la moitié des participants avaient plus de 40 ans et ils étaient en majorité des femmes. Tous les participants ont poursuivi des études universitaires de premier cycle, sauf un. Ce participant avait un diplôme d'études collégiales en plus d'un diplôme en médecine d'un autre pays. Quatre des 22 participants avaient aussi un diplôme de deuxième cycle. Le tableau 3.2 résume le profil des participants du groupe interne des quatre sites retenus pour l'étude.

Toutefois, quatre des 22 participants ne satisfaisaient pas au critère d'expérience disciplinaire. Or, cette lacune était largement compensée par le nombre d'années d'expérience comme gestionnaire de cas. Deux participants ne satisfaisaient pas au critère du poste, mais comptaient plus de six ans d'expérience comme infirmière ou travailleur social. Compte tenu du petit nombre de participants recrutés pour participer

**Tableau 3.2**  
**Profil des participants du groupe interne**

<b>Caractéristiques</b>	<b>Site 1</b>	<b>Site 2</b>	<b>Site 3</b>	<b>Site 4</b>
<b>Âge</b>				
20-29	1		1	1
30-39	1	2	2	1
40-49		1	1	2
50-59	3	1	2	2
60-65	1			
<b>Sexe</b>				
F	4	4	4	6
M	2		2	
<b>Profession</b>				
Infirmière	1	4	1	6
Travailleur social	4		5	
Ergothérapeute	1			
<b>Scolarité</b>				
DEC	1+			
Baccalauréat	2	4	5	6
Maîtrise	3		1	
Autre	+ MD autre pays			
<b>Expérience disciplinaire</b>				
<3 ans	3	1		
3-5 ans			2	
6-10 ans	1		2	1
11-15 ans	1	1	1	1
16-20 ans			1	
>20 ans	1	2		4
<b>Expérience comme GC/IP</b>				
1 à 2 ans			2	3
3 à 4 ans	1	3	2	3
>5 ans	5	1	2	

aux groupes de discussion focalisée, le bagage expérimental de ces participants a été jugé suffisant pour offrir une contribution significative à l'étude. Le tableau 3.3 résume la participation des répondants du groupe interne aux différentes activités de la recherche.

**Tableau 3.3**  
**Implication des répondants internes aux activités de recherche**

Site	Discussion 1	Discussion 2	Validation interne
<b>Site 1</b>			
P1	√		
P2	√	√	
P3	√	√	
P4	√		
P5	√		
P6	√	√	√
<b>Site 2</b>			
P1	√		
P2	√	√	
P3	√		
P4	√	√	√
<b>Site 3</b>			
P1	√	√	√
P2	√	√	
P3	√	√	
P4	√	√	
P5	√	√	
P6	√	√	√
<b>Site 4</b>			
P1	√	√	√
P2	√		
P3	√	√	
P4	√	√	
P5	√	√	
P6		√	

De plus, le minimum de six participants requis par site de recherche s'est révélé irréaliste pour certains sites. Par exemple, au moment de la collecte des données, l'équipe de gestionnaires de cas au site 2 ne comptait que quatre personnes en tout temps.

### **3.2.5 Le recrutement des participants du groupe externe**

Comme pour la sélection des participants du groupe interne, une liste des critères a été transmise au responsable de la gestion de cas à chacun des sites de recherche pour le recrutement des participants ciblés pour constituer le groupe externe. Tous les participants, à l'exception des clients, ont été identifiés par le responsable. Les coordonnées des participants intéressés ont été transmises à la chercheuse. Cette dernière les a contactés et leur a expliqué le but de l'étude. Elle a ensuite obtenu leur consentement verbal et convenu d'une date pour l'entrevue.

Pour ce qui est des deux clients, le recrutement s'est effectué par l'entremise de la personne-ressource désignée par le responsable à chacun des quatre sites de recherche. Un feuillet explicatif préparé par la chercheuse a été remis aux clients qui satisfaisaient aux critères de sélection. Les clients qui désiraient participer à l'étude ont autorisé la personne-ressource à transmettre leurs coordonnées à la chercheuse pour qu'elle puisse les rejoindre. Par la suite, la chercheuse a contacté chacun des clients et leur a expliqué le but de l'entrevue. Ensuite, elle a obtenu leur consentement verbal et planifié avec eux la date de l'entrevue.

#### **3.2.5.1 La description des participants du groupe externe**

Pour ce qui est des participants du groupe externe, vingt-cinq personnes ont été interviewées : cinq superviseurs, trois formateurs, neuf fournisseurs de services et huit clients. Le profil des participants du groupe externe est présenté au tableau 3.4.

**Tableau 3.4**  
**Le profil des participants du groupe externe**

<b>Démographiques</b>	<b>Site 1</b>	<b>Site 2</b>	<b>Site 3</b>	<b>Site 4</b>
<b>Superviseur (4)</b> Profession Années en poste	infirmière 2 ans et demi	Médecin 6 ans	Infirmière 7 ans	infirmière 7 ans
<b>Formateur (3)</b> Profession Responsabilité	Travailleur social Formation initiale	N/A	Infirmière  Formation initiale	Infirmière  Formation initiale et continue
<b>Fournisseur de services 1 (4)</b> Relation Services  Nombre d'années	Partenaire Centre de jour  7 ans	Partenaire Services administratifs 6 ans	Collègue Allocation de services 7 ans	Collègue Soins infirmiers 5 ans
<b>Fournisseur de services 2 (4)</b> Relation Services  Nombre d'années	Collègue Aide familiale  8ans	Partenaire Vocationnels 4 ans	Partenaire Médecin traitant 6ans	Collègue Nutrition  2 ans
<b>Fournisseur de services 3 (1)</b> Relation Services Nombre d'années		Collègue Psychosociaux 5 ans		
<b>Client 1 (léger) (4)</b> Temps du suivi	>2 ans	6 mois	2 ans	>3ans
<b>Client 2 (lourd) (4)</b> Temps du suivi	>2 ans	1 an	5 ans	3 ans

Note : Le chiffre entre parenthèses indique le nombre de participants de chaque catégorie.

Les paragraphes suivants décrivent les caractéristiques des participants du groupe externe de chacune des catégories.

#### **3.2.5.1.1 Les superviseurs**

Trois des cinq superviseurs interviewés étaient en poste depuis l'implantation de l'initiative dans l'établissement, tandis que celui du site 1 était en poste depuis seulement deux ans. Au site 3, un changement de superviseur était en cours au moment de l'entrevue. Celle-ci a donc été effectuée avec les deux superviseurs, l'actuel et le remplaçant. Tous les superviseurs interviewés satisfaisaient aux critères de sélection. Trois des superviseurs étaient des infirmières et les deux autres, un médecin et un physiothérapeute. Deux des superviseurs interviewés avaient déjà occupé un poste de gestionnaire de cas ou celui d'infirmière pivot.

#### **3.2.5.1.2 Les responsables de la formation**

Trois des quatre sites de recherche comptaient un formateur. Les trois formateurs interviewés avaient participé à la formation initiale des professionnels de la santé lors de l'implantation de l'initiative dans l'établissement. Deux d'entre eux s'occupent toujours de l'orientation et de la formation continue de ces professionnels. Pour sa part, le troisième avait participé à la planification de la formation initiale des gestionnaires de cas et, au moment de l'entrevue, il était membre d'un comité responsable du développement du curriculum d'un programme d'études de deuxième cycle en gestion de cas.

#### **3.2.5.1.3 Les fournisseurs de services**

En tout, neuf fournisseurs de services ont été interviewés. Au site 2, comme il n'y avait pas de formateur et que trois fournisseurs de services avaient démontré un intérêt pour participer à l'étude, ils ont tous été interviewés. Toutes ces personnes travaillaient avec

les gestionnaires de cas ou les infirmières pivots depuis plus de deux ans. Cinq des personnes interviewées étaient des collègues des gestionnaires de cas et les quatre autres des partenaires. Dans le groupe des collègues, une auxiliaire familiale, une responsable de l'allocation des ressources, un travailleur social, une infirmière et un nutritionniste ont été interviewés. Dans celui des partenaires, un directeur de centre de jour, un médecin, un gestionnaire régional et une conseillère en orientation ont participé aux entrevues.

#### **3.2.5.1.4 Les clients**

Huit entrevues ont été effectuées auprès de clients. Sept entrevues ont été réalisées avec les clients eux-mêmes et la dernière avec un aidant naturel, car le client était confus et donc incapable de répondre aux questions posées. Dans certaines situations en gestion de cas, le client et l'aidant naturel forment une unité avec laquelle le gestionnaire de cas doit travailler afin de répondre aux besoins du client. Parmi les clients interviewés, trois d'entre eux avaient plus de 88 ans. L'âge des cinq autres variait entre 40 et 75 ans. Ils étaient tous des clients du gestionnaire de cas ou de l'infirmière pivot depuis plus de six mois. À chacun des sites, un des clients interviewés était considéré un cas léger et l'autre un cas lourd.

Ce projet de recherche s'est déroulé en huit étapes. Elles sont décrites dans la prochaine section.

#### **3.2.6 La description des étapes de la recherche**

La posture constructiviste et interprétative adoptée pour cette étude dicte une approche itérative d'investigation. Cette approche comporte la réalisation d'une série d'étapes de collecte des données pour découvrir la signification du phénomène et l'interpréter à travers un processus de rétroaction (Grbich, 2007). Les objectifs de la collecte des données étaient de comprendre la pratique professionnelle des gestionnaires de cas

impliqués dans l'étude, de décrire un agir compétent en gestion de cas et par la suite, d'identifier les classes de situations professionnelles au cœur de leur pratique pour enfin élaborer un profil de sortie d'un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas. Plusieurs étapes ont été nécessaires pour réaliser ces objectifs. L'articulation de ces diverses étapes était nécessaire pour comprendre la pratique professionnelle des gestionnaires de cas au Québec et construire progressivement le profil de sortie du programme de formation. C'est à partir de l'interprétation des propos livrés par l'ensemble des répondants et les rétroactions recueillies à des moments précis de la démarche de recherche que le profil de sortie a été élaboré.

Le tableau 3.5 présente le calendrier des différentes activités de recherche et les modes d'investigation. La collecte des données s'est échelonnée du 2 novembre 2007 au 11 juin 2008.

Les étapes de la recherche sont présentées l'une après l'autre, même si à l'occasion, elles se sont déroulées en même temps.

### **3.2.6.1 Première étape – La collecte de données contextuelles**

La première étape de la recherche consistait à rassembler des données contextuelles spécifiques à la pratique des gestionnaires de cas et des infirmières pivots dans les établissements participant à l'étude. Les documents ciblés ont été sollicités auprès des responsables des quatre sites de recherche.

Au site 1, plusieurs documents électroniques, incluant l'historique de la gestion de cas et divers protocoles qui encadrent la gestion de cas dans l'établissement ont été obtenus. Au site 2, les documents reliés à l'implantation et à l'évaluation de la gestion de cas ainsi que des protocoles ont été mis à la disposition de la chercheuse. Au site 3, deux rapports de recherche publiés à la suite de l'implantation du réseau intégré de soins et

**Tableau 3.5**  
**Calendrier des activités de recherche et modes d'investigation**

Dates	Activités
2 novembre 2007 au 12 mars 2008	1. Collecte de documents
	2. Entrevues semi-dirigées des participants externes (24 personnes)
	3. Premiers groupes de discussion focalisée avec les participants internes (4 groupes)
29 avril au 11 juin 2008	Deuxièmes groupes de discussion focalisée avec les participants internes (4 groupes)
26 janvier 2009	Validation interne avec les représentants des participants internes (vidéoconférence)
23 octobre 2009	Validation externe avec des gestionnaires de cas (3 personnes)

services dont la gestion de cas était une des composantes lui ont été remis. Finalement au site 4, toute la documentation pertinente à l'implantation des infirmières pivots dans le réseau de la santé était disponible sur le site du *Programme de lutte contre le cancer du Québec*. Une copie du programme d'orientation a aussi été obtenue.

Tous ces documents ont été utilisés pour décrire les milieux et leur contexte. Les données contextuelles relevées dans les verbatim des entrevues et des groupes de discussion focalisée et le journal de recherche ont aussi contribué à cette description. L'examen méthodique de toutes ces informations était important afin de bien comprendre les différences entre les pratiques en gestion de cas des sites de recherche.

### **3.2.6.2 Deuxième étape – La réalisation des entrevues semi-dirigées**

La deuxième étape de la recherche consistait à recueillir la perception des répondants du groupe externe par rapport à l'agir compétent d'un gestionnaire de cas et des

compétences appréciées chez ces professionnels de la santé, aux quatre sites de recherche. Lors de l'entrevue avec chacun des participants externes, la chercheuse s'est présentée, lui a rappelé l'objectif de l'entrevue et lui a demandé de lire et de remplir le formulaire de consentement (Appendice H). Ensuite, la chercheuse lui a garanti la confidentialité des données et de l'anonymat. Elle a conclu cette introduction en lui demandant la permission d'enregistrer la discussion. Les renseignements sociodémographiques du participant ont été vérifiés pour s'assurer qu'il satisfaisait aux critères de sélection. La durée des entrevues a varié entre 45 et 90 minutes et elles ont toutes été enregistrées sur bande audio. Les entrevues ont eu lieu au domicile du participant ou à son lieu de travail, selon la préférence. Les entrevues semi-dirigées ont été effectuées entre le 2 novembre 2007 et le 12 mars 2008.

Comme les entrevues avaient été planifiées durant la saison hivernale, quatre entrevues ont dû être réalisées par téléphone à cause d'intempéries. Les vingt autres se sont déroulées seul à seul avec les participants. Cinq des six entrevues au site 1 ont été effectuées en anglais afin d'accommoder les participants qui avaient de la difficulté à s'exprimer en français. Tous les enregistrements des entrevues ont été transcrits intégralement par la chercheuse dans les jours qui ont suivi l'entrevue.

Dans une démarche de recherche qualitative, la collecte et le traitement des données s'effectuent simultanément par un mouvement continu de va-et-vient entre les données recueillies et l'analyse (Morse, Barrett, Mayan, Olson et Spiers, 2002). Toutefois, certaines circonstances peuvent empêcher que le traitement des données soit effectué de cette façon. Comme le montre le calendrier des activités au tableau 3.5, les trois premières étapes de l'étude se sont déroulées conjointement, laissant très peu de temps entre les activités pour entreprendre une analyse approfondie des données recueillies. Pour cette raison, le journal de recherche s'est avéré un outil inestimable pour le rappel des événements.

Après avoir réalisé chacune des entrevues, la chercheure a effectué tout de même une « lecture flottante », en réécoutant l'enregistrement (Baribeau, 2009; Pope et al., 2006). Par la suite, elle a procédé à la transcription intégrale de l'enregistrement. Lorsque la transcription a été complétée, elle l'a vérifiée en réécoutant l'enregistrement audio et elle a effectué les corrections nécessaires. Les réflexions suscitées par la lecture de la transcription ont été notées immédiatement sur le verbatim (Richards, 2005). En effectuant elle-même toutes les entrevues, la chercheure a pu se familiariser et s'imprégner du matériel tout au long de la recherche.

### **3.2.6.3 Troisième étape – La réalisation des premiers groupes de discussion focalisée**

Le but des premiers groupes de discussion focalisée était d'obtenir la perspective des gestionnaires de cas d'un agir compétent dans leur pratique. Les groupes de discussion focalisée ont eu lieu dans des salles de réunion qui avaient été réservées par la personne-ressource. À l'exception du site 4, les salles de réunion se trouvaient dans un endroit tranquille qui permettait une discussion sans distraction. La salle de réunion du site 4 était bruyante puisqu'elle est adjacente à la salle à café des employés et qu'elle est séparée de celle-ci uniquement par un mur amovible non insonorisé. Cette situation ne semblait pas déranger les participants qui sont habitués à tenir leurs rencontres dans cette salle.

À chacun des sites de recherche, la chercheure a commencé la rencontre avec les participants par une introduction et un exposé du but de la discussion. Elle leur a expliqué ensuite le déroulement de la discussion. Elle leur a rappelé également l'importance de leur participation au deuxième groupe de discussion focalisée. Les participants ont aussi été informés que les données recueillies durant la discussion seraient présentées de façon anonyme, mais que leur confidentialité ne pouvait être garantie puisque les informations étaient partagées à l'intérieur d'un groupe. La chercheure a obtenu leur permission pour enregistrer la discussion après leur avoir

expliqué l'importance de l'enregistrement pour le rappel exact des informations. Ensuite, les participants ont rempli le formulaire de consentement (Appendice H) et ils ont complété la feuille de renseignements sociodémographiques (Appendice I). Avant d'amorcer la discussion, la chercheuse a répondu aux questions des participants.

Après avoir établi le contact avec le groupe et clarifié la procédure pour la discussion, la chercheuse a engagé la discussion en demandant à chacun des participants de décrire le cas qui l'avait le plus marqué dans sa pratique et d'en expliquer la raison. Comme les participants étaient habitués à échanger entre eux, ils partageaient ouvertement leurs expériences et leurs opinions avec leurs collègues. La discussion s'est enchaînée avec les autres questions du guide d'entrevue. Tout en maintenant le contrôle du groupe, la chercheuse a laissé les répondants discuter librement et a évité d'influencer la discussion pour que les données reflètent vraiment leur réalité. Lorsque la discussion sur une question diminuait, elle passait au thème suivant. Elle est intervenue occasionnellement pour demander soit une clarification ou pour pousser la réflexion des participants sur un point. Tout au long de la discussion, elle a favorisé le dialogue et la libre expression des idées chez les participants, s'assurant ainsi qu'elle n'était pas la seule responsable de cette nouvelle connaissance, mais qu'il s'agissait bien d'une co-construction de cette connaissance (Gitlin, 2000). À la fin de la discussion, elle a remercié les répondants pour leur participation, a confirmé avec eux la date de la prochaine rencontre et leur a rappelé l'importance de leur présence à la deuxième rencontre.

Une assistante de recherche accompagnait la chercheuse lors des rencontres de groupes aux sites 1 et 2. Elle avait reçu des consignes spécifiques par rapport aux notes à prendre et aux aspects techniques à surveiller durant la session. Toutefois, après le deuxième groupe de discussion focalisée, la présence de cette personne s'est avérée inutile compte tenu du petit nombre de participants à chacun des sites. La chercheuse s'est occupée elle-même des aspects techniques et logistiques des autres groupes de discussion.

Immédiatement après la rencontre, elle a pris soin de documenter ses observations et ses réflexions dans le journal de recherche.

Les groupes de discussion focalisée ont été réalisés le 15 et le 22 janvier 2008 ainsi que le 4 et le 12 mars 2008. La durée maximale des rencontres avait été fixée à deux heures et cette contrainte a été respectée pour toutes les rencontres de groupe. Afin d'éviter les défaillances techniques, deux enregistreuses numériques ont été utilisées pour l'enregistrement de tous les groupes de discussion. Lors du premier groupe de discussion focalisée, six participants étaient présents aux sites 1 et 3, quatre au site 2 et cinq au site 4.

Le plus tôt possible après la tenue de chacun des groupes de discussion focalisée, le contenu de l'enregistrement a été transcrit intégralement, vérifié et annoté. Les réflexions par rapport au déroulement de la discussion, aux interactions verbales et non verbales particulières entre les participants ont aussi été consignées au journal de recherche.

Les trois premières étapes de la recherche visaient une compréhension de la pratique des gestionnaires de cas au Québec et l'identification des compétences requises par le gestionnaire de cas. Cette compréhension était importante pour la chercheuse, car son expérience repose sur son acquis personnel comme responsable de la mise en œuvre de la gestion de cas dans les Forces canadiennes et de l'encadrement organisationnel des gestionnaires de cas déployés dans les cliniques ambulatoires militaires à travers le Canada.

Durant la collecte des données, la chercheuse continuait de raffiner ses connaissances sur la perspective située. Des connaissances récemment acquises l'ont amenée à reconsidérer le focus de la collecte des données. Il est devenu évident que la collecte des données devait comprendre en plus des compétences énoncées, l'identification des situations professionnelles transdisciplinaires propres à la gestion de cas. Avec

l'assentiment des membres de son comité de recherche, la chercheure a réorienté son projet de recherche doctorale dans ce sens.

Comme le montre le calendrier des activités de recherche au tableau 3.5, la dernière entrevue semi-dirigée et le dernier groupe de discussion de l'étape trois ont été réalisés le 12 mars 2008. La date du premier groupe de discussion focalisée de l'étape quatre avait été planifiée pour le 29 avril 2008. Le court laps de temps entre la fin des activités de l'étape trois et le début de celles de l'étape quatre ne permettait pas une analyse approfondie du corpus des données accumulées. Par contre, une analyse préliminaire des données brutes a été réalisée, permettant ainsi d'effectuer les activités de recherche comme prévu.

Cette analyse préliminaire a été effectuée dans le but d'identifier les situations professionnelles qui avaient été soulevées par les participants au cours des activités précédentes. Une lecture verticale de tous les verbatim a permis de répertorier les situations professionnelles citées par les répondants à chacun des sites de recherche. Cette lecture a été suivie d'une lecture transversale des verbatim pour vérifier si les situations professionnelles identifiées à un site avaient été mentionnées par les participants des autres sites. Les situations professionnelles identifiées qui avaient des propriétés communes ont été regroupées en neuf classes. Cette première ébauche de cadre situationnel a servi d'assise aux activités subséquentes de la recherche.

Même si la chercheure n'avait réalisé qu'une analyse préliminaire des données, elle se sentait toutefois bien préparée pour entreprendre la quatrième étape de la collecte des données, puisqu'elle avait effectué elle-même toutes les entrevues, les quatre premiers groupes de discussion focalisée, les transcriptions et la vérification des verbatim. Ces nombreux retours sur les données lui ont permis de développer une excellente vue d'ensemble du corpus des données recueillies jusqu'à cette étape (Paillé et Mucchielli, 2003; Morse et Field, 1995).

#### **3.2.6.4 Quatrième étape – La réalisation des deuxièmes groupes de discussion focalisée**

La quatrième étape de la collecte des données comprenait la réalisation d'une deuxième série de quatre groupes de discussion focalisée avec les répondants du groupe interne qui avaient participé à la première discussion de groupe dans leur milieu respectif. Dans un premier temps, cette activité visait la validation de la compréhension de la chercheuse de la pratique professionnelle des participants à partir de son interprétation des données recueillies lors du premier groupe de discussion. Dans un deuxième temps, elle désirait vérifier si les classes de situations identifiées lors de l'analyse préliminaire étaient traitées par tous les participants dans leur pratique.

En dépit d'une planification rigoureuse, certains répondants ne se sont pas présentés pour le deuxième groupe de discussion focalisée. Seul le site 3 comptait les mêmes six participants. Au site 1, seulement trois des six participants étaient présents, car les trois autres étaient en absence maladie. Au site 2, seulement deux des quatre participants étaient présents à la discussion; un des gestionnaires de cas avait quitté son emploi et l'autre était en congé de maladie prolongé. Au site 4, quatre des cinq participants étaient présents, le cinquième était en vacances. Toutefois, l'infirmière pivot qui était absente lors de la première discussion s'est libérée pour se joindre au groupe. Après avoir vérifié qu'elle satisfaisait aux critères de sélection, elle a rempli le formulaire de consentement et celui des données sociodémographiques et la chercheuse lui a expliqué le but de la discussion. La nouvelle participante s'est intégrée rapidement à la discussion.

Les groupes de discussion focalisée de cette étape ont eu lieu les 29 avril, 13 mai, 27 mai et 11 juin 2008. Ces dates avaient été décidées par les participants lors de la première rencontre. Deux raisons avaient motivé la planification de ces discussions avant la période des vacances estivales des participants qui débutait à la fin de juin. Premièrement, une interruption prolongée entre les groupes de discussion focalisée risquait d'entraîner une plus grande absence chez les répondants. Par exemple, au site 1,

trois mois séparaient déjà le premier groupe de discussion focalisée et la date prévue pour le deuxième groupe de discussion focalisée. Deuxièmement, il semblait préférable de réaliser la deuxième discussion le plus tôt possible après la première afin que les répondants puissent se souvenir des situations discutées lors de la rencontre précédente et poursuivre leur réflexion sur leur pratique afin d'identifier d'autres situations.

Le guide d'entrevue utilisé pour la deuxième discussion de groupe focalisée a été développé à partir des informations extraites de diverses sources incluant la revue des documents, les entrevues semi-dirigées et les premiers groupes de discussion focalisée réalisée aux quatre sites, le journal de recherche et la documentation. Le canevas d'entrevue comporte trois parties. La première porte sur la validation de la compréhension de la chercheuse de la pratique professionnelle des participants. La deuxième concerne la discussion des neuf classes de situations professionnelles identifiées lors de l'analyse préliminaire de l'ensemble des verbatim. Ces classes de situations incluaient : 1) les situations normales ou classiques; 2) les situations difficiles; 3) les situations de réadaptation; 4) les situations de crise; 5) les situations de conflit; 6) les situations de manipulation; 7) les situations grises; 8) les situations de transition; et 9) les situations ennuyeuses, irritantes ou dérangeantes. La dernière partie du guide comprend un ensemble de points qui avaient été soulevés par certains répondants au cours des discussions précédentes, comme l'importance de posséder des connaissances spécifiques dans certains domaines et les mesures particulières utilisées par leur établissement pour améliorer la qualité de la pratique. Le guide d'entrevue utilisé pour ces quatre groupes de discussion focalisée est présenté à l'appendice J.

La même procédure que celle de l'étape précédente a été utilisée pour la tenue de ces quatre autres groupes de discussion focalisée. Compte tenu de la réorientation du focus de la recherche, c'est-à-dire de l'identification des compétences vers celles des situations, la chercheuse a commencé par expliquer aux participants la raison de ce changement et elle a poursuivi en précisant le but et les attentes de la discussion.

Ensuite, elle leur a exposé son interprétation de leur pratique professionnelle et elle leur a demandé de la commenter. Après cet exposé, les neuf classes de situations professionnelles leur ont été présentées, une après l'autre. Les participants ont discuté de la pertinence de chacune des classes de situations pour leur pratique et ils ont évoqué des exemples de situations qui leur venaient en tête par rapport à la famille. La discussion s'est terminée par une brève discussion des points à clarifier.

Avant de clore la rencontre à chacun des sites, les répondants ont choisi par consensus la ou les personnes qui les représenteraient pour le groupe de discussion prévu à l'étape six de la recherche. Pour être sélectionnés, les représentants devaient avoir participé aux deux groupes de discussion focalisée de leur milieu respectif. Ces participants avaient déjà une compréhension de la démarche de recherche. Toutes les rencontres ont duré deux heures et elles ont été enregistrées sur bande audio. Le plus tôt possible après chacune des rencontres, les enregistrements ont été transcrits intégralement, les verbatim vérifiés et annotés.

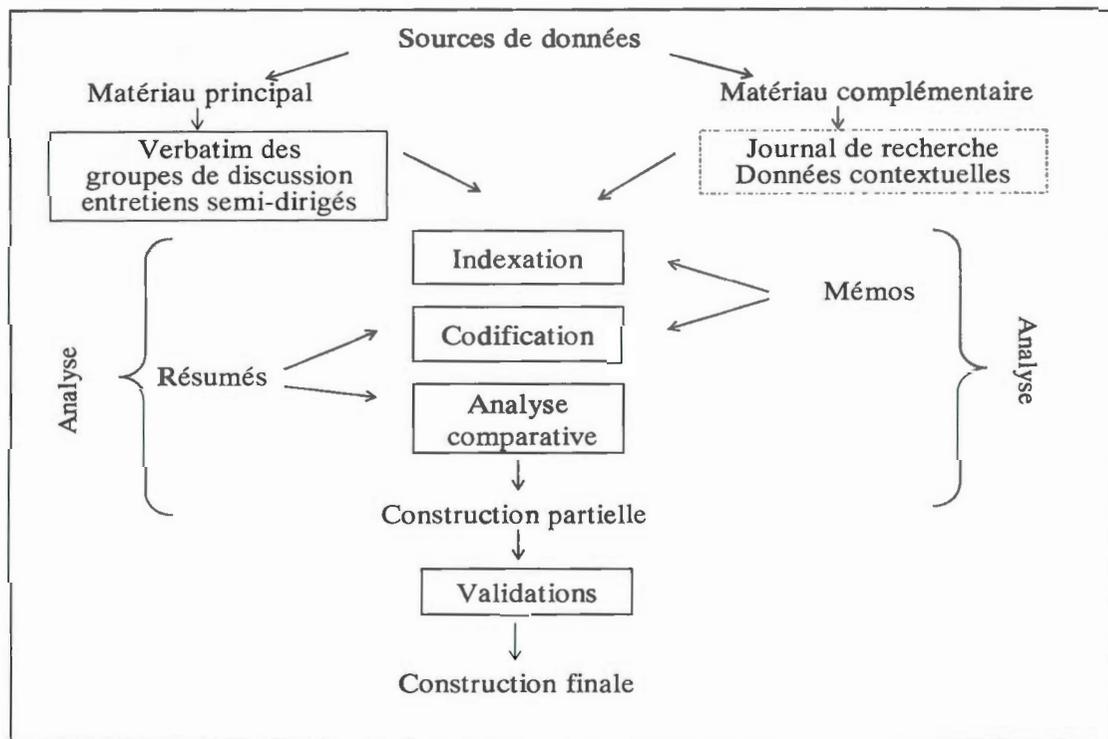
### **3.2.6.5 Cinquième étape – L'analyse approfondie des données**

Après avoir terminé l'étape quatre de la recherche et la transcription des quatre groupes de discussion focalisée, une analyse approfondie de l'ensemble des données a été effectuée. Une vue d'ensemble du scénario de l'analyse des données est présentée à la figure 3.2.

Avant de définir la méthode d'analyse, un rappel des objectifs de l'analyse s'impose. Cette étude tente de décrire l'agir compétent d'un gestionnaire de cas et d'identifier les situations professionnelles que tout gestionnaire de cas doit traiter dans sa pratique professionnelle.

L'analyse thématique décrite par Paillé et Mucchielli (2003) a été retenue pour l'analyse du contenu. Une grille de codage développée à partir d'un modèle d'analyse catégorielle

mixte a été utilisée. Cette méthode a permis l'utilisation de catégories préconstruites à partir du cadre de référence et de catégories émergentes du verbatim des répondants (Van der Maren, 1987; l'Écuyer, 1990). Une analyse systématique du corpus de données qualitatives a été effectuée afin de repérer, découper et regrouper les thèmes relevés pour finalement les classer en catégories.



**Figure 3.2** Le scénario de l'analyse des données

Les catégories préconstruites de la grille de codage correspondaient aux grandes thématiques des guides d'entrevues développées à partir du cadre de référence : 1) situation professionnelle; 2) ressources externes; 3) ressources internes; et 4) agir compétent. Les sous-catégories se rapportant à la situation professionnelle (pratique) étaient : objectifs de la gestion de cas, responsabilités, niveau de pouvoir/autorité et difficultés/obstacles. Les ressources externes incluait les sous-catégories suivantes : administratives, matérielles, humaines, technologiques, financières, professionnelles,

développementales et travail d'équipe. Les sous-catégories reliées aux ressources internes comprenaient : niveau d'éducation, qualités personnelles, connaissances, habiletés, attitudes et expérience. De plus, les neuf thèmes (catégories) reliés aux situations professionnelles identifiées lors de l'analyse préliminaire ont été ajoutés à la grille.

En raison de la grande quantité d'informations générée par les différentes méthodes de la collecte des données, le logiciel ATLAS.ti a été utilisé pour gérer l'ensemble des données brutes. Celui-ci offre la possibilité d'effectuer différentes opérations sur les données afin d'obtenir une meilleure vue d'ensemble. Le logiciel est beaucoup plus efficace et rapide que la méthode papier et crayon (Richards, 2005; Legeiwe, 2004). Il permet aussi de développer les idées, d'explorer les relations entre les catégories, de créer des réseaux et de modéliser (Richards, 2005; Pope et al., 2000). Les réseaux conceptuels servent à organiser les codes et à établir des liens. Toutefois, même si le logiciel facilite la description et l'organisation des données, il ne peut effectuer le travail analytique et inductif de la chercheuse (Pope et al., 2000).

Pour comprendre un phénomène, il faut d'abord transformer les données brutes. Cette transformation exige que les données soient « codées, catégorisées, décrites, puis modélisées ou théorisées » (Baribeau, 2009, p. 139). Toutes les transcriptions verbatim ont été entrées dans le logiciel ATLAS.ti et un code a été assigné à chacun des répondants. La codification des données brutes de chacune des transcriptions a été effectuée par une lecture, ligne par ligne, de chacune des transcriptions de verbatim dans le but de repérer les unités de sens et les coder (Paillé et Mucchielli, 2003; Gaudreau, 2001). Ainsi, tous les textes ont été découpés en mots, en groupes de mots, en phrases ou en paragraphes correspondant aux catégories et aux sous-catégories préconstruites de la grille de codage.

Lors de ce codage initial, d'autres codes ont été ajoutés aux catégories et aux sous-catégories préétablies afin de capturer les nuances relevées dans les passages des textes,

représentant un intérêt particulier pour l'étude (Baribeau, 2009). Des codes descriptifs ont aussi été ajoutés pour dégager les éléments du contexte de la pratique, ce qui a aidé à décrire les différences et les similarités entre les milieux de recherche et les participants. La codification des verbatim s'est poursuivie jusqu'à ce que la lecture répétée des verbatim ne révèle plus aucun élément nouveau (Morse et Field, 1995). À ce stade du codage, plusieurs segments de texte ont été codés sous différentes catégories. Les catégories et les sous-catégories étaient larges et provisoires et permettaient d'apprivoiser et d'illuminer l'ensemble des données. À certains moments critiques, le processus de codage des verbatim a été supervisé et vérifié par un membre du comité de la recherche doctorale pour en assurer la constance et la fiabilité.

Ainsi, le corpus des données brutes a été divisé en segments manipulables pour en faciliter l'exploration. Afin de mieux visualiser les catégories et les sous-catégories, des réseaux conceptuels de codes ont été créés. Cette visualisation des données a permis d'établir des relations entre les éléments codés et de mieux comprendre le phénomène (Rubin et Rubin, 2005). Toutes les données codées sous les catégories et les sous-catégories du réseau ont été examinées par un processus de comparaison constante, c'est-à-dire que chaque item a été comparé au reste des données de la catégorie pour s'assurer que l'ensemble des éléments était de même nature (Pope et al., 2000). Lors de ce processus itératif continu, les segments de texte ont été lus, le sens de chacun a été examiné par un retour au contexte. Les segments ont été soit conservés ou recodés. Au début du processus, le recodage de segments de texte était fréquent, mais avec le temps, les catégories se sont précisées et le besoin de recodage s'est estompé. À cette étape, une attention particulière a été apportée à la définition des catégories pour s'assurer que tous les codes et les segments de texte regroupés sous chacune des catégories étaient représentatifs de la même propriété. En travaillant avec des réseaux conceptuels et avec de plus petites quantités de données, la description des catégories s'est affinée.

Après avoir complété l'analyse de l'agir compétent, la chercheuse s'est penchée sur l'analyse des catégories et des sous-catégories reliées aux situations professionnelles afin de progresser vers son but final qui était l'élaboration du profil de sortie. Cette analyse visait principalement l'identification des situations professionnelles à caractère transdisciplinaire, c'est-à-dire les situations professionnelles que tout gestionnaire de cas rencontre dans sa pratique au quotidien.

L'analyse a commencé par l'examen des segments de texte codifiés sous les neuf catégories de situations professionnelles repérées lors de l'analyse thématique préliminaire effectuée après l'étape trois de la recherche. D'autres catégories ont été créées pour capturer la signification de tous les exemples de situations professionnelles identifiés dans les verbatim. Ce codage initial a permis de reconnaître les éléments communs dans les situations et de les regrouper (Coffey et Atkinson, 1996). Ces regroupements ont fait ressortir de nouvelles nuances entre les segments de texte, ils ont permis de jeter un nouveau regard sur les données et de les penser différemment (Baribeau, 2009; Richards, 2005; Coffey et Atkinson, 1996). Selon Miles et Huberman (1984), c'est précisément en « contrastant, comparant, répétant, cataloguant et en classant l'objet de recherche » (p. 198) qu'on arrive à dégager le sens d'un phénomène, et finalement, à le comprendre.

Au terme de cette cinquième étape de la recherche, une liste de classes de situations professionnelles avait été constituée à partir des situations spécifiques livrées par les participants. Chaque classe de situations était inclusive et transdisciplinaire puisqu'elle regroupait des situations spécifiques citées par les participants des quatre sites de recherche. Ainsi, une deuxième ébauche du profil de sortie d'un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas avait été élaborée. Ensuite, le document de synthèse a été révisé par le comité de recherche pour vérifier la cohérence entre l'identification de la classe, la définition et les exemples de situations spécifiques. Le contenu du document de synthèse devait toutefois être soumis au regard

critique des répondants internes pour affirmer sa pertinence et l'applicabilité des classes de situations à leur pratique.

### **3.2.6.6 Sixième étape – La validation interne de la transdisciplinarité des classes de situations professionnelles**

À la sixième étape de la recherche, l'ébauche du profil de sortie, élaborée à partir de l'interprétation des données recueillies aux étapes précédentes, a été présentée aux représentants des répondants internes comme il avait été convenu lors du dernier groupe de discussion focalisée à l'étape quatre de la recherche. Les personnes invitées à cette discussion avaient participé aux deux groupes de discussion focalisée précédents, qui s'étaient tenus dans leur milieu de travail et elles avaient été choisies par leurs pairs pour les représenter. Ayant participé aux discussions antérieures, ces personnes étaient familières avec le processus de la recherche utilisé jusqu'à maintenant.

Ces participants provenaient de diverses régions du Québec. Leur déplacement vers un endroit central aurait entraîné des coûts qui dépassaient largement le budget prévu pour l'étude. De plus, comme pour les autres groupes de discussions, une période de deux heures avait été allouée pour réaliser cette activité. Considérant les contraintes de temps et de coûts, le choix d'une vidéoconférence représentait le moyen idéal pour réaliser cette étape de la recherche. Six personnes avaient été identifiées par leurs pairs, soit deux aux sites 1 et 3 et une aux sites 2 et 4. Toutefois, seulement cinq des six représentants étaient présents pour ce groupe de discussion. Les sites 1, 2 et 4 avaient chacun un représentant et le site 3 était le seul qui comptait deux représentants.

À cette étape, l'ébauche du cadre situationnel du profil de sortie comprenait 18 classes de situations professionnelles et chacune regroupait plus de 10 situations spécifiques. En raison du nombre élevé de classes de situations à réviser et les deux heures allouées pour le faire, une discussion de type nominal s'avérait la méthode la plus rapide et la plus efficace pour réaliser cette validation.

Le groupe nominal est un processus de discussion très structurée qui permet d'obtenir de l'information d'un groupe de personnes associées de près au phénomène étudié (Fink et al., 1984). Dans un groupe nominal, le rôle du facilitateur est 1) de contrôler la discussion; 2) de garder le groupe centré sur la tâche à effectuer; 3) d'assurer que tous les participants présentent leurs idées; 4) d'établir des priorités; et finalement 5) d'atteindre un consensus sur un objet spécifique (Iowa State University Extension, 2001). Les personnes qui participent à une discussion de type nominal travaillent en présence les unes des autres, mais n'interagissent pas verbalement entre elles (Ouellet, 1987). Il n'y a donc aucune interaction entre les participants sans l'incitation de l'animateur.

La vidéoconférence a eu lieu le 26 janvier 2009 simultanément dans quatre endroits différents. Les participants se sont déplacés à l'endroit désigné qui se trouvait près de leur lieu de travail. La discussion a été enregistrée sur bande audiovisuelle permettant ainsi à la chercheuse de se concentrer sur l'animation.

La réalisation d'une vidéoconférence est complexe et requiert de l'expérience et du soutien technique. Une simple familiarisation avec le matériel n'est pas suffisante. La chercheuse doit utiliser ce moyen de communication de façon régulière. Elle est ainsi à l'aise avec l'animation et elle est en mesure de juger la quantité de matériel qui est réaliste de couvrir dans une vidéoconférence d'une durée de deux heures. La présence d'un technicien dans le local est aussi essentielle pour résoudre rapidement les problèmes techniques qui peuvent survenir et minimiser les interruptions, afin d'obtenir une discussion productive.

Le groupe de discussion s'est effectué de la façon suivante. Après avoir expliqué les consignes d'une discussion de type nominal, la chercheuse a défini la procédure à suivre en utilisant la première classe de situations. Elle a lu la définition de la famille et les situations spécifiques, puis elle a demandé à chacun des représentants, de dire à tour de rôle 1) si l'énoncé de la classe de situations était clair; 2) de préciser les exemples de

situations qui s'appliquaient à sa pratique; et 3) d'ajouter un ou deux exemples de situations tirés de sa pratique qui pouvaient entrer dans cette classe. Le document utilisé pour cette étape est présenté à l'appendice K. Les classes de situations sont présentées dans l'ordre qu'elles ont été discutées avec les participants.

Deux phénomènes ont été observés au cours du processus de validation. Premièrement, les représentants reconnaissaient principalement les situations qu'ils avaient eux-mêmes rapportées lors des discussions précédentes. Deuxièmement, ils reconnaissaient les situations qui avaient été évoquées par les autres participants de leur milieu, seulement s'ils avaient eu à traiter eux-mêmes des situations similaires dans leur pratique. Des commentaires semblables ont été rapportés par Mays et Pope (2000) concernant la validation de données par des répondants.

Après 90 minutes de discussion, seulement sept des dix-huit classes de situations avaient été validées. Il était évident que les deux heures allouées à la session ne suffiraient pas pour réviser les onze autres classes. La démarche devait être revue. La chercheuse a demandé aux répondants s'ils acceptaient de continuer la validation des classes de situations individuellement puisqu'ils étaient familiers avec le processus. Tous les représentants ont accepté cette proposition. Dans les jours qui ont suivi la vidéoconférence, la chercheuse a acheminé le document de travail par courriel aux participants. Les cinq documents validés lui ont été retournés promptement.

L'intégral de l'enregistrement de la discussion a été transcrit après la rencontre. Les exemples de situations spécifiques soulevés par les répondants ont été ajoutés au document synthèse. Après avoir revu tous les documents de la validation écrite des répondants, l'ensemble des remarques a été intégré au document de travail de la chercheuse. Comme on pouvait s'y attendre, les commentaires ont été plus nombreux durant la vidéoconférence que lors de la validation écrite. Ainsi, la validation interne de l'ébauche du cadre situationnel a été effectuée en deux étapes, une vidéoconférence et une validation écrite.

L'enregistrement de la vidéoconférence a été visionné et le verbatim a été relu à plusieurs reprises et il a été annoté. Au cours des mois suivants, la chercheure a continué à peaufiner le document synthèse du cadre situationnel.

À cette étape de la démarche, la deuxième ébauche du cadre situationnel avait été validée par les représentants des participants du groupe interne. À la suite de l'acquisition de nouvelles connaissances sur les programmes de formation « situés », des révisions additionnelles du document synthèse ont été effectuées entre janvier et octobre 2009. Comme certaines classes se rejoignaient, elles ont été combinées. Ainsi, le nombre des classes de situations professionnelles du document synthèse est passé de 18 à 14. Ensuite, la chercheure a voulu valider à nouveau l'applicabilité des classes de situations auprès de gestionnaires de cas qui n'avaient pas participé à la recherche doctorale.

### **3.2.6.7 Septième étape – La validation externe du cadre situationnel du profil de sortie**

La septième étape de la démarche de recherche consistait à vérifier la transdisciplinarité des classes de situations à d'autres contextes de gestion de cas. Il s'agissait de vérifier la pertinence du cadre situationnel auprès d'une population élargie, c'est-à-dire des gestionnaires de cas qui travaillaient à l'extérieur du Québec et dans d'autres secteurs du réseau de la santé.

Pour réaliser cette étape, la chercheure a contacté deux superviseurs de gestionnaires de cas d'Ottawa (Ontario). Ces personnes lui avaient été recommandées par des collègues de travail. Après leur avoir expliqué la nature du projet, ils ont accepté de solliciter leur personnel en vue d'une participation à la validation. Trois gestionnaires de cas ont accepté de participer à l'étude. Au moment de la validation, les trois gestionnaires de cas œuvraient auprès de clientèles et de secteurs différents du réseau de la santé en Ontario. L'un d'eux travaillait pour les Forces canadiennes depuis trois ans et les deux autres travaillaient pour un centre d'accès aux soins communautaires (CASC) depuis plus de

huit ans. L'âge des clients du gestionnaire de cas en milieu militaire varie de 18 ans à 60 ans. Un des gestionnaires de cas du CASC travaillait auprès d'une clientèle adulte âgée de 18 à 100 ans et l'autre d'enfants âgés de 4 à 21 ans. À la demande des participants, les rencontres ont eu lieu le 23 octobre 2009, à leur lieu de travail respectif.

Lors de la rencontre avec chacun des gestionnaires de cas, la chercheuse leur a rappelé le but de l'étude et de la rencontre. Chaque gestionnaire de cas a reçu un document synthèse du cadre situationnel du profil de sortie qui, à cette étape, comprenait quatorze classes de situations professionnelles et des exemples de situations qui s'y rattachaient. Pour chaque classes de situations, le participant devait lire la description de la classe et les exemples de situations et indiquer sur le document pour chaque exemple de situations si elle était rencontrée souvent (S), rarement (R), jamais (J) ou possible (P) dans sa pratique, même s'il n'avait pas eu à la traiter lui-même. De plus, le gestionnaire de cas devait indiquer si la terminologie du document était claire ou ambiguë. Durant la lecture du document, le répondant était libre de poser des questions pour demander des clarifications sur le contenu. De plus, il était invité à ajouter d'autres exemples de situations qui lui venaient en tête en lisant le document. Les trois participants ont pris en moyenne 90 minutes pour valider le document synthèse qui est présenté à l'appendice L. Ils ont réagi positivement à la lecture du document et se sont offerts à réexaminer le document, à un autre moment si la chercheuse le désirait.

Les trois documents individuels des répondants ont été révisés et les données compilées. Le document synthèse du cadre situationnel du profil de sortie a été modifié pour inclure les commentaires et les exemples de situations spécifiques rapportés par les répondants. À la suite de la validation externe et de plusieurs autres révisions critiques, le nombre est passé de 14 à 12 classes de situations.

### **3.2.6.8 Huitième étape – L'élaboration du profil de sortie**

Finale­ment, la dernière étape de la démarche de recherche consistait à élaborer le profil de sortie d'un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas. Comme il a été précisé au chapitre précédent, dans les programmes d'études « situés », seul le cadre situationnel est prescrit. C'est à partir des classes de situations que les apprenants développent les compétences nécessaires pour le traitement de ces classes (Jonnaert et al., 2006). Des buts généraux ont été ajoutés aux profils de sortie pour le rendre opérationnel pour les rédacteurs du programme de formation (Cyr et Simbagoye, 2010). À partir du cadre situationnel et des buts, des matrices du traitement compétent peuvent être développées pour les programmes de formation.

En résumé, les diverses sources et modes d'investigation utilisés dans cette étude ont permis de répondre aux questions de recherche. D'abord, l'agir compétent du gestionnaire de cas a été considéré sous différentes perspectives pour arriver à une compréhension globale. Par la suite, le profil de sortie d'un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas a été développé progressivement selon un processus continu de thématization. Les résultats de l'analyse des données sont présentés au chapitre suivant.

### **3.3 Limites de la recherche**

Cette étude présente toutefois quelques limites. La recherche doctorale a été effectuée auprès d'un échantillon accessible, de convenance et dans un nombre restreint de milieux de pratique. Par conséquent, les résultats doivent être interprétés dans cette optique. Ils ne reflètent pas nécessairement la pratique de tous les gestionnaires de cas québécois ou canadiens même si tous les efforts ont été mis pour favoriser l'hétérogénéité de l'échantillon, des milieux et des clientèles. Le profil de sortie a été conçu à partir des perceptions des personnes qui ont participé à l'étude. Bien qu'on ne puisse pas parler de généralisation des résultats, malgré ces limites, cette étude innove en

proposant une nouvelle approche pour concevoir des programmes de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas. Le processus de développement et de validation du profil de sortie en gestion de cas peut servir de modèle de développement de profil de sortie éducatif dans d'autres domaines puisqu'il est fondé sur le vécu de tous les types de détenteurs d'enjeux concernés.

Un autre facteur à considérer est la pérennité du profil de sortie. Comme il a été mentionné ailleurs dans ce texte, les systèmes de santé sont en constante évolution. Pour cette raison, le profil de sortie devra être révisé périodiquement de manière à l'actualiser comme le sont les profils de sortie d'autres programmes de formation. Le programme américain de certification en gestion de cas par exemple est révisé tous les cinq ans (Tahan et Campagna, 2010; Tahan, Huber et Downey., 2006; Tahan, Downey et Huber, 2006).

## **CHAPITRE 4**

### **RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES DONNÉES**

Ce chapitre dévoile les résultats de l'analyse des données. Ils sont présentés en trois volets. Le premier expose l'interprétation de la chercheuse des perceptions des répondants d'un agir compétent en gestion de cas et de l'ensemble des compétences, des qualités et des attitudes que doit détenir le gestionnaire de cas. L'agir compétent explicité par les répondants découle de leur expérience personnelle ou professionnelle. Le deuxième volet décrit l'ensemble des classes de situations professionnelles dérivées du discours des participants que tout gestionnaire de cas du réseau de la santé doit être en mesure de traiter de manière compétente dans sa pratique. Le chapitre se termine par un troisième volet qui propose un profil de sortie pour concevoir un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas élaboré selon une perspective située. On y retrouve également un exemple de matrice du traitement compétent développé à partir de ce profil de sortie.

#### **4.1 Description d'un agir compétent en gestion de cas**

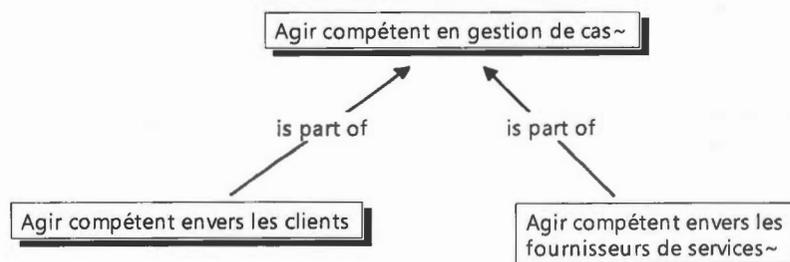
Le premier volet de ce chapitre est consacré aux résultats d'analyse portant sur l'agir compétent en gestion de cas. Les données ont été recueillies à partir d'entrevues et de groupes de discussion avec les participants des quatre sites de recherche. Le processus d'analyse a été réalisé dans une logique inductive et dans une relation dialectique entre la chercheuse, la situation d'analyse ainsi que les participants, au cours des différentes activités de recherche.

L'agir compétent en gestion de cas correspond à un ensemble d'actions attendues de tout professionnel de la santé qui détient un poste de gestionnaire de cas dans le réseau de la santé. Cet agir compétent s'est construit graduellement au fil du codage des données, de leur regroupement en thèmes et en sous-thèmes, et de l'analyse qui en a été faite.

L'organisation générale des thèmes est présentée au début de la section afin de situer le lecteur et de lui permettre de suivre la logique du sens attribué aux données. Avant la présentation de chacun des thèmes, une schématisation en réseau montre les liens entre le thème et les sous-thèmes qui y sont associés. Les thèmes sont appuyés par des extraits de verbatim des répondants. À l'occasion, l'utilisation répétitive de certains segments de verbatim a été nécessaire afin de souligner son sens particulier et sa construction par rapport au thème examiné. Il est important de rappeler que les participants d'un des quatre groupes de recherche étaient anglophones, ce qui explique pourquoi certaines citations sont en anglais. Le texte entre crochets [] correspond à un ajout de la chercheuse soit pour compléter une phrase ou ajouter du sens à une citation. Pour leur part, les parenthèses () décrivent les réactions des participants. Par ailleurs, les noms cités dans le discours des répondants sont fictifs pour assurer la confidentialité.

Les résultats de l'analyse des données montrent que l'agir compétent en gestion de cas s'adresse à deux groupes de personnes : les clients et les fournisseurs de services. La figure 4.1 présente la schématisation de l'organisation de l'ensemble des données lié à l'agir compétent en gestion de cas. Pour chacun des réseaux présentés dans ce chapitre, les relations qui rattachent les catégories de différents niveaux sont indiquées par « is part of ». La présentation des résultats débute par l'agir compétent du gestionnaire de cas envers les clients. Les thèmes sont présentés à partir d'une perspective personnelle vers une perspective collective. Pour ce qui est du référent à la fin de chaque citation dans le texte, la ou les deux premières lettres représentent la catégorie de participants (GC= gestionnaire de cas; IP= infirmière pivot; S= superviseur; F= fournisseur de services; C= client; E=éducateur). Le R suivi d'un chiffre est le numéro du participant de la discussion de groupe. Le P suivi d'un chiffre correspond au numéro du document de transcription où se trouve la citation. Finalement, le dernier chiffre est la ligne où débute la citation dans le document primaire. Les citations suivantes permettent de mieux comprendre les référents utilisés dans ce chapitre : « *We connected* » (C, P1, 63) et celle

d'un gestionnaire de cas : « Ma façon première d'aborder le client est pareille parce que moi ça me sécurise » (GC-R1, P13, 161)

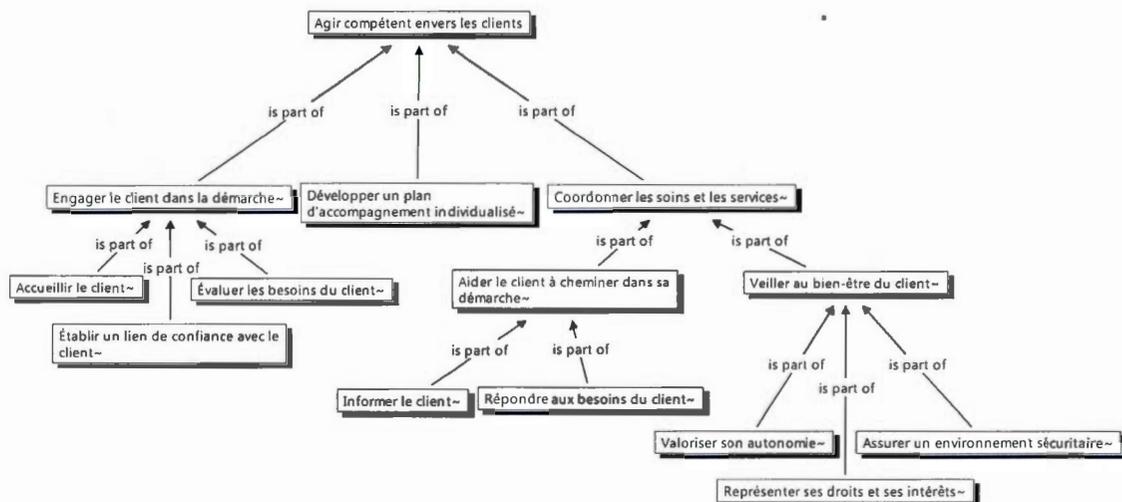


**Figure 4.1** L'agir compétent en gestion de cas

#### 4.1.1 L'agir compétent envers les clients

La gestion de cas est implantée dans un milieu pour venir en aide à une clientèle qui présente des problèmes de santé complexes et qui est considérée à haut risque de complications et de fragmentation des soins. Il n'est donc pas surprenant que le premier thème qui émerge de l'analyse des données porte sur l'agir compétent envers les clients. Toutefois, deux précisions doivent être apportées quant au substantif client. Premièrement, on retrouve dans le discours des répondants, différentes terminologies pour le désigner. En autres, les répondants du milieu clinique emploient le mot « patient », le milieu militaire le vocable « membre » et les milieux communautaires utilisent les termes : « client », « usager » et « bénéficiaire ». Pour sa part, la chercheure préfère continuer à utiliser le substantif « client ». Deuxièmement, pour la présentation des résultats, le mot client inclut aussi celui d'aidant naturel, c'est-à-dire la personne du milieu familial ou social qui soutient le client dans sa démarche de gestion de cas. Dans bien des cas, le client et l'aidant naturel forment une unité avec laquelle le gestionnaire de cas travaille au quotidien. Le gestionnaire de cas interagit davantage avec l'aidant naturel lorsque le client ne peut pas prendre en charge sa propre démarche par exemple lorsqu'il souffre de problèmes cognitifs sévères.

L'analyse des données révèle trois sous-thèmes principaux reliés à l'agir compétent envers les clients : 1) l'engagement du client dans la démarche de gestion de cas; 2) le développement d'un plan d'accompagnement individualisé; et 3) la coordination des soins et des services. La figure 4.2 présente l'organisation des données portant sur ce thème. Dans les paragraphes qui suivent, chacun des sous-thèmes est repris et décrit.



**Figure 4.2** L'agir compétent envers les clients

#### 4.1.1.1 Engager le client dans la démarche de gestion de cas

L'engagement du client dans la démarche de gestion de cas est une étape critique qui influence grandement le travail futur du gestionnaire de cas auprès de cette personne. Trois sous-thèmes y sont rattachés : 1) accueillir le client; 2) établir un lien de confiance; et 3) évaluer les besoins du client.

##### 4.1.1.1.1 Accueillir le client

L'accueil du client correspond à son premier contact avec le gestionnaire de cas. Cette première rencontre est déterminante parce qu'elle a des répercussions sur leur relation future : « L'accueil affecte énormément...la façon dont on va établir la relation de

confiance [avec le client]» (GC-R2, P13, 157). Elle est considérée comme un des piliers essentiels à la collaboration du client pour une démarche efficace en gestion de cas. Comme l'avance ce gestionnaire de cas, un accueil bâclé n'est pas toujours facile à reprendre : « Pour ce qui est de la qualité de la première approche, je le sens après l'entrevue...si l'accueil n'a pas bien été, j'essaie lors des prochaines rencontres d'aller rattraper, mais parfois, j'en suis incapable » (GC-R1, P13, 161).

Souvent, la démarche de gestion de cas est une expérience nouvelle et traumatisante pour le client. Le gestionnaire de cas doit savoir saisir cette opportunité pour l'apprivoiser et le rassurer. Dès le début de la relation, le client doit comprendre que le gestionnaire de cas est là pour le guider et l'accompagner dans sa démarche. Afin d'accomplir cela, le gestionnaire de cas privilégie une approche systématique comme l'explique celui-ci : « Je commence toujours en disant qu'est-ce que je fais...pourquoi je suis là, où je me situe dans tout ça, puis qu'est-ce que je peux faire pour lui...c'est toujours mon petit discours de base » (GC-R4, P13, 165).

Après avoir capté l'attention du client par ce discours d'introduction, le gestionnaire de cas continue en couvrant les points critiques de la démarche. Ceci lui permet de se concentrer sur la situation du client et de ne rien oublier d'important au sujet de la démarche. Puisque le gestionnaire de cas rencontre beaucoup de nouveaux clients et qu'il répète souvent la même information, il peut facilement en oublier. Comme le souligne ce gestionnaire de cas, l'utilisation d'un protocole standardisé est rassurant : « Ma façon première d'aborder le client est pareille parce que moi ça me sécurise » (GC-R1, P13, 161). Ainsi, c'est au cours de cette rencontre que le gestionnaire de cas offre au client un aperçu global de la démarche à entreprendre, lui précise son rôle et lui explique le déroulement de la démarche.

Par la même occasion, le gestionnaire de cas peut vérifier la compréhension du client de sa situation et lui faire expliciter ses difficultés par rapport à l'épisode de maladie ou à la

transition de vie qu'il doit effectuer à cause de ses problèmes de santé. Il lui propose ensuite les services qui peuvent l'aider et le soutenir dans sa démarche :

C'est plus de regarder ce qui s'est dit [oncologue-client], qu'est-ce qu'ils ont compris, leur expliquer...comment on va les accompagner là-dedans, que ce sont eux les capitaines du bateau, que nous, on ne les prend pas en charge...démystifier la situation et voir avec eux ce qui est le plus difficile présentement. Puis comment on peut les aider dans la mesure du possible (S, P21, 106).

Cependant, ce ne sont pas tous les clients qui sont ravis de rencontrer le gestionnaire de cas lors de leur première visite. Certains peuvent même lui réserver un accueil mitigé. Le client qui a attendu longtemps pour être admissible à la gestion de cas ne le recevra pas nécessairement les bras ouverts. Ce client peut s'être retrouvé sur une liste d'attente pendant plusieurs mois, parce qu'au moment de sa demande, il ne répondait pas aux critères de priorité d'admission à la gestion de cas. Avec le temps qui s'écoule, ses besoins changent et peuvent même s'intensifier. Le gestionnaire de cas qui rencontre ce client doit s'attendre et comprendre la frustration qu'il ressent et respecter son rythme :

Les clients ont attendu justement un an et demi et du jour au lendemain on leur étend un nombre de services tout de suite...parfois juste de nous voir c'est une étape pour eux. Pour d'autres, on n'arrive pas au bon moment...ils ne sont pas rendus là...d'autres fois...c'est d'autres sortes d'aide qu'ils vont apprécier, pas celles qu'on a identifiées au départ, lors de leur demande initiale de services (GC-R3, P27, 406).

Dans les situations où le gestionnaire de cas travaille davantage avec l'aidant naturel, s'il veut obtenir sa collaboration, il doit aussi l'engager dans la démarche de gestion de cas. L'engagement d'un aidant naturel volontaire est beaucoup plus facile à obtenir parce qu'il accepte son rôle auprès du client et qu'il désire l'aide qu'on lui propose. Par contre, l'engagement de l'aidant naturel par nécessité n'est pas toujours aussi évident :

Tu as des aidants qui veulent être aidés, puis tu en as d'autres qui ne veulent pas être aidés. Alors, quand l'aidante est prête à faire le maintien à domicile, elle veut de l'aide, elle s'assoit, elle participe, puis elle collabore à

l'intervention. C'est bien plus facile que l'autre qui ne veut pas avoir d'aide, qui dit: "Non, je ne veux pas d'intrusion dans ma vie privée...je suis capable de m'arranger" (GC-R1, P27, 223).

En résumé, le gestionnaire de cas qui adopte une approche systématique pour accueillir ses clients, les situe par rapport à la démarche qu'ils doivent entreprendre, et en profite pour la normaliser en leur expliquant la démarche en termes simples. Peu importe les réactions du client ou de l'aidant naturel, il les accueille de manière professionnelle et il adapte son approche à la situation de chacun de ses clients. Comme il reconnaît l'importance de cette étape pour une démarche optimale en gestion de cas, il y consacre beaucoup d'efforts. Le deuxième pilier d'un engagement réussi est l'établissement d'un lien de confiance avec le client.

#### **4.1.1.1.2 Établir un lien de confiance avec le client**

L'établissement d'un lien de confiance avec le client est une étape très importante pour l'inciter à s'engager dans la démarche de gestion de cas. La relation qui s'établit entre le gestionnaire de cas et ses clients n'est pas de courte durée mais bien une relation à long terme qui peut s'étendre sur plusieurs années. Parfois, rappeler aux clients qu'ils s'engagent dans une telle relation aide à établir ce lien de confiance. Ce simple rappel rassure les clients et les encourage à collaborer :

En gestion de cas, tu es là pour longtemps. Quand tu peux dire à la clientèle, à moins qu'il m'arrive quelque chose évidemment, je vais être là jusqu'à ce que vous soyez hébergé ou encore que vous décidiez d'aller dans une autre région. Ça, ça rassure les clients...après ça, la confiance est établie, puis on peut travailler (GC-R5, P27, 316).

Le client doit croire que le gestionnaire de cas comprend bien sa situation, qu'il veut vraiment l'aider, et qu'il est son allié. Sans cette relation de confiance, les efforts du gestionnaire de cas resteront vains. Du point de vue du client, la confiance est présente lorsqu'une relation de dépendance relative existe entre lui et le gestionnaire de cas et qu'il ressent une certaine résonance émotionnelle comme l'affirme celui-ci : « We

*connected* » (C, P1, 63). Pour établir cette relation de confiance avec le client, le gestionnaire de cas doit d'abord s'intéresser à lui en tant que personne. C'est sur cette base personnelle qu'il arrive à le rejoindre et à l'aider :

Ça prend une personne qui est capable d'aller chercher le client. Quand la personne est devant toi et qu'elle ne sait pas pourquoi elle est là, ou elle le sait, mais elle ne sait pas quoi faire. Il faut connaître un peu la personne, il faut qu'il y ait un lien, il faut qu'il y ait un style de relation (C, P8, 68).

Cette relation de confiance est encore plus importante pour le client qui a des problèmes psychologiques, parce qu'il a besoin d'être guidé et d'être soutenu plus étroitement par le gestionnaire de cas. Dans la réflexion de ce client, on peut estimer le genre de relation qu'il désire :

Avant, j'avais des personnes qui travaillaient pour moi puis, elles venaient me voir pour me dire leurs problèmes de toutes sortes, j'avais l'impression que j'étais le psychologue de la place, mais là j'ai perdu mon identité, puis mes mémoires, puis je ne sais plus qui je suis, mais je comprends ce que la personne qui venait me voir cherchait...Elle avait besoin d'un support, autrement dit, quelque chose de solide pour s'agripper...c'est ainsi que je voudrais être traité (C, P9, 98).

Cette relation de confiance est donc très importante comme le mentionne ce client. La rupture de ce lien peut avoir des conséquences déroutantes pour lui comme on peut le constater dans ses propos :

C'est comme une vie de couple où on crée une confiance envers l'autre, mais quand la confiance est brisée, après ça, c'est difficile de regagner la confiance. Si mon point central, le gestionnaire de cas, je ne peux pas m'appuyer dessus, sur qui vais-je m'appuyer (C, P9, 102) ?

Ce lien de confiance s'installe graduellement entre le client et le gestionnaire de cas. Il peut devenir très vital parce qu'ils travaillent ensemble longtemps et que le gestionnaire de cas l'accompagne à travers les hauts et les bas de sa trajectoire. Cette confiance n'est toutefois pas acquise de façon permanente. Par exemple, si le gestionnaire de cas

s'absente pour plusieurs mois et qu'à son retour, il est réassigné au client, il devra établir un nouveau lien de confiance comme le mentionne ce client qui a vécu une telle expérience :

*During the case manager's absence, I had this young woman who was just a delight, I loved seeing her. I loved having her although I was a little antsy about this other one coming back [case manager]. I did bump into her and I said to her: "It has nothing to do with you, it was just that I responded to that one [replacement] as well; now that...you are coming back, it's going to take a little bit of time for us to connect again" (C, P1, 84).*

Les gestionnaires de cas doivent donc consacrer beaucoup d'efforts à bâtir un lien solide avec les clients et leurs proches puisque ce lien de confiance est le fil conducteur d'un accompagnement optimal en gestion de cas :

Si tu as une relation avec la famille, après ça, c'est trois fois plus facile d'intervenir. Par contre, si la famille ne sait pas que tu es en relation avec eux, tu auras beau faire miroiter un paquet de services, s'il manque la confiance, l'entrain mutuel...tu auras beau arriver avec le service parfait avec toutes les ressources optimales, ça ne marchera probablement pas...un service sous optimal avec une bonne relation [c'est mieux]...qu'un service optimal avec une mauvaise relation (GC-R2, P27, 354).

Parfois dans sa pratique, le gestionnaire de cas rencontre des clients avec lesquels il n'a pas d'affinité ou qui souffrent de conditions médicales pour lesquelles il ne se sent pas bien outillé. Avec ces clients, il lui est parfois difficile d'établir ce lien de confiance. Lorsque le gestionnaire de cas se retrouve dans une telle situation, il doit reconnaître ses limites et référer le client à un collègue plutôt que de persister dans une relation impossible comme le rapporte ce client : « La gestionnaire de cas peut avoir toutes les compétences...puis elle va arriver avec une personne, puis ça ne marche pas, puis ça ne marchera jamais, c'est impossible » (C, P8, 160). Contrairement à tout autre professionnel de la santé qui intervient de manière ponctuelle auprès du client, le gestionnaire de cas doit absolument arriver à cette résonance émotionnelle ou à ce lien de confiance pour être efficace et pour l'aider à cheminer à long terme dans sa démarche.

Par conséquent, l'engagement du client en gestion de cas requiert, en plus d'un accueil chaleureux, l'établissement d'un lien de confiance solide. Le dernier thème lié à l'engagement du client porte sur l'évaluation de ses besoins.

#### **4.1.1.1.3 Évaluer les besoins du client**

Le troisième thème qui émerge par rapport à l'engagement du client dans la démarche de gestion de cas est l'évaluation de ses besoins. Lorsque le client se sent bien accueilli et en confiance avec le gestionnaire de cas, il collabore davantage à l'évaluation de ses besoins. La cueillette d'informations que le gestionnaire de cas réalise auprès du client est plus poussée que celle effectuée par le professionnel de la santé qui agit de façon ponctuelle auprès de lui. Cette évaluation est globale et elle couvre tous les aspects qui peuvent contribuer ou nuire à sa démarche comme l'indique ce répondant : « Le gestionnaire de cas effectue la collecte de données au point de vue physique, mais aussi au point de vue de l'organisation familiale, les ressources...l'adaptation, puis elle demande au client comment elle peut l'aider » (S, P21, 107). En fait, le gestionnaire de cas doit avoir une bonne compréhension des facteurs médicaux, psychosociaux, fonctionnels et financiers qui influencent la situation de son client. L'évaluation globale des besoins du client est essentielle pour une coordination efficace des soins et des services qui lui permettront de progresser dans sa démarche.

Cette évaluation est réalisée la plupart du temps en personne, mais parfois elle se fait également par téléphone. Le gestionnaire de cas peut être seul avec le client ou en présence d'un aidant naturel ou des membres de la famille. Le but de cette évaluation est d'identifier l'ensemble des problématiques du client et le soutien qu'il peut recevoir de son environnement. Cette évaluation est complétée à l'aide d'un outil standardisé. Le gestionnaire de cas qui connaît bien son outil d'évaluation le complète sans interrompre son client : « L'outil tout le monde peut le remplir, section par section, mais avec l'expérience, on apprend à faire des liens entre les sections » (GC-R4, P27, 514). Au terme de sa conversation avec le client, il est capable de le compléter en se remémorant

les points soulevés par le client durant l'entrevue. La qualité des informations recueillies lui permet d'obtenir une vision globale de sa situation et de cibler adéquatement les soins et les services requis par le client.

Afin de préserver l'autonomie du client et de minimiser la dispensation de services inutiles, le gestionnaire de cas doit évaluer les forces et les limites du client, ainsi que celles de son réseau social :

On regarde toute la situation, si la personne est seule, si des aidants naturels sont présents, son état financier, on cherche un partenariat avec les clients, les familles, qu'est-ce qu'il peut faire, qu'est-ce que nous pouvons faire, mais surtout on ne laisse aucune personne à risque (E, P3, 76).

Au cours des années, le gestionnaire de cas rencontre plusieurs clients dont les problématiques de santé sont similaires. Il lui serait donc facile d'estimer les besoins de son client basé sur ses expériences antérieures. Puisque son rôle est la coordination des soins et des services par une prestation efficace et efficiente, il se concentre plutôt sur les besoins de la personne que sur ses problèmes de santé. Ceci lui permet de demeurer objectif relativement à chacune des situations et d'évaluer les besoins du client avec un regard unique :

*It is very important to be objective when we are evaluating...we must remember that everybody has a context. Not everybody who has Parkinson fits into the same Parkinson box. I like to go in with fresh eyes and look at every case individually then try to meet the need of the person and not the problem (les autres gestionnaires de cas montrent leur accord) (GC-R3, P6, 365).*

Pour éviter de se tromper sur les besoins des clients ou des aidants naturels, le gestionnaire de cas doit être attentif au moindre détail de la conversation afin de discerner les besoins réels :

Ce qu'on voit comme important et ce qu'eux ont besoin des fois, il y a un monde de différence. Voici un petit exemple, un client, profil 11 à domicile,

moi je voyais l'aide au bain, aide le soir, incontinence...mais l'aidante, elle voulait juste une pause. Du répit, mais elle ne l'a jamais nommé. Elle m'a ouvert une porte en disant: "Moi je m'ennuie, j'aimerais ça retourner au chalet avec mes frères et mes sœurs", parce qu'à toutes les fins de semaine, le dimanche, c'était sacré depuis toujours, la famille se retrouvait au chalet...C'est de trouver la bonne affaire, qu'est-ce que ça leur prend (GC-R2, P27, 402).

L'évaluation des besoins du client ne concerne pas seulement ses problèmes immédiats. Comme la démarche de gestion de cas est à long terme, le gestionnaire de cas doit évaluer l'ensemble des problèmes du client et les prioriser: potentiels, actuels ou critiques. Il concentre d'abord son attention sur les problèmes critiques et actuels. Ainsi, le gestionnaire de cas qui a une vision globale de la situation du client peut anticiper ses problèmes futurs et mieux le préparer à ses éventualités :

Pour le client qui présente une maladie évolutive, maladie d'Alzheimer..., il doit être capable de bien comprendre la situation, puis les limites de la situation actuelle pour anticiper les besoins futurs...commencer à amorcer avec la famille, la discussion: "Est-ce que vous allez le garder tout le temps, c'est quoi la limite de ce que vous pouvez faire, à partir de quand allez-vous penser à l'hébergement ou à d'autres scénarios?" (F, P26, 263).

En plus d'identifier les soins et les services requis par le client, le gestionnaire de cas doit aussi lui faire part des critères d'admissibilité aux services du réseau comme l'avance ce répondant : « Dire aux gens ce à quoi ils ont droit, les critères de priorisation, qui sont les mêmes pour les demandes provenant des gestionnaires de cas que pour les demandes provenant d'autres intervenants du réseau » (F, P26, 125).

À la suite de l'évaluation initiale, le gestionnaire de cas a une bonne compréhension de sa situation, de ses besoins présents et futurs et des capacités de son réseau de soutien. Toutefois, même s'il a une bonne relation avec le client, certaines problématiques peuvent lui échapper :

Des fois on passe à côté solide...ton problème financier avec ton couple, ça fait sept mois que tu le suis, tu ne l'avais pas vu jusqu'à aujourd'hui. Ce n'est

pas parce que tu n'avais pas fait d'arrimage et que tu n'as pas travaillé dans ce dossier. Des fois c'est le fait que tu es là longtemps que tu vois les vrais problèmes...tu ne peux pas agir à court terme en gestion de cas (GC-R2, P27, 433).

L'évaluation des besoins est donc une activité continue puisque l'évolution des problèmes de santé du client peut entraîner le développement d'autres problèmes.

En résumé, l'évaluation initiale des besoins du client permet d'apprécier la situation du client ainsi que les forces et les limites de son réseau de soutien. En regard de cette évaluation, le gestionnaire de cas considère chaque client et chaque situation comme étant uniques. Puisque cette évaluation est globale, elle couvre l'ensemble des besoins des clients. Une évaluation adéquate des besoins favorise une meilleure coordination des soins et des services et facilite l'accompagnement à long terme du client. Pour accompagner le client, le gestionnaire de cas doit développer un plan détaillé de ses besoins et des services requis.

#### **4.1.1.2 Développer un plan d'accompagnement individualisé**

L'accompagnement des clients se fait à partir d'un plan de services individualisé, c'est-à-dire un plan rédigé pour combler les besoins spécifiques du client. Au Québec, la Loi sur les Services de santé et les services sociaux (Gouvernement du Québec, 1991, article 103) exige l'élaboration d'un plan de services individualisé (PSI) pour tout client qui doit recevoir des services d'un établissement de santé et d'autres intervenants pour une période prolongée. Ce plan constitue la feuille de route du gestionnaire de cas et des intervenants impliqués dans l'accompagnement du client.

Cependant, on remarque, dans le discours des répondants, l'emploi de différentes terminologies pour signifier la notion de plan. Les expressions qui reviennent le plus souvent sont « plan d'action », « plan de traitements », « plan d'interventions individualisé » et « plan de services individualisé ». Pour cette étude, le terme plan

d'accompagnement individualisé est préféré à celui de plan de services individualisé, parce que les répondants ont insisté sur la dimension d'accompagnement du client.

Comme pour tout plan de suivi professionnel, le plan d'accompagnement doit être développé en collaboration avec le client afin d'être réellement individualisé : « On travaille avec leurs stratégies, leurs compétences et on personifie le plan de traitements à eux...tout est spécifique à leur façon d'être » [IP-R1, P20, 711]. Ce plan demande une planification à court et à long terme des besoins du client :

Je suis plus âgée que mon mari. Je vais avoir 93 la semaine prochaine et je ne suis pas tellement forte. Alors s'il arrivait quelque chose à mon mari [aidant naturel], madame D a parlé à ma fille, il faudrait que quelqu'un m'amène quelque part, elle est au courant...On est allé jusqu'au fond de la question (C, P23, 47).

Une fois rédigé, ce plan d'accompagnement individualisé est présenté au superviseur et à l'équipe d'intervenants. Le but est de les familiariser à la situation du client et de s'assurer que les efforts de tous convergent vers l'atteinte de ses objectifs. Comme le mentionne ce répondant, les soins et les services des clients sont offerts par plusieurs intervenants de milieux de pratique différents: « Le gestionnaire de cas va faire connaître le patient à toute l'équipe de manière à ce qu'on puisse construire un plan d'interventions spécifique à la personne pour que les soins soient vraiment individualisés » (E, P17, 32). Lors de cette présentation, il peut aussi vouloir obtenir des conseils pour le soutien spécifique d'un client, valider ses hypothèses d'interventions ou même solliciter des idées d'interventions comme le montre l'extrait suivant :

Ils font une présentation de patients, qui a reçu ou qui n'a pas reçu un traitement de chimiothérapie, qui a développé un problème ou un symptôme ou une difficulté quelconque au niveau psychosocial, alors avec toute l'équipe, ils peuvent émettre leurs hypothèses et les gens qui sont là peuvent aussi émettre leurs hypothèses qui pourraient les mettre sur une piste, qui pourrait les aider avec ce client (F, P18, 139).

Les cas sont présentés au superviseur pour obtenir les services que le client requiert pour optimiser sa démarche. Tous les services qui nécessitent des ressources financières doivent être entérinés par le superviseur. L'allocation des services aux clients dépend largement de la compétence du gestionnaire de cas à présenter la situation et à justifier les besoins de ses clients. Il est responsable de définir les besoins, mais il n'a aucune autorité quant à l'allocation des services. Ce manque d'accessibilité aux services est une source de frustration pour certains : « *We present the case, we present the needs, we present a lot. However worst we paint that picture, the more likely we'll get what that client needs* » (GC-R3, P6, 118).

L'approbation du superviseur est aussi nécessaire pour toute demande d'augmentation temporaire ou à long terme de services pour un client. Par exemple, lorsqu'un événement significatif vient déstabiliser la situation d'un client, le gestionnaire de cas doit solliciter des services additionnels du responsable de l'allocation des ressources pour soutenir le client :

Le gestionnaire de cas peut m'appeler et me dire j'ai une dame qui est à l'hôpital puis je m'en vais la voir. Elle a telle ou telle situation, qu'est-ce qu'on pourrait offrir comme services pour les supporter là-dedans...ils viennent consulter un petit peu avant d'aller rencontrer les familles (F, P25, 24).

Comme les ressources du réseau sont limitées, bien souvent, le gestionnaire de cas ne s'attend pas à ce que sa demande soit acceptée, même si elle lui paraît raisonnable. Conscient de cette éventualité, il ne néglige toutefois aucun aspect dans la présentation du cas, afin de bien représenter les intérêts du client auprès de ses collègues. Ce témoignage d'un gestionnaire de cas montre que même s'il essuie un refus de services, il en retire quand même la satisfaction d'avoir bien représenté son client :

*It is sometimes hard to get our clients what they need. Even though I know going into a presentation that I won't come out with what the client needs I do it anyway because I want them [clients] to know that there is a person out*

*there that knows what they need. I want the client to know that I am working for him* (GC-R4, P6, 175).

Dans certains milieux, le plan d'accompagnement des clients, dont la situation est complexe est développé lors de rencontres interdisciplinaires. Un répondant, qui participe à ces rencontres, décrit le rôle du gestionnaire de cas ainsi:

Ce sont les gestionnaires de cas qui coordonnent un peu tout ça...ce sont eux, qui prennent les notes, qui font le plan d'interventions, qui soulignent la problématique puis les objectifs, puis font le suivi du plan d'interventions qui sera mis en place (F, P11, 176).

D'après ce superviseur, les rencontres interdisciplinaires permettent au gestionnaire de cas de comprendre les intentions thérapeutiques de l'équipe pour le client, et par conséquent, de mieux le guider dans sa démarche : « Je m'attends à ce qu'il participe, puis je m'attends à ce qu'il entende ce qui se passe dans la réunion et qu'il aille dans le même sens avec le patient, dans le même sens que l'équipe » (S, P14, 129).

Lorsque le plan d'accompagnement est complété, que les services sont identifiés et alloués, le gestionnaire de cas est responsable d'actualiser le plan, comme le précise ce répondant : « *Making sure that things are going according to plan...They are there to keep the case running smoothly* » (F, P5, 47). De plus, il doit s'assurer que les services sont dispensés et qu'ils répondent aux besoins du client.

En résumé, le gestionnaire de cas est responsable totalement ou en partie de l'élaboration du plan d'accompagnement individualisé de ses clients, de sa mise en œuvre et de l'évaluation de l'adéquation des services tout au long de la démarche de gestion de cas.

L'agir compétent envers les clients comprend un troisième sous-thème qui est la coordination des soins et des services des clients.

#### **4.1.1.3 Coordonner les soins et les services**

Coordonner les soins et services signifie accompagner et soutenir le client tout au long de sa démarche. Celle-ci dépend de la clientèle à qui s'adresse la gestion de cas. Dans cette étude, la démarche est liée soit à une transition de vie ou à un épisode de soins aigus ou chroniques. Dans sa démarche, le client peut aussi être aidé par un aidant naturel. Celui-ci devient alors le levier par lequel le gestionnaire de cas intervient auprès du client. Cet accompagnement et ce soutien s'applique aussi aux personnes qui gravitent autour du client.

Durant l'accompagnement des clients, l'intensité du soutien fourni par le gestionnaire de cas varie selon leurs besoins. Pour certains clients, une visite périodique est suffisante tandis que pour d'autres, beaucoup plus de temps et d'efforts sont nécessaires comme le confirme celui-ci : « Il y en a qui vont demander beaucoup plus de soutien, ils y en d'autres, c'est plus léger » (GC-R1, P13, 55).

Au cours de cet accompagnement, le gestionnaire de cas veille à maintenir le client sur sa trajectoire et dans un état de santé optimal. Le soutien apporté doit préserver autant que possible l'autonomie du client comme l'invoque ce gestionnaire de cas : « Soutenir ça ne veut pas dire faire à sa place, ça veut dire être là, être présent, puis être là jusqu'à la fin de la démarche » (GC-R3, P13, 710).

Deux thèmes principaux émergent du discours des répondants par rapport à la coordination des soins et services : 1) aider le client à cheminer dans sa démarche; et 2) veiller à son bien-être.

##### **4.1.1.3.1 Aider le client à cheminer dans sa démarche**

Pour certains clients, le gestionnaire de cas est un « mentor » (C, P1, 84) pour d'autres, « un guide » (C, P8, 18, 31) ou une « personne-ressource » (C, P16, 81). Ce mandat lui

permet de développer une relation privilégiée avec le client comme le souligne ce répondant:

Dès le diagnostic, elle devient une personne très significative pour le patient. Elle était là au départ, elle l'a accompagné tout le long de sa démarche...elle devient comme un petit ange. Elle est...dans un cercle d'intimité particulier (S, P21, 312).

Le gestionnaire de cas devient ainsi la personne-ressource du client. Par exemple, s'il éprouve des besoins urgents, il peut avoir accès rapidement à un intervenant du réseau de la santé par l'entremise du gestionnaire de cas. Il est là pour répondre à ses questions, lui donner des conseils, l'orienter dans sa démarche et le soutenir dans les moments difficiles comme le précise ce client :

Dernièrement, j'ai eu une petite crise dans le sens que si je suis réopérée, il y a une possibilité que je devienne diabétique. Ça m'a fait beaucoup peur j'en ai tout de suite parlé à l'infirmière pivot, elle a vraiment été super. Dans le même avant-midi...elle m'a apporté toute une documentation, elle a pris une demi-heure avec moi pour m'expliquer...j'ai eu l'heure juste, puis ça m'a fait décompresser (C, P15, 16).

Le client sait qu'il peut compter sur le soutien du gestionnaire de cas s'il en ressent le besoin. Cette confiance est évidente dans la réflexion de cet autre client :

Au début, c'était dramatique parce qu'on vient d'apprendre qu'on a un cancer. Alors, à chaque fois que j'allais soit pour un test, soit pour voir le médecin, souvent je rencontrais mon infirmière pivot. On se rencontrait dans un bureau puis on discutait de comment je vivais ma situation, puis elle m'épaulait là-dedans (C, P16, 81).

Le client doit avoir l'impression d'être en contrôle de sa situation et que le gestionnaire de cas est là comme un « filet de sécurité ». Pour lui donner ce contrôle, le gestionnaire de cas fait équipe avec lui et lui présente les services accessibles comme des suggestions et non comme des solutions irrévocables. Cette façon d'agir est prisée par les répondants

comme en atteste l'extrait suivant : « C'est vraiment plus lui dire qu'il y a des ressources disponibles et de les lui suggérer sans les imposer » (F, P10, 128).

En tant que personne-ressource du client, le gestionnaire de cas facilite la mise en place des services en établissant le lien entre les intervenants et le client comme le mentionne celui-ci : « *They need help to access services, to navigate the system; they cannot always do it by themselves and we can be a big help for them in those areas* » (GC-R2, P6, 62).

Parfois, agir comme personne-ressource signifie aussi servir de médiateur entre le client et un intervenant. Notamment, lorsque le client ne se sent pas à l'aise de refuser un traitement ou un service que lui propose un intervenant, le gestionnaire de cas peut intercéder pour lui auprès de cette personne comme l'a fait récemment ce gestionnaire de cas :

Hier, j'ai rencontré une dame...elle voulait vraiment me rencontrer avant de voir le médecin...elle ne voulait pas dire au médecin qu'elle voulait arrêter sa chimiothérapie...J'ai parlé avec [le médecin] avant pour lui présenter un peu où est-ce qu'on en était, de l'évaluation que j'avais faite de son anxiété...lui [le médecin] a dit [à la cliente]: "Vous savez on ne donne pas de la chimio coûte que coûte". Je suis d'accord avec vous pour qu'on arrête deux semaines...puis on réévaluera (IP-R4, P20, 89).

Lorsque le client rencontre des obstacles dans sa démarche, le gestionnaire de cas, qui connaît bien le système de santé et son fonctionnement, lui vient en aide en lui obtenant, par exemple, un rendez-vous plus rapidement. Cette aide est estimée des clients comme le confirme l'extrait suivant :

Elle force la porte pour avoir une réponse immédiate, que ce soit un rendez-vous ailleurs qu'en oncologie, elle force la porte, elle pousse...nous ça nous enlève un gros poids parce qu'on n'a vraiment pas le goût de dealer avec ces choses-là (C, P16, 83).

Comme il a déjà été mentionné, l'accompagnement du client inclut aussi celui de l'aidant naturel. Pour accomplir son travail auprès du client, l'aidant naturel a besoin de

conseils, de réconfort et le gestionnaire de cas est là pour le soutenir dans son rôle comme le confirme ce client : « Le gestionnaire de cas va parler aussi à ma conjointe, elle va l'aider dans différentes décisions ou si elle a des questions » (C, P16, 65). L'aidant naturel est parfois responsable de prodiguer des soins sophistiqués au client. Pour le soutenir dans ses tâches difficiles, le gestionnaire de cas peut avoir à répondre à des questions cliniques ou à le référer à des collègues de travail :

La portion clinique...je la trouve particulièrement importante parce que moi [aidant] les questions que je lui pose, c'est quand je dois aider Marie, que ce soit pour sa néphrostomie, c'est moi qui fais tout (C, P16, 83).

L'aidant naturel a un rôle extrêmement important auprès du client et contribue à maintenir la stabilité de la situation. Ce rôle est exigeant et peut conduire à l'épuisement, comme le précise ce gestionnaire de cas : « Il y a beaucoup de situations d'épuisement puis il faut réfléchir avec eux, qu'est-ce qu'on fait comme mesure de répit » (GC-R4, P27, 208). Le gestionnaire de cas soutient l'aidant naturel en maintenant une relation harmonieuse avec lui et en surveillant les signes avant-coureurs d'épuisement. Si nécessaire, il intervient rapidement en sollicitant les services qui peuvent alléger ses tâches avant que la situation dégénère : « Ce doit être des gens qui sont très au fait de la mise en place de ressources pour soutenir l'aidant » (E, P24, 255).

Le gestionnaire de cas agit aussi comme personne-ressource auprès des membres de la famille du client. Parfois, ces personnes habitent dans des régions éloignées et elles sont inquiètes pour leurs proches qui sont malades. Le gestionnaire de cas les rassure en les informant et en répondant à leurs questions. Cette façon d'agir contribue au développement de rapports cordiaux avec la famille. Le soutien des proches est important pour les clients et les rassure comme l'affirme celui-ci : « La gestionnaire de cas est en contact avec notre fille...elle n'a pas refusé ça. C'est comme s'y elles se connaissaient toutes les deux » (C, P23, 140).

Contrairement à tous les autres clients du système de santé, celui qui est engagé dans la gestion de cas se voit désigner un gestionnaire de cas. Le rôle de ce professionnel de la santé est de l'aider à cheminer et à se maintenir sur sa trajectoire de santé. Dans les moments difficiles, il est là pour lui et ses proches. Donc, il est son lien avec le système de santé.

Accompagner le client signifie le soutenir dans sa démarche de gestion de cas de l'engagement (début) jusqu'à son désengagement (fin). Au départ, cette démarche lui paraît souvent très compliquée et difficile. Le rôle du gestionnaire de cas est justement de faciliter cette démarche en l'informant régulièrement et en satisfaisant ses besoins.

#### **4.1.1.3.1.1 Informer le client**

Tout au long de sa démarche, le client reçoit beaucoup d'informations du gestionnaire de cas. Cette information lui est transmise sous différentes formes. Il peut le renseigner au sujet d'une ressource, l'aviser d'un rendez-vous à prendre ou même lui enseigner une technique pour mieux s'adapter à sa situation. Comme ces informations sont essentielles à son adaptation, il doit s'assurer qu'il les comprend bien :

Prendre le temps d'expliquer comme il faut, puis s'assurer que la personne a...très bien compris, ce n'est pas juste OK, pas de questions...c'est vraiment de s'assurer que la personne comprend la situation, comprend ses options (C, P8, 176).

Le niveau d'information désiré varie d'un client à l'autre. Certains souhaitent recevoir des informations détaillées sur la démarche à entreprendre afin d'être bien préparés et de ne pas être surpris par les événements. D'autres ont très peu de connaissances du système de santé parce qu'ils n'ont jamais eu de problème de santé majeur avant aujourd'hui. Avec ces clients, le gestionnaire de cas doit revenir souvent sur les mêmes informations pour s'assurer qu'elles sont bien comprises. L'état de santé du client peut aussi influencer sa compréhension de l'information. Entre autres, le client qui souffre d'un déficit cognitif ou d'un trouble de mémoire. Ces clients présentent un défi majeur

comme le souligne ce gestionnaire de cas : « Répéter aussi parce qu'ils n'ont pas tout compris la première fois...ils ont besoin que l'on revérifie tout le temps, puis qu'on les resitue...revalider » (les autres gestionnaires de cas approuvent) (GC-R4, P13, 61).

Pour aider le client à comprendre la démarche à entreprendre, le gestionnaire de cas commence par lui donner un aperçu global de la démarche. Il lui précise les différentes étapes et les procédures à suivre. Cette approche facilite son accompagnement comme le montrent les extraits suivants :

Je trouve qu'ils ont souvent besoin d'une vision globale au départ, c'est quoi le début, c'est quoi la fin. On leur explique tout ça...puis ensuite on reprend étape par étape, objectifs à court terme, objectifs à long terme (GC-R3, P13, 50).

J'aime rencontrer les clients dès le départ...je leur établis tout de suite la façon de naviguer dans le système...Par exemple, je ne gère pas les antihypertenseurs, les anticoagulants...c'est une petite demi-heure que je prends, mais qui fait toute la différence pour le reste de l'année...j'ai beaucoup moins de patients qui arrivent sans rendez-vous à vouloir me rencontrer comme ça ou de patients qui n'ont pas pris le bon chemin parce que je leur ai établi tout de suite la façon de naviguer dans le système (IP-R1, P20, 144).

Cette approche est aussi efficace auprès du militaire qui est libéré des Forces canadiennes pour des problèmes de santé parce qu'il ne sait pas nécessairement en quoi consiste la démarche de transition. Ce militaire raconte justement comment les explications du gestionnaire de cas lui ont permis de mieux la comprendre et l'ont rassuré :

Je me suis dit...qu'est-ce que je fais...qui je vois. Elle a été capable de me répondre..."Bon, ça commence avec telle étape, tu rencontres ton médecin, tu définis tes restrictions...". Elle m'a expliqué les étapes. Combien de temps ça va prendre, les décisions, une fois prises, qu'est-ce que cela implique, mes options, si c'est une sortie médicale ou s'ils [les Forces canadiennes] me gardent...les différents scénarios qui peuvent se produire dépendamment de la décision, elle a été capable de me donner une *picture* » (C, P8, 39).

Même si le gestionnaire de cas oriente le client dès le début de la démarche, chaque étape doit être reprise et expliquée à nouveau au besoin afin de le maintenir sur sa trajectoire et que son cheminement se déroule le plus facilement possible. Pour les clients qui éprouvent des difficultés à se situer dans leur démarche, certains moyens peuvent être utilisés, par exemple, « Établir une liste et la réviser...point par point avec le client » (F, P11, 96).

Informé le client signifie aussi l'aviser de la prochaine étape de la démarche et des choses qu'il a à faire pour s'y préparer afin de lui éviter des inconvénients comme le commente ce répondant : « Si le monsieur a un scan prévu dans un mois, la pivot va dire « Si d'ici deux semaines vous n'avez pas eu de nouvelles, vous me rappelez parce qu'il faut absolument que vous ayez votre rendez-vous dans un mois » (E, P17, 30). Comme le client peut facilement oublier, ces petits rappels sont importants comme le souligne ce répondant : « La clientèle aime ça savoir un peu d'avance ce qui va se passer » (F, P25, 243).

Informé le client signifie également bien le renseigner sur l'ensemble des services qu'il peut obtenir s'il le désire. Comme le confirme ce client, le gestionnaire de cas lui a expliqué tous les services auxquels il avait droit au tout début de ses traitements de chimiothérapie :

Il est là pour te suggérer...discuter avec toi et prendre le livret et te dire peut-être que ça, ça peut être intéressant pour toi, tu peux faire ça, c'est à toi de choisir, ça ce sont des choses qu'elle a fait au début. Elle m'a mise au fait de tout ce qu'on pouvait me donner...ça m'a orienté. Tous ces petits détails-là étaient bien importants au début (C, P15, 92).

Le gestionnaire de cas informe aussi le client en répondant à ses questions ou en le conseillant afin qu'il puisse bien comprendre les étapes de sa démarche comme le soulève ce client : « C'est une personne qui doit être là pour répondre à ces premières

questions qui sont très importantes...et à toutes les questions qu'on peut lui poser » (C, P16, 81).

Pour faciliter l'adaptation du client à sa démarche, le gestionnaire de cas peut devoir lui enseigner des techniques comme le suggère ce superviseur : « Elle peut montrer au client comment le faire ou à quelqu'un d'autre » (S, P7, 78). Parfois, les clients ont aussi besoin d'outils comme le propose ce répondant : « Lui donner les outils nécessaires pour qu'il puisse continuer son adaptation » (E, P17, 24). Ces outils peuvent être aussi simples que de petits trucs pour soulager la douleur ou de la littérature sur un sujet particulier.

Informé le client signifie aussi reconnaître ceux qui ne veulent pas être aidés. Malgré les efforts soutenus du gestionnaire de cas, certains clients ne comprendront jamais les informations parce qu'ils ne sont pas intéressés ou qu'ils ont un déficit cognitif sévère qui les empêche de les assimiler. Il doit savoir déterminer quand ses interventions n'ont aucun effet, comme le précise celui-ci : « C'est notre choix...de ne pas s'acharner sur le client, ça fait qu'on est compétent aussi...c'est dire c'est votre vie, c'est votre choix de ne rien faire pour vous aider » (GC-R2, P13, 961).

En résumé, quel que soit le but recherché par les informations transmises au client, elles lui sont utiles pour cheminer dans sa démarche. Elles sont nécessaires pour le reconforter et faciliter son adaptation. De plus, elles doivent être adaptées à ses capacités de compréhension, de rétention et tenir compte des facteurs environnementaux qui influencent sa situation.

Pour que le client puisse cheminer et maintenir un état de santé optimal, le gestionnaire de cas doit pourvoir à l'ensemble de ses besoins.

#### 4.1.1.3.1.2 Répondre aux besoins du client

Le gestionnaire de cas répond aux besoins de ses clients en leur assurant une coordination efficace des soins et des services dont ils ont besoins comme le souligne ce répondant : « Coordination des services qui sont offerts par les différents dispensateurs, ça c'est la responsabilité de base » (E, P24, 41). C'est aussi ce que confirme cet autre répondant : « Le courtage de services est la priorité numéro 1 » (S, P28, 190).

La gamme de soins et services offerte à la clientèle desservie par la gestion de cas est établie par l'établissement de santé et varie selon ses besoins. Une gestion de cas axée sur le maintien à domicile des personnes âgées offre des services médicaux, des services d'entretien ménager et d'aide aux activités journalières, tandis que celle qui s'adresse à une clientèle atteinte de problèmes physiques et/ou mentaux propose plutôt des services médicaux, des services psychologiques et de services de réadaptation.

Pour coordonner les services, le gestionnaire de cas se base sur son évaluation initiale des besoins du client. Dans son équation, il tient compte des capacités du client, de son réseau de soutien et de la disponibilité des ressources du continuum comme le précise ce répondant : « Le gestionnaire de cas travaille avec le client, le réseau et la famille pour déterminer ce qui est nécessaire » (E, P3, 76). Il s'agit donc d'une responsabilité partagée entre toutes les parties.

La coordination des soins et des services des clients ayant des problèmes de santé multiples exige une compréhension poussée du continuum des soins et des services, puisque ceux-ci sont dispensés par plusieurs intervenants de différents niveaux de pratique et d'établissements de santé variés. Ceci signifie aussi que le gestionnaire de cas travaille parfois en multidisciplinarité et à d'autres moments, en interdisciplinarité. Par conséquent, il doit avoir une vision systémique du continuum de soins et services et une connaissance des capacités et limites particulières de chacun :

Chacun des établissements a une offre de services puis les gestionnaires de cas regardent avec ces multi offres de services, quelle option dans chacun de ces cadres-là...répondrait à l'ensemble des besoins de mon usager (S, P28, 107).

Pour répondre aux besoins de ses clients, le gestionnaire de cas doit négocier constamment avec les fournisseurs comme le précise ce répondant : « Négociation avec les dispensateurs...pour avoir les services [...]. La tâche principale, c'est la coordination du plan avec les dispensateurs » (E, P3, 68). Avant la mise en place d'un service, il doit confirmer la disponibilité du service auprès du fournisseur, et ensuite faciliter la liaison entre celui-ci et le client. Son travail consiste ainsi à « créer le pont » (F, P10, 79) entre les deux. Sa responsabilité se résume donc à construire le réseau de soutien du client : « *We built their support network through this linking, linking with the outside community* » (GC-R, P29, 49).

Pour plusieurs clients, naviguer dans le réseau de la santé est difficile. Par conséquent, cette liaison avec les fournisseurs de services est beaucoup plus facile pour le gestionnaire de cas. Comme on peut le constater dans l'extrait suivant, les clients et les aidants naturels sont heureux d'être dégagés de cette responsabilité :

Les clients trouvent ça aidant qu'on puisse faire ces liens-là avec les différents partenaires parce que ce n'est pas facile, souvent ils se heurtent à des boîtes vocales, puis nous on a ces portes d'entrée là (GC-R6, P27, 324).

Ainsi, faciliter au client l'accès aux ressources du réseau de la santé et des organismes communautaires est une responsabilité du gestionnaire de cas. De plus, comme il a une vue d'ensemble du continuum des soins et des services ceci lui permet d'assurer la continuité dans les services qui sont dispensés aux clients comme le confirme ce répondant : « Offrir un service...pour que les clients aient une continuité de services parmi toute la panoplie de services...du réseau communautaire et institutionnel » (F, P25, 36).

La coordination des soins et des services d'un client ne se termine pas avec la mise en place du service. Le gestionnaire de cas doit vérifier régulièrement la qualité et le niveau des services dispensés afin de s'assurer qu'ils sont toujours adéquats pour les besoins du client et qu'ils sont administrés en accord avec le plan d'accompagnement comme le souligne ce superviseur : « S'assurer que l'ergo est là...C'est surtout d'aller voir si les besoins ont été comblés. C'est ça son rôle » (S, P14, 141).

En plus des besoins identifiés dans le plan d'accompagnement, il doit aussi répondre aux besoins ponctuels des clients. Lorsque le client éprouve une difficulté particulière sur son parcours, le gestionnaire de cas le réfère rapidement à l'intervenant approprié qui peut l'aider à résoudre son problème. Comme en témoigne ce client, la nature des problèmes ponctuels est très variée : « J'avais un problème nutritionnel, elle m'a référé à la nutritionniste, j'ai eu un problème vraiment des émotions, des décharges émotionnelles, des choses à régler personnellement, elle m'a dirigée à la psychologue... » (C, P15, 25).

Comme le rôle de gestionnaire de cas est bien connu dans le réseau de la santé, ceci lui confère une certaine autorité qu'il peut utiliser pour influencer la priorité d'accès à un service, lorsque la situation d'un client le demande. L'extrait suivant illustre une telle situation :

Si le patient a été diagnostiqué, traité puis qu'il retourne chez lui en rémission pendant un an, puis qu'un moment donné, il se lève puis il a une bosse, tout de suite il sait qui appeler, l'infirmière pivot. C'est sa première ligne, un point d'entrée puis elle va coordonner tout de suite un rendez-vous médical d'urgence (E, P17, 30).

Ce rôle de coordonnateur lui permet aussi de déceler les vides de services dans le continuum et d'en informer ses superviseurs afin qu'ils puissent améliorer la gamme de services offerts aux clients comme le suggère celui-ci : « De nous signaler à nous les gestionnaires de réseau finalement où on a des trous de services » (S, P28, 223).

Répondre aux besoins du client est une activité exigeante qui repose sur une évaluation adéquate de sa situation. Elle requiert aussi une bonne compréhension du continuum des soins et des services et la collaboration de nombreux fournisseurs de services aux niveaux intersectoriel et inter-établissement. Répondre aux besoins du client ne se termine pas avec l'identification et la mise en place d'un service. Le gestionnaire de cas doit en plus vérifier continuellement que le niveau de services est approprié pour les besoins du client. Lorsque la situation de ses clients le demande, il doit aussi établir les liens entre eux et les fournisseurs de services.

Coordonner les soins et les services signifie aussi veiller au bien-être du client tout au long de sa démarche.

#### **4.1.1.3.2 Veiller au bien-être du client**

Veiller au bien-être du client signifie que l'attention et les actions du gestionnaire de cas sont centrées sur les besoins du client et sur ce qui peut l'aider à progresser dans sa démarche comme le souligne ce répondant : « Le gestionnaire de cas met vraiment le client au centre du processus » (F, P11, 148). Pour atteindre cet objectif, il doit exercer une surveillance constante sur la situation du client, et le visiter régulièrement comme le confirme celui-ci : « Le gestionnaire de cas vient voir de temps à autre s'il y a quelque chose qui ne va pas » (C, P23, 31). Cet autre client décrit la surveillance exercée par son gestionnaire de cas en ces termes : « Elle gardait un œil sur tout ce qui se faisait » (C, P15, 92).

Valoriser l'autonomie du client, le représenter dans le réseau de la santé et maintenir son environnement sécuritaire sont trois sous-thèmes en lien avec le thème : veiller au bien-être du client.

#### 4.1.1.3.2.1 Valoriser son autonomie

Dans un premier temps, veiller au bien-être de ses clients veut dire valoriser l'autonomie du client. Tout au long de la démarche, le gestionnaire de cas responsabilise le client pour qu'il prenne le contrôle de sa situation comme le souligne ce répondant : « Ce sont eux [clients] les capitaines du bateau, nous on ne les prend pas en charge » (S, P21, 106).

C'est aussi ce que désirent les clients comme on peut le constater dans les propos de celui-ci : « C'est mon guide, elle s'assure que j'ai bien fait mes étapes...mais ce n'est pas ma béquille, je ne m'en sers pas comme béquille, j'en veux pas de béquille » (C, P9, 90). Il est donc important pour le client de conserver son autonomie et de ne pas tomber dans une relation de dépendance avec le gestionnaire de cas.

Même lorsque le client a besoin de beaucoup de soutien, il l'aide à prendre en charge progressivement sa situation. Pour arriver à lui redonner ce contrôle, le gestionnaire de cas doit faire appel à ses compétences et croire en son autodétermination. Pour cela, il doit se rappeler constamment qu'avant de s'engager dans sa démarche de gestion de cas, le client était une personne autonome. Comme le cite ce répondant, il doit mettre à profit les ressources personnelles de son client pour le faire cheminer : « Reconnaître les compétences de chaque personne, quand les clients arrivent ici, ils ont déjà toute une vie, il faut reconnaître ça, c'est important » (IP-R4, P20, 703). Pour cela, le gestionnaire de cas doit croire en ses capacités :

Le patient doit être vu comme un survivant, comme quelqu'un qui a passé à travers des épreuves et qui en est pas mort, bien qu'affaibli...quelque part il lui reste encore une partie de son jugement, une partie de ses capacités alors je vais faire le bout que je dois faire pour le remettre sur la voie, pour l'aiguiller...mais parce qu'il est un survivant et qu'il a démontré beaucoup de compétences, mon travail c'est de continuer à les exploiter pour qu'il demeure autonome le plus possible (F, P12, 117).

Il est normal qu'au début de leur démarche, certains clients développent une relation de dépendance avec le gestionnaire de cas parce qu'ils font face à l'inconnu et qu'ils ont

besoin d'être guidés. Avec l'aide d'outils et d'informations pertinentes, ils reprennent progressivement le contrôle de leur situation. Le gestionnaire de cas peut lui enseigner des petits trucs ou lui donner des « devoirs » pour l'amener tranquillement à retrouver son indépendance comme le suggère ce répondant : « Le pivot peut l'aider à s'autogérer, à apprendre à gérer sa médication, à penser à se faire une liste quand il voit le médecin ou l'encadrer. Il peut lui donner des responsabilités...lui remettre son pouvoir » (C, P15, 75).

Cependant, certaines circonstances peuvent affecter l'autodétermination d'une personne telle que l'annonce d'une décision ou d'un diagnostic inattendus ou le développement d'un problème de santé grave comme le soulève ce répondant : « Moi, j'étais prêt à en prendre juste un peu parce qu'après ça, c'était trop » (C, P8, 92). Dans ces situations, le gestionnaire de cas doit respecter les limites du client et s'adapter à son rythme.

Le soutien offert au client dépend de son niveau d'autonomie. Il revient toutefois au gestionnaire de cas de juger du soutien nécessaire et de la responsabilisation à exiger du client. Cette responsabilité n'est pas toujours évidente comme le précise celui-ci : « La ligne est mince entre le soutien, la responsabilisation, il faut être là, il ne faut pas faire, il faut laisser faire » (GC-R3, P13, 702).

Pour valoriser la prise en charge de la démarche par le client et la famille, le gestionnaire de cas doit évaluer correctement leurs besoins pour prévenir le développement d'une dépendance aux services. Comme il est difficile de réduire les services une fois qu'ils sont en place, il est préférable de laisser au client et aux proches le temps de s'ajuster après un événement significatif tel qu'un retour à domicile à la suite d'une hospitalisation comme le recommande ce gestionnaire de cas :

Il faut que je me le répète moi aussi, ces clients-là avant de me connaître ils vivaient, puis quand je ne serai plus là, ils vont continuer à vivre. Ce n'est pas de moi que leur survie dépend. Il faut faire attention à ça parce qu'on est

porté à partir avec eux, puis à vouloir tout mettre, puis faut faire attention pour ne pas trop en mettre aussi (GC-R5, P27, 414).

Valoriser l'autonomie du client signifie aussi que le gestionnaire de cas l'aide à prendre des décisions éclairées sans lui imposer ses propres choix ou valeurs. Une décision éclairée repose sur la connaissance des options et des conséquences qui découlent de chacune d'elles :

Je dis tout le temps de responsabiliser le client (les trois autres expriment leur accord) parce que quand il va partir [quitter les Forces canadiennes], il va être tout seul dans ses affaires alors il faut qu'il ait pris charge de son cas, qu'il comprenne où il s'en va, comment il s'est rendu-là, qu'il comprenne ce qu'il est en train de faire. C'est tout le temps de le responsabiliser dans ses actions, il fait des choix, on est là pour l'éclairer, l'informer des conséquences (GC-R4, P13, 668).

Par conséquent, tout au long de l'accompagnement du client, le rôle du gestionnaire de cas est de valoriser son autonomie en lui redonnant le contrôle de sa situation. Même si au début de sa démarche, le client s'appuie davantage sur lui, il doit l'aider à redevenir autonome le plus rapidement possible. Veiller au bien-être du client, c'est aussi le représenter auprès des collègues et des partenaires.

#### **4.1.1.3.2.2 Représenter ses droits et intérêts**

Une des responsabilités du gestionnaire de cas est d'assurer à ses clients la continuité des services dans un système de santé complexe. Cette responsabilité l'oblige à les représenter et à agir comme leur porte-parole comme l'avance ce répondant : « Elle prend les intérêts du client, c'est ça leur rôle » (S, P14, 67). Comme il connaît bien ses clients et leurs circonstances personnelles, le gestionnaire de cas peut plus facilement les représenter auprès des autres intervenants du réseau de la santé :

Les gestionnaires de cas sont là pour représenter le client, ce sont ceux qui normalement le connaissent le mieux parce qu'ils le suivent partout

donc...ils sont leur personne-ressource qui le représente dans tout ce dédale de réseau là qui est compliqué (S, P28, 190).

Pour garantir à ses clients une dispensation adéquate des services, le gestionnaire de cas doit s'assurer que les connaissances des intervenants sont à jour sur leur situation. Par exemple, durant les rencontres cliniques, il communique aux intervenants les informations dont ils ont besoin pour intervenir auprès du client. Il évite ainsi à ses clients des désagréments comme le mentionne celui-ci : « J'assistais aux réunions en santé mentale puis j'amenais « n'oubliez pas de parler de tel aspect, vous parlez d'un tel traitement d'un an et demi, mais il va être libéré des Forces canadiennes dans huit mois » (GC-R3, P13, 630).

Le gestionnaire de cas veille également au bien-être de ses clients en les représentant auprès des partenaires. Lorsque la situation l'exige, il intercède pour eux. Par exemple, il peut essayer de retarder un congé de l'hôpital pour s'assurer que le soutien nécessaire est en place à son domicile comme le relate celui-ci :

*In a hospital setting, they are seeing the client in that particular milieu. They are not in their home. We know things about the client in their home milieu, about the set-up of the home that they will not know in the hospital. It is the sharing of that information which helps to come up with the best possible plan for the client (GC-R1, P29, 213).*

Dans d'autres situations, il peut même accélérer une procédure pour son client. Tout particulièrement, ce militaire blessé raconte comment il a pu obtenir l'emploi civil pour lequel il avait postulé parce que le gestionnaire de cas a poussé son dossier pour une libération rapide des Forces canadiennes :

Une libération [des Forces canadiennes] ça prend habituellement six mois et plus. Personnellement, j'ai été libéré en dedans de trois semaines parce que la gestionnaire de cas...a poussé le dossier tous les jours jusqu'à ce que l'on reçoive le message [de libération]...Alors, cette personne-là avait vraiment à cœur mon bien-être dans la vie civile parce qu'elle aurait pu s'en laver les mains et dire je mets le dossier en route comme les autres, fais ton temps

comme les autres, c'est pas grave, il y en aura d'autres concours plus tard, j'ai pas le temps de faire ça moi (F, P11, 244).

Le gestionnaire de cas représente aussi les intérêts de son client en décelant les lacunes administratives dans le système qui causent des discontinuités de services. Il peut s'agir d'un test qui n'a pas été demandé ou d'un suivi important qui n'a pas été coordonné. Lorsqu'il remarque une telle omission, il agit rapidement pour corriger la situation et permettre ainsi au client de poursuivre sa démarche. Ce répondant rapporte une telle erreur administrative qu'il a eu à redresser récemment : « Hier encore, une biopsie...qui est tombée...entre deux chaises. La requête n'était pas là. Nous on pousse, ça aurait dû être vu il y a deux semaines, il faut que tu me devances ça » (IP-R1, P20, 368).

Toutefois, représenter les intérêts du client ne veut pas dire que le gestionnaire de cas privilégie les demandes de ses clients par-dessus tout. Comme les services et les ressources financières du réseau de la santé sont limités, le gestionnaire de cas doit évaluer judicieusement toutes les requêtes de ses clients et assurer une répartition équitable des services :

Il faut que les gestionnaires de cas voient que le client a sa part à faire et sa famille aussi et qu'on ne pourra pas combler tous les besoins...les besoins sont grands de même (montre avec ses mains) puis les ressources sont comme ça (montre avec les mains) (F, P25, 86).

En bref, le gestionnaire de cas représente les intérêts de ses clients auprès de ses collègues et des partenaires impliqués dans la dispensation des services. Il intercède en leur faveur afin de leur assurer des services adéquats et continus tout en faisant preuve de discernement dans ses demandes de services. Enfin, le gestionnaire de cas veille aussi au bien-être de ses clients en leur garantissant un environnement sécuritaire.

#### 4.1.1.3.2.3 Assurer un environnement sécuritaire

Garantir un environnement sécuritaire aux clients exige du gestionnaire de cas une bonne gestion des risques. La prévention et la réduction des risques sont des responsabilités importantes qui lui incombent. Des dangers dans l'environnement physique, des abus ou de la maltraitance sont des exemples de risques qui peuvent peser sur la clientèle. Une gestion efficace des risques exige une veille constante sur la situation du client pour que celui-ci évolue dans un environnement adéquat et sécuritaire comme le relate ce client : « *They came actually and...they make sure that I am O.K.* » (C, P1, 100). Cette surveillance s'effectue lors de rencontres périodiques avec le client et par l'entremise des intervenants qui œuvrent auprès de la clientèle.

Maintenir un environnement sécuritaire veut aussi dire le protéger contre des décisions irrationnelles. Au cours de la démarche, il arrive parfois que le client se décourage par rapport à la chronicité de sa situation et qu'il veuille prendre des décisions qui peuvent lui nuire à long terme. Étant donné que le gestionnaire de cas connaît bien sa situation, il le soutient tout en le guidant habilement vers une meilleure décision comme le raconte ce client qui a vécu une telle période :

Au printemps, j'étais tanné de tout...j'ai dit je veux plus rien savoir, je veux sortir [des Forces canadiennes]. [La gestionnaire de cas] a su me motiver à rester au sein des Forces pour [rebâtir] mon équilibre mental...elle m'a convaincu qu'ici j'ai une forme d'encadrement...et de profiter du temps que j'ai pour pouvoir mieux partir [lors du désengagement] (C, P9, 90).

Maintenir un environnement sécuritaire signifie aussi que lorsqu'un risque est identifié, il intervient promptement pour prévenir les accidents comme le dit ce client : « *She said : "You cannot shower alone. It's as simple as that, you live alone, you are now on oxygen"* » (C, P1, 69).

La gestion des risques demande aussi une surveillance assidue pour tout signe d'abus ou de maltraitance du client ou de l'aidant naturel. Lorsque le gestionnaire de cas remarque

des signes prémonitoires d'abus ou qu'un membre de l'équipe lui rapporte ses soupçons par rapport à une situation, il l'examine rapidement :

*There's a lot of it whether it be family abuse, financial abuse, physical abuse. There is some elderly clientele who may have children who are abusing them financially by taking a lot of money, by not giving them what they need, so long and so forth. That's when the case managers...will step in....they would go and interview. They might go and make a home visit and have some discussion and speak with the client. Sometimes the client doesn't want to admit that there is a problem, but with me being on the case and seeing that client on a regular basis, I can see all the things, the changes or uncomfortable things that might happen. They definitely have to keep a close watch on the situation (F, P5, 152).*

La probabilité et l'impact des risques sur le client doivent être analysés pour toute situation qui présente un niveau quelconque de dangerosité. Or, la distinction entre ce qui est sécuritaire et ce qui ne l'est pas est souvent difficile à établir. Pour cette raison, avant d'intervenir dans une situation, le gestionnaire de cas doit penser d'abord au bien-être du client et bien soupeser les conséquences de ses actions. Parfois, une décision raisonnable peut demander d'accepter un certain niveau de risque comme le précise celui-ci : « Il y en a qui vont rouler à 100 milles à l'heure puis qui risquent leur vie, mais personne ne les enferme pour ça là, mais il y a des personnes âgées lucides qui décident de vivre à domicile même si c'est à risque » (GC-R1, P27, 236).

Dans de telles situations, le gestionnaire de cas navigue dans l'ambiguïté et ses valeurs sont souvent mises à l'épreuve. Lorsqu'il est aux prises avec une situation grise, il peut toujours compter sur les conseils et le soutien de ses collègues comme le remarque celui-ci :

*I am currently working on a case that involves a woman in her mid to late 80s...She lives with her caregiver son, a single man in his 50s...he has a tendency to horde, clutter in the apartment and it has always [been] kind of a high risk environment where he and his mother live [...]. Despite the tremendous risk factors, if you really look at the situation, it is the son who is very sick but truly does love his mother...it is one of those situations where*

*you walk in this house and you can't imagine that people do live this way and then you reflect on it a little...they probably have been living this way a long time, the dynamics between them has probably been there for quite some time and they have a very enmeshed interdependent relationship. We are trying as hard as we can to maintain this lady at home but in terms of the risk factors and the safety and I guess my own personal feelings of what quality of life should look like, it is very difficult because it is a situation where I would not want my mother to live in those conditions, but it works for them and as long as the immediate dangers are gone I think that separating the two would do more harm than keeping her in the borderline risky situation. So, I always struggle with that because it is always a fine line between safe and not safe, well and not well and depending on where I am. My comfort level really changes quite a bit and it is good in a sense that I have the support of my team, but it is difficult in a sense because I struggle with my own personal values of what safe living looks like and what one's day to day life should be all about, not everybody is the same so that one [situation] is definitely hard on many levels » (GC-R3, P6, 35).*

Lorsqu'il n'est pas certain s'il doit agir ou non, il peut demander à un de ses collègues d'évaluer les risques dans l'environnement du client pour valider ses observations :

*If there are safety issues in the home or issues about the functioning...I want further clarification on the problem and recommendations on how to compensate for that dysfunction. I would refer someone to an occupational therapist...I do not have that knowledge but I do have the knowledge to know that something is not right, something is not safe. Maybe they [clients] can find an easier way to do something that they are having trouble with (GC-R2, P29, 190).*

Bref, maintenir un environnement sécuritaire concerne principalement la gestion des risques présents dans la situation des clients. Lorsque l'environnement du client présente un niveau élevé de dangerosité, il doit intervenir rapidement pour le protéger. En outre, il peut solliciter l'opinion de ses collègues pour les situations complexes et développer avec eux un plan d'action.

En résumé, l'agir compétent envers le client se manifeste dès son engagement dans la démarche de gestion de cas jusqu'au transfert du cas à un partenaire (désengagement). Les trois étapes importantes de cette démarche sont l'engagement, le développement du

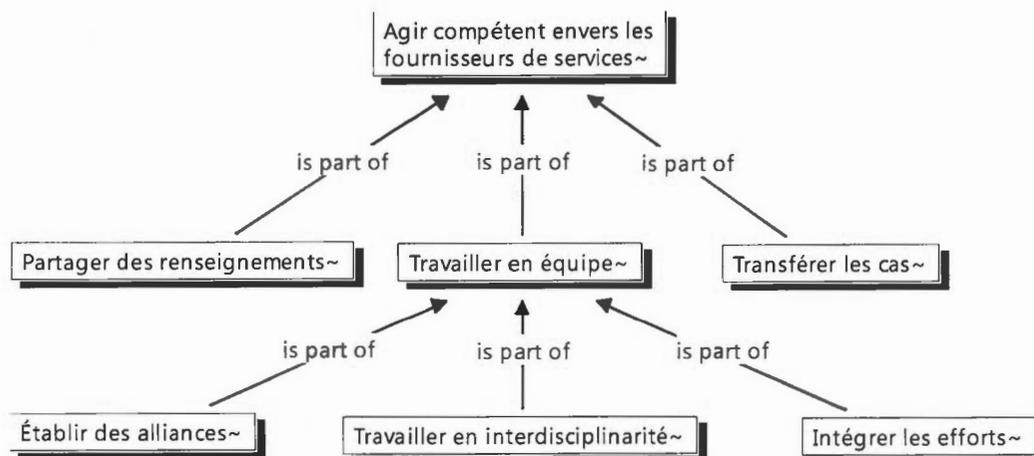
plan d'accompagnement et la coordination des soins et services. Ces étapes sont unidirectionnelles et interdépendantes, c'est-à-dire que si le gestionnaire de cas ne réussit pas à engager le client dans la démarche de gestion de cas, les deux autres seront beaucoup plus difficiles à effectuer. L'engagement du client constitue donc la pierre angulaire d'une démarche harmonieuse en gestion de cas. L'accueil du client et l'établissement du lien de confiance sont des étapes critiques sur lesquelles le gestionnaire de cas doit concentrer ses efforts pour obtenir des résultats optimaux avec ses clients. Le plan constitue la feuille de route du gestionnaire de cas pour l'accompagnement du client dans sa démarche. Il est adapté continuellement afin de prendre en compte ses nouveaux besoins qui découlent de l'évolution de sa condition de santé. Par une coordination judicieuse des soins et des services requis, il aide le client à cheminer dans sa démarche et à se maintenir sur sa trajectoire. En outre, il le soutient en l'informant régulièrement et en répondant à ses besoins. Tout au long de la démarche, il veille également à son bien-être en préservant son autonomie, en défendant ses intérêts et en lui assurant un environnement sécuritaire.

Selon les participants, l'agir compétent en gestion de cas ne se limite pas qu'aux clients puisque le deuxième thème dominant qui émerge de l'analyse des données concerne l'agir compétent envers les fournisseurs de services.

#### **4.1.2 Agir compétent envers les fournisseurs de services**

L'agir compétent en gestion de cas comprend aussi les actions du gestionnaire de cas envers les fournisseurs de services. Ces personnes regroupent les intervenants de son réseau interne, c'est-à-dire les personnes qui composent son équipe de travail et qui sont des employés du même établissement, tandis que les intervenants du réseau externe, les partenaires, sont les travailleurs d'autres établissements de santé, d'agences privées et d'organismes communautaires. Le gestionnaire de cas a besoin de la collaboration de ces personnes pour accompagner et soutenir ses clients. Le niveau de collaboration requis de ces personnes varie selon les besoins de ses clients. Partager des renseignements,

travailler en équipe et transférer les soins du client sont les trois sous-thèmes principaux rattachés à ce thème. La figure 4.3 présente l'organisation des données reliée à ce thème.



**Figure 4.3** L'agir compétent envers les fournisseurs de services

#### 4.1.2.1 Partager des renseignements

L'activité la plus importante reliée à l'agir compétent du gestionnaire de cas envers les fournisseurs de services est le partage d'informations. Le gestionnaire de cas est le lien qui relie les intervenants aux clients. Il est ainsi la personne la mieux placée pour les renseigner sur leur situation. Pour assurer une coordination efficace des soins et services à ses clients, il doit connaître la plupart des intervenants impliqués dans ses dossiers et entretenir une communication réciproque avec eux. Le gestionnaire de cas est ainsi « leur personne-ressource » (S, P21, 34).

Les fournisseurs de services préfèrent le gestionnaire de cas qui est disponible pour répondre à leurs questions comme le souligne celui-ci : « Une accessibilité au téléphone. Certains ne retournent pas leurs messages pour deux semaines » (F, P4, 101). À titre de personne-ressource, il doit être en mesure de les renseigner sur la situation du client. S'il n'a pas la réponse et qu'elle est essentielle à la dispensation du service, les fournisseurs de services s'attendent à ce qu'il fasse les recherches nécessaires pour la trouver comme

le souligne celui-ci : « Je m'attends à ce qu'il aille chercher la réponse pour être capable de me la fournir...quand on se fait dire: "J'ai juste pas de réponse", c'est fatigant » (F, P11, 127). Une des responsabilités du gestionnaire de cas est donc de donner aux fournisseurs les informations dont ils ont besoins pour la prestation du service aux clients.

En tant que coordonnateur des soins et services du client, le gestionnaire de cas doit maintenir une communication fluide avec tous les intervenants impliqués dans ses dossiers comme l'invoque ce répondant : « C'est de s'assurer d'être toujours en contact avec les autres prestataires de services qui sont impliqués dans le dossier... » (F, P12, 44).

Plusieurs raisons amènent le gestionnaire de cas à consulter les autres intervenants. Il désire obtenir une information qui lui manque comme le mentionne celui-ci : « Spontanément j'ai une personne de référence, quelque part qui peut bien me guider » (GC-R2, P13, 284). Il peut aussi les consulter pour connaître les objectifs cliniques qu'ils poursuivent pour son client afin de le guider vers les buts à atteindre comme le soulève celui-ci : « Le client est suivi en psycho, j'ai besoin de savoir...l'objectif de traitement...sinon je n'ai aucune idée de ce que je fais » (GC-R3, P13, 408). Il se tourne aussi vers eux lorsqu'il n'arrive pas à trouver une solution pour traiter une situation problématique pressante. Il recherche alors une idée, une suggestion qui va détendre la situation ou l'apaiser lui-même. Certains répondants appellent ce type de consultation un « SOS Valium » qu'ils définissent comme « Une situation bien difficile pour laquelle on a besoin d'avoir tout de suite un *cue*, d'en parler tout de suite avec quelqu'un » (IP-R3, P20, 560). Mais le plus souvent, le gestionnaire de cas s'adresse à eux pour solliciter un service pour son client comme le confirme celui-ci : « *Dealing with the réseau always...trying to get something with different areas in the réseau, from meals on wheels to hospitals* » (GC-R1, P6, 343).

Toutefois, avant de consulter un collègue pour un problème spécifique, le gestionnaire de cas tente de trouver lui-même la solution du problème en utilisant ses propres

ressources et celles disponibles dans son environnement immédiat comme le souligne celui-ci : « On essaie d'être autonome le plus possible, puis de faire nos recherches comme on peut, mais des fois, il faut demander parce qu'on n'a pas le choix » (GC-R4, P13, 182). Ainsi, l'intervenant consulté peut apprécier ses efforts et se montrer plus enclin à lui offrir son aide parce qu'il sait qu'il a épuisé toutes ses ressources avant de le consulter comme le confirme l'extrait suivant : « Quand vous venez vous asseoir avec nous, il faut se mettre en mode solution parce que vous avez un problème qu'il faut solutionner parce que vous ne venez pas nous voir sans ça » (IP-R4, P20, 357).

Partager des renseignements signifie aussi faire le suivi d'une situation problème. Pour ce fournisseur de services, la rétroaction du gestionnaire de cas est très importante et le devient davantage lorsqu'il lui rapporte un incident significatif comme on peut le constater dans sa réflexion :

*I am the one who has to take the initiative, to say what happens. Did anything happen with the situation I told you? Sometimes, I hear nothing or nothing is really being done. It can be frustrating especially when you think that it was an important issue (F, P5, 102).*

Compte tenu de sa charge de dossiers, le gestionnaire de cas ne peut être en contact régulièrement avec tous ses clients. Par conséquent, il compte beaucoup sur les informations que lui rapportent les personnes qui œuvrent auprès d'eux. Leurs observations lui permettent de maintenir à jour ses connaissances sur ses dossiers. Ce partage mutuel d'informations est donc vital à son travail :

Ce n'est pas toujours l'infirmière, le travailleur social vient [aussi] me voir...[pour] me dire comment ça va. Les nutritionnistes souvent viennent me voir pour me dire: "Monsieur un tel va de telle manière, madame une telle...telle chose", ils m'informent (IP-R4, P20, 823).

Comme le gestionnaire de cas possède une vue d'ensemble de la situation du client, il partage avec les autres intervenants les informations qui peuvent faciliter leur compréhension de la situation du client afin qu'ils fournissent au client l'intervention

appropriée comme l'affirme ce répondant : « Si elles ont besoin de faire venir le patient pour une urgence ou ces choses-là, ils nous avisent tout le temps puis ils nous donnent l'information requise par rapport aux clients qu'on va recevoir cette journée-là en urgence » (F, P18, 26).

Dans d'autres situations, un partenaire peut vouloir discuter avec le gestionnaire de cas d'un problème qu'il rencontre dans la dispensation du service au client. Inversement, le gestionnaire de cas peut avoir à informer le partenaire d'un changement dans la situation du client qui influence la dispensation du service :

Si nous avons une question ou si nous voulons informer le gestionnaire de cas d'une situation, à l'inverse, si le client a besoin de plus de services ou s'il y a un problème dans la famille...le gestionnaire de cas nous téléphone... Nous sommes toujours en communication (F, P4, 180).

Pour les partenaires qui ne connaissent pas la terminologie médicale ou psychosociale, le gestionnaire de cas consciencieux leur vulgarise cette information pour qu'ils puissent offrir un service adéquat comme le souligne ce répondant : « C'est quelqu'un qui a des bonnes habiletés de communication, qui est capable...de bien présenter son dossier pour que les autres intervenants comprennent bien la situation » (F, P11, 196).

Une collaboration efficace avec les fournisseurs de services demande une connaissance des informations dont ils ont besoin pour dispenser les services aux clients. Ces informations varient d'un intervenant à l'autre. Par exemple, le conseiller en orientation a besoin des informations suivantes :

C'est vraiment de savoir quels types de limitations la personne peut avoir au niveau physique ou psychologique qui pourraient influencer le processus d'orientation ou au niveau du travail qui pourraient influencer la réinsertion au travail...avoir une bonne idée des limitations et de la médication parce que si la personne a des difficultés de concentration, c'est bon de le savoir cela a une incidence...Si au niveau familial, elle a de la difficulté, si elle a de la difficulté à gérer sa situation, ce qui lui arrive...C'est vraiment un compte-rendu ou une synthèse sur son côté santé et même sur son côté cheminement

du dossier médical, mais savoir où est-ce qu'il est situé, est-ce qu'on a un an pour travailler avec ou si on a juste six mois (F, P10, 113).

Pour sa part, le médecin traitant s'intéresse davantage aux informations qui concernent l'état de sa santé du client :

Ma première attente c'est la communication continue. Je m'attends qu'on soit comme une dyade envers ce patient-là. Moi je m'occupe plus du volet santé, puis le gestionnaire de cas s'occupe de l'organisation des services, du suivi psychosocial, etc. avec un certain volet santé...Je m'attends à ce qu'il coordonne les services, qu'il m'alimente, qu'il me propose, qu'il m'informe du problème de santé duquel je vais m'occuper (F, P25, 58).

Afin d'être capable d'informer adéquatement les fournisseurs de services, il doit bien posséder ses dossiers. Celui qui ne les maîtrise pas bien n'est pas aidant comme le confirme ce fournisseur : « S'il ne connaît pas ses dossiers, ça ne nous aide pas » (F, P4, 194).

Régulièrement, le gestionnaire de cas doit informer les partenaires sur son rôle auprès de la clientèle. Comme de nouveaux organismes communautaires voient le jour continuellement et que la rotation du personnel des établissements est fréquente, il doit rappeler ses responsabilités aux nouveaux venus comme le mentionne celui-ci : « On a toujours cet enseignement continu à faire à nos partenaires » (GC-R2, P27, 56).

Le gestionnaire de cas est souvent perçu comme un expert par les autres intervenants, parce qu'il a habituellement une vaste expérience professionnelle, une vue d'ensemble de la situation du client et du réseau de la santé. La reconnaissance de cette expertise amène parfois les autres intervenants à développer une dépendance envers lui qu'il ne doit pas encourager. Au contraire, il doit participer au développement professionnel des autres intervenants en leur faisant bénéficier de son expertise comme le rapporte celui-ci : « La compétence, il faut s'en servir pour faire du coaching » (IP-R4, P31, 684).

Bref, les fournisseurs de services dépendent largement des informations communiquées par le gestionnaire de cas pour la dispensation des services aux clients. Pour cela, il doit être disponible pour eux et répondre promptement à leurs questions. En maintenant une communication ouverte et fluide avec les fournisseurs, il assure à la clientèle une meilleure qualité de services. De plus, en mettant son expertise à la disposition et au développement de ses pairs, il contribue à l'amélioration de la qualité des services offerts à la clientèle. L'agir compétent envers les fournisseurs de services comprend nécessairement le travail en équipe.

#### **4.1.2.2 Travailler en équipe**

Comme il a été mentionné précédemment, le gestionnaire de cas doit collaborer avec d'autres personnes pour combler les besoins de ses clients. Le travail en équipe est donc une activité essentielle en gestion de cas. La notion d'équipe renvoie d'abord à la collaboration entre les professionnels et le personnel para-professionnel comme le précise ce répondant : « *There is a team, there could be yourself, the social worker, the nurse, the aide familial social...* » (GC-R1, P6, 371). Dans le discours des répondants, la notion d'équipe prend parfois un sens plus large et englobe l'ensemble du personnel de l'établissement avec qui le gestionnaire de cas collabore afin de satisfaire les besoins de ses clients : « C'est une équipe...c'est tout l'hôpital, il faut assurer un bon lien pour notre patient avec l'équipe de l'urgence, avec l'équipe de radiologie... » (IP-R2, P20, 765). Le travail d'équipe s'étend aussi à la collaboration qui existe entre le gestionnaire de cas et tous les intervenants impliqués dans la situation du client, peu importe leur établissement d'appartenance :

Il faut qu'ils travaillent avec tous les autres dispensateurs de services internes et externes, souvent il y a une équipe...un travailleur social il peut y avoir une infirmière, un ergothérapeute et plusieurs thérapeutes, une diététicienne, un médecin, une auxiliaire familiale... (E, P3, 44).

Cette collaboration est nécessaire pour atteindre les objectifs établis dans le plan d'accompagnement du client comme le précise ce répondant : « On a un modèle multidisciplinaire...je ne verrais pas un gestionnaire de cas faire un travail qui n'est pas connecté avec le travail des autres » (F, P12, 147).

Peu importe la composition des équipes, il est évident dans le discours des répondants que le travail d'équipe est une activité fondamentale du gestionnaire de cas : « *It is not just doing their own piece of work but works with the team* » (E, P3, 286). Par conséquent, il doit donc être « Un bon joueur d'équipe » (S, P14, 105) ou « Quelqu'un qui a un bon esprit d'équipe » (S, P21, 118).

Comme pour tout travail d'équipe, l'efficacité à long terme en gestion de cas dépend du niveau de collaboration dans l'équipe et de la reconnaissance de l'apport de chacun. Ce fournisseur de services décrit le type de collaboration qu'il aime de la part du gestionnaire de cas :

*The competent case managers I dealt with...they get together with me, we sit down, they don't try to rush me through a meeting. We discuss...I like to know that I have their undivided attention, that they hear what I'm saying and I hear what they are saying. We speak about it, then there is action taken, then whatever action is taken, they'll get back to me. They will leave me a message saying: "Ok since our meeting this is what happened and this is what I've done, and if you see there is no change or if there is any change let me know". To me, this is really competence* (F, P5, 160).

Le gestionnaire de cas qui estime le travail des autres leur communique les remerciements qui leur reviennent et favorise ainsi un bon esprit d'équipe :

Moi j'ai l'exemple d'un infirmier à l'urgence qui avait fait un excellent travail auprès d'un monsieur qui est décédé malheureusement. La famille c'est à moi qu'elle l'avait dit. Donc, j'ai retrouvé qui était ce jeune infirmier... j'ai dit: "Je veux te remettre les fleurs qui t'appartiennent" (IP-R2, P20, 699).

Le maintien de l'harmonie au sein de l'équipe contribue à la cohésion entre les membres. Cette cohésion est particulièrement importante lorsqu'un effort collectif est nécessaire pour résoudre une situation complexe. La mobilisation de l'équipe dans une telle situation peut être valorisante comme le rapporte celui-ci :

On a réagi très rapidement la veille de Noël pour éviter un hébergement [à une cliente]...on était content de notre équipe parce qu'on a permis à notre cliente de passer les fêtes [à la maison]...ça été super valorisant...l'équipe quand on est capable de la mettre en place...on fait quasiment des miracles (GC-R2, P27, 53).

Pour répondre adéquatement aux besoins de ses clients, le gestionnaire de cas a besoin des connaissances et de l'expertise des autres intervenants. Il lui arrive aussi d'avoir à collaborer avec d'autres intervenants sur un dossier où leurs expertises respectives sont requises pour le faire avancer. Il s'agit alors d'une co-intervention, comme le rapporte ce répondant : « Dans le rôle du travailleur social militaire, on peut recommander un déménagement pour qualité de vie...dans ce cas-là, c'est important que je travaille avec le gestionnaire de cas » (F, P11, 39).

Dans son rôle de coordonnateur, le gestionnaire de cas travaille avec beaucoup de personnes dont la personnalité, les idées et les façons de travailler sont différentes des siennes. Ces divergences peuvent entraîner des conflits qui sont difficiles à éviter. Par conséquent, il doit être capable de résoudre adroitement les situations de conflits comme le confirme ce répondant : « Il faut être capable de s'asseoir et de régler des conflits » (S, P14, 166). Comme le gestionnaire de cas travaille en étroite collaboration avec ces intervenants et qu'il a besoin de leur coopération sur une base régulière, corriger les interventions qui ne correspondent pas à ses attentes ou les comportements qu'il juge inappropriés n'est toutefois pas une tâche facile :

*I think the hard part when you are a case manager, when you work with professionals is to tell them in a nice way when you feel they are not doing things as they should [...]. They don't always do things the way you, the*

*coordinator of the case, would like it to be done. They have not understood what you said to them or there was a kind of misunderstanding, miscommunication, or the rules are not really defined properly (GC-R5, P6, 377).*

Du discours des répondants émerge trois sous-thèmes reliés au travail d'équipe: établir des alliances, travailler en interdisciplinarité et intégrer les efforts des collaborateurs.

#### **4.1.2.2.1 Établir des alliances**

Satisfaire les besoins des clients est une responsabilité répartie entre le gestionnaire de cas et l'ensemble des intervenants du continuum de soins et de services du réseau de la santé. Même le gestionnaire de cas expert ne peut répondre lui-même à l'ensemble des problématiques de ses clients. Il doit avoir recours à l'expertise d'autres intervenants comme l'avance ce répondant : « Ce n'est pas la responsabilité du gestionnaire de cas de résoudre tous les problèmes seul. Il a une équipe, il a les superviseurs, ils doivent venir dans l'équipe avec les problèmes » (E, P3, 147).

Lorsqu'il n'a pas les ressources personnelles nécessaires pour répondre aux questions des clients ou pour résoudre des problèmes particuliers, le gestionnaire de cas doit solliciter l'aide d'autres intervenants comme le témoigne celui-ci : « *To know what your limits are...to be able to approach a person, a colleague, a supervisor and say I need help in this area, I don't really know enough about this problem or this issue in order to help my client* » (GC-R2, P6, 369).

Ainsi, le soutien offert par le gestionnaire de cas à son client dépend largement de son habileté à créer et à maintenir des liens solides avec l'ensemble des fournisseurs de services comme l'affirme ce répondant : « Ça prend un bon réseau de partenaires » (F, P12, 147).

Particulièrement pour le gestionnaire de cas qui travaille dans la communauté, le médecin de famille est un de ces principaux partenaires. Comme le médecin est

responsable de l'état de santé de ses clients, il travaille en étroite collaboration avec lui : « Le médecin de famille est un partenaire central dans le maintien à domicile d'un client » (GC-R1, P27, 226).

Ce gestionnaire de cas raconte une expérience qu'il a trouvée particulièrement difficile à ces débuts en gestion de cas justement parce que son réseau d'alliances était limité :

Mais je ne savais pas comment m'y prendre à ce moment pour mettre les services en place...ça finit qu'en parlant aux bonnes personnes les choses ont débloquées. On apprend beaucoup dans ces situations-là. Mais il reste que, sur le coup, lorsqu'on ne sait pas quoi faire...ce n'est pas super plaisant à vivre (GC-R2, P13, 434).

La résolution quotidienne des problèmes de ses clients devient pour le gestionnaire de cas une excellente opportunité de créer de nouveaux partenariats comme le cite celui-ci : « Je suis en train de me faire une alliée au niveau psychosocial au CLSC pour justement aider cette dame-là qui présentement est en détresse » (GC-R4, P27, 48).

Une collaboration efficace avec les fournisseurs de services est basée sur une « relation de confiance » (E, P24, 67) et des partenariats durables. Le gestionnaire de cas qui entretient et maintient de bonnes relations avec les autres intervenants est en mesure de mieux répondre aux besoins de ses clients. Les liens durables qu'il tisse avec ces personnes lui garantissent une réciprocité de services lorsqu'il en a besoin comme le rappelle celui-ci : « *You have to be able to link to others...and get them to reciprocate, you have to learn to schmooze well...to do that on behalf of your client* » (GC-R5, P6, 158).

Toutefois, ces partenariats peuvent être fragilisés lorsque les services ne répondent pas aux attentes. Par exemple, la qualité des services au privé, contrairement aux établissements publics, peut varier d'un établissement à l'autre comme l'illustrent les exemples suivants:

Ça n'avait pas de bon sens, le directeur [de l'établissement] criait après le client, je suis arrivée là, la madame était toute sale, pourtant on met de l'aide matin et soir (GC-R5, P27, 306).

Le monsieur s'est plaint à la résidence...Sa femme vivait de la violence physique de la part des autres résidents, elle se faisait taper parce qu'elle allait prendre des objets qui ne lui appartenaient pas...Tu te fies à ce qui est dit, t'essaies de faire des visites surprises...mais ça c'est une zone grise que je n'aime pas dans mon rôle...jusqu'où va ma responsabilité quand on s'aperçoit qu'il y a de la négligence, qu'il y a des soins qui ne se sont pas rendus et qu'on paie. En même temps, les gens de la résidence on est supposé de leur faire confiance jusqu'à un certain point (GC-R5, P32, 399).

Même si les valeurs et les normes de travail des intervenants ne sont pas toujours à la hauteur des attentes du gestionnaire de cas, son rôle de coordinateur lui demande de s'adapter aux différentes cultures d'établissements privés et publics.

Par conséquent, un bon réseau de collaborateurs et des partenariats solides rendent son travail beaucoup plus agréable et contribue à une plus grande efficacité comme le remarque celui-ci : « Ce qui aide, je trouve en gestion de cas, c'est d'avoir un réseau bien établi, de bonnes connexions...on trouve notre job plus plaisant, donc on est plus productif » (GC-R2, P13, 284).

Un deuxième sous-thème se dégage du travail d'équipe. Il s'agit du travail en contexte interdisciplinaire qui présente certaines particularités.

#### **4.1.2.2 Travailler en interdisciplinarité**

Une grande partie des dossiers du gestionnaire de cas exige une collaboration interdisciplinaire. Il ressort du discours des répondants que tous les gestionnaires de cas sont responsables de la planification des rencontres interdisciplinaires, c'est-à-dire d'inviter à la rencontre les intervenants impliqués dans les dossiers à discuter comme le précise ce répondant : « Le gestionnaire de cas coordonne un peu tout cela...il organise la réunion interdisciplinaire » (F, P11, 172). Certains sont aussi responsables d'animer

les rencontres interdisciplinaires. Les personnes qui participent à ces réunions varient selon les lieux visités. En général, tous les intervenants impliqués dans les dossiers à l'étude participent à la rencontre. À d'autres sites, seuls les intervenants de l'établissement participent à cette rencontre et à l'occasion, des partenaires y sont invités, lorsqu'un aspect de l'accompagnement d'un client mérite d'être discuté et qu'il concerne spécifiquement ce partenaire :

*Whoever the case manager is...you have to make sure that all the people who are involved with you are present. For instance, if there are 2 AFS [aide familial social], 2 nurses and 2 social workers on every team, one of each discipline is not involved with the case. They do not have to come to that case presentation, they only have to come to the case presentation where they are actively involved or at least part of the team for the discussion of that particular client (GC-R2, P6, 402).*

Cependant, tous les gestionnaires de cas doivent présenter les cas lors des rencontres interdisciplinaires comme le soulève ce superviseur : « Ils sont là pour présenter leurs cas » (S, P21, 191).

Le gestionnaire de cas participe aussi à des rencontres interdisciplinaires à l'extérieur de son établissement. Lorsqu'un client reçoit des services d'intervenants d'autres établissements, il participe à leurs rencontres pour représenter les intérêts du client, partager avec eux les renseignements qui peuvent influencer la dispensation des services et les rallier aux objectifs du plan. Il assure ainsi la continuité des soins et services à ses clients sur l'ensemble du continuum.

Or, ce ne sont pas tous les gestionnaires de cas qui estiment les réunions interdisciplinaires aidantes. Dans les milieux où l'objectif des rencontres interdisciplinaires est axé sur le contrôle et la répartition des services plutôt que sur l'orientation thérapeutique de l'accompagnement, ces rencontres soulèvent beaucoup de frustrations comme on peut le constater dans les propos de celui-ci :

*Our team meetings are attended by way too many supervisors. The team morale and the team exchange, in my opinion, is not as good as it used to be, and very service oriented review of cases. I find that the real discussions are rare (GC-R5, P6, 387).*

Le travail d'équipe consiste également à rallier tous les fournisseurs de services autour d'un objectif commun qui est le plan d'accompagnement du client.

#### **4.1.2.2.3 Intégrer les efforts**

Comme plusieurs intervenants sont responsables de combler les besoins du client, le gestionnaire de cas doit arriver à focaliser les efforts de toutes ces personnes vers les objectifs établis dans le plan d'accompagnement du client comme le précise ce répondant : « Il faut se mettre d'accord au départ, puis travailler ensemble. Convenir d'un objectif à atteindre avec ces alliés puis...mobiliser ces gens-là puis travailler dans le même sens » (F, P26, 270). Donc, pour assurer la mise en place des services nécessaires pour soutenir le client dans sa démarche, il doit pouvoir les inspirer et les motiver vers les résultats escomptés pour ses clients.

Rallier et intégrer les efforts de tous les fournisseurs de services est une tâche difficile qui demande des compétences particulières :

J'avais déjà, je pense, la compétence en tant que travailleuse sociale...de cerner le problème...puis sur quoi les clients veulent travailler...mais de rallier les gens autour d'objectifs, pas juste au niveau de la famille, mais aussi les équipes hospitalières. Être capable de leur dire, ce n'est pas ça qu'il veut le patient, il veut rester à la maison. Les proches malgré leurs limites c'est ça qu'ils veulent, malgré une évaluation qui a été faite en milieu hospitalier qui dit tout le contraire, qui dit que le client n'a pas les capacités de retourner à la maison. C'est d'arriver à donner son opinion, à être sûr de l'évaluation que tu as du domicile et être capable de la partager...ça j'ai dû l'apprendre sur le tas » (GC-R6, P27, 522).

Comme le soulève ce gestionnaire de cas dans ses propos, sa formation disciplinaire initiale ne lui avait pas permis de développer les compétences nécessaires pour réaliser cet aspect de son travail.

La description précédente montre que la gestion de cas est essentiellement un travail d'équipe. Ce travail peut être accompli à l'intérieur d'une équipe restreinte ou élargie, intra murale ou extra-murale. Peu importe la composition de l'équipe, le gestionnaire de cas respecte le travail de ses pairs, il est reconnaissant de leur contribution et il résout promptement les conflits qui se présentent. Le gestionnaire de cas compétent s'intègre rapidement à toutes les équipes auxquelles il collabore afin de bien représenter les intérêts de ses clients et de s'assurer que tous les intervenants poursuivent les intentions établies dans le plan d'accompagnement du client.

Transférer les cas est le troisième et dernier sous-thème associé à l'agir compétent envers les fournisseurs de services.

#### **4.1.2.3 Transférer les cas**

L'agir compétent envers les fournisseurs de services comprend le désengagement des clients de la gestion de cas. Le désengagement signifie que la démarche de gestion de cas prend fin et que les soins et le soutien d'un client sont assumés par une autre entité, qui peut être en l'occurrence, une institution publique telle qu'un centre hospitalier, une institution privée ou une institution fédérale, dans le cas du client militaire. Parfois, il peut s'agir du transfert d'un client à un gestionnaire de cas dans une autre région ou province comme le souligne celui-ci : « Les clients viennent ici pour de la recherche, puis on les retourne dans leur région » (S, P21, 137). Le client désengagé de la gestion de cas n'est plus à la charge du gestionnaire de cas et son dossier est fermé ou il est considéré comme inactif.

La plupart du temps, le gestionnaire de cas accompagne ses clients sur une période de temps prolongée ou lors d'un épisode de soins important, ce qui favorise le développement d'une relation spéciale avec le client et ses proches. Pour cette raison, certains gestionnaires de cas éprouvent de la difficulté à mettre fin à leur relation avec leurs clients comme le mentionne celui-ci : « *I was actually very sad that I was not going to be his case manager anymore...I would have like to keep him because I thought he was just so impressive...* » (GC-R5, P6, 37). Le gestionnaire de cas doit considérer le désengagement de ses clients comme l'étape finale de son travail et s'y préparer dès le début de la démarche : « Il faut apprendre à lâcher prise...les soins vont être transférés vers le CLSC...vers une autre équipe...Donc, il faut apprendre à se détacher...lâcher prise, faire confiance aux autres » (IP-R4, P20, 823).

Le désengagement d'un client ne signifie pas que le dossier est fermé définitivement, sauf dans le cas du client militaire ou lors du décès du client. Un désengagement temporaire signifie qu'à tout moment, le dossier du client peut être réactivé :

*That's what we always tell them. Two months down the road, six months down the road, next week, if your circumstances would change we will take a call from you, from your relatives, from a doctor, a professional, and we will reopen you file, if need be* (GC-R3, P29, 43).

Lors du transfert du cas à un partenaire, le gestionnaire de cas lui fournit les informations dont il a besoin pour prendre la relève des soins du client et lui garantir la continuité de ses services :

Pour moi, c'est nécessaire au niveau de l'accomplissement professionnel...je sais que le client est pris en main, je sais que la personne à qui je donne les renseignements, je lui en donne le plus possible pour que cette personne-là puisse l'accueillir dans sa totalité au lieu de recommencer (GC-R3, P13, 522).

En résumé, le transfert du cas à un partenaire inclut le partage de renseignements personnels et médicaux pertinents qui vont faciliter la prise en charge du client. Le

maintien d'une collaboration harmonieuse avec les partenaires facilite aussi le transfert du cas et assure au client une continuité de soins et de services.

Cette étude montre que l'agir compétent en gestion de cas implique aussi un savoir interagir avec les fournisseurs de services. Le gestionnaire de cas est responsable d'assurer l'harmonie entre tous les intervenants qui gravitent autour de ses clients et qui contribuent à son bien-être. Pour ce fournisseur de services, le rôle du gestionnaire de cas est celui d'un « Chef d'orchestre parce que ça prend des violons [intervenants]...il doit connaître ces violons-là, il doit être en contact avec eux » (F, P12, 147). Cet agir compétent exige des compétences en communication, coordination et collaboration. Le gestionnaire de cas compétent entretient de bons rapports avec l'ensemble des fournisseurs de services en sollicitant leur contribution et en les informant régulièrement des changements dans la situation du client. Lorsque ce climat de collaboration est présent, le travail en équipe multidisciplinaire et interdisciplinaire est plus efficace. Cette collaboration est cruciale pour réussir à focaliser les efforts de tous les intervenants sur les objectifs à atteindre dans le plan d'accompagnement du client. De plus, elle facilite également les transitions à d'autres niveaux de soins tout au long de la démarche de gestion de cas ainsi que le transfert final du cas à un partenaire lors du désengagement. Par conséquent, l'agir compétent du gestionnaire de cas envers les fournisseurs de services peut se résumer en ces quelques mots « être un bon collaborateur ».

Du discours des répondants, émerge aussi un ensemble de ressources personnelles sur lequel repose l'agir compétent en gestion de cas. Elles sont décrites dans les prochains paragraphes.

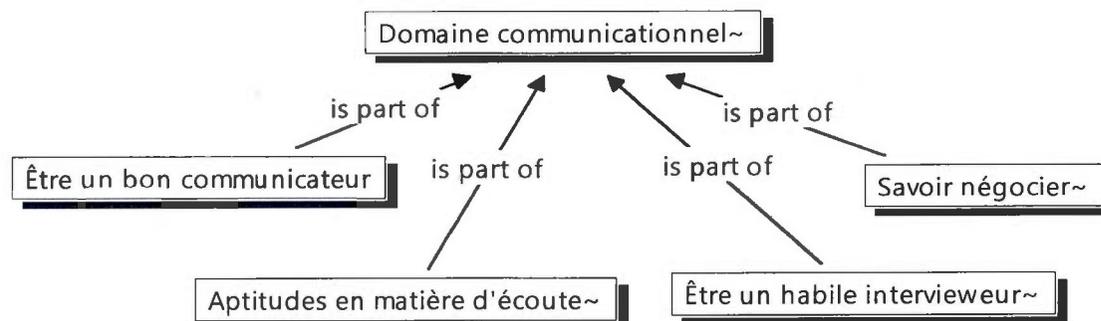
#### **4.2 Les ressources personnelles qui sous-tendent l'agir compétent en gestion de cas**

Cette étude révèle un ensemble de ressources personnelles qui guident l'agir compétent du professionnel de la santé qui occupe un poste de gestionnaire de cas. Les ressources

personnelles explicitées par les répondants ont été organisées en quatre domaines: 1) communicationnel; 2) relationnel; 3) professionnel; et 4) personnel.

#### 4.2.1 Le domaine communicationnel

Au cours de sa journée, le gestionnaire de cas communique avec plusieurs personnes telles que des clients, des aidants naturels, des proches ou des fournisseurs de services. Des ressources dans le domaine communicationnel sont donc essentielles à son travail quotidien. Quatre sous-thèmes émergent du discours des répondants: 1) être un bon communicateur; 2) avoir des aptitudes en matière d'écoute; 3) être un habile intervieweur et 4) savoir négocier. Chacun de ces sous-thèmes est repris et décrit dans les paragraphes qui suivent. La figure 4.4 présente l'organisation des données du domaine communicationnel.



**Figure 4.4** Les ressources personnelles du domaine communicationnel

##### 4.2.1.1 Être un bon communicateur

Le gestionnaire de cas doit d'abord et avant tout être un bon communicateur. Ces habiletés sont nécessaires tout particulièrement pour établir de nouvelles relations, transmettre de l'information ou pour en obtenir. Le message qu'il transmet doit être clair et explicite. Le gestionnaire de cas doit savoir « Bien exprimer ce qu'il a besoin de savoir » (S, P14, 109).

Ces ressources communicationnelles sont utiles dans plusieurs aspects du travail du gestionnaire de cas. Par exemple, lorsqu'il présente le cas d'un client lors d'une rencontre interdisciplinaire, il doit dresser un portrait clair, concis, factuel et complet de la situation du client comme le confirme ce répondant : « *People who are excellent, they present their cases well* » (E, P3, 299). Être capable de bien s'exprimer est aussi indispensable pour défendre les intérêts des clients auprès des intervenants du réseau comme le souligne ce superviseur : « *It has to be somebody who's...a good talker, a good advocate* » (S, P7, 130).

Ces ressources communicationnelles lui sont aussi utiles dans son rôle de coordonnateur, puisqu'il négocie continuellement avec les clients, les familles et les fournisseurs de services. Pour être efficace, il doit être capable de persuader puis de se laisser influencer par les autres :

On négocie avec toute sorte de monde quand on est gestionnaire de cas. On négocie avec des docteurs...négocie avec des pairs...comme des intervenants sociaux, des infirmières, des psychologues, des ergo, des physio...c'est un travail d'intégration (F, P26, 81).

Le gestionnaire de cas doit aussi savoir communiquer par écrit pour rédiger les plans d'accompagnement de ses clients, des demandes de services et des rapports. Lorsque les documents sont rédigés à la main, ils doivent être lisibles. Par exemple, les demandes de services adressées aux fournisseurs doivent être compréhensibles comme le précise celui-ci : « Une écriture qu'on peut lire, c'est pratique, mais très important » (F, P4, 100). Comme les intervenants du réseau de la santé sont très occupés, toute demande qui leur est adressée doit être rédigée avec précision et concision comme le souligne ce gestionnaire de cas : « Dans le système actuel, il faut être concis, efficace et efficace » (IP-R1, P20).

Par ailleurs, lorsque la clientèle est allophone, les répondants estiment que le gestionnaire de cas devrait être bilingue : « Nos clients, il y en a qui ne parlent ni

l'anglais ni le français et c'est très difficile. Les gestionnaires de cas ne peuvent pas parler vietnamien, mais au minimum anglais ou français » (F, P4, 103).

Bref, le gestionnaire de cas compétent excelle en matière de communication orale et écrite. Il est reconnu pour sa précision et ses descriptions succinctes. En plus d'être un bon communicateur, ce gestionnaire de cas se démarque par ses aptitudes en matière d'écoute.

#### 4.2.1.2 Aptitudes en matière d'écoute

Parmi toutes les ressources personnelles identifiées dans le discours des répondants, la capacité d'écoute est celle qui revient le plus souvent : « Beaucoup d'écoute, je pense qu'ils sont là pour écouter » (S, P28, 214). Pour bien écouter, il faut d'abord savoir se taire comme l'affirme ce gestionnaire de cas : « *Being a very good listener rather than a really good talker* » (GC-R3, P6, 173).

Comme tout professionnel de la santé, le gestionnaire de cas qui excelle en matière d'écoute est attentif au message de son interlocuteur, se concentre sur la personne qui parle et sur ce qu'elle dit. En gestion de cas, écouter veut aussi dire prendre le temps comme le précisent ces clients : « *The case manager will come in and sit down and talk to me and listen to me* » (C, P2, 66); « Elle était très écoutante, vraiment disponible, puis c'était très important » (C, P15, 12).

*They listen to what I say since my head is still on my shoulders. I may be an old lady but my head is still on my shoulders. By being pleasant, by not looking at their watch because they are allowed only one hour, sometimes... they would sort of share their lives with me* (C, P1, 79).

La capacité d'écoute est aussi importante pour les clients qui, au cours de leur accompagnement, vivent des moments difficiles à cause de leur condition médicale ou traversent une étape importante de leur vie. Ces clients recherchent le soutien d'un gestionnaire de cas qui peut les écouter, les entendre et les comprendre. Comme le

mentionnent ces clients, ils ont besoin « d'une épaule » (C, P15, 32) ou d'une « grande oreille » (C, P9, 138) et d'être rassurés. Le client qui ne se sent pas bien physiquement ou émotionnellement, par exemple, peut vouloir en parler immédiatement avec le gestionnaire de cas, une personne en qui il a confiance et qu'il considère comme une alliée.

Une grande capacité d'écoute aide le gestionnaire de cas à établir rapidement un rapport avec les gens et à gagner leur confiance. Cette qualité lui est très utile pour ses rôles de coordonnateur et de défenseur des droits et intérêts du client. Le gestionnaire de cas doit être à l'écoute de toutes les personnes qui interagissent avec lui comme le souligne ce répondant : « À l'écoute des intervenants, à l'écoute du client, à l'écoute de sa famille » (F, P11, 218). Il est aussi attentif aux besoins de ses collègues, les autres gestionnaires de cas. À certains moments, le débutant peut avoir besoin de « l'oreille » ou de « l'épaule » de l'expert pour réfléchir ses idées ou pour ventiler ce qu'il ressent lorsqu'il vit une situation difficile.

On peut déduire du discours des répondants que l'écoute active est à la base de toute communication efficace en gestion de cas. Le gestionnaire de cas qui démontre de bonnes aptitudes en matière d'écoute est attentif aux autres, leur consacre du temps et leur permet de déverser leur surplus d'émotions. Cette façon d'agir lui permet de se rapprocher de ses clients et d'obtenir leur collaboration et de leur fournir le meilleur service possible. En plus d'être un bon communicateur et d'avoir de bonnes aptitudes en matière d'écoute, le gestionnaire de cas doit aussi être un habile intervieweur.

#### **4.2.1.3 Être un habile intervieweur**

Pour être efficace dans sa pratique, le gestionnaire de cas doit avoir développé de très bonnes techniques d'entrevue comme le précise ce superviseur : « La technique d'entrevue c'est essentiel » (S, P14, 183). Ce savoir-faire est aussi utile pour évaluer les besoins des clients ou pour résoudre leurs problèmes ponctuels comme le confirme cet

autre superviseur : « Les patients ont un symptôme qu'ils ne sont pas capables de contrôler. Pour toute question, ils appellent leur infirmière pivot » (S, P21, 79). Comme le gestionnaire de cas a un horaire très chargé, il doit être capable d'obtenir le maximum d'information par le minimum de questions.

Ces habiletés sont nécessaires pour mener à bien différents types d'entrevue comme le soulignent ces répondants : « Capable de faire une bonne évaluation au téléphone » (IP-R4, P20, 356), « L'évaluation initiale des besoins se fait en personne » (S, P21, 95), « Faire des réunions de famille pour impliquer effectivement la personne malade et ses proches » (F, P25, 59), « Les clients viennent avec une amie, une voisine, ils ne viennent pas nécessairement avec la famille » (IP-R2, P20, 134).

Chacune de ces entrevues demande des compétences spécifiques. Contrairement aux interventions disciplinaires réalisées antérieurement comme infirmière ou travailleur social, le gestionnaire de cas doit composer avec certains enjeux. Notamment lors d'une entrevue téléphonique, il est plus difficile pour lui de déterminer l'urgence ou la sévérité du problème du client que lorsqu'il dialogue avec lui, en seul à seul :

Le patient, souvent ce sont les proches qui appellent. Il faut avoir un contact avec le patient lui-même parce que c'est le patient qui le vit versus sa conjointe qui le regarde le vivre là. Parfois, le problème est maximisé, minimisé. Souvent, le patient arrive ici puis c'est pire ou moins pire que ce qu'on avait évalué au téléphone (IP-R1, P20, 653).

Le gestionnaire de cas reçoit aussi des appels de clients qu'il ne connaît pas encore ou qu'il connaît très peu, « Des patients qui ont été vus par le médecin...à 4 heures et demie, j'étais partie. Les clients m'appellent [le lendemain matin] pour...des choses qu'ils n'ont pas compris » (IP-R5, P20, 471). Le gestionnaire de cas qui jouit d'une expérience professionnelle variée serait plus efficace à mener des entrevues téléphoniques : « Avoir des connaissances générales et une vue d'ensemble ça aide beaucoup justement à faire

une évaluation téléphonique » (IP-R2, P20, 655). Cette compétence peut toutefois être développée dans un contexte de formation au contact de situations qui la demande.

Pour ce qui est des entrevues effectuées en présence du client et de personnes importantes, celles-ci présentent aussi certains défis. Elles demandent des habiletés qui n'ont pas nécessairement fait l'objet de l'éducation formelle initiale de certains professionnels de la santé :

Il a fallu développer des compétences à être confortable à faire ça...à être confortable à avoir trois, quatre, cinq personnes avec des visages différents, des réactions différentes, avec des liens qu'on ne connaît pas...puis recevoir un petit peu les émotions de tout le monde. Ce n'est pas toujours évident (IP-R4, P20, 118).

Il doit aussi être habile à effectuer des entrevues de groupes ou des rencontres client-famille. Ces entrevues sont particulières parce qu'il est difficile d'être attentif au langage verbal et non verbal de toutes les personnes présentes « On voit beaucoup de choses, mais on n'est pas capable nécessairement...de regarder ce qui se passe en arrière sur quatre personnes » (IP-R1, P20, 122).

Afin de respecter son horaire, le gestionnaire de cas qui est un habile intervieweur est capable de maintenir ou ramener le client sur la discussion ou sur ses besoins personnels:

Les clients vont t'amener sur plein de sujets puis il faut ramener la personne à ses besoins...tu peux te faire embarquer et te prendre 2, 3 heures à faire ton entrevue...d'une façon gentille, tu ramènes la personne à ce que tu veux, au sujet... (F, P25, 154).

Savoir négocier est une autre habileté communicationnelle fort utile au gestionnaire de cas dans son quotidien.

#### 4.2.1.4 Savoir négocier

La négociation est une activité importante en gestion de cas comme le précise ce répondant : « Négociation avec les familles, avec l'employeur, les autres partenaires... » (GC-R5, P27, 359). Savoir négocier pour le gestionnaire de cas signifie arriver à une décision mutuelle à partir de points de vue divergents. Pour cela, il doit d'abord « Savoir bien présenter la situation » (F, P25, 114) parce que la négociation en gestion de cas n'est pas un affrontement où chaque personne veut imposer sa vision des choses et ses objectifs. Elle fait plutôt appel à une présentation logique des faits pour arriver à un compromis et à une compréhension commune de la situation du client.

Savoir négocier avec les superviseurs est aussi un aspect important. Il a parfois à négocier avec un superviseur pour obtenir des services supplémentaires lorsque le niveau de services du client ne répond plus à ses besoins comme le précise ce répondant : « Entre le niveau de services requis puis ce qu'on est capable d'offrir, il y a toujours une marge. Il faut négocier » (S, P28, 231). Pour répondre adéquatement aux besoins de son client, il doit aussi négocier pour des services qui ne sont pas toujours inclus dans l'offre de services de l'établissement comme le précise ce fournisseur de services : « Avec une bonne argumentation...on peut sortir un petit peu de l'offre de services » (F, P25, 64).

La négociation est aussi importante pour défendre les droits et les intérêts des clients auprès des autres intervenants du continuum de services. Par exemple, ce gestionnaire de cas rapporte une situation où il a dû intercéder auprès du personnel médical pour prolonger l'hospitalisation d'un client en attente d'hébergement plutôt que de le retourner à domicile :

Il a fallu que je négocie finalement pour le garder en attente d'hébergement. Le réseau dit c'est assez, on veut plus qu'il aille à l'urgence, le client occupe aussi un lit [des soins aigus], il y a cet enjeu-là aussi. Donc, il faut négocier et dire pour le bien-être de monsieur, il faut le garder (GC-R4, P27, 47).

Par conséquent, savoir négocier est une habileté que le gestionnaire de cas doit bien maîtriser. C'est grâce à son talent de négociateur qu'il assure à ses clients les soins et les services dont ils ont besoin pour maintenir leur autonomie et un état de santé optimal.

Le gestionnaire de cas compétent est donc un habile communicateur, écoute activement et pose des questions pertinentes. Durant l'entrevue avec le client, il le maintient sur l'objectif en dirigeant adroitement la conversation. Il sait aussi s'y faire en négociation. En plus de ses compétences communicationnelles, le gestionnaire de cas doit posséder des compétences relationnelles.

#### 4.2.2 Le domaine relationnel

Une grande partie du travail du gestionnaire de cas se situe au niveau des relations interpersonnelles. Par conséquent, il doit posséder d'excellentes habiletés interpersonnelles et être capable d'aller vers l'autre. Son efficacité auprès de ses clients dépend largement de la qualité de son rapport aux autres. Selon les répondants, l'entregent, le respect, la patience, l'ouverture aux autres et la relation d'aide sont les principales ressources du domaine relationnel que le gestionnaire de cas doit posséder. La figure 4.5 présente l'organisation schématique des ressources personnelles du domaine relationnel.

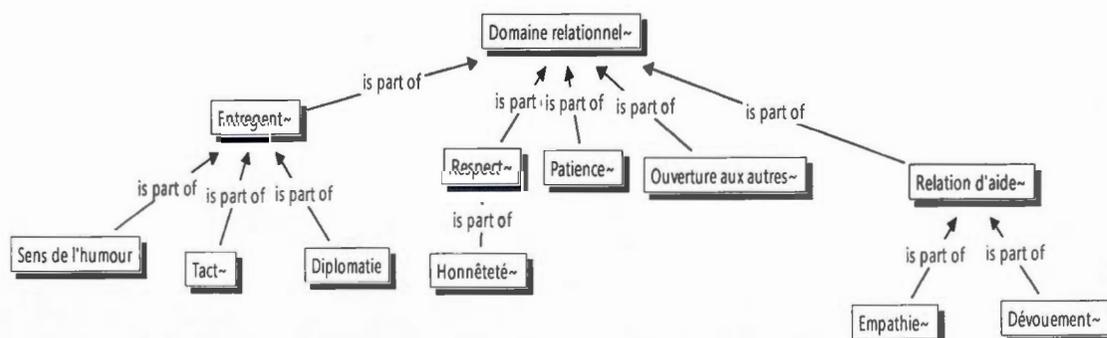


Figure 4.5 Les ressources personnelles du domaine relationnel

#### 4.2.2.1 Entregent

Pour établir et maintenir des liens et des partenariats significatifs avec les diverses personnes qu'il côtoie dans l'exercice de son travail, le gestionnaire de cas doit avoir de l'entregent. Cette compétence est essentielle comme le précise celui-ci : « *You have to be able to link to others, like other professionals, other organizations and get them to reciprocate* » (GC-R5, P6, 158).

Le gestionnaire de cas qui possède de l'entregent est sociable et aime dialoguer avec les autres : « Je pense qu'il faut aimer échanger avec les gens, mais pas juste avec les patients. Il faut aussi aimer échanger avec les autres professionnels » (F, P19, 80). Il se sent aussi à l'aise avec les gens qu'il ne connaît pas et il n'hésite pas à engager la conversation avec eux comme le mentionne ce superviseur : « Le gestionnaire de cas doit être capable d'aller vers les gens et de discuter, de prendre les devants...il y a beaucoup de gens à voir...s'il reste dans son coin et ne va pas vers la communauté, il ne rendra pas service au client » (S, P14, 86). Ces rencontres lui permettent d'apprendre et de développer de nouvelles connaissances.

Un gestionnaire de cas qui a de l'entregent a aussi une personnalité engageante. Certains traits de personnalité facilitent l'établissement de relations avec les autres. Par exemple, ce client apprécie particulièrement un gestionnaire de cas qui est plaisant et sociable :

*Oh she is very nice, she is extremely nice...she gives me an extra half hour just to visit and have a cup of coffee with me which I find is very important. I know that most of them come in and get done and out. She allows for the time to be here with me for a little bit and just visit and tell me what's going on in her life* (C, P1, 116).

D'autres qualités personnelles sont appréciées chez le gestionnaire de cas telles que « la bonne humeur » (IP-R3, P20, 777), le dynamisme et le sourire facile comme le confirme ce répondant : « Quelqu'un de dynamique, de souriant ça fait toujours plaisir » (F, P11, 135).

Le sourire est une gestuelle très importante dans les relations humaines. Arborer un sourire facilite grandement le travail du gestionnaire de cas. Par exemple, une demande spéciale adressée à un collègue de travail par un gestionnaire de cas souriant est plus susceptible d'être acceptée comme le cite celui-ci : « Un sourire ça fait une différence » (IP-R1, P20, 781). Un autre réplique : « Des fois c'est payant. Une biopsie le lendemain » (IP-R3, P20, 781).

Avoir de l'entregent n'est pas nécessairement une qualité naturelle chez le gestionnaire de cas. Elle peut s'acquérir au fil du temps comme le souligne ce répondant : « Un gestionnaire de cas compétent c'est quelqu'un qui a une certaine expérience de vie, de travail qui va lui permettre de bien interagir avec les clients qui peuvent avoir toutes sortes de problématiques » (S, P14, 162). Mais elle peut aussi être développée en contexte de formation et permettre ainsi au gestionnaire de cas d'être efficace plus rapidement dans son travail.

Avoir du tact, de la diplomatie et un sens de l'humour sont aussi des attributs prisés. Le gestionnaire de cas qui fait preuve de tact fait rarement de faux pas parce qu'il sait ce qu'il faut dire ou ne pas dire lorsqu'il communique avec une autre personne comme le rappelle ce client : « *She knew what to say to me* » (C, P1, 84). Il n'offense pas ou ne brusque pas les gens lorsqu'il les aborde : « Il faut aller demander...mais il y a une approche...il faut y aller doucement » (GC-R4, P13, 182). Pour ce gestionnaire de cas, avoir du tact veut aussi dire savoir quand « Il faut dérouler le tapis rouge » (GC-R4, P13, 927). Par conséquent, il comprend bien la nature humaine et ses besoins et il sait exactement comment s'y prendre pour obtenir la coopération de l'autre. En d'autres mots, il décode rapidement les messages chez l'autre, il a la capacité « *To read people* » (F, P5, 88).

Comme le rappelle ce gestionnaire de cas, la subtilité ou la suggestion est parfois la meilleure façon d'obtenir la coopération d'une autre personne : « Il ne faut pas avoir l'air de lui dire quoi faire...faut faire attention » (GC-R4, P13, 927). Cette approche

semble bien fonctionner avec certains professionnels de la santé comme le remarque ce répondant : « Ça prend un certain doigté, une façon de parler avec les médecins » (F, P25, 166). La situation inverse n'est pas aimée comme le remarque ce fournisseur de services :

Ils vont demander des services...mais là ils nous argumentent, nous argumentent. Il y en a une à qui je pense, elle m'expose la situation, mais là elle me la répète...c'est parce que le monsieur est lent, il est essoufflé, il a ci, il a ça, elle insiste là, puis à revient. Ça moi je ne trouve pas ça une qualité (F, P25, 112).

Le gestionnaire de cas doit aussi être reconnu pour sa diplomatie. Cette habileté l'aide à développer une communication positive et des relations collaboratives saines. Il doit connaître les personnes qui détiennent le pouvoir dans son environnement et il doit être au courant des différents enjeux politiques. Avant d'approcher ces personnes, il doit formuler sa stratégie pour s'assurer que ses idées passent bien et qu'il obtienne la collaboration ou la décision désirée comme le confirme ce superviseur : « Être aussi très stratégique et politique... » (S, P21, 131).

Le sens de l'humour est aussi une qualité qui aide le gestionnaire de cas à établir des rapports amicaux avec les autres. L'humour fonctionne autant avec les clients qu'avec les collègues et les partenaires. Par exemple, pour ce client, l'humour aide à détendre la situation dramatique :

Avoir le sens de l'humour aussi, quelqu'un qui sait rire avec le patient. Ne pas toujours être sérieux. Il y a des moments-là où y faut être efficace, mais on peut le faire avec un petit moment d'humour. Ça détend l'atmosphère beaucoup...Ce n'est pas tout le monde qui a cette qualité-là (C, P15, 140).

L'humour est aussi une stratégie efficace lorsqu'il veut introduire une nouvelle façon de faire comme le soulève ce répondant : « Soulever le changement avec humour » (E, P17, 71).

En résumé, le gestionnaire de cas compétent possède une « intelligence relationnelle ». Il arrive à créer et à entretenir des partenariats durables avec l'ensemble des personnes qu'il côtoie par son entregent, son tact, sa diplomatie et son humour.

#### 4.2.2.2 Respect

Le respect est une autre ressource relationnelle importante qui émerge du discours des répondants. En tant qu'accompagnateur du client dans sa démarche de transition de vie ou d'épisode de maladie, le gestionnaire de cas doit continuellement faire preuve de « Respect pour tout le monde, incluant lui-même » (IP-R3, P20, 263).

Les clients du gestionnaire de cas ont de nombreux deuils à faire à cause de leurs problèmes de santé. Certaines étapes sont particulièrement difficiles et peuvent affecter leur personnalité et leur humeur et se refléter dans leurs paroles ou leurs actions. Afin de préserver le lien de confiance si précieux qu'il a développé avec ses clients, le gestionnaire de cas doit accepter leurs sautes d'humeur passagères comme le propose ce répondant : « *A very open attitude. It does not work very well if you are kind of uptight you take offence to what someone is going to say or you get an attitude that does not work* » (F, P5, 92). Dans ces moments, il porte plutôt son attention à leurs préoccupations : « *They listen to what I say* » (C, P1, 79) et respecte leurs décisions :

Ça prend des leaders qui sont capables de dire: "Je ne choisis pas à la place de la personne. Je suis la représentante, mais je vais selon ses souhaits". C'est un peu comme un mandataire, tu es supposé prendre les décisions en fonction de ce que la personne te dit, pas de ce que tu penses (S, P28, 215).

Parfois, les décisions prises par les clients ne sont pas toujours rationnelles. Le gestionnaire de cas peut essayer de créer un peu d'ouverture d'esprit chez ces clients et leur expliquer les conséquences de leur décision, mais il doit reconnaître que la décision sans appel leur appartient :

Bien sûr, être respectueux de la personne. Pas de jugement dans le sens que, il y en a qui vont choisir de ne pas utiliser certains services cela peut nous sembler complètement ridicule, mais ce n'est pas à nous de juger. On respecte le besoin de la personne, on respecte ses désirs... je leur dis toujours ce n'est pas à moi de juger votre décision, mais je veux que vous preniez une décision en connaissant toutes les conséquences de cette décision (GC-R3, P13, 359).

Le client qui a développé une relation de confiance avec le gestionnaire de cas se réfère à lui lorsqu'il a des questions qui le préoccupent. Prendre ou retourner les appels des clients est une marque de respect qui solidifie le lien de confiance parce qu'il « ...sait que le gestionnaire de cas va lui répondre » (C, P15, 128). S'intéresser à la conversation du client est aussi considéré une forme de respect :

Moi je travaille avec les personnes âgées...il y a toujours des maladies, toujours des histoires...Vous ne pouvez pas couper la conversation parce que vous n'avez pas assez de temps ou parce que le monsieur a dit la même chose dix fois. Il faut que vous soyez très gentil avec eux et que vous écoutiez ce qu'ils disent...je trouve que cette attitude est très importante (F, P4, 111).

Faire preuve de respect s'étend aussi aux collègues de travail. Comme tout professionnel de la santé devrait le faire, le gestionnaire de cas doit laisser l'autre émettre ses opinions et écouter ce qu'il dit ou le laisser finir son travail avant de l'interrompre. Comme le souligne celui-ci, il doit démontrer : « Du respect pour le travail de l'autre » (IP-R4, P20, 771).

Le gestionnaire de cas doit aussi démontrer du respect envers lui-même. Dans ses relations avec les autres, il partage leurs sentiments, il comprend leurs peines et leurs joies, sans toutefois tomber complètement dans l'affectivité. Il doit « Comprendre le sentiment de l'autre, mais ne pas l'absorber » (C, P9, 205). Sinon, son travail peut le conduire à un épuisement professionnel : « Il y a des gens avec qui ont créé des liens plus proches qu'avec d'autres...on sent une certaine impuissance parce qu'on voit que la maladie progresse...il ne faut pas ramener ça chez nous » (IP-R2, P20, 235).

De plus, comme il ne peut pas tout savoir ni tout faire, il doit reconnaître et admettre ses limites professionnelles comme le souligne celui-ci : « Il faut que tu sois capable de dire, je ne le sais pas » (GC-R5, P27, 438) ou je ne peux pas.

Bref, le gestionnaire de cas compétent respecte les opinions et les décisions des personnes avec qui il interagit dans sa pratique et reconnaît ses propres limites.

#### **4.2.2.3 Honnêteté**

L'honnêteté est une autre attitude indispensable dans les rapports interpersonnels. Le gestionnaire de cas s'engage positivement dans ses interactions avec les autres et s'exprime librement en tenant compte de sa réalité et celle de l'autre. Cette honnêteté est d'autant plus importante pour lui que pour tout autre professionnel de la santé parce qu'il a établi une relation à long terme, basée sur la confiance. Par conséquent, il doit savoir présenter les faits à ses clients avec délicatesse et sans détour et répondre à leurs questions avec franchise comme le mentionne celui-ci : « Tu lui poses une question, elle ne va pas essayer d'adoucir...parce que c'est ce que je lui ai demandé...Moi j'aime les choses claires, nettes, je ne veux pas de surprise, je veux avoir les résultats tels qui sont (C, P16, 40). Ainsi, ses propos et ses gestes doivent exsuder la transparence et la sincérité: « Il faut être honnête...envers ce qu'on dit aux autres et ce qu'on fait aux autres » (IP-R3, P20, 265).

Une communication franche aide les clients à mieux comprendre leur démarche et à développer des attentes réalistes. Comme sa charge de travail est imposante, le temps qu'il prend pour expliquer les retards à entrevoir dans la dispensation des services, lui fait gagner du temps plus tard en lui évitant des appels inutiles, notamment de clients anxieux : « Être capable d'expliquer que ça va être long...puis pourquoi c'est long comme ça. Quand les clients comprennent ça, ils ne nous appellent plus aux cinq minutes » (GC-R4, P13, 303).

En somme, le gestionnaire de cas compétent établit et maintient des relations vraies et authentiques avec tous. De plus, il sait reconnaître les limites de ses compétences et réfère ses clients aux autres intervenants qui peuvent mieux leur venir en aide au lieu d'agir de façon malhonnête. La gestion de cas demande aussi beaucoup de patience.

#### 4.2.2.4 Patience

La coordination des soins et des services aux clients est l'activité centrale de la gestion de cas. Par conséquent, le gestionnaire de cas est toujours à la recherche de quelque chose pour satisfaire les besoins de ses clients. À cause de cela, il est souvent en mode attente, comme d'une réponse d'un fournisseur pour un service. Ces attentes peuvent engendrer des frustrations et des contrariétés dans sa journée. Un rendez-vous retardé, un oubli administratif occasionnant des démarches additionnelles pour le client sont des exemples de tels incidents. Par conséquent, il doit donc être capable de : « Tolérer les niaiseries, les non-sens jusqu'à un certain point » (GC-R4, P13, 299).

Par rapport à ses clients, il est exposé à beaucoup d'occasions qui peuvent ébranler sa patience. Étant donné qu'il ne choisit pas les clients qu'on lui assigne, sa charge de travail en comprend toujours un certain nombre avec lesquels il a moins d'affinité comme le souligne celui-ci : « *When you have sixty-five clients there will always be a percentage you don't like and that you have to be extremely patient with* » (GC-R4, P6, 214). Parmi ses dossiers, le gestionnaire de cas peut compter des clients âgés dont la mémoire décline ou d'autres clients anxieux qui appellent souvent pour la même chose. Il doit se montrer très patient pour ne pas les blesser ou fragiliser son lien de confiance avec eux. Cela ne veut pas dire qu'il ne peut pas introduire avec délicatesse certains paramètres pour limiter les interruptions inutiles comme le souligne ce répondant : « *Be assertive and set limits but at the same time he can feel that his needs are taken care of, and not forgotten [...]. The majority of our clients are ill and they get nervous...it is patience all around* » (GC-R6, P6, 198).

Faire preuve de patience est aussi essentiel avec les clients qui ont des attentes irréalistes envers le réseau de la santé :

*The thing for me in terms of patience, it's always those clients or family members with expectations that are completely off the wall, so far beyond what the CLSC [can provide]. You explain your limits and you clarify. You try to explain things in a more realistic way but until you say what they want to hear, the same question keeps being asked. They don't listen to your explanation...I find that those are the ones that get to me. You feel that you know the minute you say hello you are going to upset someone. You are not going to meet their needs, they are going to be disappointed and they will take it out on you because you are the case manager (GC-R3, P6, 224).*

Il y a des circonstances où le gestionnaire de cas peut répéter continuellement les mêmes informations comme en témoigne ce répondant : « ...on répète, puis on répète... » (F, P11, 123). Dans certains cas, les clients peuvent être distraits ou préoccupés par un aspect particulier de leur démarche et ainsi ne pas prêter attention à ce qu'il dit. Pour d'autres clients, une anxiété excessive ou un trouble de la mémoire peut influencer leur capacité de rétention. Par conséquent, il doit faire preuve de beaucoup de patience avec ces clients.

Le gestionnaire de cas compétent est donc une personne posée qui ne se laisse pas influencer par les désagréments de sa pratique.

#### **4.2.2.5 Ouverture aux autres**

L'ouverture aux autres est une autre attitude estimée chez le gestionnaire de cas. Faire preuve d'ouverture aux autres signifie que le gestionnaire de cas comprend et accepte la diversité chez les autres. Des différences au niveau de la langue, de la culture, de la religion, des habitudes de vie et même des façons de penser sont des exemples de différences auxquelles il est exposé. De plus, il doit être ouvert et accepter les réactions inhabituelles face aux situations et aux propositions de soins et de services, car sa pratique repose sur ses habiletés à établir et à maintenir des relations harmonieuses à

long terme. Par conséquent, il est encore plus important pour lui, que pour tout autre professionnel de la santé, de mettre de côté ses préjugés et d'accepter les différences individuelles :

*People with strange personalities, people who live not according to our standards, we have to respect that [...]. Understanding how some people live, certain aspects of what life is about...I had many experiences in my life, I have worked with young people in the street, working with free clinics, bad drug reactions, all sort of things. It really enriched my knowledge...that made me more aware of how the world and society functions. I think it's important. I am not saying that every case manager has to be working in the street but it helps if you know really what's going on in the society, religious differences, socioeconomic differences, not everybody live wonderfully. I think it helps that you know and can accept these types of differences. That's what I meant by life skills » (F, P5, 84).*

Faire preuve d'ouverture envers les autres veut aussi dire être capable de remettre en question ses façons de faire à la lumière de ce qui est proposé par les autres. Le gestionnaire de cas doit être ouvert « aux idées nouvelles » (F, P25, 141).

Ainsi, le gestionnaire de cas compétent fait preuve de tolérance face aux opinions et aux manières d'agir des personnes qui l'entourent, car il reconnaît que l'acceptation de la différence est une attitude nécessaire pour entrer en relation avec les autres.

#### **4.2.2.6 Relation d'aide**

La responsabilité du gestionnaire de cas est d'accompagner des personnes vulnérables à traverser une étape difficile comme un épisode de maladie ou une transition de vie. Comme il a été décrit à la section précédente, l'engagement du client dans la démarche de gestion de cas est une étape nécessaire à un accompagnement optimal. Le gestionnaire de cas qui réussit à créer une résonance émotionnelle avec ses clients est capable de les amener à mobiliser leurs ressources personnelles afin de s'adapter à leur situation. La signification principale qui se dégage du discours des répondants par rapport à la notion de relation d'aide est un désir inconditionnel de vouloir aider l'autre :

« De la passion pour aider les gens...» (F, P19, 79). Le client perçoit chez le gestionnaire de cas, ce désir volontaire d'aider. Ce type de soutien l'encourage à s'investir davantage dans la démarche de gestion de cas et à faire les efforts nécessaires pour maintenir un état de santé optimal.

Le gestionnaire de cas impliqué dans une relation d'aide dégage une certaine chaleur et focalise ses efforts sur les besoins de la personne et non sur sa maladie comme le souligne celui-ci : « Regarder la personne plutôt que la maladie ça fait toute la différence » (IP-R3, P20, 719). Par ses actions aidantes, il montre au client qu'il est présent dans le moment avec lui et qu'il désire sincèrement l'aider dans sa démarche tel qu'expliqué par ce client: « La capacité de prendre la personne et de lui faire sentir qu'elle est une personne...Je pense que ça fait la différence pour que le patient se sente à l'aise pour passer à travers cette étape-là, parce que c'est une grosse étape [changement de carrière] » (C, P8, 156). Cette dimension affective est très importante pour engager et créer un lien de confiance avec le client.

En adoptant une attitude chaleureuse et accueillante avec le client, en étant attentif à ses besoins et en travaillant avec lui, le gestionnaire de cas lui signifie qu'il est son allié et qu'il est empathique à ce qui lui arrive :

*I think he likes me because I have been able to answer and supply all his needs. Since my interventions with him he had certain requests, certain demands which for the most part were legitimate. He feels, I quote him, "I listen to him" (GC-R1, P6, 26).*

Le gestionnaire de cas qui veut vraiment aider son client favorise le développement de ses compétences afin qu'il puisse s'adapter plus facilement à sa situation. Pour cela, il doit « Croire au potentiel de la personne et de son entourage » (F, P25, 60). Dès le début de la relation, il valorise l'être humain qui, en dépit de ses handicaps, désire être autonome autant que possible malgré sa situation.

En résumé, le gestionnaire de cas qui veut aider son client ne s'identifie pas à lui, mais il lui exprime par son agir, qu'il comprend sa situation. Il se considère ainsi distinct du client sans toutefois être distant comme l'explique ce répondant : « Il faut que le patient sente que la personne qui est devant lui va l'aider sans être son sauveur » (S, P14, 96). Une autre attitude nécessaire à la relation d'aide est l'empathie ou l'ouverture affective aux autres.

#### 4.2.2.6.1 Empathie

Les clients du gestionnaire de cas vivent une panoplie d'émotions causées en partie par les soubresauts de leur état de santé. Par conséquent, il doit être sensible à leurs réactions et fait preuve d'empathie envers eux :

*You may have to work in situations where people are angry. You have to be able to try to calm the situation. You may work with people who are crying, sobbing, and you have to be able to be empathetic. You have to be able to keep them calm but to allow them to have some feelings not to the point of not allowing that person to feel those feelings (F, P5, 93).*

Un gestionnaire de cas empathique est attentif et sensible aux souffrances des autres comme le décrit ce répondant : « C'est quelqu'un qui se montre vraiment ouvert et accueillant pour un patient qui vit des difficultés pour faciliter son ouverture » (F, P12, 185).

L'empathie n'est pas seulement une attitude appréciée par les clients. Les collègues et les partenaires aiment, eux aussi, collaborer avec un gestionnaire de cas empathique comme le souligne l'un d'eux : « *I like to have an empathetic case manager to work with* » (F, P5, 73).

Ainsi, le gestionnaire de cas qui fait preuve d'empathie reconnaît et accepte les sentiments de l'autre. Il l'écoute sans toutefois se mettre à sa place. Il est chaleureux envers lui, mais maintient une certaine distance, ce qui lui permet de négocier les

meilleurs services pour lui sans se laisser prendre dans une relation émotive. Il demeure ainsi dans une relation professionnelle aidante.

#### **4.2.2.6.2 Dévouement**

Le dévouement est une autre attitude étroitement associée à la relation d'aide. Le gestionnaire de cas qui possède des aptitudes en relation d'aide est aussi celui qui s'engage auprès de ses clients. Comme le rôle du gestionnaire de cas est d'accompagner le client dans sa démarche et de le maintenir sur sa trajectoire, il dédie plus de temps que tout autre professionnel de la santé pour s'assurer que les clients sont bien outillés et qu'ils saisissent bien ce qu'ils ont à faire pour tenir le cap :

C'est d'aller l'extra mille, c'est de rassurer...parce qu'on vit un stress veul, veul pas et ce n'est pas de nous en donner un autre...parce qu'on se trouve comme perdu, on fait quoi avec ça, on ne sait pas comment prendre notre situation...on n'a pas les outils (C, P8, 182).

Le gestionnaire de cas dévoué est centré sur le client et ses besoins : « C'est quelqu'un...qui met vraiment le client dans le centre du service et non pas son bien-être à lui » (F, P11, 196). En effet, lorsqu'il lui communique de l'information, il prend le temps et il déploie les efforts nécessaires pour qu'elle soit bien comprise comme le mentionne ce répondant :

D'établir une liste et de la réviser au lieu de dire aux clients "Vous lirez ça chez vous"...donc, c'est de prendre le temps de le regarder point par point avec le client, c'est dans ce sens-là être dévoué, de ne pas être pressée et de prendre le temps de faire ça, dans vingt minutes, ça ne marche pas (F, P11, 96).

Comme il connaît bien les besoins de ses clients, il reconnaît celui qui, à un certain moment de la démarche, a besoin d'un peu plus d'aide que les autres. Par exemple, quand le client est incapable d'accomplir certaines tâches, il les complète pour lui, sans toutefois brimer son autonomie :

Ça prend une personne qui va être généreuse de nature, qui va dire garde dans ce cas-ci tu es dans le besoin, je suis là un peu pour ça donc je vais le faire pour toi. Et ça, on tombe dans la sphère de trouver une façon aussi de permettre à la personne de demeurer autonome quand même dans sa démarche, mais le côté généreux vient de là. Donc, accepter de mettre des choses de côté pour servir son patient avant tout (F, P12, 90).

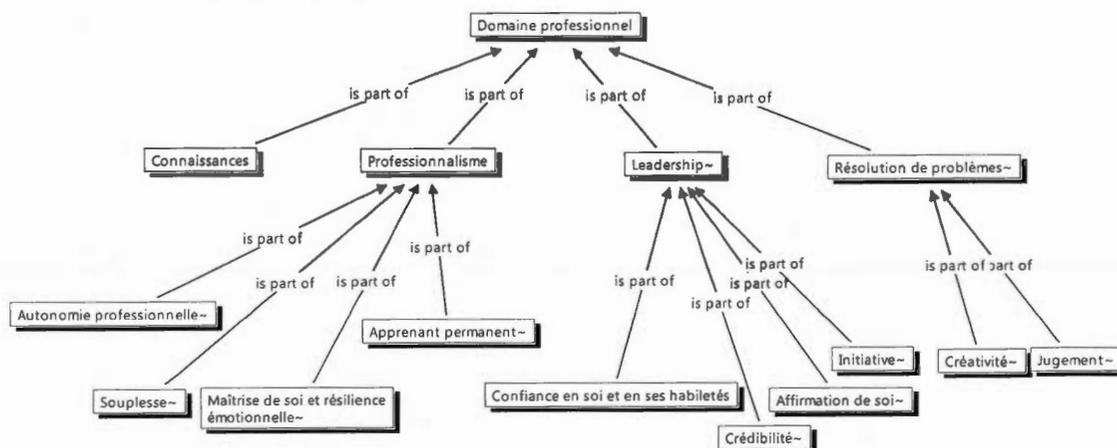
Ce gestionnaire de cas aime son travail et il montre par ses actions qu'il désire vraiment aider ses clients comme en témoigne ce répondant : « Je pense que ça prend un très grand don de soi, il faut être là jour après jour parce que...il y en a qui vont bien, mais il y en a d'autres qui vont beaucoup moins bien » (F, P18, 164).

Bref, le gestionnaire de cas compétent a développé un « sens relationnel ». Il aime les contacts humains, entre facilement en relation avec les gens et est ouvert à la diversité. Ces compétences relationnelles lui permettent de développer et d'entretenir des relations amicales et professionnelles avec tous et d'obtenir la collaboration nécessaire au soutien de ses clients.

En plus de ressources dans les domaines communicationnel et relationnel, le gestionnaire de cas doit aussi en avoir dans le domaine professionnel.

### **4.2.3 Le domaine professionnel**

Les ressources personnelles du domaine professionnel ont été regroupées sous quatre thèmes principaux : 1) connaissances; 2) professionnalisme; 3) leadership; et 4) résolution de problèmes. Certains de ces thèmes sont subdivisés en sous-thèmes. La figure 4.6 présente la schématisation de l'organisation des ressources personnelles liées au domaine professionnel.



**Figure 4.6 Les ressources personnelles du domaine professionnel**

#### 4.2.3.1 Connaissances

Les connaissances nécessaires au gestionnaire de cas compétent et identifiées par les répondants sont classées selon les quatre catégories suivantes: 1) rôle, 2) organisation, 3) ressources et 4) clientèle.

##### 4.2.3.1.1 Connaissances du rôle

La principale responsabilité du gestionnaire de cas est la coordination des soins et des services aux clients. De manière à être efficace dans son travail, il doit connaître les responsabilités rattachées à son poste comme le précise ce répondant : « Bien connaître son rôle » (F, P5, 196).

Contrairement à ses pairs, le gestionnaire de cas travaille constamment en multidisciplinarité et en interdisciplinarité. Il lui est donc facile d’empiéter sur le champ d’expertise des autres intervenants ainsi que le souligne ce superviseur : « Il y a des choses qui peuvent s’entrecouper entre professions alors c’est de savoir où sont les limites, les limites de qui fait quoi, bien départir » (S, P14, 45).

Parce qu'il ne peut pas accomplir son travail auprès du client sans la collaboration des autres intervenants, la connaissance des limites de son champ professionnel est un point important afin d'éviter les guerres de territoire. Une façon de les contourner est de s'empresser de référer le client à l'intervenant qui est en mesure de l'aider dès que le problème dépasse ses compétences : « Hier, j'ai été rencontré une patiente qui a été vue par un psychiatre suite à mes démarches parce que j'avais des limites dans mes compétences... » (IP-R1, P20, 18).

Dans sa pratique, le gestionnaire de cas rencontre des situations où la condition du client ne s'améliorera jamais, peu importe ses interventions. Il doit être capable de reconnaître ces situations et de les accepter :

*I think it is very important to remind yourselves as professionals that there is a limit as to what we can do...but sometimes there really isn't something we can do and it's O.K. I think we have a hard time because often we want to fix the problem (GC-R2, P29, 165).*

Bref, pour être efficace dans son travail, le gestionnaire de cas doit bien comprendre sa description de tâches et ses responsabilités. Afin d'éviter les conflits avec les autres intervenants, il doit aussi bien connaître leur champ d'expertise.

Comme la gestion de cas s'inscrit dans un système de prestation de soins et de services, le gestionnaire de cas doit en plus, bien connaître la structure de son organisation.

#### **4.2.3.1.2 Connaissances de l'organisation**

Le gestionnaire de cas doit connaître son milieu de travail et la structure organisationnelle qui encadre son rôle. Cette compréhension inclut « *How the system runs, how it works, who their administrators are, what is expected of them* » (F, P5, 106).

En plus de bien comprendre la structure organisationnelle, il doit être au courant des politiques et des procédures qui guident sa pratique comme le confirme ce répondant :

« C'est quelqu'un qui connaît bien les politiques en place, qui connaît bien les procédures » (F, P11, 196). Il doit aussi savoir « Comment utiliser les ressources, les listes d'attente, les directives, comment accéder ces ressources » (E, P3, 143). Pour être en mesure de guider les clients, le gestionnaire de cas doit connaître également les résultats attendus pour la clientèle, qu'il soit impliqué dans l'accompagnement de la personne âgée à domicile, de la personne atteinte d'un cancer ou du militaire malade ou blessé.

Autrement dit, celui qui ne connaît pas son milieu de travail et la structure organisationnelle n'est pas efficace comme le raconte ce répondant :

C'est une gestionnaire de cas qui est toute nouvelle, elle est fraîchement arrivée, elle n'a eu aucun contact avec le militaire par le passé. Donc, elle est très paralysée dans son travail pour l'instant parce qu'elle ne connaît pas le système dans lequel elle travaille. La notion des grades, la notion des autres partenaires, la chaîne de commandement dans lequel elle est, l'aspect médical versus la chaîne de commandement versus les autres partenaires, ce sont des zones qui ne sont pas définies donc elle se trouve paralysée un peu en termes de connaissances (F, P12, 94).

Par contre, celui qui possède une bonne connaissance de son milieu de travail sait s'orienter dans l'organisation et il est plus productif parce qu'il sait où trouver rapidement les réponses à ses questions comme le souligne celui-ci : « Si tu connais le milieu tu sais où aller, tu sais quoi faire » (GC-R4-P13, 294).

Donc, une bonne connaissance du milieu et de son fonctionnement est indispensable au gestionnaire de cas pour être productif et efficace dans son travail. Dans son rôle de coordonnateur, il doit aussi bien connaître les ressources externes ou la gamme de services dont il dispose pour soutenir adéquatement ses clients.

#### 4.2.3.1.3 Connaissances des ressources externes

Le gestionnaire de cas doit avoir une vision globale du continuum de soins et de services spécifique à sa clientèle comme le suggère ce répondant : « Ça prend une...vision globale...d'être capable de voir le continuum de services » (S, P28, 294). Celui-ci inclut tous les services offerts à la clientèle, à l'interne et à l'externe. Les services internes sont ceux offerts par son établissement tandis que les services externes regroupent tous ceux qui sont dispensés par des établissements autres que le sien. Il doit savoir le plus exactement possible ce que chacune de ces entités peut offrir comme services ou contribuer comme soutien à son client. Notamment pour les services internes, il doit avoir « De bonnes connaissances des responsabilités de tous les professionnels de l'équipe, c'est-à-dire savoir ce que font les infirmières, les ergothérapeutes... » (E, P3, 143).

Pour ce qui est des soins et services externes, il doit connaître les intervenants et les travailleurs des secteurs publics, communautaires et privés. De plus, il doit posséder une bonne compréhension de leur philosophie de soins, de l'étendue des services et des limites des services qu'ils offrent :

Ça doit être des personnes qui peuvent décoder très bien les...cadres de référence des différents partenaires, par exemple, quelle est de façon générale l'orientation qui est soutenue par les organismes communautaires, quelle est l'orientation...du médecin, quelle est celle...des gens qui travaillent dans les soins de courte durée...Les gestionnaires de cas doivent...connaître ces différents contextes-là (E, P24, 257).

Dans la mesure du possible, le gestionnaire de cas soucieux d'offrir des services adéquats à ses clients rencontre chacun des fournisseurs de services pour évaluer lui-même le service comme le mentionne ce répondant : « Je pense que c'est une très bonne idée de visiter [le fournisseur de services] avant de référer les clients » (F, P4, 159). Il est ainsi en mesure de diriger avec confiance les clients vers les services appropriés. Les

gestionnaires de cas qui « Ont bien saisi les spécificités d'accès ou le rôle des différents services » (F, P26, 51) sont ainsi beaucoup plus efficaces comme coordonnateur.

Par conséquent, pour être utile à ses clients, le gestionnaire de cas doit bien connaître le continuum de services, ses forces et ses limites. Ces connaissances lui permettent de mieux les conseiller et de les guider vers les bonnes ressources. De plus, pour être compétent dans son rôle, le gestionnaire de cas doit aussi connaître les caractéristiques de la clientèle.

#### 4.2.3.1.4 Connaissances de la clientèle

Les particularités de la clientèle sont un autre aspect important à connaître pour le gestionnaire de cas. D'abord, il doit connaître les caractéristiques sociodémographiques de la population qu'il dessert comme le confirme celui-ci : « *Understanding the population you serve, understanding culturally, socially, socio-economically, understanding the demographics and just getting a sense of your community you are serving* » (GC-R3, P6, 156). Par exemple, le gestionnaire de cas qui travaille auprès d'une clientèle militaire est plus en mesure d'aider son client s'il a une bonne compréhension de son métier et de la structure des rangs militaires comme le souligne ce client :

Il y a une structure de rang, qu'elle sache un peu comment un militaire est formé...La structure militaire, la gestionnaire de cas doit comprendre que lui, c'est un soldat, lui c'est un officier, lui il dirige...qu'il y a des corps de métiers...on n'a pas tous la même mentalité. Il y en a un qui est dans l'aviation...je veux dire que la relation entre les rangs dans l'aviation est différente de celle de l'armée, et que la marine c'est un autre monde. Aussi, il faut qu'elle comprenne...que le métier et le rang font en sorte que tous ses clients ne sont pas pareils (C, P9, 189).

Pour répondre adéquatement aux besoins de la clientèle, il doit aussi connaître son caractère culturel et ses différences. Par exemple, la clientèle juive est très exigeante comme le mentionne ce répondant :

La culture juive est un peu spéciale. Je suis juive moi-même alors je peux le dire. Les clients juifs font beaucoup de demandes qui ne sont pas toujours rationnelles...Ils croient qu'on peut faire des miracles et on ne le peut pas...Alors, il faut être confortable avec les différences culturelles (F, P4, 107).

Le gestionnaire de cas a aussi besoin de connaissances médicales générales pour comprendre les problèmes de santé de la clientèle. C'est ce que confirme ce gestionnaire de cas qui travaille auprès de personnes âgées et qui a déjà occupé un poste de travailleur social dans un centre hospitalier : « Mes connaissances médicales gériatriques m'ont apporté beaucoup pour comprendre ce que vivent nos clients, l'évolution des maladies... » (GC-R1, P27, 345).

Des connaissances médicales plus sophistiquées sont requises dans certains secteurs où le gestionnaire de cas œuvre auprès de clientèles particulières notamment, celles atteintes de cancer. Par exemple, ce superviseur recherche « Des infirmières avec une expertise pointue en oncologie » (S, P21, 33) pour doter ses postes et exige en plus : « La certification en oncologie de l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada dans les cinq années qui suivent l'obtention du poste » (S, P21, 38). C'est probablement une des raisons qui a influencé les dirigeants du *Programme de lutte contre le cancer du Québec* à choisir une infirmière pour le rôle de coordonnateur.

Des connaissances médicales générales aident le gestionnaire de cas à mieux comprendre l'évolution de la maladie, ce que les clients vivent ainsi que les deuils personnels qu'ils ont à faire à cause de leurs problèmes de santé ou de leurs blessures. Ces connaissances lui permettent aussi d'anticiper les besoins de ses clients. Ainsi, celui qui travaille auprès d'une clientèle de personnes âgées doit être familier avec les maladies qui l'affectent : « Les clients âgés ont des troubles cognitifs...des maladies chroniques et plusieurs de ces maladies... » (E, P24, 255). Ces connaissances l'aident à expliquer aux fournisseurs de services, par exemple, « Où est rendu le client dans sa démarche, quels sont ses objectifs, ses difficultés... » (F, P12, 51). Les intervenants

peuvent ainsi mieux cibler leurs interventions. Par exemple, pour ce conseiller en orientation, recevoir des informations pertinentes sur la condition du client facilite l'orientation du militaire blessé vers un nouveau métier qui répond à ses capacités :

C'est vraiment de savoir quels types de limitations la personne peut avoir au niveau physique ou psychologique qui pourrait influencer le processus d'orientation ou au niveau du travail qui pourrait influencer la réinsertion au travail. [Il faut] avoir une bonne idée des limites et de la médication parce que si la personne a des difficultés de concentration, cela a une incidence [sur ma façon de m'y prendre pour le conseiller] (F, P10, 113).

Le gestionnaire de cas compétent a aussi une bonne connaissance des diagnostics médicaux de ses clients, leurs médicaments et leurs allergies. En cas d'urgence, ces connaissances lui permettent de répondre aux questions des partenaires comme le soulève celui-ci : « Si je téléphone au gestionnaire de cas, il doit savoir si le client a le diabète ou des allergies ou des difficultés à avaler. S'il ne sait pas ça, ça peut être grave, il doit savoir ça » (F, P4, 198).

Cette cliente atteinte de cancer à qui on avait annoncé qu'elle deviendrait probablement diabétique si elle devait subir une nouvelle chirurgie, raconte comment son infirmière pivot a su la rassurer par ses propos : « Elle sait qui je suis, une grande sportive et je...fais excessivement attention à ce que je mange...elle a été cherchée ces points positifs...pour m'aider à faire face à ce qui m'arriverait si j'étais diabétique...» (C, P15, 17).

Comme les clients présentent diverses problématiques associées à leur état de santé, le gestionnaire de cas a besoin de connaissances dans plusieurs autres domaines connexes comme le cite ce répondant, il doit "Avoir des compétences un peu de généraliste" (F, P26, 50).

Il arrive assez souvent que le gestionnaire de cas ait sous sa charge des clients dépressifs et d'autres atteints de problèmes cognitifs sévères. Ces problèmes peuvent être liés au

vieillesse ou à d'autres problèmes de santé. Parfois, ces personnes sont suivies en gestion de cas spécifiquement pour ces problèmes tel que le relate ce répondant, « Le gestionnaire de cas doit être une personne qui a des connaissances en santé mentale et médicale, ce sont là les deux raisons pour lesquelles les clients se retrouvent en gestion de cas » (F, P11, 93). Il doit aussi comprendre ce que vit la personne aux prises avec des maladies chroniques ou débilitantes. En effet, les clients atteints de maladies chroniques éprouvent parfois des périodes de découragement comme le souligne ce répondant : « Il y a des gens qui déversent leur trop-plein d'autres choses qui ne sont pas en lien avec leur maladie non plus » (F, P18, 86). Par conséquent, des connaissances générales en santé mentale aident le gestionnaire de cas à interagir avec les clients.

Pour être en mesure d'accompagner le client dans sa démarche personnelle, le gestionnaire de cas doit aussi posséder des connaissances en dynamique familiale pour comprendre les réactions des proches et évaluer le niveau de soutien qu'ils peuvent apporter au client. Comme l'avance ce répondant, « La dynamique familiale, ça se ressent à l'annonce d'un diagnostic de cancer » (IP-R1, P20, 128). Ces connaissances l'aident à mieux comprendre l'impact du milieu familial sur son client et à déterminer plus précisément les forces et les faiblesses de son réseau de soutien.

Des connaissances en droit légal et en éthique de la santé sont aussi importantes en gestion de cas. Du point de vue du droit légal, il doit être au fait des lois qui touchent la clientèle pour mieux les informer et d'être en mesure de défendre leurs décisions en cas de poursuite légale. Effectivement, le gestionnaire de cas qui travaille auprès des personnes âgées doit avoir de bonnes connaissances des lois qui les concernent :

*It is important to have a good understanding of the psycho-social practices depending on the discipline you work with. Most of us are working with elderly. [You must] know how to work with elderly, knowledge of the laws, be elder abuse, curatorship, stuff like that (GC-R2, P6, 166).*

De plus, le gestionnaire de cas est exposé dans sa pratique à des situations ambiguës qui lui créent souvent des dilemmes d'ordre éthique, parce qu'il doit choisir entre deux ou plusieurs plans d'action qui peuvent être également désirables. Par exemple, le gestionnaire de cas qui travaille auprès de personnes âgées doit gérer « Les risques d'errances, les risques de chutes » (E, P24, 256) qui pèsent sur cette clientèle. En outre, tous les gestionnaires de cas doivent être capables de détecter les clients suicidaires et savoir comment réagir dans une telle situation. Toutefois, la situation n'est pas toujours très évidente comme le précise celui-ci : « *I have the knowledge of the suicide protocol. I know what to do in case of emergency but when it is just ideation and there is no plan, I have to go home with a full heart the whole weekend praying* » (GC-R2, P29, 285). Or, le gestionnaire de cas doit être à l'aise à gérer ce genre de situations et être capable aussi de tolérer un certain niveau de risque dans les situations de ses clients.

Ainsi, le gestionnaire de cas compétent connaît bien les caractéristiques de la clientèle. Il a des connaissances médicales et psychosociales générales et en plus, un bagage de connaissances en sciences humaines et sociales plus poussées que le professionnel de la santé qui travaille dans un secteur spécifique comme l'orthopédie ou la cardiologie. Grâce à ce bagage expérientiel, il peut mieux répondre aux besoins des clients et les rassurer. Il lui permet de bien renseigner adéquatement ses collaborateurs. Le gestionnaire de cas compétent se distingue aussi par son professionnalisme.

#### **4.2.3.2 Professionnalisme**

Le gestionnaire de cas est un professionnel de la santé qui se démarque par sa compétence et par sa conduite professionnelle exemplaire comme le souligne ce répondant : « Il doit bien se présenter partout... » (F, P25, 99).

Les ressources personnelles du domaine professionnel identifiées par les répondants incluent 1) l'autonomie professionnelle; 2) la souplesse; 3) être un apprenant permanent; et 4) la maîtrise de soi et la résilience émotionnelle.

#### 4.2.3.2.1 Autonomie professionnelle

L'autonomie professionnelle est la liberté d'action que le professionnel de la santé exerce dans sa pratique. La gestion de cas exige un niveau d'autonomie plus élevé que celui du professionnel de la santé qui travaille dans un secteur spécifique. Il a de grandes responsabilités, mais il jouit aussi d'une grande latitude dans sa pratique. Ce niveau d'autonomie lui est conféré par son milieu, parce qu'il est reconnu comme un praticien compétent. Même s'il est entouré par une équipe et qu'il a accès à de nombreuses ressources, lorsqu'il est sur le terrain, il doit être capable de prendre des décisions indépendantes comme le mentionne celui-ci : « *You have to be really self-sufficient, an independent worker thinking when you are out in the field* » (GC-R6, P6, 422).

Avoir de l'autonomie professionnelle entraîne aussi l'imputabilité de ses actions et de ses décisions comme le rapporte celui-ci : « La gestion de cas en partant on est imputable à nos clients. On se fait questionner si notre client va à l'hôpital trois fois de suite » (GC-R5, P27, 189). Ce genre de travail demande également une grande capacité d'adaptation.

#### 4.2.3.2.2 Souplesse

La pratique du gestionnaire de cas ne peut pas être qualifiée de routinière. Une journée typique se résume à rencontrer des clients, résoudre des problèmes, coordonner des services et répondre à des appels catastrophiques ou à des situations de crise. Même lorsqu'il planifie bien sa journée, il lui est souvent difficile de réaliser tous ses objectifs. La gestion de cas demande donc un certain degré de souplesse ou de flexibilité comme le confirme celui-ci : « Ça nous prend beaucoup d'adaptation, beaucoup de souplesse » (IP-R4, P20, 182). Il doit aussi être capable de travailler en collaboration avec différentes équipes comme le soulève ce répondant :

Les gestionnaires de cas doivent être capables de travailler avec des équipes différentes...les amis sont différents tout le temps, donc ils ont besoin d'une

capacité d'adaptation assez élevée, et d'être capable d'établir des relations rapides avec ces gens-là (S, P28, 313).

Cette flexibilité l'aide aussi à accepter les nombreux inconvénients de sa pratique. Les extraits suivants illustrent certains de ces désagréments :

*Sometimes it can take an entire day just to get a signature because everyone is in a meeting. All the managers are in a meeting and you just need that signature and if you had that signature you could fax it out and get things moving (GC-R4, P6, 180).*

Aussi, on ne peut pas tout changer dans le système de la santé. Des fois on se démène corps et âme, puis ça s'arrête là (IP-R1, P20, 833).

Les contraintes quotidiennes ne sont pas uniquement organisationnelles, elles peuvent aussi être reliées à la clientèle :

*You can't also be too hard on yourself! I am not Mother Teresa and even though I am patient I do not always in my mind think well of the person that is driving me crazy and that I am trying to do something for but sabotages my every effort. I think you have to take a certain perspective to how much you could do for some people and not beat yourself up too much if there's not very much you can do (GC-R4, P6, 215).*

De plus, le gestionnaire de cas doit adapter continuellement sa pratique pour y accommoder les nombreux changements suscités par un système de santé en mouvement quasi perpétuel comme le confirme celui-ci : « Adaptation au changement...c'est nécessaire » (GC-R3, P13, 280). Ces changements l'obligent également à apprendre continuellement.

#### **4.2.3.2.3 Apprenant permanent**

L'évolution rapide du système de santé affecte la pratique du gestionnaire de cas. Il peut s'agir de l'adoption d'une nouvelle loi qui modifie ses façons de procéder ou l'ajout d'un nouveau service avec lequel il doit se familiariser. Les certitudes ou les points de

repère fixes n'existent plus dans le système de santé actuel. Les procédures et les politiques deviennent rapidement obsolètes comme le mentionne ce superviseur : « Ça évolue énormément dans le domaine d'oncologie ou des interventions auprès des familles ou des patients » (S, P21, 118). Par conséquent, le gestionnaire de cas doit suivre le rythme et ajuster constamment sa pratique. Pour cela, il doit aimer apprendre et par conséquent, être un apprenant permanent : « Quelqu'un qui est prêt à se mettre à jour...à renouveler ses connaissances » (F, P25, 248). Ces changements lui demandent des efforts constants s'il veut offrir des services adéquats à ses clients et informer ses collaborateurs de manière pertinente : « *Even to this day I am still learning about those resources* » (GC-R6, P6, 422).

Effectuer un retour réflexif sur ses propres actions est aussi une façon pour le gestionnaire de cas d'apprendre et d'enrichir sa pratique. Cette pratique réflexive lui permet de s'améliorer et de devenir un meilleur gestionnaire de cas en évitant de répéter les mêmes erreurs. Pour ce gestionnaire de cas, le transfert des soins d'un client à un partenaire ou son désengagement de la gestion de cas est un moment idéal pour évaluer ses actions par rapport à l'accompagnement qu'il a offert à son client et pour recadrer sa pratique :

Quand un client arrive dans mon bureau, puis qu'il vit toutes sortes d'émotions, que ce soit de la colère, de la rage, du désappointement, des pleurs, tout ce que tu veux et que je fais le cheminement avec lui, puis qui part heureux, en paix, là je me dis la boucle est faite. Quand ce n'est pas fait, je me réévalue, y a-t'il quelque chose que j'aurais pu aider ou c'est juste parce que le gars n'était pas capable d'aller plus vite que ça (GC-R1, P13, 496).

Le gestionnaire de cas compétent fait preuve de professionnalisme en adoptant une conduite exemplaire et en actualisant sa pratique au rythme des changements du système de santé. Il sait aussi prendre un recul de la situation et réfléchir à ses actions afin de s'améliorer en vue de toujours offrir un accompagnement de qualité à ses clients. Ces retours réflexifs sur sa pratique lui permettent de progresser vers une meilleure maîtrise

des situations. Le professionnalisme se traduit également par une gestion adéquate des émotions.

#### 4.2.3.2.4 Maîtrise de soi et résilience émotionnelle

Dans sa journée, le gestionnaire de cas est exposé à des émotions variées au contact des différentes personnes qu'il rencontre. Ces émotions ne sont pas toutes plaisantes et faciles à encaisser comme le souligne ce répondant : « Recevoir un petit peu les émotions de tout le monde là, ce n'est pas toujours évident. Ce sont des compétences qu'il a fallu développer » (IP-R4, P20, 118). Bien vivre et bien gérer ses émotions exigent une maîtrise de soi et de la résilience émotionnelle.

À cause de leurs problèmes de santé et l'adaptation que cela leur demande, les clients du gestionnaire de cas vivent une panoplie d'émotions. Il doit être en mesure de les accompagner dans ces différentes phases d'adaptation comme le précise ce répondant :

Des cas qui regroupent des problèmes de santé physique et mentale, douleurs, émotions, des patients qui ont des problèmes de mémoire, d'attention, des sautes d'humeur, le gestionnaire de cas doit être capable de composer avec la clientèle lourde (S, P14, 174).

Parce que certaines de ces émotions sont particulièrement intenses, le gestionnaire de cas doit apprendre à les contextualiser pour se protéger. Son rôle de coordonnateur de services fait en sorte qu'il est souvent la personne qui reçoit les plaintes de clients insatisfaits :

*You become like a doormat to some of these people. You are their sounding board and yes it's important for me as a professional to contextualize and realize that I am just the sounding board. I just happen to be the one that was in their direction and it's not really about me but those are the ones that often would set me back or slow me down during the day (GC-R3, P6, 224)*

Le gestionnaire de cas qui maîtrise bien ses émotions est capable de se distancer face à ces situations épuisantes et drainantes comme le souligne celui-ci : « *Although you feel sometimes it bothers you, it upsets you, you are to remember...not to take things personally. It is about them not about you* » (GC-R2, P6, 222). Par contre, celui qui les maîtrise moins bien peut avoir tendance à déverser son trop plein d'émotions sur les autres comme lorsqu'il vit une relation difficile avec un client. Ce débordement d'émotions peut colorer la perception des autres intervenants du client et nuire à leur relation avec ce dernier comme le cite ce fournisseur de services : « Il ne doit pas amplifier cette lourdeur-là en la transmettant aux autres intervenants pour que ça devienne néfaste dans leur relation avec le client ou qu'ils soient teintés par l'attitude du gestionnaire de cas » (F, P10, 62).

Dans d'autres situations, le gestionnaire de cas peut avoir passé beaucoup de temps à aider un client à résoudre un problème ou à lui trouver les services dont il a besoin. Puis à la dernière minute, le client change d'idée comme le rapporte celui-ci : « On a travaillé fort pour arriver là, puis là, le client ne veut pu l'avoir. OK correct. On vire de bord. Ce n'est pas notre objectif, c'est le leur, c'est dur, mais ouf, tu as l'impression d'avoir travaillé pour rien » (GC-R3, P13, 309). Cette situation demande de la maîtrise de soi et de la résilience.

Ce ne sont pas seulement les circonstances entourant la clientèle qui peuvent affecter le gestionnaire de cas. La perception d'un manque de soutien organisationnel et les refus de services peuvent aussi l'atteindre émotionnellement. Par exemple, recevoir une réponse négative face à une demande de services bien documentée et justifiée n'est pas une expérience plaisante. Toutefois, il doit être capable d'accepter cette réponse et poursuivre son travail comme le rapporte ce superviseur : « Accepter la réponse qu'on leur donne » (S, P25, 114). Avoir la perception de ne pas être bien outillé pour aider ses clients et ne pas recevoir d'appui de la part de ses superviseurs est un autre exemple de situation qui demande de la maîtrise de soi comme le relate celui-ci :

J'ai un couple qui est à domicile pour lequel je me sens complètement démuni parce que je ne sais pas comment les aider...un infirmier et moi...on répond aux appels catastrophiques de la famille, mais on [ne] sait pas trop quoi faire, on ramène ça à nos supérieurs puis ça patauge. C'est très difficile de vivre des situations comme ça (GC-R1, P27, 40).

Le gestionnaire de cas doit aussi maîtriser ses émotions face aux désagréments causés par le collègue qui tente de lui déléguer une tâche qui ne lui revient pas. Celui qui a une bonne maîtrise de ses émotions refuse calmement cette tâche sans se sentir pris au piège comme le rappelle celui-ci : « Il faut avoir la conviction que ce n'est pas à toi de faire ça...je ne ressens pas nécessairement le besoin d'aller me justifier... » (GC-R4, P13, 746).

Comme il est constamment en liaison avec d'autres personnes, les divergences de points de vue sont difficiles à éviter et constituent une autre source de désagréments routiniers. Pour éviter des soubresauts émotionnels, le gestionnaire de cas doit apprendre à gérer les contrariétés et à se repositionner dans un état psychologique normal, autrement dit, savoir rebondir :

Elle peut arriver à l'hôpital puis le médecin, il n'a pas entendu parler de la gestion de cas...il faut récupérer au lieu de dire: "Ah ces maudits-là". On aura jamais personne de parfait à nulle part donc, il faut avoir beaucoup de persévérance (S, P28, 315).

Bref, le gestionnaire de cas qui fait preuve de maîtrise de soi et de résilience s'adapte aux changements et surmonte aisément les défis et les obstacles de sa pratique. Pour cela, il doit prendre un recul réflexif, comprendre ses propres réactions affectives et ce qui les déclenche. En travaillant continuellement sur lui-même, il devient moins susceptible aux événements extérieurs.

### 4.2.3.3 Leadership

La gestion de cas exige aussi des habiletés en leadership. Cette ressource est particulièrement importante pour le gestionnaire de cas pour faire progresser ses dossiers et coordonner les soins et les services de ses clients. Comme le précise ce superviseur, il est la personne « *Who's able to take charge and be responsible* » (S, P7, 130) pour maintenir le client dans sa trajectoire et veiller à ce que sa démarche se déroule le plus naturellement possible du début à la fin. Coordonner les efforts de tous les intervenants impliqués dans le soutien de ses clients demande aussi du leadership : « Le gestionnaire de cas est au centre de tout cela. Il doit prendre l'information qui vient de partout puis coordonner tout ça pour le bien-être de la personne...c'est le pivot » (F, P11, 216).

Pour gérer le dossier d'un client, le gestionnaire de cas travaille avec des intervenants de divers milieux de pratique. Par conséquent, il doit être habile à rallier tous les efforts de intervenants aux objectifs du plan d'accompagnement du client pour atteindre les résultats visés comme le souligne celui-ci : [c'est] « Un travail qui vise à être influencé et à influencer...Ce n'est pas juste dans l'établissement...on va ailleurs avec une autre culture comme à l'hôpital, il faut influencer » (GC-R4, P27, 435).

Le gestionnaire de cas qui fait preuve de leadership communique clairement ses intentions aux membres de son équipe et il possède des talents d'animateur comme le précise ce répondant : « Ça prend aussi une qualité de savoir mener une équipe » (F, P25, 161). Dans son rôle de meneur, il doit être capable d'influencer habilement son audience vers son objectif comme le précise ce répondant « Son intervention va aussi avoir un effet sur tous les autres membres de l'équipe » (E, P17, 144).

Ce leadership est aussi mis à profit lorsqu'il doit défendre les droits et les intérêts de ses clients auprès des autres intervenants du continuum de services :

*You have to be directive. In the hospital setting, they are seeing the client in that particular milieu, they are not in their home. We may know things about*

*the client in their milieu, about the set-up of the home that they will not know in the hospital. It is the sharing of that information [that is important. The aim is to come up with the best possible plan for the client (GC-R1, P28, 213).*

D'autres aptitudes sont sous-jacentes au leadership. Ce sont 1) la confiance en soi et en ses habiletés; 2) la crédibilité; 3) l'affirmation de soi; et 4) l'initiative.

#### **4.2.3.3.1 Confiance en soi et en ses habiletés**

Le gestionnaire de cas qui a du leadership est aussi celui qui a confiance en lui et en ses habiletés. Il est à l'aise dans son rôle et il dégage « Une certaine maturité professionnelle. Il a cette ferme assurance par rapport à sa profession et à ses compétences » (F, P26, 81). Il semble que celui qui possède un certain bagage expérientiel serait plus apte à faire face aux situations professionnelles qui se présentent dans sa pratique comme le suggère celui-ci : « Il faut que tu sois assez sûr de ta pratique pour y faire confiance à ton instinct...pour mettre tout ça ensemble là » (GC-R2, P27, 500).

Cette expérience professionnelle lui est aussi utile pour négocier avec les fournisseurs de services :

*Il faut que tu saches qui tu es comme infirmier, il faut que tu te connaisses dans ta pratique...tes forces, tes faiblesses. Si tu n'as pas ça, comment peux-tu influencer une équipe, ton équipe de gestion de cas, ton équipe élargie ou ton équipe communautaire quand tu n'es même pas solide dans tes bottines...ça prend une connaissance de ton métier...il faut que tu confrontes des médecins, que tu prennes position sur tes interventions...(GC-R2, P27, 442).*

En plus d'avoir confiance en lui et en ses habiletés, ce gestionnaire a développé une crédibilité auprès des collaborateurs.

#### 4.2.3.3.2 Crédibilité

Le gestionnaire de cas qui excelle en matière de leadership a démontré sa compétence auprès des personnes qui l'entourent. En d'autres mots, il a fait ses preuves, ce qui fait que les autres intervenants sont prêts à le suivre. C'est exactement ce que ce professionnel de la santé, qui arrivait d'un autre établissement, a dû faire lorsqu'il a obtenu son poste : « Quand je suis arrivée, il y a quatre ans, j'arrivais d'ailleurs, puis il a fallu que j'installe mes lettres de noblesse » (IP-R4, P20, 875).

La crédibilité est basée sur la confiance et le respect mutuels. Lorsque la confiance est réciproque, le travail est plus facile comme le mentionne ce superviseur : « Un climat de confiance...quand ils se connaissent bien, je te dirais qu'ils ont une belle complicité » (S, P21, 89). Cette crédibilité lui confère aussi une plus grande latitude dans son travail comme le souligne celui-ci : « ...On peut prendre des décisions. On sait comment ça va être perçu » (IP-R2, P20, 69). De plus, leurs opinions sont rarement discréditées par les autres intervenants : « ...Leurs hypothèses sont prises au sérieux... » (E, P17, 39). Ce que confirme ce gestionnaire de cas : « Quand je dis quelque chose, je pense que je suis écoutée...j'ai une crédibilité » (GC-R4, P13, 844).

En plus d'avoir confiance en lui et en ses habiletés, le gestionnaire de cas qui fait preuve de leadership est aussi capable de s'affirmer devant l'opposition.

#### 4.2.3.3.3 Affirmation de soi

L'affirmation de soi est la capacité d'une personne de prendre sa place devant l'opposition et de soutenir ses idées avec confiance. Pour être efficace dans son rôle de coordonnateur de services, le gestionnaire de cas doit démontrer une force de caractère comme le mentionne ce superviseur : « Il faut qu'il ait une bonne colonne » (S, P21, 288). Il est aussi capable de dire non à des demandes déraisonnables comme en témoigne ce répondant : « *Sometimes clients want things that are way beyond what we*

*can do, they have to be able to say to that client, I hear you but this is not possible what you are asking* » (F, P5, 164).

Cette affirmation de soi est aussi importante pour signifier à un client que ses comportements sont inacceptables : « Travailler avec des patients qui veulent passer par toutes les portes, il faut apprendre à dire non, puis à encadrer » (IP-R5, P20, 602). Comme il se fait un devoir de respecter les gens qui l'entourent, il doit aussi se faire respecter.

Celui qui s'affirme est respecté par les autres et obtient plus facilement un compromis lors d'une négociation. Être capable de s'affirmer lui sert, par exemple, lorsqu'il doit défendre sa position auprès des collègues et des partenaires par rapport au plan du client ou pour faire avancer les choses dans un dossier comme l'illustrent les extraits suivants :

Il faut arriver à l'hôpital avec un peu sa propre tête-là, son opinion, parce qu'il y a une équipe, il peut y avoir un gériatre, puis ils ont leurs propres opinions...ce n'est pas facile, il faut s'imposer (GC-R4, P27, 122).

Il faut aussi être déterminé pour pouvoir défendre les droits des clients...il faut défoncer des portes, faire tomber les barrières (GC-R1, P27, 384).

Le gestionnaire de cas doit s'affirmer dans son travail pour assurer aux clients les services auxquels ils ont droit et défendre leurs intérêts (*advocacy*) auprès des intervenants du continuum de soins et services.

#### **4.2.3.3.4 Initiative**

L'initiative est une autre qualité essentielle en gestion de cas et elle est étroitement associée au leadership. Le gestionnaire de cas doit être proactif et non réactif. Il doit saisir toutes les opportunités qui s'offrent à lui pour faire avancer ses dossiers :

L'initiative dans le sens de lui permettre de si jamais on a besoin d'accélérer le processus au niveau de son dossier administratif, au niveau de sa révision

de carrière, d'être capable d'aller au-devant et de pouvoir vérifier s'il y a matière à accélérer les choses (F, P10, 66).

La gestion de cas est une démarche partagée entre le client et le gestionnaire de cas. Alors, lorsque le client éprouve des difficultés sur son parcours, celui-ci doit chercher à en connaître la cause pour essayer de lui venir en aide comme le souligne ce répondant :

Je vais être proactif, je vais contacter la personne et lui demander: "Est-ce que tu as été à ton rendez-vous ou tu ne viens pas à mon rendez-vous, y a-t'il une raison?" Donc, je n'attends pas qu'il apparaisse par enchantement... C'est quelqu'un qui va dépasser un petit peu... [pas] tout remettre à l'individu... Ça prend quelqu'un qui se préoccupe vraiment de savoir où est son patient au fur à mesure qu'il évolue dans la transition (F, P12, 190).

Le gestionnaire de cas proactif désire aussi améliorer les pratiques courantes afin de créer de meilleures possibilités pour ses clients, comme l'explique celui-ci : « On a beaucoup intervenu dans le réseau, pour modifier les pratiques des partenaires » (GC-R5, P27, 71). Lorsqu'il remarque qu'une pratique particulière est nuisible pour ses clients, il ne ferme pas les yeux. Au contraire, il signale les lacunes aux instances appropriées et travaille à les combler comme l'avance ce superviseur : « Quelqu'un qui est capable de s'élever au-dessus des règles usuelles, qui va être capable de les questionner sans les défaire » (S, P28, 219). Ce gestionnaire de cas raconte comment il a réussi à mettre en place une nouvelle pratique pour aider les clients qui éprouvent une détresse émotionnelle soudaine. Grâce à son intervention, les clients reçoivent maintenant une aide immédiate : « La conclusion c'est qu'il va y avoir des plages horaires pour des intervenants de garde pour les accueillir » (GC-R2, P30, 137).

Par conséquent, le gestionnaire de cas proactif prend les mesures nécessaires pour faire évoluer ses dossiers et il saisit toutes les opportunités pour améliorer la qualité des services dispensés aux clients. En plus de démontrer du leadership, le gestionnaire de cas compétent excelle dans la résolution des problèmes.

#### 4.2.3.4 Résolution de problèmes

Des habiletés en résolution de problèmes sont essentielles en gestion de cas comme le remarque ce répondant : « Il faut une capacité de résolution de problèmes parce qu'on est toujours face à des problèmes, à des demandes » (IP-R3, P20, 269). Les problèmes rencontrés en gestion de cas peuvent être de différentes natures. Par exemple, un client peut appeler pour un symptôme ou un proche peut rapporter l'hospitalisation de l'aidant naturel. Ces situations demandent toutes des actions immédiates. Pour résoudre efficacement ces problèmes, il doit d'abord bien connaître son milieu de travail et sa clientèle :

Tu connais ton milieu...ça fait que là tu fais juste, ça va arriver, à va monter la solution parce que tu l'a...mais quand...tu n'as pas fait tes classes, tu ne peux pas arriver à ça, parce que tu ne le sais pas, ça fait que tu cherches tout le temps (GC-R4, P13, 860).

Pour résoudre un problème, il doit arriver à le cerner rapidement : « Regarder une situation avec une vue globale, voir vite quelles sont les problématiques majeures et comment les compenser » (E, P3, 135). Pour découvrir la vraie cause du problème, le gestionnaire de cas doit bien analyser la situation et considérer l'ensemble des circonstances qui l'entourent :

Il faut aller au fond de la question...les clients sont en attente de diagnostic. Alors, c'est peut-être de l'anxiété plus que de l'attente, en tout cas ça peut être plein de choses là. Ils ont des douleurs aussi c'est peut-être ça, ça fait que cette capacité-là d'être capable de cerner rapidement, de ne pas passer à côté, c'est important dans le rôle de pivot (IP-R4, P20, 292).

Le gestionnaire de cas part toujours de l'hypothèse que tout problème a une solution comme le précise celui-ci : « Il n'y a pas un problème qui n'a pas une solution...je ne m'assoie pas dans le problème, il y a une solution à ça » (GC-R4, P13, 860). Parfois, un simple recul de la situation aide à trouver une solution :

Il faut prendre un petit recul finalement...c'est comme si on avait toutes nos connaissances dans notre tête-là, dans tous nos tiroirs, puis un moment donné tu essaies de les ouvrir puis ça n'ouvre pas, ça fait qu'il faut s'asseoir. Les tiroirs vont s'ouvrir, puis les solutions vont arriver là (GC-R4, P13, 440).

Vu la complexité de certaines situations, le gestionnaire de cas ne peut pas compter que sur ses compétences. Il doit avoir recours aux autres experts du continuum de services. Grâce à ses nombreux contacts et au fait qu'il peut naviguer à différents paliers de pratique, le « gestionnaire de cas compétent est capable d'utiliser le réseau pour répondre aux problématiques complexes » (S, P28, 389).

Par ailleurs, résoudre des problèmes demande aussi de la débrouillardise et de la curiosité comme le citent ces répondants « Il faut être drôlement débrouillard » (GC-R2, P13, 472); « Avoir un côté curieux, explorateur pour aller chercher ce qu'il [client] a besoin » (F, P11, 212).

Le gestionnaire de cas qui démontre d'excellentes aptitudes en matière de résolution de problèmes fait preuve aussi de créativité.

#### 4.2.3.4.1 Créativité

Pour être un gestionnaire de cas efficace, il ne faut pas avoir peur de sortir des sentiers battus pour trouver des solutions. Ceci est particulièrement vrai lorsqu'il est confronté à une situation qu'il n'a jamais eu à traiter auparavant. Dans ce cas-là, il va tenter plusieurs interventions jusqu'à ce qu'il en trouve une qui va répondre au besoin du client :

*When you get a client that has a problem or is in a situation where you never had that situation before, it makes you think outside the box. I think if you have been working with the same types of clients, you know where to refer them for meals on wheels, you know what to do if someone needs help with cleaning, but when it is something that you have never come across before then you have to be sort of creative (GC-R4, P6, 353).*

Lorsque les solutions ne sont pas évidentes, il doit faire preuve d'imagination comme le souligne celui-ci : « Il faut que tu en inventes des solutions » (GC-R4, P13, 456). Même dans l'application des processus, le gestionnaire de cas créatif sait adapter les règles habituelles de faire les choses comme le mentionne ce répondant : « Est-ce qu'il faut toujours faire une rencontre face à face avec les différents partenaires ou bien on peut fonctionner un petit peu différemment ? » (E, P24, 78).

Pour accommoder un client, le gestionnaire de cas imaginatif va modifier, par exemple, la façon dont les services sont habituellement offerts : « Deux demi-journées de centre de jour plutôt qu'une journée complète, c'est le même prix » (GC-R5, P27, 180). Celui qui se met en mode solution trouve toujours une alternative pour contourner l'obstacle et répondre adéquatement aux besoins de ses clients comme le souligne ce superviseur : « Ça prend beaucoup d'idées, de création pour dire, on peut peut-être tenter ça » (S, P28, 242). Donc, le gestionnaire de cas ingénieux est rarement à court de solutions.

#### **4.2.3.4.2 Jugement**

La résolution des problèmes de la clientèle demande aussi de faire preuve de jugement. Afin de résoudre les problèmes que présente la clientèle, le gestionnaire de cas doit faire preuve de discernement. Pour désigner cette capacité, les répondants utilisent diverses expressions telles que, « raisonnement » (F, P12, 110), « discernement » (F, P18, 71), « faire la part des choses » (F, P12, 104), « esprit critique » (F, P10, 43).

Le gestionnaire de cas qui traite un problème doit comprendre la logique dans les informations qu'il possède pour pouvoir interpréter la situation et lui donner un sens comme l'affirme celui-ci : « Je marche sur le bon sens en tout cas parce que quand ça n'a pas de bon sens, je demande comment ça là, parce qu'il faut que je comprenne » (GC-R4, P13, 374). Cette perspicacité est particulièrement importante pour résoudre les situations ambiguës. De plus, déterminer l'urgence d'une situation et prendre les

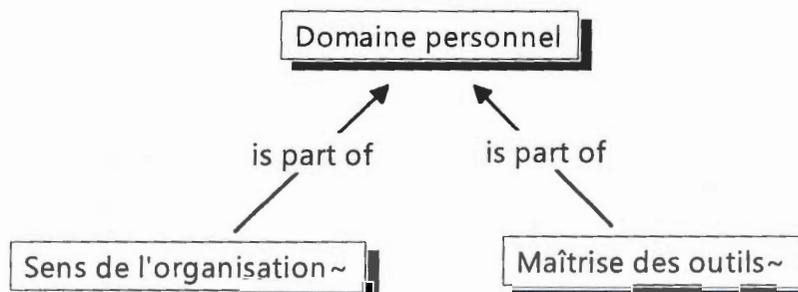
démarches appropriées exigent aussi du jugement comme le remarque ce répondant : « Il faut aussi savoir quand il faut envoyer quelqu'un à l'urgence » (F, P4, 142).

Comme les services du continuum sont partagés par l'ensemble des clients, le gestionnaire de cas doit faire preuve de discernement pour en assurer une répartition équitable tel que le mentionne ce superviseur : « Avoir un jugement pour dire bien lequel en a le plus besoin parce que les besoins ne seront jamais satisfaits à 100 % » (S, P28, 231).

Finalement, pour être efficace dans son rôle, le gestionnaire de cas doit aussi posséder certaines dispositions du domaine personnel.

#### 4.2.4 Le domaine personnel

Les ressources identifiées par les répondants et qui entrent dans le domaine personnel ont été regroupées sous deux thèmes principaux : 1) sens de l'organisation; et 2) maîtrise des outils. La figure 4.7 présente l'organisation des ressources du domaine personnel.



*Figure 4.7 Les ressources du domaine personnel*

##### 4.2.4.1 Sens de l'organisation

Le gestionnaire de cas est responsable de la coordination des soins et des services d'un nombre de clients pouvant varier de 45 à 200 clients. Comme il a toujours beaucoup plus à accomplir que de temps pour le faire, il doit être extrêmement bien organisé au

quotidien pour gérer efficacement l'ensemble de ses dossiers comme le souligne ce répondant : « Organisation personnelle dans le travail parce que tu as un *caseload* de 45 ou 50 personnes, donc ce n'est pas toujours évident de suivre le plan de services ou le plan d'interventions d'un nombre étendu de personnes » (F, P26, 53). Celui qui est organisé travaille vite et bien comme le souligne celui-ci : « Il faut savoir où on s'en va; si on a les deux pieds dans la même bottine, ça ne va pas bien » (GC-R3, P13, 343). Les dossiers doivent progresser parce que d'autres clients sont en attente de services.

Le gestionnaire de cas doit gérer adéquatement l'ensemble de ses dossiers et répondre également aux demandes ponctuelles. Ces tâches sont accomplies simultanément comme le souligne celui-ci : « *The ability to kind of juggled few things at the same time....that part helps you in your role I think, you see everyone needs, be able to coordinate things* » (GC-R5, P6, 164). Celui qui est bien organisé y arrive, parce qu'il a développé une méthode de travail qui lui permet de respecter les échéanciers et de terminer les tâches qu'on lui assigne comme le précise celui-ci : « *Respecting time datelines, following through on what you say you are going to follow through on* » (GC-R1, P29, 209). Il est considéré comme une excellente personne-ressource par les fournisseurs de services parce qu'il connaît bien toutes les facettes de la situation du client et peut les renseigner rapidement :

Ils ont des dossiers très complets. Ils sont capables de nous parler du client. [Ils peuvent nous dire] il se passe ça dans sa vie, il a franchi telle ou telle étape, il a un support familial, non il n'a pas vraiment de support familial, c'est pour ça qu'on n'est pas allé avec telle ou telle ressource. Quelqu'un qui connaît son client...une capacité, au moment voulu, d'avoir une lecture assez près de la réalité d'un client et bien sûr de se mobiliser pour être à jour dans ces choses-là (F, P12, 190).

Avoir le sens de l'organisation veut aussi dire que ce gestionnaire de cas répond aux demandes de ses clients, évalue leurs besoins, développe des plans d'action et met en place les services dont ils ont besoin, et ce, sans délai comme le confirme celui-ci : « J'ai

eu besoin d'elle dernièrement, elle a été d'une efficacité que j'ai bien appréciée » (C, P15, 132).

Le gestionnaire de cas organisé est un excellent planificateur. Par exemple, celui-ci planifie les différentes tâches qu'il doit accomplir pour son client dès la réception du message qui indique la date à laquelle le client militaire sera libéré des Forces canadiennes :

Quand est-ce que je vais parler du désengagement, quand est-ce que je vais passer aux Anciens Combattants, quand est-ce que je vais fermer administrativement le dossier. Tout est planifié aussitôt que je reçois le message [de libération] (GC-R3, P13, 351).

Cette planification inclut aussi celle de sa journée. Il se fixe des objectifs et des tâches à accomplir durant sa journée. Il vérifie régulièrement sa liste de tâches à effectuer pour ses clients pour ne pas être surpris par les événements. Même s'il est interrompu dans son travail, il se recentre et retourne à son plan comme le souligne celui-ci : « Il faut être organisée, faire un plan d'organisation parce que c'est le *page*, c'est le téléphone, les patients, les médecins...on a un plan, une feuille de route pour la journée » (IP-R1, P20, 241). Son horaire est souvent bouleversé par des événements imprévus. L'hospitalisation subite d'un de ses clients qui lui demande d'aller rencontrer le personnel médical est un exemple d'une telle interruption comme le rapporte ce répondant : « On ne peut pas nécessairement planifier lorsque la personne entre à l'hôpital...à l'unité de gériatrie...ou à l'hôpital de jour... » (E, P24, 158).

Avoir le sens de l'organisation inclut aussi la planification des tâches collectives comme celles qu'il délègue aux membres de son équipe. Les rencontres interdisciplinaires demandent aussi de la préparation comme le mentionne ce répondant : « Organiser les réunions...chercher l'équipe pour les discussions de cas » (E, P3, 134). Pour chaque rencontre, il établit un but et un ordre du jour des points spécifiques à couvrir durant la réunion. Cette préparation est essentielle afin d'éviter la frustration des participants

comme le précise ce répondant : « Quand on a une discussion de cas, il faut qu'ils aient leurs documents avec eux, qu'ils soient préparés, parce que là je leur demande quel est l'objectif de la rencontre ? » (F, P25, 119).

En plus d'être un excellent organisateur et planificateur, le gestionnaire de cas doit savoir bien gérer son temps. Sans une bonne gestion du temps, il n'arrive pas à réaliser ses objectifs et il est moins efficient dans son travail. Plus sa charge de clients est imposante, plus il doit utiliser son temps intelligemment comme le mentionne celui-ci : « Des fois, on a un petit cinq minutes ici, bon bien, je vais rentrer la moitié de mes statistiques » (IP-R4, P20, 253).

Le gestionnaire de cas qui gère bien son temps n'est jamais en retard. La ponctualité doit être une qualité chez lui comme le précise ce répondant : « Ponctuel, quand on a une réunion, ils doivent être à l'heure » (F, P25, 118). Par ailleurs, une bonne gestion de son temps lui permet de rappeler les clients qui lui ont laissé un message comme le précise ce client : « Quand je lui donne un message, je sais qu'elle va me rappeler » (C, P15, 132).

Comme il a été souligné précédemment, la journée du gestionnaire de cas est remplie d'imprévus. Par conséquent, celui-ci doit avoir également le sens des priorités :

*A good case manager is not somebody who has accomplished everything because that is impossible in our profession, in this healthcare milieu. A good case manager has focus on their high risk cases and can tell me exactly where they are at in all their cases. They know what is going on* (E, P3, 276).

Savoir prioriser son travail est vital pour persister comme gestionnaire de cas selon ce superviseur : « Gestion de priorités, c'est majeur dans leur rôle. Celles qui n'ont pas cette capacité ne tiennent pas longtemps » (S, P21, 147). Pour être en mesure d'établir des priorités, ses dossiers doivent être à jour, ce qui lui demande : « *The ability to keep track of everything* » (GC-R4, P6, 154).

Ce répondant résume très bien ce qu'il entend par le sens de l'organisation chez le gestionnaire de cas :

*My definition of a competent case manager is somebody who arrives knowing their entire caseload, having their cases up to date but able to say exactly where they are; somebody who presents right away their cases as high medium or low risk. You know that this person is prioritizing what is important. If you open their files...their plans are clear and elaborated...it is specified how frequently they go in...A good case manager has focus on their high risk cases...[they] know intimately their partners [and] who is involved...The client knows the role of the case manager (E, P3,276).*

La responsabilité du gestionnaire de cas est de s'assurer que les besoins de ses clients sont comblés et qu'ils ne sont pas victimes de ruptures de services. Par conséquent, le gestionnaire de cas qui a le sens de l'organisation a développé une méthode de travail qui lui permet de bien connaître ses dossiers, de prioriser ses tâches et de bien gérer son temps. Ce gestionnaire de cas est aussi efficace dans son travail car il sait utiliser à bon escient les outils présents dans son environnement.

#### **4.2.4.2 Maîtrise des outils**

Pour être efficace dans son travail, le gestionnaire de cas doit aussi bien maîtriser les outils de son environnement. Celui qui veut accompagner adéquatement ses clients dans leur démarche doit être capable de répondre à leurs questions. Aujourd'hui, la clientèle est mieux informée et elle exige des réponses précises à ses questions. Même s'il a de très bonnes connaissances, le gestionnaire de cas ne peut répondre à toutes les questions qui lui sont posées. Cependant, il doit savoir où trouver rapidement l'information requise.

Comme le gestionnaire de cas est toujours pressé par le temps, il doit avoir recours à divers moyens de recherche pour trouver les réponses : « On demande à une collègue ou on fouille dans notre livre, on va sur Internet » (IP-R4, P20, 402). Son bottin personnel de contacts est aussi une ressource utile pour trouver les informations dont il a besoin.

Ces personnes connaissent bien leur domaine et peuvent lui fournir rapidement l'information désirée :

On va faire une consultation téléphonique en géro-psycho-geriatrie...ou en gériatrie, les cliniques externes. On peut appeler là puis dire: "J'ai tel ou tel dossier, qu'est-ce que je pourrais faire" ou en hébergement s'il y a des problèmes, on peut utiliser leurs compétences et leurs connaissances (GC-R5, P32, 644)

L'Internet est aussi un outil fort utile au gestionnaire de cas pour trouver rapidement divers types d'information. Il doit ainsi savoir s'en servir comme le précise ce répondant :

Faut qu'ils sachent comment faire fonctionner l'ordinateur, pour aller chercher beaucoup d'information...la médication, les ressources communautaires, les résidences privées, je pense qu'au niveau de l'informatique on ne peut plus passer à côté (F, P25, 179).

Pour ce gestionnaire de cas, l'Internet est un des moyens qu'il utilise pour tenir à jour ses connaissances, actualiser sa pratique afin de pouvoir ainsi offrir un meilleur service à ses clients :

Le volet médical, pharmacologique, je suis toujours rendue sur l'Internet depuis que j'ai un collègue qui m'a dit: "va là". Je vais lire...quand je vais à domicile lorsque j'ai un *dispill* [pilulier hebdomadaire], je suis capable d'identifier certains médicaments qui vont avec un diagnostic... (GC-R4, P27, 468).

L'outil d'évaluation de la clientèle est une autre ressource que le gestionnaire de cas doit maîtriser. Comme le souligne ce répondant : « Il faut avoir l'outil dans la tête, ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas avoir le papier puis le crayon à côté, il faut l'avoir pour faire une bonne entrevue en tout cas » (F, P 25, 153). La maîtrise de cet outil lui permet de réaliser une meilleure évaluation :

Au début c'était l'enfer, maintenant on peut jouer dans les deux papiers, on sait où on trouve les questions. Par exemple, tu te sers de l'histoire sociale pour vérifier la mémoire, l'orientation, la compréhension, le jugement... (GC-R5, P27, 474).

Ainsi, le gestionnaire de cas compétent maîtrise l'ensemble des outils à sa disposition et en fait bon usage pour accomplir son travail et aider ses clients. La maîtrise de ces ressources lui permet d'être efficace et efficient.

En résumé, cette étude révèle que le gestionnaire de cas compétent possède un ensemble de ressources personnelles qui peuvent être classées dans les domaines suivants: communicationnel, relationnel, professionnel et personnel. Au niveau communicationnel, il est un habile communicateur qui sait écouter les autres et obtenir rapidement l'information dont il a besoin de diverses sources. Il est aussi un fin négociateur qui réalise aisément des dénouements qui satisfont toutes les parties. Du côté relationnel, il démontre de « l'intelligence relationnelle » qui lui permet de développer et d'entretenir un vaste réseau de contacts. Dans ses relations interpersonnelles, il démontre aussi de l'entregent, du tact, de l'humour et de la diplomatie. Ses propos sont sincères, honnêtes et en accord avec ses valeurs personnelles. Il respecte le point de vue des autres et il réagit calmement aux idées divergentes. Son travail le passionne et il le montre par un inlassable désir d'aider les autres.

Au niveau professionnel, le gestionnaire de cas connaît bien les balises de son rôle et le cadre organisationnel qui régit sa pratique. Il possède une vision systémique du continuum de soins et services qui lui permet de répondre adéquatement aux besoins de la clientèle. Ce gestionnaire de cas fait aussi preuve d'une grande autonomie dans sa pratique et se distingue par une attitude professionnelle, une flexibilité et une volonté d'apprendre et d'actualiser sa pratique. Il travaille sans cesse sur lui-même et sur son émotivité afin d'être plus apte à aider les personnes qui l'entourent et plus particulièrement, ses clients. De plus, il est un excellent meneur qui a confiance en lui et en ses habiletés. Cette confiance transparaît dans ses actions et affermit sa crédibilité auprès des autres, ce qui fait qu'il réussit naturellement à les influencer. Devant

l'opposition, il s'affirme et prend l'initiative lorsque la situation l'exige. Face à un problème, il réfléchit, analyse bien la situation et mobilise les ressources appropriées pour le résoudre. On peut le qualifier aussi de « praticien éactif » (Masciotra et Medzo, 2009; Masciotra, Roth et Morel, 2008, 2007) puisqu'il tente continuellement d'améliorer la maîtrise des situations qu'il rencontre dans sa pratique en portant un regard réflexif sur ses actions.

Au niveau personnel, le gestionnaire de cas compétent gère adéquatement son temps et possède un excellent sens de l'organisation qui lui permet d'accommoder les activités routinières et les événements imprévus de sa pratique. Finalement, il maîtrise très bien tous les outils de son environnement, ce qui le rend plus efficace et efficient.

Cet exposé complète l'explicitation de l'agir compétent attendu du gestionnaire de cas qui œuvre au sein du réseau de la santé québécois et des ressources personnelles qui le sous-tendent.

Le prochain volet de la description des résultats porte sur les classes de situations professionnelles que tout gestionnaire de cas du réseau de la santé doit pouvoir traiter efficacement dans sa pratique.

### **4.3 Les classes de situations**

Dans une approche située en éducation, les classes de situations professionnelles constituent l'élément de base nécessaire à l'élaboration du profil de sortie d'un programme de formation. Ces classes de situations professionnelles sont des regroupements de situations que le gestionnaire de cas rencontre dans sa pratique quotidienne et qu'il doit traiter avec compétence.

Pour arriver à identifier les classes de situations professionnelles, une liste a d'abord été constituée à partir des situations dévoilées dans le discours des répondants lors des

différentes activités de recherche. Les situations qui présentaient des propriétés communes ont été regroupées en classes de situations. L'analyse a permis de cerner douze classes de situations professionnelles que tout gestionnaire de cas du réseau de la santé rencontre dans sa pratique et qu'il doit pouvoir traiter de manière compétente. Les prochains paragraphes décrivent chacune de ces douze classes et énumèrent un certain nombre d'exemples de situations de la pratique quotidienne du gestionnaire de cas qui ont été citées par les répondants et qui se rapportent à cette classe. Pour un aperçu global des douze classes du profil, voir la colonne de gauche du Tableau 4.13.

#### **4.3.1 Gestion de cas simples (sans complication)**

Cette première classe regroupe des situations que les gestionnaires de cas qualifient de cas simples ou sans complication. Le tableau 4.1 présente les situations spécifiques répertoriées sous cette classe de situation. Chaque gestionnaire de cas se voit attribuer un certain nombre de dossiers de clients dont le niveau de complexité varie. Même si les clients présentent plusieurs problèmes de santé et nécessitent divers services, le processus ou la démarche de gestion de cas des clients se déroule normalement et sans complication comme l'explique ce gestionnaire de cas :

Une personne âgée qui a besoin d'aide. On met des services en place, elle est stable pendant x temps, elle peut aller à l'hôpital, on ajoute des services avec de l'aide du réseau famille, réseau privé, puis tant bien que mal, elle vieillit. C'est une situation stable qui va bien (GC-R1, P32, 13).

Il peut s'agir aussi du client qui reçoit un traitement adjuvant de chimiothérapie à la suite de la résection d'une tumeur cancéreuse. De l'information et une orientation à la démarche à suivre sont les seuls services que ce client requiert pour traverser cet épisode de maladie :

**Tableau 4.1**  
**Gestion de cas simples (sans complication)**

Classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<b>Gestion de cas simples (sans complication)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demande d'aide venant du client/proche</li> <li>• Démarche autonome avec des besoins ponctuels</li> <li>• Cas complexe bénéficiant d'un soutien social adéquat</li> <li>• Cas complexe soutenu par un aidant naturel compétent et collaboratif</li> <li>• Cas référé par un collègue ou un partenaire</li> <li>• Cas suivi à court terme pour un problème spécifique</li> </ul>

On rencontre le patient tout de suite après sa consultation avec l'oncologue....on lui explique notre rôle, on lui remet nos coordonnées, on lui explique le traitement, on répond à ses questions. On valide ce qu'il a compris et on coordonne les prochains rendez-vous pour les traitements. On a le temps de faire toute une collecte de données ou au moins la débiter. Ça c'est un cas idéal (IP-R3, P31, 54).

D'autres clients, même s'ils ont un parcours difficile, progressent normalement dans leur démarche de gestion de cas parce qu'ils sont résilients et qu'ils ont des mécanismes d'adaptation efficaces. Ce répondant décrit un tel client : « Ce patient a un bon réseau de soutien, de bonnes forces et des compétences, une stratégie d'adaptation adéquate et est capable de parler de ses problèmes ouvertement » (IP-R2, P31, 36). Chez ce client, la démarche de gestion de cas se déroule normalement.

Les clients qui comprennent bien leur condition de santé sont aussi capables d'entreprendre leur démarche de manière autonome. Ces clients ont besoin uniquement d'informations ponctuelles et d'être guidés par le gestionnaire de cas lorsqu'ils ont à surmonter un obstacle sur leur parcours qui les empêche d'évoluer comme l'avance celui-ci : « Ça va bien les gens sont autonomes, des fois on va régler plus des effets secondaires... » (IP-R2, P20, 138). D'autres viennent chercher auprès du gestionnaire de cas une simple validation comme le précise celui-ci : « Ils ont tout fait seul, ils viennent

juste confirmer qu'ils ont fait toutes les étapes de la démarche de transition... » (GC-R2, P30, 23).

L'apport du réseau social est très important pour le gestionnaire de cas dans son accompagnement du client et cet appui fait souvent la différence entre une gestion de cas simple ou complexe comme le mentionne ce gestionnaire de cas « Le fil conducteur...c'est un membre de la famille fiable, qui nous supporte, qui fait un suivi de notre intervention. Si on a ça, les dossiers, ça roule...» (GC-R4, P32, 73).

Ce qui caractérise cette classe de situation est le déroulement séquentiel normal du processus de gestion de cas. Le traitement de cette classe de situations devrait permettre aux gestionnaires de cas de maîtriser le processus de gestion de cas en l'appliquant à des cas simples (sans complication) et de concevoir des plans d'accompagnement individualisé.

#### **4.3.2 Résolution des dilemmes éthiques et légaux**

Cette deuxième classe regroupe des situations délicates où le gestionnaire de cas est aux prises avec un dilemme éthique ou légal quant à la meilleure façon d'approcher une situation. Le tableau 4.2 présente d'autres situations qui entrent dans cette classe. Plusieurs enjeux éthiques et légaux sont métissés dans la pratique du gestionnaire de cas. Ceux-ci peuvent toucher les principes d'autonomie, de bienfaisance, de justice, de non-malfaisance et de véracité. Par exemple, le gestionnaire de cas peut se retrouver dans une situation où il doute que le client choisisse un service ou un traitement en toute connaissance de cause parce qu'il n'a pas, selon lui, toutes les informations pour faire un choix éclairé. Cette situation contrevient au principe de véracité puisque le code d'éthique du professionnel lui dicte de parler franchement et sans détour aux clients comme le mentionne ce répondant :

**Tableau 4.2**  
**Résolution des dilemmes éthiques et légaux**

Classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<b>Résolution de dilemmes éthiques et légaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentement éclairé d'un client dont la capacité cognitive est limitée</li> <li>• Renseignements à transmettre au client présentant des problèmes cognitifs sévères</li> <li>• Décisions d'un client dont le jugement est altéré</li> <li>• Discussion avec un client avant d'avoir pris connaissance de son dossier</li> <li>• Discussion avec un client dont la compréhension de sa condition médicale est partielle</li> <li>• Traduction inadéquate de l'état de santé par une tierce personne</li> <li>• Informations livrées en confiance par un proche</li> <li>• Soins/services décidés par une tierce personne</li> <li>• Contrôle excessif exercé par une tierce personne</li> <li>• Niveau de risque sécuritaire d'un milieu de vie</li> <li>• Abus financier par un proche</li> <li>• Abus physique par un proche</li> <li>• Abus psychologique par un proche</li> </ul>

Pour le choix éclairé du patient, parfois on a l'impression qu'il n'a pas vraiment fait un choix éclairé parce qu'il n'a pas toutes les données en main. C'est sûr que les médecins vont expliquer d'une certaine façon pour aller vers ce qu'ils visent. Je ne suis pas toujours sûr que le patient a toujours tout compris ou que toutes les options lui ont été vraiment bien expliquées. On se retrouve dans des voies où on se dit s'il savait telle chose, est-ce qu'il aurait dit oui parce que ce n'est pas toujours dit clairement lors des consultations (IP-R2, P31, 802).

À d'autres moments, le gestionnaire de cas peut recevoir des confidences d'un proche qui exige sa discrétion, même si ces informations peuvent influencer le cours du traitement du client : « Des situations de triangulation, c'est toujours difficile [la femme qui dit] « je vous raconte ça mais je ne veux pas que vous le disiez à mon mari », puis le mari, c'est le patient » (IP-R4, P31, 160).

Dans d'autres situations, le client est dirigé vers un traitement par la famille, sans qu'il participe pleinement à la décision parce qu'il souffre d'un déficit cognitif :

Le patient est un peu malade, il fait un peu de démence, un début d'Alzheimer avec des troubles de mémoire sévère. La famille veut le traitement. Ça fait que le médecin finalement ne parle pas au patient, il parle à la famille. Là, on se retrouve avec un conflit d'éthique parce qu'après tout celui qui reçoit le traitement, c'est le patient (IP-R4, P31, 804).

Un autre dilemme pour le gestionnaire de cas concerne le client qui fait preuve d'un manque de jugement, mais qui, selon la loi, est considéré comme compétent comme le rapporte ce répondant :

*It is not always so clear. Somebody is not either competent or incompetent... We have a lot of cases of people that are competent but have very poor insight or poor judgement. I see that as the gray zone. (GC-R2, P29, 435)*

Il lui arrive aussi dans sa pratique de se retrouver dans une situation où le client est allophone et l'interprète, un membre de sa famille, lui transmet des informations voilées qui font que le client n'obtient pas nécessairement la vérité sur son état de santé :

J'ai souvent des situations où le patient ne parle ni français ni anglais et c'est un membre de la famille qui traduit. Souvent, il ne dit pas qu'il a le cancer, il ne mentionne pas ce mot-là. Le client ne sait même pas qu'il va recevoir des traitements de chimiothérapie (IP-R2, P31, 832).

Ce récit suscite la réminiscence d'une situation similaire chez un autre répondant : « Un patient qui pensait qu'il avait une pneumonie, mais c'était un cancer du poumon...les intraveineuses ce n'était pas de la chimio, c'était des antibiotiques » (IP-R5, P31, 812).

Parfois, le gestionnaire de cas se retrouve aussi dans des situations équivoques où il n'a pas toutes les informations pertinentes pour répondre adéquatement aux questions du

client soit parce qu'il ne connaît pas les intentions thérapeutiques du médecin ou qu'il n'est pas familier avec le traitement proposé par celui-ci :

Des fois, on marche sur des œufs, parce qu'on est l'infirmière, on n'est pas le docteur, puis on n'a pas toutes leurs connaissances, puis c'est normal aussi. Il y a certaines choses qui ne sont pas à nous de dire. Des fois, les clients vont valider avec toi ce que le médecin a dit. Toi, il y a des bouts que tu ne connais pas toujours. Ça fait que ça, je trouve ça difficile (IP-R1, P31, 832).

Parfois, les plans de traitements changent. Dans mon cas, on ne le sait pas trop ce qui a été dit, qu'est-ce qui n'a pas été dit, jusqu'où je peux aller. Normalement, le traitement c'est celui-là puis ce coup-là, ce n'est pas ça. Ça fait que là tu patines un peu (IP-R3, P31, 798).

Toutefois, comme une de ses responsabilités est de s'assurer que les clients sont bien informés, il est préférable qu'il soit honnête avec lui sur le moment. Ainsi, il l'avise qu'il n'a pas toutes les informations pour bien le renseigner, qu'il va s'informer et le rappellera plus tard pour discuter de ses préoccupations.

Dans d'autres situations, le client a reçu des explications très claires sur sa condition de santé, mais il ne les comprend pas ou ne veut pas les comprendre parce qu'il est en déni comme on peut le constater dans les extraits suivants :

Un client qui dit : "Ah si ce traitement-là ne marche pas, ils vont m'en donner un autre", je ne le sais pas moi. Le patient en est à la quatrième ligne de médicaments. Oui, ils en sortent des nouveaux médicaments, mais... Ça fait que si tu lui avais dit non! Bien là, ce n'est pas à toi de lui dire. Ça fait que oui, on marche souvent sur des œufs (IP-R3, P31, 838).

Le médecin va expliquer clairement que c'est de la chimiothérapie palliative. Mais là, le patient a entendu chimio, oups, j'ai un espoir. J'ai eu une patiente qui faisait des neutropénies à répétition. Là elle me disait « Ça va avoir un impact sur mon cancer si je ne prends pas la chimio à telle date, puis à telle heure ». Bien là, on n'est pas en curatif, on est en palliatif. Puis là tu ne veux pas toujours ramener "Madame avez-vous compris qu'on ne

va pas vous guérir" parce que tu es l'oiseau de mauvaise augure quand tu fais ça trop souvent. Ça, je trouve ça difficile (IP-R1, P31, 820).

Certains aspects du travail comme ceux-là sont très difficiles, mais le gestionnaire de cas doit être capable de composer avec les défis éthiques qui se présentent au quotidien.

Un autre principe éthique avec lequel le gestionnaire de cas doit jongler est celui de non-malfaisance. Consciemment, le gestionnaire de cas ne doit pas faire de tort à ses clients et doit savoir balancer les risques par rapport à la qualité de vie de ses clients et être à l'aise avec sa décision afin de pouvoir la défendre. Pour cela, il doit savoir bien jauger les risques présents dans la situation de ses clients. Toutefois, la décision d'agir ou de ne pas agir n'est pas toujours aussi simple comme le montrent les extraits suivants :

Quand il y a un enjeu d'inaptitude chez un usager, qui souvent vit seul à domicile, qu'il a des pertes cognitives, puis là tu te questionnes à savoir jusqu'où puis-je aller sans le mettre à risque. L'utilisateur peut prendre un risque lui-même quand il est apte mais quand l'inaptitude augmente, qu'on se dirige de plus en plus vers l'inaptitude, jusqu'à quand dois-je attendre avant d'intervenir de manière radicale puis dire: "Non vous ne pouvez plus être à domicile malgré que c'est ce que vous souhaitez" (S, P28, 387).

*I am currently working on a case that involves a woman in her mid to late 80s and she's also a Jewish lady, a holocaust survivor...she lives with her caregiver son who is a single man in his 50s. Although not diagnosed, it appears that he suffers from some form of mental health problems. He has a tendency to hoard, clutter the apartment constituting a high risk environment for both of them. I have been involved on the case for about a year and a half. Its one of those cases where despite the tremendous risk factors, if you look at the situation, it is the son who is very sick but truly does love his mother; truly does have his mother best interest at heart even though he does not have the most insight into her dementia and the extent of it. It is one of those situations where you walk in this house and you can't imagine that people do live this way. Then, you reflect on it a little more and you realize that they probably have been living this way a long time. The dynamics between them has probably been there for quite some time. They have a much enmeshed, interdependent relationship. We are trying as hard as we can to maintain this lady at home. In terms of the risk factors and the safety and I guess my own personal feelings of what quality*

*of life should look like, it is very difficult. It is a situation where I would not want my mother to live in those conditions but it works for them. As long as the immediate dangers are gone, I think that separating the two would do more harm than keeping her in this borderline risky situation. So, I always struggle with this very fine line between safe and not safe, well and not well and depending on where I am, my comfort level really changes. It is good that I have the support of my team but it is difficult because I struggle with my own personal values of what safe living looks like and what day to day life should be all about. Not everybody is the same so that one is definitely hard on many levels (GC-R3, P6, 35).*

*Sometimes it takes a crisis to move things in a good direction. You can talk until you are blue in the face. You can say, this is what you should do, this is what you need, [and the client says] "Yeah, yeah, no no, I am not interested", and they are of sound mind. They are allowed to make bad decisions. We don't like when they make bad decisions but they do have the right to make bad decisions... This is ethical and it is a value (GC-R1, P29, 294).*

Un autre dilemme touche les situations où le gestionnaire de cas doit séparer un couple à cause des risques inhérents à leur milieu de vie. Cette décision n'est pas toujours évidente à prendre :

*It is a huge ethical and moral dilemma. While I am thinking objectively about this situation, I can identify the risk factors. For me, to expect the couple to separate because of the risk factors [is a difficult decision] (GC-R2, P29, 300).*

Parfois, le dilemme peut concerner les capacités de l'aidant naturel à assumer les soins du client comme le soulève celui-ci :

*J'ai eu un patient qui était trisomique. C'est la mère qui s'occupe de l'enfant. On se questionnait sur la capacité de la mère à retenir, à comprendre l'information, gérer la médication à la maison, la sécurité par rapport aux traitements... On se disait : "Est-elle compétente pour gérer ça?" (IP-R5, P31, 273).*

Dans sa pratique le gestionnaire de cas rencontre aussi différentes formes d'abus. Ces situations sont délicates et elles exigent une bonne connaissance de la situation et des

lois. Il doit également pouvoir compter sur l'appui de son superviseur pour soutenir ses décisions et ses interventions :

On marche continuellement sur des coquilles d'œuf. Ça, c'est très gris parce qu'il peut y avoir certains faits, mais en même temps, les faits contredisent de bonnes actions. Puis là, c'est de savoir jusqu'où, puis est-ce qu'on est soutenu par notre employeur là-dedans pour amener ça plus loin, parce que ça peut aller loin des cas de négligence (GC-R1, P32, 416).

Le gestionnaire de cas rencontre aussi des situations où une tierce personne exerce un contrôle excessif sur le client qui nuit à son autonomie. Dans toutes ces situations, il n'existe pas de solution idéale et plusieurs cours d'actions sont possibles. Toutes ces situations constituent des dilemmes que le gestionnaire de cas doit pouvoir résoudre. Le traitement de cette classe de situations devrait permettre aux gestionnaires de cas de distinguer la nature des enjeux éthiques et légaux en gestion de cas, de s'approprier un cadre en vue d'une prise de décision responsable lui permettant d'expliquer sa position morale, et de développer des stratégies de communication adaptées à ces situations.

#### **4.3.3 Défense des droits et des intérêts d'un client**

Cette classe regroupe des situations où le gestionnaire de cas considère que les clients sont vulnérables parce qu'ils sont menacés dans leur autonomie, dignité ou intégrité physique ou psychique. Le tableau 4.3 présente toutes les situations qui ont été relevées du discours des répondants. Ces clients ont besoin d'aide ou de soutien pour défendre leurs droits ou pour entreprendre des démarches lorsqu'ils en sont incapables. Cette vulnérabilité peut être de nature: administrative, clinique ou psychosociale. Au niveau administratif, les gestionnaires de cas rencontrent souvent des clients qui ont besoin d'aide pour remplir certains formulaires.

Ce gestionnaire de cas raconte comment il a soutenu un de ses clients dans la poursuite de sa cause :

**Tableau 4.3**  
**Défense des droits et intérêts d'un client (advocacy)**

Classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<b>Défense des droits et intérêts d'un client</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délai de réception de documents/formulaires d'un intervenant</li> <li>• Document/formulaire à remplir pour le client fragilisé mentalement</li> <li>• Rendez-vous coordonné et non consigné par un préposé</li> <li>• Décision critique sans suivi</li> <li>• Renseignements manquants au dossier</li> <li>• Déclin soudain de l'état de santé</li> <li>• Adaptation aux changements physiques ou psychologiques non désirés</li> <li>• Congé précoce d'un établissement de santé</li> <li>• Refus d'un traitement proposé par un intervenant</li> <li>• Dysharmonie thérapeutique avec un intervenant</li> </ul>

*A man in his early 50's, a double amputee, living alone, recently divorced who had moved away from his children, on welfare. His welfare checks were being cut. He was penalized for something he had done and was having a very tough time paying his rent and having food to eat. Welfare had not paid him for a month. It was very difficult because I did not have a lot of experience with welfare. He was a very remarkable man, who decided that he would fight welfare even though he spoke very little English. I helped him as much as I could. He fought it, he went to the Review Board and he actually was able to be reimbursed. Welfare had to admit that they had made a mistake. I was able to work with him and help him figure out things even though I did not have much experience...(GC-R4, P6, 37).*

Ce client, victime d'une erreur administrative qui aurait pu retarder sa libération des Forces canadiennes, rapporte comment le gestionnaire de cas est intervenu pour corriger la situation :

Des modifications ont été apportées à ma cote médicale et le suivi n'avait pas été fait. Ma gestionnaire de cas est allée voir, puis effectivement ce n'était pas fait. Elle m'a expliqué les étapes à faire pour qu'un autre

formulaire soit acheminé à Ottawa pour ne pas retarder ma date de libération des Forces canadiennes (C, P8, 27).

Au niveau clinique, certains clients sont incapables physiquement ou psychologiquement d'entreprendre certaines des tâches requises par leur démarche. Le gestionnaire de cas compétent reconnaît leurs besoins et effectue ces tâches pour eux :

Dans notre clientèle, il y en a qui sont fragiles, qui sont vulnérables, ils ont des problèmes cognitifs, ils sont âgés, ils vivent ça [cancer] et puis on les soutient un peu plus. Ça va arriver aussi qu'on fasse des démarches pour eux (IP-R4, P20, 488).

Le client est aussi à risque lorsque son état de santé se déstabilise ou sa condition médicale entraîne certains changements physiques ou psychologiques qu'il a de la difficulté à accepter. Par exemple, le client peut se retrouver dans une situation où il ne se sent pas compris par un professionnel de la santé et ne sait pas comment remédier à sa situation:

Ce militaire était rendu au deuil de sa condition physique, puis au deuil de sa carrière. Le psychologue civil lui a dit: "Moi je ne connais pas la réalité militaire, tu serais mieux de te trouver un autre psychologue". Il est venu me voir et il m'a dit: "J'aimerais ça avoir un psychologue qui m'écoute dans ça". Une demande claire comme ça, je lui ai répondu: "C'est sûr, je vais aller en parler à votre médecin"...Au départ, le client s'était fait dire qu'il n'avait pas le droit de faire appel à un autre psychologue. Ça fait que j'ai dit: "Non, moi je ne suis pas d'accord" (GC-R2, P30, 66).

Parfois, le gestionnaire de cas doit aussi intervenir pour le client auprès des intervenants du réseau. Par exemple, un client peut être incapable de dire à un intervenant qu'il ne veut pas du traitement qu'il lui recommande. Il peut aussi avoir à intervenir auprès du personnel hospitalier pour retarder le congé du client quand son domicile n'est pas adapté :

*If the first step to get into the client's house is a big stair and he does not have the strength, he is very heavy and he is wheelchair bound that would mean lifting in the wheelchair. He can't come home until something is dealt*

*with that first step. There are situations that are unavoidable but we try to do things more preventatively* (GC-R2, P29, 225).

La représentation des droits et des intérêts du client est un rôle fondamental et vital de tout gestionnaire de cas, peu importe son lieu de travail ou sa clientèle. Ce rôle est imbriqué dans toutes ses activités et demande de maintenir un équilibre entre les besoins du client, les intérêts des fournisseurs de services et ceux du réseau. Dans toutes ces situations, son travail consiste à soutenir le client dans ses droits afin de renforcer son sentiment de contrôle sur sa situation et de préserver son autonomie. Lorsque celui-ci en est incapable, le gestionnaire de cas agit en son nom et il défend sa cause et le soutient dans sa démarche. Le traitement de cette classe de situations devrait permettre aux gestionnaires de cas de promouvoir la défense des droits et des intérêts des clients (*advocacy*) et de développer des stratégies pour maintenir un juste équilibre entre la négociation et la défense des droits des clients.

#### **4.3.4 Régulation continue des émotions quant aux circonstances positives et négatives de la pratique**

Cette classe regroupe des situations pour lesquelles le gestionnaire de cas doit pouvoir maîtriser ses émotions et démontrer une certaine résonance émotionnelle. Le tableau 4.4 présente une liste de situations qui ont été soulevées par les répondants au cours des différentes activités de recherche.

Le gestionnaire de cas occupe une position de leadership auprès des clients, les collègues et les partenaires. Comme l'affirme Goleman, Boyatzis et Mckee (2002), « Nul leader ne peut se permettre d'être sous l'emprise d'émotions négatives telles que la frustration et la colère ou l'angoisse ou la panique » (p.68). Ce manque de contrôle sur ses émotions pourrait nuire grandement à la relation interpersonnelle qui est si importante en gestion de cas.

**Tableau 4.4**  
**Régulation continue des émotions quant aux circonstances positives et négatives de la pratique**

Classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<b>Régulation continue des émotions quant aux circonstances positives et négatives de la pratique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marques de gratitude des clients/familles</li> <li>• Travail d'équipe valorisant</li> <li>• Revirement positif de l'attitude d'un client</li> <li>• Sévérité des conditions médicales des clients</li> <li>• Incapacité à aider un client/aidant naturel</li> <li>• Impression de se sentir interpellé par la réalité du client</li> <li>• Manœuvres de manipulation des clients/familles</li> <li>• Comportements irritants de clients/familles</li> <li>• Discours irritants de clients/familles</li> <li>• Menaces verbales proférées par des clients/familles</li> <li>• Impression de quémander continuellement</li> <li>• Remise en cause du jugement professionnel</li> </ul>

Les situations qui éveillent des émotions sont nombreuses dans la pratique du gestionnaire de cas, car il est exposé continuellement à une panoplie d'émotions positives et négatives. Ces sentiments émanent parfois de lui-même, et à d'autres moments, de ses interactions avec les autres. Dans sa journée, il côtoie des personnes qui sont heureuses, tristes et parfois même hypercritiques. Parmi les émotions positives, on retrouve le sentiment d'avoir établi une relation spéciale avec les clients et leurs proches:

On a une place privilégiée auprès des patients et des familles. On partage des moments tellement privilégiés, des fois je me dis mon Dieu, ils partagent tout ça avec moi. On est une boîte à secrets (IP-R1, P20, 815).

Les marques de gratitude de la part des clients et des familles sont aussi des moments valorisants comme le montrent les extraits suivants :

*We all have clients who are saying you are so great. Everything happened so fast, we love the CLSC, it is wonderful, it's fantastic. Those are the times*

*when you go it's very great, you feel very good because it's a very small percentage (GC-R5, P6, 246).*

Leur appréciation, quand ils nous expriment ouvertement qu'ils ont apprécié nos services, qu'ils se sentent supportés, orientés. Là, je me dis parfait, leur niveau d'anxiété a diminué, Olé (GC-R2, P13, 500).

À un autre moment de sa journée, il peut ressentir une grande satisfaction à l'idée d'avoir réussi à rassembler tous les membres de son équipe pour répondre aux besoins d'un client. L'impression d'avoir travaillé fort et d'avoir atteint un but est aussi une situation valorisante :

On a réagi très rapidement la veille de Noël pour éviter un hébergement à une cliente. On a étiré la situation pour encore une semaine. On était content de notre équipe parce qu'on a permis à notre cliente de passer les fêtes chez elle. Avec l'effort de tout le monde...ça été super valorisant (GC-R2, P27, 53).

Quand la famille décide de soutenir le client à domicile, même à contre-courant du réseau, surtout de la part des infirmiers et infirmières, ergothérapeutes et compagnie qui vont à domicile et disent: "Ça n'a pas de bon sens de faire un maintien à domicile", mais d'y arriver. Faire de la coordination de services et d'y arriver, je trouve ça très valorisant (GC-R1, P27, 41).

Toutefois, sa pratique ne compte pas que des émotions positives et valorisantes, certaines sont tristes comme le précise celui-ci : « On change de fauteuil, puis là on est dans le deuil, puis dans la fin de vie » (IP-R1, P20, 189).

Parfois, le gestionnaire de cas peut être en désaccord avec l'agir d'un client face à sa situation et être perturbé par la tournure des événements comme le montre l'extrait suivant :

Une jeune mère qui a un cancer du sein. Au départ, elle a eu une chimiothérapie néoadjuvante. À la fin de la chimiothérapie, lors de la radiothérapie, on s'est aperçu qu'elle était métastatique, c'était dramatique,

ça c'est déroulé très vite. Elle avait trois enfants 14, 11 et 8 ans. Ce qui me touche, c'est qu'au fond, elle le sait qu'elle va mourir, mais elle est incapable d'en parler ouvertement à ses enfants. Ça va arriver et les enfants n'y seront pas préparés. J'en ai parlé à plusieurs personnes, je sens que j'ai atteint une certaine limite. Parfois, je trouve ça difficile de ne pas pouvoir aller plus loin, mais d'un autre côté, il faut que je respecte la famille puis le couple là-dedans (IP-R2, P20, 26).

Sa pratique comprend aussi des situations épuisantes qui lui demandent beaucoup de temps et d'énergie. Certains types de clients peuvent l'affecter sur le plan émotionnel comme le rapportent ceux-ci :

Des passifs-agressifs, ça aussi ça vient nous chercher (les autres approuvent)...Ça se plaint de tout. J'avais un couple comme ça. Le monsieur quand il commençait, il pouvait te raconter, sur le même ton, toutes les maladies qu'il avait eues depuis qu'il avait six ans. La madame appelait toujours en larmes, "Faites de quoi, je ne suis plus capable". Tu vas vite voir à domicile parce qu'au début tu ne les connais pas. Tu arrives là pour entendre qu'elle voudrait quelqu'un pour vider son lave-vaisselle puis pour repasser ses draps. Mais les passifs-agressifs, ça là c'est vidant parce qu'il faut que tu les écoutes, parce qu'il se peut que tout d'un coup, quelque chose arrive. Tu ne le sais jamais quand est-ce que ça va être vrai...Mais ceux-là siphonnent notre énergie (GC-R5, P32, 470).

[Le client qui souffre d'un trouble de la personnalité] c'est difficile parce qu'on ne le sait pas avant de le rencontrer. La première rencontre on se fait une idée et après j'aime beaucoup aller valider s'ils sont suivis en thérapie. Je vais valider qu'effectivement, il n'est pas un patient facile. Je ne cours pas après ces clients-là, mais pas du tout, je les laisse venir. Quand ils viennent trop souvent, je leur dis: "Je vous ai dit que je vous appellerais quand le message arrivera, avant ça, je ne peux pas rien faire". Je ne rentre vraiment pas dans leur jeu parce que sinon tu te sens coupable. Moi ils viennent me chercher ces clients-là. Tu te sens coupable, tu te sens inadéquate, tu te sens pas correcte parce que c'est de ta faute si ça ne marche pas (GC-R1, P30, 59).

Un de mes premiers clients, un trouble de personnalité sévère qui était colérique, arrogant, vindicatif. Il m'a empêché de dormir...(GC-R4, P13, 19).

D'autres clients avec qui le gestionnaire de cas interagit peuvent avoir des comportements manipulateurs ou violents comme le montrent les extraits suivants :

La madame au téléphone l'autre jour, elle essayait vraiment de me contrôler. Elle a tout essayé, elle me triangulait en plus. Je lui ai dit: "Écoutez ce n'est pas comme ça qu'on fonctionne ici, même si vous le voulez". Elle m'a répondu : "Partout ailleurs, c'est de même". Je lui ai dit: "Ailleurs peut-être, ici ce n'est pas comme ça". Il a fallu que je me défende pas mal, ça m'a épuisé, ça m'a tanné. Elle voulait me faire faire des choses que je ne voulais pas faire (IP-R4, P31, 728).

J'ai eu un client qui m'a fait une saine colère dans mon bureau, rouge-là puis les poings-là. Je craignais un petit peu pour moi, mais d'habitude je n'ai pas peur, mais je le regardais rouge comme ça là j'avais peur pour lui. Je me suis dit qu'est-ce qui va arriver (GC-R1-P13, 413).

Parfois, ce sont les proches qui utilisent des manœuvres de manipulation en exagérant les faits dans le but d'obtenir soit un service ou un type d'hébergement particulier :

J'ai surtout des familles qui pensent demander une relocalisation en se reposant sur des critères qui n'ont pas de sens. En pensant que c'est la façon de faire pour essayer d'avoir ce qu'ils veulent, c'est-à-dire un hébergement pour leur père ou leurs parents, etc. C'est une forme de manipulation, ce n'est pas énorme, c'est facilement contournable, mais il faut juste bien connaître le réseau pour dire: "Non ce n'est pas comme ça que ça marche" (GC-R1, P32, 312).

Le gestionnaire de cas peut aussi se retrouver dans des situations stressantes. Les interactions avec des clients difficiles et imprévisibles font partie de ce nombre. Avec ces clients, il ne sait jamais à quoi s'attendre et doit être constamment sur ses gardes :

*I have a 60 year old man with MS [multiple sclerosis] and very dependent in all areas. He lives with his wife and teenage son. I have been his case manager for about a year. He has fired all his other case managers. He is a difficult man, frustrated, angry, and needy. He has had many ongoing lawsuits. His passed experiences with his various case managers have always ended up with complaints to the director of professional services. Not only the case managers have been fired but also other people providing*

*services. I am right now the only professional person in that case...I always feel that I am walking on eggs with him because I know that right now he likes me. He keeps telling me all the time, but he could turn on me tomorrow. I find it a little bit stressful at times (GC-R1, P6, 18).*

Certaines situations qui surviennent dans sa pratique peuvent le toucher personnellement. Il est alors à risque de perdre son objectivité et de se retrouver victime d'une empathie qui va trop loin :

L'année dernière, j'ai vécu une situation émotionnelle difficile. Un jeune couple 25 ans de mariage, 45 ans, 46 ans, mon âge, trois enfants, l'âge des miens. Le monsieur a passé la nuit à l'urgence, il fallait qu'il passe un test. Le lendemain matin, le médecin lui dit: "Je ne peux rien faire pour vous, vous allez mourir". C'était aussi raide, net, fret que ça. Sa femme arrive au département, elle était hystérique, puis elle me dit : "Il faut que tu fasses quelque chose pour nous, il faut que tu fasses quelque chose pour moi, donne-moi de l'espoir". C'était le contrat, juste ça. Comment tu veux que je donne de l'espoir à ce couple là, en sachant très bien qu'il allait mourir. Ça fait que je me suis dit : "Wow je suis dans la même situation". Je me suis sentie dans l'urgence. Je suis allée voir le médecin puis j'ai dit: "Écoute-là viens leur parler". Je me suis rendu compte que j'étais vraiment coincée dans l'urgence de la situation. Ils m'ont transmis ça, puis je l'ai pris. Ça fait que c'est ça des fois qui est dur. En général, j'arrive à garder une distance, mais je suis humaine et il arrive qu'on se fasse happer par la situation. J'ai vraiment senti cette urgence d'agir, puis je l'ai transmise à tout le monde autour de moi. J'ai appelé les soins palliatifs, puis le médecin, c'était urgent puis tout de suite là, j'étais là-dedans. Après ça quand tu t'assois, tu te dis mon Dieu que j'ai trouvé ça difficile (IP-R4, P31, 195).

Des situations reliées à des aspects organisationnels peuvent aussi influencer son humeur et nuire à son efficacité. Un manque de ressources matérielles ou humaines pour venir en aide à ses clients peut susciter chez lui un sentiment d'impuissance comme le montrent les extraits suivants :

Le client a un problème en lien avec la santé mentale puis je n'ai pas de support, je n'ai pas d'appui, je n'ai pas de connaissances, je trouve ça difficile (GC-R1, P27, 41).

Moi, ce que je trouve difficile c'est un cancer métastatique avec un pronostic réservé et la personne vit seule, elle n'a pas de soutien, elle est complètement démunie. Elle n'a pas de ressources pour l'aider, il faut qu'on mette les ressources autour d'elle... Puis-là le CLSC t'appelle pour te dire : "Tant qu'elle n'est pas en fin de vie, on ne peut rien faire, appelez-nous quand..." (IP-R2 et R4, P31, 80).

Répondre aux besoins et défendre les intérêts des clients obligent le gestionnaire de cas à recourir continuellement à d'autres personnes. Cet aspect de son travail lui donne l'impression d'être toujours à la merci ou de dépendre de quelqu'un. Quoique cette activité soit essentielle à leur rôle, la plupart des gestionnaires de cas éprouvent un certain malaise face à cela :

Il faut toujours aller sonner, cogner aux portes. Puis des fois il y en a qui n'aime pas ça, mais pas du tout. Quand ils nous voient arriver "Ah non pas encore elle, elle a encore quelque chose à demander". Mais c'est ça, il faut se soumettre à ça (GC-R4, P13, 181).

On est quand même une belle équipe, mais il reste que des fois c'est fatigant parce qu'on est toujours dans la porte, on est toujours en train de demander (IP-R2, P20, 172).

Comme tout être humain, une exposition continue à des variations extrêmes d'humeur peut l'affecter et nuire à son efficacité, s'il n'arrive pas à bien maîtriser ses émotions. Pour être efficace auprès des clients et pour réussir à les motiver, à s'engager et à progresser dans leur démarche, une résonance émotionnelle doit exister entre le gestionnaire de cas et ses clients afin de favoriser un climat émotionnel positif. De plus, pour « être un bon collaborateur », il doit rester maître de ses sentiments et contenir ses impulsions. En tout temps, il doit donner l'impression d'être accessible et désireux d'entendre ce que l'autre a à dire. En écoutant l'autre attentivement, il s'imprègne alors de ce qui le préoccupe réellement et peut répondre de manière appropriée en calmant ses peurs ou en apaisant sa colère. Le gestionnaire de cas qui maîtrise bien ses émotions et qui est capable d'une résonance émotionnelle avec les personnes qu'il côtoie crée un environnement de travail sain et basé sur la confiance. Ce gestionnaire de cas est capable

de décoder les messages des autres, les circonstances ou toute autre dynamique interpersonnelle. Il communique ouvertement avec les médecins, les clients, les familles d'une manière où tous se sentent écoutés. Toutes ces situations demandent une bonne gestion de soi et la pratique d'un dialogue intérieur permanent qui l'empêche de devenir prisonnier de ses sentiments (Goleman et al., 2002). Le traitement de cette classe de situations devrait permettre aux gestionnaires de cas de développer une compétence appelée « intelligence émotionnelle » qui leur permettra de s'adapter aux différentes situations émotionnelles qu'ils rencontrent dans leur pratique.

#### **4.3.5 Leadership et collaboration interdisciplinaire**

Cette classe regroupe les situations où le gestionnaire de cas travaille avec un ou plusieurs membres d'une équipe interdisciplinaire intra-murale ou extra-murale. Le tableau 4.5 présente les situations spécifiques qui ont été identifiées par les répondants. La complexité des situations et les problèmes de la clientèle font en sorte que le gestionnaire de cas ne peut agir seul pour traiter toutes les situations et il doit faire appel à d'autres intervenants. Pour faire cheminer les clients dans leur démarche, la complémentarité des connaissances et des compétences des membres de l'équipe interdisciplinaire est nécessaire.

Une communication ouverte et multidirectionnelle est au centre du travail interdisciplinaire. Par exemple, le gestionnaire de cas communique avec les membres de l'équipe interdisciplinaire lorsqu'il veut clarifier une situation, partager ses opinions avec eux ou les prévenir du comportement de certains clients comme le mentionne ce répondant :

L'exposition d'un nouveau cas qu'on pense être problématique éventuellement, par exemple, les toxicomanes ou les gens très agressifs qui commencent des traitements [de chimiothérapie], souvent les pivots vont les présenter pour prévenir l'équipe qu'on a une petite bombe dans les mains (F, P19, 145).

**Tableau 4.5**  
**Leadership et collaboration interdisciplinaire**

Classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<b>Leadership et collaboration interdisciplinaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontres interdisciplinaires intra-murales</li> <li>• Rencontres interdisciplinaires extra-murales</li> <li>• Rencontre de coordination de services à un établissement intra ou extra mural</li> <li>• Planification du congé d'un client d'un établissement de santé</li> <li>• Co-intervention pour un client</li> <li>• Coaching professionnel pour un cas spécifique</li> <li>• Travail d'équipe pour un cas complexe</li> <li>• Partage de renseignements sur un cas</li> <li>• Consultation interprofessionnelle pour un cas</li> <li>• Cas référé par un professionnel de la santé</li> </ul>

L'inverse est tout aussi important pour une gestion des cas efficace. Les membres de l'équipe collaborent à la gestion de cas en transmettant au gestionnaire de cas les informations qui lui permettent de faire évoluer la situation de ses clients :

Ici, on a une unité de réadaptation fonctionnelle intensive pour les personnes âgées. Alors, si un patient au moment de son admission est suivi en gestion de cas, on l'identifie dès son admission et le gestionnaire de cas vient aux rencontres multi (F, P26, 169).

Le gestionnaire de cas consulte aussi les intervenants de l'équipe pour solliciter leurs conseils ou leurs opinions et établir avec eux un plan d'action comme dans le cas du client qui présente une problématique particulière comme le montrent les extraits suivants :

Le patient ne voulait pas prendre de médicament pour la douleur, il était hyper souffrant. Il avait une croyance quelconque, puis on avait besoin de l'intervention du pharmacien et du travailleur social pour déterminer un plan de match par rapport à ça (S, P21, 183).

*If there are safety issues in the home or issues about functioning, doing a specific task, if there is a problem, a difficulty or impairment or whatever; I want further clarification on the problem and recommendations on how to compensate for that dysfunction. I refer the client to an occupational therapist (GC-R2, P29, 190).*

Pour permettre à certains clients de progresser dans leur démarche, le gestionnaire de cas peut parfois, avec l'assentiment et les conseils d'autres professionnels, aller au-delà de son rôle pour aider un client :

Surtout au niveau psychosocial, des patients qui auraient besoin de voir le psychologue, mais qui ne veulent pas. Tu es pris à gérer des dynamiques, mais tu n'es pas psychologue. Ça fait que là, le travail en interdisciplinarité est important. Le psychologue va nous coacher. On essaye de travailler pour créer de l'ouverture chez le patient (IP-R5, P20, 372).

Aussi à l'occasion, le gestionnaire de cas peut avoir à mobiliser plusieurs intervenants pour une situation particulière comme dans le cas d'un client qui désire mourir à la maison, de façon digne et sereine ou bien pour résoudre un cas complexe :

Un cas palliatif, le client veut mourir à la maison alors c'est à la gestionnaire de cas de s'assurer que toutes les ressources sont là. Par exemple, l'ergo pour lui donner un lit d'hôpital...Être sûr que le médecin et l'infirmière travaillent ensemble pour des médicaments contre la douleur, etc. Le gestionnaire de cas va gérer tout ça pour que le client puisse mourir à la maison avec dignité et confort (S, P7, 231).

Une dame avec une obésité importante, pas morbide, mais je pense qu'on est intervenu à temps parce qu'elle ne bougeait pas beaucoup, elle était souvent assise ou dans son lit. Donc, elle a développé des points de pression aux talons et au niveau du fessier, qui étaient sur le point de percer. En équipe, il y avait des auxiliaires qui allaient chaque jour, une ergo que j'ai dû redemander, une infirmière. On a fait une rencontre multidisciplinaire, l'équipe a réagi rapidement pour éviter une plaie plus chronique (GC-R3, P32, 231).

La collaboration s'effectue aussi durant les rencontres interdisciplinaires qu'il peut organiser et/ou animer. Le but des rencontres est de discuter le cas des clients qui ont des

besoins particuliers et d'élaborer le plan d'accompagnement qui répondra le mieux à leurs besoins. Ces rencontres sont aussi une occasion pour le gestionnaire de cas de comprendre la philosophie d'intervention des autres membres de l'équipe :

*I find that I am learning a lot [during these meetings]. We present the cases and the clients' problems. For example, if we are talking about the problem of social isolation or the problem of nutrition, I am looking at it from a social worker stand point and her from a nursing perspective. It is very insightful to work with different professionals and understand how they approach a problem. We are tackling the same issue with two different views. It is a valuable learning experience (GC-R3, P6, 383).*

Cependant, certains facteurs peuvent toutefois nuire au travail interdisciplinaire. Par exemple, dans le cas d'un gestionnaire de cas qui dépasse consciemment les limites de son rôle :

Cette personne transgressait un peu son rôle de gestionnaire de cas en allant un peu trop dans le côté clinique. Il faut qu'il aille, mais il n'est pas là pour faire de la psychothérapie et traiter la problématique de la personne et décider où il doit être traité (S, P14, 166).

Un autre obstacle au travail interdisciplinaire efficace est le manque de collaboration de la part de certains membres de l'équipe comme le rapporte ce gestionnaire de cas :

Une dame qui a un problème de santé mentale avec une perte d'autonomie dont la famille est dépendante d'elle. Peu importe ce que je propose, c'est dans le vide parce que je n'ai pas les outils pour intervenir auprès de cette famille-là qui est souffrante...Mes actions sont d'essayer d'avoir de l'aide au niveau du programme santé mentale...On a de la difficulté à s'arrimer dans la mesure où c'est très compartimenté, ça travaille en silo. Comme on se parle peu, c'est difficile d'intervenir, de faire des co-interventions (GC-R1, P32, 37).

Le traitement de cette classe de situations devrait permettre aux gestionnaires de cas de développer et d'enrichir leurs compétences en leadership et en collaboration. Le travail d'équipe demande aussi la reconnaissance des compétences des autres et le respect du

territoire professionnel de chacun. Pour un travail interdisciplinaire efficace, le gestionnaire de cas doit connaître les défis et les enjeux qu'il comporte pour les mitiger. Le traitement de ces situations lui fournira aussi des opportunités de développer et d'enrichir sa capacité d'affirmation de soi en vue d'influencer l'orientation des décisions prises en équipe et de corriger les interventions qui s'écartent du plan d'accompagnement établi.

#### 4.3.6 Maintien de saines relations interpersonnelles

Cette classe regroupe une grande variété de situations qui peuvent entraîner des relations interpersonnelles difficiles. Le tableau 4.6 présente les situations spécifiques qui ont été regroupées sous cette classe. Le gestionnaire de cas occupe un poste qui lui demande d'interagir avec beaucoup de personnes qui ont des valeurs, des personnalités et des façons de travailler différentes des siennes. Par conséquent, il lui est difficile d'éviter les mésententes.

Le gestionnaire de cas doit entretenir de bons rapports avec les clients afin d'être en mesure d'intervenir adéquatement auprès d'eux. Toutefois, sa pratique compte des clients dont les attentes dépassent souvent l'offre de services ou même les capacités du réseau de la santé. Comme il ne peut pas toujours répondre à leurs attentes, les polémiques sont courantes comme le mentionne ce gestionnaire de cas :

*I have a lady who has chronic back pain which is quite debilitating. She was discharged home after back surgery. Actually she was discharged on a plan called désengorgement. So we set up a plan...This lady really wanted someone to come, clean her house, do her shopping, her cooking, and her laundry. We cannot devote these types of resources on the désengorgement plan. I had to set the hours straight. This did not make me very popular with her (GC-R3, P29, 145).*

D'autres situations peuvent être la cause de conflits avec les clients. Certains d'eux ont des demandes qui dépassent parfois leurs compétences professionnelles comme le client qui désire des médicaments sans prescription « Prescrivez-moi du Biaxin » [un

**Tableau 4.6**  
**Maintien de saines relations interpersonnelles**

Classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<b>Maintien de saines relations interpersonnelles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interaction avec des intervenants de divers secteurs</li> <li>• Réaction insolite face à une situation</li> <li>• Attente déraisonnable d'un client</li> <li>• Demande déraisonnable d'un intervenant</li> <li>• Demande de temps abusive</li> <li>• Divergence de point de vue entre collègues</li> <li>• Demande d'intervention immédiate d'un partenaire</li> <li>• Mécontentement par rapport aux services</li> <li>• Dissension familiale par rapport aux besoins du client</li> <li>• Non adhésion au plan d'interventions</li> <li>• Approche individualiste d'un membre de l'équipe</li> <li>• Dispensation non conforme d'un service</li> <li>• Empiètement du territoire professionnel de l'autre</li> <li>• Recours excessif à l'expertise</li> </ul>

antibiotique] (IP-R4, P31, 345) ou celui qui lui demande une lettre qui lie sa condition médicale à son travail dans le but d'obtenir une pension médicale. Certaines personnes peuvent aussi abuser de son temps comme le client qui arrive sans rendez-vous.

Le gestionnaire de cas rencontre aussi des situations où il est confronté à des discordes familiales qui rendent son travail auprès du client plus difficile parce qu'il ne réussit pas à établir un lien solide avec aucun d'entre eux. Il ne peut donc pas compter sur aucun appui pour faciliter ses interventions ou concerter les perceptions des autres sur le plan établi pour le client :

*I have clients that because of a cognitive deficit, they do not have much insight into their limitations. They do not have the insights into their needs and the risk factors. When they have a larger support network, everybody has their own perception of the situation. Nobody seems to be on the same page. The client does not have much of a voice because of his cognitive deficits. To me this is a very difficult situation because everybody has a*

*different perception on how they look at the problem. People react differently to it. You have the family attacking each other because nobody necessarily agrees on what is required to keep the person safe now and what we are going to do in the future (GC-R2, P29, 73).*

Au nombre d'interactions que le gestionnaire de cas a avec ses collègues et les partenaires, il peut lui arriver d'être en désaccord avec leurs opinions ou leur plan d'intervention. Par exemple, pour assurer le bien-être de ses clients, le gestionnaire de cas peut parfois avoir à influencer l'orientation du plan thérapeutique :

Parfois, il faut venir s'asseoir avec le médecin pour lui dire: "Écoutez-là la famille m'a dit des choses, en même temps avec ce qui se passe puis les effets secondaires, puis tout ça". Ça c'est délicat. Certains médecins acceptent plus facilement que d'autres qu'on parle de cela (IP-R4, P31, 808).

Comme la gestion de cas est un travail d'équipe, il doit contribuer à maintenir de saines relations au sein de l'équipe. C'est aussi sa responsabilité de s'assurer que les clients qui sont référés en gestion de cas satisfont aux critères d'admission. Des différences de point de vue par rapport à l'admissibilité d'un client peuvent aussi devenir une source de conflits avec d'autres professionnels de la santé :

J'ai un dossier où il y a un conflit [avec une infirmière] parce que le client fait des graffiti obscènes sur le frigo et là je fais une réévaluation [de la situation de mon client]. L'évaluation de l'infirmière dit qu'il est en perte d'autonomie importante et moi je vois une perte d'autonomie beaucoup moins importante. L'infirmière veut que le client soit pris en gestion de cas parce qu'elle n'est pas bien avec ce dossier-là. C'est ce que j'en décode. Ça fait que j'ai beau montrer noir sur blanc que le client fait ça, ça, ça ne donne rien (GC-R5, P32, 260).

Afin de venir en aide à ses clients, le gestionnaire de cas doit obtenir la collaboration de collègues dont la charge de travail dépasse déjà leurs capacités. Par conséquent, ses demandes ne sont pas toujours bien reçues comme le rapporte celui-ci : « Les gens ont l'impression qu'on leur demande trop de choses à faire, ils sont déjà surchargés, puis là on leur en demande encore plus » (IP-R4, P31, 462).

D'autres circonstances peuvent être sources de mésententes. Une mauvaise interprétation de la description de tâche peut aussi être à l'origine d'une controverse avec un collègue. Une tâche déléguée par l'intervenant qui aurait pu la faire lui-même peut aussi entraîner un conflit.

Comme le gestionnaire de cas interagit constamment avec des partenaires pour obtenir des services pour ses clients, des conflits interpersonnels sont aussi possibles avec eux :

C'est sûr qu'on a des conflits avec nos partenaires. Que ce soit le centre de jour, l'hôpital...Nous on voit quelque chose, l'autre personne ne voit pas la même chose. Ça crée des situations de conflits...On en vit des conflits de valeurs. J'en vis dans ma pratique au quotidien (GC-R5, P32, 248).

Parfois, il doit aussi agir de médiateur lorsqu'un conflit éclate entre un partenaire et un client ou ses proches comme le soulève ce fournisseur de services :

Un monsieur qui a été avec nous pendant plusieurs années. Il est devenu de plus en plus difficile, agressif. Il y avait plusieurs choses, incontinence, entre autres, et on ne pouvait plus le garder au centre de jour. Sa femme n'était pas contente avec cette décision. Alors, on a communiqué avec le gestionnaire de cas. Il est venu ici, on a eu une rencontre avec la dame et comme ça unis, on a rédigé un autre plan d'action (F, P4, 34).

Dans les situations qui représentent des potentialités de conflits ou de différends, le gestionnaire de cas doit intervenir promptement pour les régler afin de maintenir de saines relations interpersonnelles comme l'affirme ce superviseur : « Un gestionnaire de cas qui est en chicane avec d'autres, ça n'aide pas beaucoup. Il faut être capable de s'asseoir et de régler des conflits » (S, P14, 166). Le traitement de cette classe de situations devrait permettre aux gestionnaires de cas d'élargir et d'enrichir leurs compétences en gestion de conflits et de prendre en compte la diversité.

### 4.3.7 Coordination des soins et des services

Cette classe regroupe des situations où le gestionnaire de cas doit coordonner des soins et services avec les fournisseurs de services de l'ensemble du continuum. Le tableau 4.7 présente des exemples de situations spécifiques tirées du verbatim des répondants. Son rôle de coordonnateur l'amène à négocier quotidiennement avec des fournisseurs de services à l'interne et à l'externe pour combler les besoins de ses clients. Les fournisseurs de services à l'interne sont les intervenants de son établissement tandis que les fournisseurs externes sont les partenaires, c'est-à-dire les intervenants d'établissements autres que le sien. La coordination des soins et des services peut comprendre s'enquérir auprès d'un partenaire des particularités de ses services :

Il y a certaines assurances privées qui paient des soins, l'assurance payait du soutien à domicile. Alors, il a fallu creuser un petit peu au niveau de l'assurance privée (GC-R1, P32, 624).

Le gestionnaire de cas coordonne aussi les soins et services de ses clients avec des professionnels de la santé du réseau interne comme le montrent les extraits suivants :

On peut avoir des clientes qui souffrent de sclérose en plaques qui ont besoin de modifications à leur domicile ou de l'équipement pour les aider à rester à la maison ou pour le transport (S, P7, 234).

*We make an internal referral when we feel someone is not safe in terms of walking. They may need an aide, to use a cane or a walker, so we will defer to the judgement of our colleague, the physiotherapist. After he or she goes in to evaluate the client, we'll sit down together and share our evaluation. We are in agreement the client needs a walker, needs a cane. He would benefit from going to a day hospital program to improve his mobility or things like that (GC-R1, P29, 200).*

L'objet de cette coordination peut aussi être la dispensation d'un traitement que le client doit recevoir à un autre établissement de santé. Il s'agit alors d'une coordination externe avec un partenaire :

**Tableau 4.7**  
**Coordination des soins et des services des clients**

Classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<b>Coordination des soins et des services des clients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demande de renseignements sur des services</li> <li>• Demande de services</li> <li>• Demande d'aide inusitée d'un client</li> <li>• Mise en place urgente de services</li> <li>• Demande d'équipement spécialisé</li> <li>• Arrêt d'un service</li> <li>• Transfert des soins</li> <li>• Coordination d'un retour à domicile</li> <li>• Délai déraisonnable pour un service</li> <li>• Attente continuelle pour une réponse</li> <li>• Dégradation de la qualité des services</li> <li>• Ressources humaines, matérielles insuffisantes</li> </ul>

On n'a pas de radiothérapie ici. Nos patients vont chercher leur service à Montréal, mais les patients restent quand même sous nos soins. Il faut tout coordonner, les soins en radiothérapie, s'occuper des symptômes qui sont dus à la radiothérapie, intervenir en urgence en radiothérapie, ça fait qu'elles font beaucoup, elles travaillent avec des médecins qu'elles ne connaissent pas. Elles ont beaucoup de relations téléphoniques entre établissements (S, P21, 136).

Le gestionnaire de cas coordonne également le retour à domicile d'un client qui a été traité dans un établissement de santé extra mural :

*We are there to really advocate on behalf of the client to see if it's realistic or feasible for the client to return home. We work with the team in the external setting to make sure that they are going to get all the help and services they require. If we have issues or concerns, we will raise them at that meeting. We might say, you are asking for us to put 28 hours of services but we can only put a maximum of 10, 12 or 14 hours. How do you think they are going to manage at home with less hours of service? (GC-R1, P29, 201).*

*Sometimes their [hospital personnel] expectations are not very real because they will say "Mr. So and So is going to be discharged today. He needs a, b c, d, make sure he gets these kinds of things" which is totally*

*unrealistic, we have to remind them. Or they'll say "he will be discharged tomorrow morning" that is not always realistic because we are not a store that supplies equipment (GC-R3, P29, 233).*

Toutefois, le rôle du gestionnaire de cas ne se limite pas qu'à la coordination des services. Il s'assure aussi qu'ils sont adéquats et qu'ils satisfont les besoins des clients. Pour cette raison, il peut avoir à intervenir auprès des partenaires lorsque la qualité des services n'est pas à la hauteur comme le montrent les extraits suivants :

De plus en plus, on travaille avec les ressources privées. Il faut parfois sensibiliser les responsables des ressources privées, mais aussi leur donner comme une espèce d'enseignement sur la façon de répondre aux besoins des clients. On va mettre en place des services, mais il y a toute la partie des préposés privés qui vont donner ces services-là. La dispensation des services n'est pas toujours adéquate (GC-R6, P27, 281).

Le problème avec les ressources privées c'est qu'un moment donné le lien de confiance se brise parce qu'on arrive quelque part où on avait pleine confiance puis d'un coup on observe quelque chose. La personne n'est pas propre, comment ça elle n'est pas propre, on paie pour ça ou bien la cliente dit qu'elle ne mange pas à sa faim (GC-R5, P32, 89).

La coordination des soins et des services veut aussi dire composer avec les frustrations causées par des lacunes administratives comme le montrent les extraits suivants :

Une grosse frustration, c'est la communication. Des fois, on fait beaucoup de choses, on prépare tout, puis tout à coup arrive la journée X ou le jour J et puis c'est comme si on n'avait rien fait, rien préparé. Puis là tu te dis voyons tout avait été organisé mais, la personne qui était au courant n'est pas là cette journée-là. Il arrive que même si c'est écrit, on dirait que c'est tout à recommencer (IP-R4, P20, 835).

Le dossier d'un réserviste qui a été envoyé à la mauvaise place. Ça pris six, sept mois avant de le récupérer (GC-R1, P13, 193).

Ne pas avoir de réponse. Ils se tirent la balle, ce n'est pas moi, c'est l'autre, ce n'est pas l'autre, c'est peut-être un autre, puis-là on revient au point de

départ. Mais nous, on est pris avec les conséquences directes pour le client (GC-R3, P13, 189).

Une autre frustration associée à la coordination des soins et des services est le manque de ressources matérielles et humaines du réseau pour combler les besoins des clients et des aidants naturels comme le montrent les extraits suivants :

Avoir ce support-là au niveau de la santé mentale pour justement un couple qui est à domicile pour lequel je me sens complètement démuné parce que je ne sais pas comment les aider. J'ai fait zéro organisation de services, on est un infirmier et moi pis on patauge là-dedans on répond aux appels catastrophiques de la famille, mais on ne sait pas trop quoi faire. On ramène ça à nos supérieurs puis ça patauge. Ça fait qu'il n'y a rien qui s'en va sur le terrain au jour le jour. Alors pour moi, c'est très difficile de vivre des situations comme ça (GC-R1, P27, 40).

Pour les urgences, les soins palliatifs manquent aussi beaucoup de ressources, les maisons de fin de vie. Souvent, les patients ne sont pas éligibles pour les CHSLD. Toutefois, ils ne sont pas assez autonomes pour rester avec un soutien au CLSC, et les familles ne peuvent pas assurer un 24/7 non plus auprès de leurs proches (IP-R1, P20, 572).

Le gestionnaire de cas peut aussi devoir intercéder afin de tenter d'accélérer l'accès à un service d'un fournisseur lorsque le besoin du client est urgent, et que la période d'attente semble déraisonnable.

La coordination des soins et des services comprend aussi le transfert des soins d'un client à un partenaire « Un moment donné les soins sont transférés au CLSC, les soins sont transférés à une autre équipe (IP-R4, P20, 823) ou bien le client est pris en charge par un établissement public « *Relocation to a public facility* » (GC-R3, P29, 23). Lorsqu'un client suivi en gestion de cas déménage dans une autre localité, son accompagnement est transféré à un gestionnaire de cas de cette région: « *We transfer the client to another CLSC* » (GC-R2, P29, 279).

Pour être efficace dans son rôle, le gestionnaire de cas doit comprendre les enjeux reliés à la coordination des soins et des services et savoir interagir avec l'ensemble des fournisseurs de services. Le traitement de cette classe de situations devrait permettre aux gestionnaires de cas de maîtriser les techniques de base pour réussir une négociation et rallier les divers intervenants au plan d'accompagnement du client. Des habiletés en négociation sont aussi très importantes lors de discussions avec les instances appropriées afin d'améliorer les services du continuum offerts aux clients.

#### **4.3.8 Maintien de la confidentialité dans les transitions de soins**

Cette classe regroupe les situations où le gestionnaire de cas doit prêter une attention particulière aux renseignements personnels des clients, qu'il divulgue à d'autres intervenants au cours des différentes transitions de soins. Le tableau 4.8 présente les situations spécifiques qui ont été regroupées sous cette classe. Cet échange d'informations sensibles peut survenir, entre autres, lors d'une demande de service pour un client, une demande pour une co-intervention, l'admission ou le congé d'un client d'un établissement de santé comme le précise celui-ci : « *An internal or external referral, for someone to join you on the file or passing it on to somebody* » (GC-R3, P29, 489).

La coordination des soins et des services aux clients atteints de multiples problèmes psychosociaux et/ou de santé exige l'échange continu des renseignements personnels des clients avec plusieurs types d'intervenants : les professionnels de la santé, le personnel para-professionnel et les travailleurs communautaires.

Puisque la gestion de cas est un accompagnement à long terme, plusieurs transitions de soins avec d'autres intervenants sont nécessaires pour répondre aux besoins ponctuels des clients au cours de leur démarche. Par exemple, le client peut avoir besoin d'un suivi psychosocial intensif :

Elles réfèrent un patient au service social. Elle a été formée pour transférer le patient avec une nomenclature précise de la situation clinique...la réalité

**Tableau 4.8**  
**Maintien de la confidentialité des renseignements médicaux et personnels des clients dans les transitions de soins**

Classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<b>Maintien de la confidentialité des renseignements des clients dans les transitions de soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transfert d'un dossier entre gestionnaires de cas</li> <li>• Transfert du dossier d'un client à un partenaire</li> <li>• Demande de services d'un professionnel de la santé</li> <li>• Demande de services d'un intervenant para-professionnel</li> <li>• Demande de services d'un organisme communautaire</li> <li>• Co-intervention avec un autre professionnel</li> <li>• Échange téléphonique avec un proche</li> <li>• Rencontre famille</li> </ul>

résumée de ce patient-là et voici pourquoi je te réfère. Ça veut dire qu'il y a eu un triage de fait et que si c'était une intervention psychosociale de base elle ne référerait pas, elle le ferait elle-même. Quand elle réfère, les gens sont conscients que c'est une demande pour une intervention de deuxième niveau d'un spécialiste (E, P17, 43).

Les clients présentent également des problématiques physiques variées qui nécessitent l'intervention d'intervenants de l'équipe multidisciplinaire. Le gestionnaire de cas doit partager suffisamment d'informations à propos du client avec les intervenants pour leur permettre d'intervenir et de s'occuper de son problème comme l'explique ce gestionnaire de cas :

J'ai une dame qui est sortie de l'hôpital, 93 ans, elle y était entrée pour une infection bronchique. En sortant, elle s'est retrouvée avec toutes sortes de problèmes qui ne s'expliquaient pas par ses problèmes de santé. Par exemple, elle a commencé à faire de l'incontinence soir-nuit, mais pas de jour. Elle vivait des inconforts la nuit, elle demandait d'être levée. Donc, il y a fallu instaurer toutes sortes de choses, des tournées la nuit. On se questionnait beaucoup sur la cause de ces changements. Est-ce qu'elle a de la difficulté à se lever la nuit, ce qui fait qu'elle est incontinente? Est-ce parce qu'elle n'est pas capable de se tourner dans son lit, qu'elle demande d'aller à son fauteuil parce qu'elle dit qu'elle n'est pas bien dans son lit. Il y avait une tonne de questions difficile à répondre. J'ai fait une demande à l'ergothérapie pour faire l'évaluation au niveau des équipements. Est-ce

qu'on pourrait redonner de l'autonomie à cette cliente? Est-ce qu'on pourrait éviter une tonne de services parce que la cliente était dans le rouge de 250 \$ par mois parce qu'il y a tellement de services en place que ça n'avait plus de bon sens financièrement pour elle... Cette dame-là est aussi en attente pour de la physio pour son bras (GC-R2, P32, 233).

Les transferts de soins à d'autres gestionnaires de cas sont aussi fréquents. Il peut s'agir d'un client suivi en gestion de cas à court terme dont la situation se déstabilise et qui requiert l'accompagnement d'un gestionnaire de cas du long terme :

Moi je suis à l'accueil. Donc, je reçois les demandes, je fais une évaluation, je réponds aux besoins puis j'essaie de stabiliser la situation du client. Voici un exemple, il y a un événement X, une sortie d'hôpital etc., le client a des besoins, il faut répondre rapidement. Woops, tu t'aperçois que le suivi est beaucoup plus long que tu pensais. Alors on évalue, on met des services en place, mais on ne met pas tout parce qu'il y a des choses qui vont se continuer à plus long terme et là je transfère le dossier [à un collègue du long terme] (GC-R1, P32, 482).

Il arrive aussi qu'un client soit suivi par un gestionnaire de cas pour une certaine période de temps, mais la nature actuelle de ses problèmes de santé exige les compétences d'un gestionnaire de cas d'une autre discipline comme le rapporte celui-ci :

*I have a hard time when my client needs to be case managed by a different discipline because his situation has changed... For the continuity, I am bringing a new person involved to deal with their case, to deal with their personal business, to deal with their vulnerable situation. I think it is only fair that I am going to go say good bye to my client and introduce the new case manager to facilitate that transition. Let them know that we have spoken, that I let this new professional know all there is to know to pick up where I left off (GC-R2, P29, 485).*

Lorsque le gestionnaire de cas a besoin de services d'intervenants d'un établissement de santé, d'une agence privée ou d'un organisme communautaire pour un de ses clients, il doit partager avec eux certains renseignements personnels du client. Par exemple, un client militaire peut être référé à un conseiller en orientation pour choisir un nouveau métier parce que ses problèmes de santé ne lui permettent plus d'exercer son métier

actuel. Dans cette situation, le gestionnaire de cas doit divulguer à cet intervenant uniquement les informations qui lui permettent de bien conseiller et d'orienter le client :

Comme information, on a besoin d'un topo de la situation du client. Qui est la personne qu'on va rencontrer. De nous donner une bonne situation de son niveau de santé, ses limites pour nous permettre de travailler efficacement. La médication qui pourrait influencer son processus d'orientation. Ça nous permet de savoir à quel secteur on va pouvoir le diriger avec ses limites (F, P10, 70).

Le gestionnaire de cas échange aussi des informations sur ses clients avec des partenaires lorsqu'ils sont admis à l'hôpital ou reçoivent des soins et services d'un hôpital de jour, d'un centre de jour ou d'un centre de réadaptation comme le montrent les extraits suivants :

*Wherever a client gets hospitalized or if we are referring people to day hospitals, day centers or many other resources, we are actually filing out referral form applications. We are supplying pertinent information that is asked by these resources and anything else that we feel is pertinent related to that person's participation at that place so that the people at the other end know what to expect etc. It does not have to go beyond that. Certain things are confidential that we respect (GC-R3, P29, 507).*

Il faut structurer l'information pour ne pas trop en dire, pour que ça ne devienne pas du placotage, mais de transférer seulement l'info qui est importante pour eux pour leur intervention. Je pense, entre autres, à la coopérative des services à domicile où j'ai à présenter des dossiers quand j'appelle pour dire j'ai besoin de 21 heures par semaine. [Je leur dis] la personne est comme ça, voilà ses diagnostics, tel type d'intervention est important, c'est ça ses habitudes, puis ça s'arrête là. Tu suis ton client, tu le connais, tu l'as évalué à domicile, mais il faut doser, il faut savoir doser (GC-R1, P32, 494).

Au quotidien, le gestionnaire de cas rencontre souvent les membres de la famille de ses clients. Lors de ces interactions, il peut avoir à les reconforter et à répondre à leurs questions. Dans ces échanges, il doit en tout temps veiller à préserver autant que possible la confidentialité des renseignements personnels des clients :

*There are a lot of instances the client needs little or no service but ultimately our role as case manager is to provide peace of mind to the family who is out of town (GC-R3, P6, 69).*

Je parle de la fille, qui voit que son père ne dort plus, que sa mère non plus ne dort plus, elle est inquiète. On ne parlera pas du pronostic et tout ça. On parle des symptômes qui se vivent-là et qu'est-ce qu'on peut faire à travers ça. Ça dépend aussi si le patient dit « vous pouvez lui parler », puis il le dit devant sa fille (IP-R3, P31, 856).

[Dans les rencontres famille] On parle avec trois, quatre, cinq personnes...avec des liens qu'on ne connaît pas (IP-R4, P20, 118).

Par conséquent, dans toutes les transitions de soins, le gestionnaire de cas doit faire preuve de discernement dans la sélection des renseignements personnels à divulguer et à transmettre aux intervenants et aux membres de la famille. Le traitement de cette classe de situations devrait permettre aux gestionnaires de cas de développer et d'enrichir leurs stratégies en vue d'une communication adéquate et efficace qui offre aux personnes concernées un portrait factuel de la condition de santé du client et de son plan thérapeutique tout en préservant la confidentialité de ses renseignements personnels. Ces informations doivent toutefois être suffisantes pour assurer aux clients des soins sécuritaires et continus.

#### **4.3.9 Adaptation aux problèmes complexes des clients (la clientèle lourde)**

Cette classe regroupe les situations où le gestionnaire de cas doit s'adapter et répondre aux problèmes complexes de la clientèle lourde de sa charge de travail. Le tableau 4.9 présente les situations spécifiques qui ont été regroupées sous cette classe. Ces clients demandent des compétences particulières en soins physiques et psychologiques. Dans son travail quotidien, le gestionnaire de cas rencontre des clients qui ont besoin d'être soulagés de symptômes physiques pour lesquels ils attendent une intervention de sa part. Cette intervention peut être des soins physiques dispensés par le gestionnaire de cas si celui-ci est une infirmière ou par un autre professionnel de la santé habilité pour soulager le problème spécifique du client comme le montrent les extraits suivants :

**Tableau 4.9**  
**Gestion des problèmes complexes des clients (la clientèle lourde)**

Classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<b>Gestion des problèmes complexes des clients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déclin des capacités fonctionnelles</li> <li>• Soulagement de symptômes débilitants</li> <li>• Détresse psychologique</li> <li>• Dénier du diagnostic/condition médicale</li> <li>• Ambivalence face à un traitement</li> <li>• Période dépressive</li> <li>• Crise d'anxiété</li> <li>• Déficits cognitifs sévères</li> <li>• Personnalités déviantes</li> <li>• Routines obsessives-compulsives</li> </ul>

J'ai une maladie de peau, alors elle a envoyé une infirmière pour s'occuper de ça (C, P23, 29).

Le triage téléphonique qu'elles font, par exemple, elle va dire : "De ce que je comprends là, il y a une petite problématique nutritionnelle; accepteriez-vous de rencontrer ma collègue qui est spécialiste en nutrition parce que moi je suis une généraliste..." (E, P17, 39).

Avec la loi 90, les infirmières peuvent gérer les nausées, vomissements et constipation quand les clients prennent des narcotiques (S, P21, 86).

*If there are issues about the functioning, the act of doing a specific task...I want further clarification on the problem and recommendations on how to compensate for that dysfunction. I refer the client to an occupational therapist (GC-R2, P29, 190).*

Au cours de leur démarche, les clients peuvent éprouver une détresse psychologique et avoir besoin d'un soutien particulier pour la surmonter. Comme le souligne ce client qui a vécu des moments de panique, il a été heureux de pouvoir compter sur l'aide immédiate de son gestionnaire de cas : « Quand on vit un cancer, ça peut nous arriver un moment de panique, avoir une réponse assez rapidement...c'est vraiment très important » (C, P15, 21). Chez d'autres clients, l'anxiété devient tellement intense qu'ils

ne peuvent plus la contenir. Le gestionnaire de cas doit être présent pour ces clients et leur apporter une « épaule » accueillante et une « oreille » attentive :

Un client qui voulait un rendez-vous tout de suite, c'était sur mon heure de dîner, et je l'ai rencontré. Je n'ai jamais vu un monsieur en colère comme ça. Il est devenu rouge, mais rouge là. J'avais peur pour lui. Ce que j'ai fait, je l'ai écouté puis je lui ai dit : "Moi je veux t'aider". Il m'a dit : "Je ne suis pas fâché après vous" puis il a continué. Alors, c'est comme si ça avait validé quelque chose. Alors, je l'ai écouté. Quand il est revenu après, il était bien correct, il était bien content, je l'avais écouté. Moi j'appelle ça ma technique poubelle. Tu prends la poubelle puis tu ramasses toutes les émotions, après que les émotions sont finies-là, tu dis ok qu'est-ce que je peux faire pour toi maintenant (GC-R1, P30, 173).

D'autres clients éprouvent une période dépressive et ont besoin eux aussi d'un suivi psychologique comme le rapporte ce répondant :

Elle va voir le médecin puis elle va dire: "Je soupçonne qu'il y a des éléments dépressifs avec ce patient-là, accepteriez-vous de le voir" elle ne donne pas de diagnostic, mais des hypothèses. Donc, elle a pris une décision de nommer un symptôme au médecin et lui fait le suivi. Son triage est très, très précis (E, P17, 39).

La clientèle du gestionnaire de cas est composée en majorité de personnes qui souffrent de problèmes de santé chroniques. Ces clients éprouvent parfois des périodes de découragement dues à la chronicité de leur condition. Ils utilisent parfois la manipulation pour avoir de l'attention ou de l'aide. Le gestionnaire de cas doit être capable de dépister un comportement de manipulation d'un besoin réel, notamment du client qui menace de se suicider :

Le client m'appelle pour dire je vais me suicider, il faut absolument que vous veniez me voir. Alors, je fais ni un ni deux, je me présente chez lui naturellement pour voir que ce n'est pas si grave que ça. Oui, il vit ça grave, oui il vit ça mal. Je pense que je l'ai amené au bout de sa manipulation. J'ai dit : "On appelle l'ambulance, 911, l'hôpital, l'urgence, le psychiatrique, tout de suite, il faut que vous voyiez c'est grave ce que vous faites là, vous menacez de vous suicider là, le docteur a été clair, on vous amène à

l'urgence". Ce n'était pas la première fois là, ça durait depuis deux mois. Il ne l'a pas trouvé drôle. Au bout de deux heures d'attente à l'urgence, il a dit à son épouse : "On retourne à la maison". Depuis ce temps-là plus un mot. Il ne manipule plus, il n'essaie plus ce moyen-là parce que ça ne marche pas. Je pense que c'est un appel à l'aide oui on est capable et c'était d'y montrer qu'on est capable de répondre à son besoin sans utiliser des mécanismes de cette façon-là, sans manipuler de cette façon-là (GC-R1, P32, 327).

Le soutien et la compréhension du gestionnaire de cas sont aussi importants pour les clients qui doivent faire des deuils importants à cause de leurs problèmes de santé. C'est le cas de ce militaire qui doit faire le deuil de sa carrière militaire. Une carrière à laquelle il tenait beaucoup :

Le docteur m'a dit que j'allais avoir une catégorie médicale permanente, mais là je n'étais pas content. En me disant ça, ça voulait dire qu'ils me libéraient et je n'étais pas prêt. En fait, j'ai toujours pensé faire une carrière dans les Forces canadiennes. Mon père a été dans les Forces pour 30 quelques années puis pour moi, je faisais la même affaire, mais les choses ont basculé un peu. Je sais que je ne peux plus faire la job comme je devrais la faire mais...(C, P9, 59).

La cliente qui n'accepte pas de mourir parce qu'elle a tout fait ce qu'on lui a demandé depuis l'annonce de son cancer a aussi besoin d'un soutien psychologique :

La jeune dame elle disait "Regarde j'ai tout fait, j'ai tout suivi, j'ai tout fait ce que vous m'avez dit, puis regarde (elle frappe sur la table) ça aurait pas dû se passer comme ça, puis je suis jeune, puis j'ai trois enfants, puis ça n'a pas été facile, mais j'ai tout fait" (IP-R2, P20, 741).

Soutenir les proches dans les moments difficiles est aussi une activité reliée à la pratique du gestionnaire de cas comme le cas d'un client en fin de vie :

La dame est décédée, mais sa fille m'a dit : "Une chance que vous avez été là parce que finalement tout ce qu'on a eu ça m'a facilité la vie". La famille a pu vivre un petit peu plus ses émotions avec leur mère mourante et ne pas être préoccupée à se dire "Il faut faire entrer tel service, puis organiser le service" (GC-R1, P27, 327).

Le gestionnaire de cas doit aussi transiger avec une clientèle qui présente des problématiques de santé mentale et des déficits cognitifs. Ces situations peuvent être particulièrement difficiles à gérer comme le montrent les extraits suivants :

*To me a difficult case is a client that because of a cognitive deficit does not have much insight into his limitations; he does not have the insights into his needs or the risk factors (GC-R2, P29, 73).*

La majorité de nos clients ont des problèmes cognitifs. On ne peut pas agir directement avec eux. Parfois on peut le faire, mais on s'enlène pour des mois et des mois parce que l'apprentissage est hyper ralenti (GC-R4, P32, 73).

D'autres clients sont atteints de problèmes mentaux qui affectent leur jugement et leurs comportements comme le client psychotique qui déforme continuellement l'information que lui présente le gestionnaire de cas et qui a besoin d'être recadré continuellement :

Les gens qui font des psychoses. À chaque fois, il faut que tu reviennes sur l'information parce que ce n'est pas ce qu'il a entendu, puis il faut que tu reprennes, il faut que tu fasses, tu défasses, puis tu refasses, ah oui. Il faut que tu amènes des preuves à l'appui parce qu'eux autres, ils entendent des choses que nous autres on n'a pas dites nécessairement...Ah oui, on met des heures (GC-R4, P13, 321).

Certains clients présentent aussi des traits de personnalité qui sont particulièrement dérangeants ou irritants pour le gestionnaire de cas comme le montrent les extraits suivants :

Des traits paranoïdes, ça c'est dur parce que finalement même si on donne notre meilleur, ça fini toujours par des commentaires négatifs. C'est le client qui prend le plus de notre temps. Il n'y a pas de façon de lui faire comprendre qu'on est là pour lui. Des fois, je vais dire "Monsieur, aujourd'hui, ça fait une heure que je travaille sur votre dossier, je ne peux pas vous dire ce qui se passe avec votre dossier". Même si on dit ça, ça fait téflon là, ça ne colle pas. Ils ont une personnalité particulière, ils se complaisent à être négatifs, puis à entretenir une colère finalement (GC-R2, P30, 217).

J'ai des clients qui ont des troubles de personnalité. C'est très exigeant. Je vais aller en voir une cliente cette semaine-là. Quand tu es rendu que tes souliers, il faut que tu les places à tel endroit, à telle hauteur puis il ne faut pas qu'il y ait de neige sur tes chaussures sinon ça la déstabilise. C'était même compliqué de placer ma chaise. Un moment donné, j'ai recadré puis j'ai dit : "Ma chaise je vais la placer comme ça. Je suis en visite". Tout est lourd. Je ne fais pas d'autres visites après celle-ci. J'ai parlé à l'intervenante qui était là avant moi et elle me disait qu'elle n'était pratiquement plus capable d'y aller tellement ça venait la chercher. La cliente est déplaisante, elle est méchante, elle amplifie tellement ses problèmes. Bref, c'est exigeant (GC-R3, P32, 464).

Le gestionnaire de cas doit donc être en mesure de soulager et d'accompagner adéquatement tous les clients, peu importe leurs problématiques de santé physique ou psychologique. Il doit adapter son approche aux capacités psychologiques de ses clients et il doit tolérer les personnalités et les comportements bizarres. Le traitement de cette classe de situations devrait permettre aux gestionnaires de cas de raffiner leurs habiletés en relation d'aide, leurs capacités d'évaluation et de triage.

#### **4.3.10 Soutien aux aidants naturels**

Cette classe regroupe des situations qui touchent le soutien offert par le gestionnaire de cas aux aidants naturels, c'est-à-dire les personnes qui aident les clients à maintenir un niveau optimal de santé et de qualité de vie. Le tableau 4.10 présente des exemples de situations qui ont été soulevées par les répondants dans leur discours. L'aidant naturel peut être le conjoint du client, un proche, un ami ou une personne engagée par le client ou la famille. Cette personne est souvent le lien véritable qui relie le gestionnaire de cas au client. Son rôle est donc très important pour le maintien de la stabilité de sa situation. Par conséquent, le gestionnaire de cas doit s'intéresser aux circonstances qui les entourent comme le souligne ce répondant :

Les aidants naturels, c'est quoi le fardeau qu'ils peuvent vivre, c'est quoi un épuisement d'un aidant naturel, il faut qu'ils sachent ça, ça serait bon qu'ils [rencontrent] des groupes d'aidants naturels, qu'ils aillent voir comment ça se déroule un groupe de support pour aidants naturels. Ça, c'est une grosse

**Tableau 4.10**  
**Soutien aux aidants naturels**

Classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<b>Soutien aux aidants naturels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• État de santé précaire</li> <li>• Épuisement</li> <li>• Abandonnement du rôle</li> <li>• Refus d'implication</li> <li>• Difficile à satisfaire</li> <li>• Difficile à rejoindre</li> <li>• Victime d'abus par le client</li> <li>• Mécontent des services</li> <li>• Attentes déraisonnables de services</li> <li>• Manipulation malhonnête du client</li> <li>• Manque de compétences pour le rôle</li> <li>• Exploitation financière du client</li> <li>• Maltraitance physique du client</li> <li>• Saboteur de l'autonomie du client</li> <li>• Aidant et aidé comme clients</li> </ul>

partie qu'ils devraient développer. Un défi, c'est de connaître leur réalité puis de savoir bien interagir avec eux (F, P25, 235).

À cause de cela, l'absence d'un aidant naturel peut être problématique pour le gestionnaire de cas et nuire à son efficacité dans l'accompagnement d'un client. Le client dont l'état de santé est précaire et qui ne peut compter sur l'aide d'une personne dans son entourage est une source d'inquiétude pour le gestionnaire de cas. Dans d'autres cas, des proches sont présents, mais ne s'entendent pas entre eux sur les besoins du client. Ces deux exemples de situations montrent que l'absence d'un aidant naturel fiable peut rendre la tâche du gestionnaire de cas beaucoup plus difficile pour l'accompagnement du client :

Tous mes dossiers difficiles, même si ce sont de petits profils, les problématiques c'est toujours quand on n'a pas de lien de confiance, absence d'aidant naturel, pas de réseau, isolement, discorde familiale, dynamique familiale à la dérive. Je trouve que c'est vraiment un des enjeux. Si on n'a pas de famille, on est dans le trouble (GC-R4, P32, 73).

Lorsqu'un aidant naturel est présent auprès du client, plusieurs situations peuvent se présenter. La personne peut abandonner son rôle de manière volontaire ou involontaire. La perte involontaire de l'aidant naturel peut survenir à cause d'un problème de santé qu'il développe soudainement. Dans ce cas, le gestionnaire de cas doit intervenir rapidement pour s'assurer que la situation du client est sécuritaire jusqu'au retour de l'aidant naturel. Toutefois, si celui-ci ne reprend pas son service, il doit gérer la nouvelle situation qui se présente comme le raconte celui-ci :

Le couple avait deux services à domicile, ce n'était pas énorme, le reste était compensé par l'époux. L'époux fait un arrêt cardiaque et il est réanimé. Ils partent tous les deux pour l'urgence. La dame est à l'urgence puis le personnel de l'urgence dit : "Qu'est-ce qu'on fait avec elle, elle n'a plus de répondant?" Donc, une situation qui est très stable, peut se déstabiliser assez rapidement. Il y a juste un pion qui tombe, puis tout le château de cartes s'effondre. Une nouvelle situation se développe puis après ça tu te retrouves avec deux personnes qui ne sont plus capables de fonctionner. Ça ne prend pas grand-chose pour que ça devienne une urgence, puis quelque chose de problématique (GC-R3, P27, 45).

L'aidant naturel peut aussi se désister volontairement de son rôle. Dans ce cas, le gestionnaire de cas doit établir un nouveau lien de confiance avec la personne qui le remplace :

[L'aidant naturel] *She just stepped to the side. She said: "You are not dealing with me now. You are dealing either with my husband or my brother". Certain people have to do that. They realize they just can't for whatever reason; they don't have the emotional strength to deal with certain situations where it is too troubling or too taxing. For the good of everybody, it is best that they step back and let someone else take charge. The brother, thank goodness, was willing to take charge. He is showing good faith and it's really with whom I am working with. He is the primary care giver now to his mother (GC-R1, P29, 133).*

Le gestionnaire de cas travaille aussi avec des aidants naturels qui en font beaucoup trop pour le client et qui risquent de s'épuiser à la tâche. Puisqu'il est un partenaire très

important pour le soutien du client, le gestionnaire de cas doit prévenir son épuisement en mettant les ressources nécessaires pour le soutenir dans son rôle :

Il y a ceux qui ne veulent rien, puis à qui on dit "Regarder ça n'a pas de bon sens de baigner votre mari de 300 livres, vous en pesez 92, vous allez vous blesser, on va vous aider, on va vous envoyer quelqu'un, on va vous montrer comment faire" (GC-R5, P27, 261).

Le rôle d'aidant naturel est exigeant et épuisant et certains d'entre eux ne le font pas par choix, mais par obligation. Ces personnes sont particulièrement à risque d'épuisement et peuvent avoir besoin d'un soutien psychosocial :

L'épuisement de l'aidant naturel ça arrive ça aussi. Vient toute la question psychosociale avec ça. Pourquoi il garde le client à la maison...des fois les enfants ont fait des promesses à leurs parents puis tout ça. Les aidants naturels non volontaires ça arrive aussi (GC-R3, P27, 257).

À l'occasion, le travail avec les aidants naturels peut être frustrant pour le gestionnaire de cas. Par exemple, l'aidant naturel difficile à rejoindre requiert beaucoup de son temps :

Un aidant naturel sur cinq est plus ou moins là. Ça peut être juste du refus, mais ça peut être aussi qu'ils sont difficiles à rejoindre. Il y a une problématique X, pas juste on ne veut rien savoir de toi, mais ça travaille plus ou moins bien, c'est plus difficile, beaucoup de relances, plus d'encadrement à ce niveau-là (les autres manifestent leur d'accord). C'est l'effort que ça demande, ça ne finit plus les relances. Tu le tiens quasiment par la main (GC-R2, P27, 255).

Le soutien à l'aidant naturel comprend aussi l'aider à dédramatiser la situation lorsque les choses ne se déroulent pas comme il le souhaite :

Une autre crise que j'ai souvent [avec les aidants naturels] c'est le cas du traitement qui est remis au lendemain pour le patient qui s'est présenté et qui attend son traitement. Il est accompagné de sa fille, qui elle a le mandat de défendre, de s'assurer de la sécurité de son parent en traitement. Souvent, elle a pris congé de son travail pour l'accompagner. Il arrive qu'on ne puisse pas lui donner le traitement parce que sa formule sanguine n'est pas

adéquate. Et là, elle fait une crise. Il faut que mon père ait son traitement, ça pas d'allure... (IP-R3, P21, 291).

Comme les clients, les aidants naturels peuvent aussi avoir des attentes irréalistes envers les services et le réseau comme le montrent les extraits suivants :

On a des aidants naturels qui nous disent : "J'ai payé mes taxes toute ma vie, vous devez prendre soin plus que ça de mes parents". C'est sûr que les aidants naturels ont une grosse charge et que l'État remet des responsabilités à la famille. La famille a été habituée à un état providence qui vient combler la majorité des besoins, mais c'est comme pas tout à fait ça (F, P25, 92).

Il y a tout le discours [politique] sur le maintien à domicile, les services à domicile, on va aider les aidants naturels... On arrive chez le client puis l'aidant naturel dit : "Qu'est-ce que vous avez à nous offrir". On lui dit : "Il faudrait faire une petite demande d'aide au bain pour commencer, mais vous allez avoir à attendre". Il me répond : "Le gouvernement veut qu'on les garde, mais il ne fait rien pour nous, il n'a rien à nous donner". Il y a beaucoup d'attentes chez les aidants. Des fois, [ils me disent] « J'ai aidé là, vous allez me payer pour le garder, vous allez me donner de l'argent, vous allez me payer des vacances ». Il y a ça aussi... les attentes sont incommensurables (GC-R5, P27, 259).

Parfois, il arrive aussi que l'aidant naturel et l'aidé soient tous les deux des clients du gestionnaire de cas. Ces personnes peuvent être un couple ou avoir un lien de parenté. Cette situation apporte ses propres particularités. Ces personnes peuvent avoir des attentes ou des besoins différents, être insatisfaits des services offerts à l'autre personne ou être victimes de violence volontaire ou involontaire de la part de l'autre :

*An ALS [Amyotrophic lateral sclerosis] client whose wife, caregiver, has COPD [Chronic obstructive pulmonary disease] was hospitalized. She never came home; she passed away in the hospital. While she was in the hospital, my client had some home help but it was not enough to compensate for the loss of the caregiver. The client usually ends up en hébergement temporaire. It is not always what they want (GC-R3, P29, 257).*

Les couples aussi ce qui n'est pas facile, on est pris on dirait dans le système où des fois un client a tel profil avec démence puis l'autre c'est une déficience physique. Ils ne peuvent plus vivre dans leur maison, le défi c'est de trouver des milieux pour les garder ensemble si possible. Comme ils ont des profils différents, ils sont souvent hébergés à des endroits différents. C'est difficile de rallier les besoins d'un couple qui ont des profils différents (F, P25, 231).

Une des responsabilités du gestionnaire de cas est aussi de s'assurer du bien-être du client qui est pris en charge par un aidant naturel abusif. L'abus de la part du proche aidant peut se manifester de différentes façons comme le montrent les extraits suivants :

J'ai vu des situations épouvantables à domicile. L'aidant naturel disait oui, oui, je le fais, puis tout contredisait ce qu'il disait...tu vois des plaies qui ont percé (R3 approuve) moi j'ai vu ça...des fois tu aurais envie d'être la fille pour dire : "Maman c'est assez, papa, il faut qu'on le place" (GC-R5, P32, 413).

Un monsieur très âgé, grande perte d'autonomie qui a beaucoup d'argent, un patrimoine d'un million et plus. Il perd sa fille qui s'occupait de la gestion de ses sous. Il devient très déprimé, en perte de contrôle, des pertes de mémoire, de jugement, etc. Puis l'évaluation médicale dit qu'il y a de l'inaptitude et l'aidant naturel, le gendre de mon client, me dit : "Je n'ai pas suffisamment hérité au décès de ma femme, la fille du client, mais là, je veux vraiment hériter". Finalement, il voulait faire changer le testament (GC-R3, P32, 47).

Une situation particulièrement difficile pour le gestionnaire de cas est celle où l'aidant naturel refuse de s'affirmer dans son rôle et de collaborer dans une situation qu'il reconnaît lui-même comme étant problématique :

Un cas difficile c'est le refus des services par des clients qui en auraient besoin. J'ai un couple à domicile...où il y a de la violence conjugale de longue date. La dame a une démence importante. Ils ont accepté de me rencontrer à domicile en présence de leur fils. Une dynamique entre les enfants qui n'est pas évidente non plus là, des enfants qui ne parlent plus aux parents. Ils disent que tout va bien, mais tu vois le fils qui lève les yeux au ciel, mais qui ne dit rien. La dame qui dit : "Quand est-ce qu'à va partir elle", elle ne répond pas à mes questions. Je suis là pour elle et je vois qu'il

y a des lacunes, qu'il y a des choses qui se passent qui pourraient mettre la dame en danger dans le sens qu'elle reste seule à domicile pour quelques heures. Je sais très bien qu'elle n'est pas capable de se faire à manger et plein d'autres choses. En même temps, le fils ne veut pas confronter ses parents. À ce moment-là, il me dit, "On va prendre l'information puis on va voir". C'est toujours sur la glace. Il n'est pas capable de dire à ses parents que la situation n'a plus de bon sens (GC-R2, P32, 55).

Le cas contraire peut également se présenter. Le gestionnaire de cas peut avoir à interagir avec une personne qui s'affirme comme aidant naturel, mais qui n'a pas les compétences pour remplir ce rôle. Il peut exercer un contrôle excessif sur le client et par la même occasion brimer son autonomie :

J'ai une cliente âgée qui demeure au sous-sol de la résidence d'une aidante naturelle qui est accueillante, souriante, mais qui ne l'aide pas à maintenir son autonomie. La cliente ne se rend jamais chez la coiffeuse, ne connaît ni ne gère son budget, elle n'a pas le droit de répondre au téléphone et éprouve de la difficulté à monter l'escalier. L'aidante naturelle refuse les services parce qu'elle affirme qu'elle est capable de s'occuper de la cliente. (Vidéoconférence 1.3.10)

Peu importe la situation ou les circonstances, le gestionnaire de cas doit être capable de travailler efficacement avec tous les aidants naturels. Le traitement de cette classe de situation devrait permettre aux gestionnaires de cas de développer et d'élargir leurs stratégies pour mieux interagir et soutenir les aidants naturels dans leur rôle. Il devrait aussi leur permettre de dépister les signes d'épuisement et de détresse chez le proche aidant et de les orienter vers les différentes ressources qui peuvent l'aider.

#### **4.3.11 Gestion des événements imprévus**

Cette classe regroupe des situations qui bouleversent l'horaire du gestionnaire de cas et qui exigent une attention immédiate de sa part. Le tableau 4.11 présente des exemples de situations rapportées par les répondants au cours des différentes activités de recherche qui entrent dans cette classe. Il peut s'agir d'interruptions causées par les clients, les aidants naturels, les collègues ou les partenaires. Pour ce qui est des clients, ils peuvent

**Tableau 4.11**  
**Gestion des événements imprévus**

Classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<b>Gestion des événements imprévus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renversement d'une décision à la dernière minute</li> <li>• Crise émotionnelle du client/aidant naturel</li> <li>• Hospitalisation soudaine de l'aidant naturel</li> <li>• Lettre d'intention suicidaire d'un client</li> <li>• Demande d'aide urgente d'un collègue/partenaire</li> <li>• Rencontre impromptue</li> </ul>

l'appeler pour diverses raisons: vouloir rapporter l'apparition de symptômes débilissants, un état de santé précaire ou une détresse psychologique. Ces personnes requièrent une intervention rapide de sa part ou elles doivent être redirigées immédiatement vers un autre intervenant comme le montrent les témoignages suivants :

La personne arrive dans le bureau, puis il y a une urgence, il faut se mettre en deuxième vitesse pour réagir rapidement (IP-R1, P20, 189).

Quand on évalue un client, souvent son état de santé, ça bascule, ça bascule vite, et là, il faut trouver des solutions, il faut trouver de l'aide, il faut mettre des services en place (GC-R1, P27, 139).

Des patients qui se présentent parce qu'ils font de la température ou ils ont un symptôme, une mucosité. Ils ne nous ont pas avisés, puis ils s'attendent à ce qu'on les voit...Ça, ça fait des crises aussi. C'est pour ça qu'on manque toujours de temps parce qu'on peut rien planifier dans une journée parce qu'il y a des crises tout le temps comme ça (IP-R3, P31, 337).

Si on parle de crise comme vraiment des interventions comme le suicide, j'en ai c'est sûr, un appel du client puis il faut y aller. On fait un plan de non-suicide avec le client, puis on fait une intervention ponctuelle, tout de suite, c'est urgent (GC-R1, P32, 159).

Les aidants naturels interrompent aussi le travail quotidien du gestionnaire de cas. Il peut vouloir lui signifier qu'il n'est plus capable de remplir son rôle auprès du client. Dans ce

cas, le gestionnaire de cas intervient en l'écoutant et en lui proposant une aide qui peut alléger sa tâche dans l'immédiat :

Un aidant naturel qui nous interpelle, il a une fatigue, il y a eu une crise, un épisode, quelque chose tout à coup, un événement qui survient et il dit : "Au secours, je ne suis plus capable". Ça tenu le coup, ça bien été jusque-là, mais là ce n'est plus possible (GC-R5, P32, 17).

Quand la famille t'appelle puis qu'elle dit : "Écoutez, on est désespéré, on ne sait plus quoi faire" (IP-R1, P31, 187).

La madame est arrivée au département, puis là elle est venue me chercher, puis elle dit: "Il faut que tu fasses quelque chose pour moi..." (IP-R4, P31, 195).

Ces interruptions peuvent aussi être causées par les membres de son équipe. Par exemple, l'aide familiale qui lui remet une note d'intention suicidaire écrite par un client ou le collègue qui désire des renseignements ou une intervention immédiate de sa part :

*The AFS worker [Aide familial social] went in for the daily care and the client had the AFS worker draw up a suicide note, what his intentions were and bring it back to me (GC-R2, P29, 285).*

Les attentes que les gens ont sur notre tâche et sur notre rôle. Aussitôt qu'on a une demande, il faudrait qu'on soit disponible immédiatement. C'est difficile parce qu'on n'est déjà pas disponible, on intervient auprès de d'autres personnes. Ça l'attente des autres c'est aussi un poids qu'on a sur nos épaules (IP-R3, P20, 191).

*Le page peut sonner trois, quatre fois [pour que j'intervienne] pour une famille en crise. Mais, je suis en rencontre familiale (IP-R1, P20, 199).*

Les partenaires peuvent aussi avoir besoin de renseignements ou d'aide sur-le-champ pour un client. Ceux-ci peuvent vouloir se plaindre du comportement d'un client ou de son manque d'hygiène comme le montrent les extraits suivants :

Un client qui vit seul à la maison. Il a été vu et évalué à la clinique de mémoire. Il a une démence. J'étais la gestionnaire de cas et je n'étais pas encore allée le rencontrer. Je me fais appeler par le personnel du bingo qui me dit : "Ça n'a plus de bon sens, le monsieur est sale, il pue, il est vraiment du genre itinérant. Faites de quoi, les autres personnes se plaignent". Donc, la situation de crise c'était vraiment que le [personnel du] bingo menaçait de le lâcher et que c'était [son soutien] principal. [Pour nous], les personnes du bingo sont nos yeux du milieu sur le client (GC-R5, P32, 121).

Une dame de 93 ans qui vit dans une résidence. Elle a une démence, des problèmes cardiaques... Elle a commencé à faire de l'errance, c'était à peu près 20 fois par matinée. Les préposés la reprenaient, ils allaient la reconduire à sa chambre, elle repartait. C'était rendu un peu infernal. Le personnel suffisait pas à la calmer... le personnel de la résidence m'a dit : "Faites de quoi, nous ne sommes plus capables, venez la chercher" (GC-R3, P32, 151).

À l'occasion, le gestionnaire de cas doit aussi interrompre ses activités pour rencontrer des intervenants d'autres établissements impliqués dans les soins de ses clients :

Lorsqu'un de ses usagers est hospitalisé, le gestionnaire de cas va à l'hôpital. La même chose avec l'unité de gériatrie... ou l'hôpital de jour. On ne peut pas planifier des choses comme ça (E, P24, 158).

Parfois, la gestion de cas devient aussi l'endroit où [trouver la solution à un problème]. Un client [militaire] qui fait une colère chez les Anciens Combattants. L'intervenant du milieu a appelé un représentant d'OSISS [Operational Stress Injury Social Support], et lui a dit : "Le client menace de faire un ménage sur la base". Le représentant d'OSISS se dit : "Mon Dieu, il faut faire quelque chose avec ça". Ça fait qu'il arrive ici puis il me dit : "Peux-tu m'aider?" (GC-R2, P30, 147).

Ainsi, le gestionnaire de cas doit réagir promptement à l'ensemble de ces interruptions et les accommoder dans son horaire. Le traitement de cette classe de situations devrait permettre aux gestionnaires de cas de développer et raffiner leurs compétences en organisation du travail, en gestion du temps et de crise.

#### 4.3.12 Gestion des aspects organisationnels

Cette classe regroupe l'ensemble des contraintes que le gestionnaire de cas rencontre dans sa pratique. Le tableau 4.12 présente des exemples de situations qui ont été rapportées par les répondants. Ces contraintes représentent les aspects ennuyeux et irritants associés à son travail. Elles ont été regroupées sous les catégories suivantes : rôle, encadrement organisationnel, partenaires, clients, familles et aidants naturels.

Quelques-unes de ces contraintes sont associées au rôle de gestionnaire de cas. Dans certains milieux étudiés, le titre de gestionnaire de cas est dévolu à tous les professionnels de la santé de l'établissement. Comme le rapporte ce gestionnaire de cas, tous les professionnels de la santé n'ont pas nécessairement la motivation ni les compétences requises pour exercer efficacement ce rôle :

*When the program started at the CLSC, everybody had to be a case manager. Now it's more nurses and social workers and less occupational therapists because of their smaller number. A lot of nurses don't want to be case managers because half of their time is taken up with dailies [treatments] they have to do. As a social worker, it is not to say that I do not have people to see but I don't have to see five or six in the morning, plus write up notes, plus be a case manager and a bunch of other things. I think the organization has to decide whose going to be case managers. Not everybody is a good case manager, not everybody likes the role, and not everybody does it well (GC-R5, P6, 424).*

Une deuxième contrainte touche la dualité du rôle de gestionnaire de cas. En fait, peu importe sa discipline, il vit un conflit par rapport à l'exercice de son rôle disciplinaire et celui de gestionnaire de cas comme le montrent les extraits suivants :

Supposons que le patient est suivi en gestion de cas et qu'il devient très malade, et qu'il a besoin de glycémies régulières. Si la gestionnaire de cas [infirmière] passe ses journées à faire des glycémies, elle ne fera plus sa job de gestionnaire de cas. Ça ne veut pas dire qu'elle ne donnera jamais de soins. C'est sûr qu'elles ne sont pas là pour assumer leur rôle professionnel, mais pour les situations psychosociales, la frontière n'est pas toujours évidente (F, P26, 255).

**Tableau 4.12**  
**Gestion des aspects organisationnels**

Classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<b>Gestion des aspects organisationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imposition du rôle</li> <li>• Dualité du rôle</li> <li>• Méconnaissance du rôle</li> <li>• Recours excessif à l'expertise</li> <li>• Changements organisationnels</li> <li>• Charge excessive de dossiers</li> <li>• Manque d'encadrement organisationnel et de soutien</li> <li>• Bureaucratie et tâches administratives</li> <li>• Fluctuation de la qualité des soins et services de certains établissements</li> <li>• Offre de services floue</li> <li>• Offre inflexible de services</li> <li>• Fluctuation de l'accessibilité aux services</li> <li>• Manque de soutien informatique</li> <li>• Manque de ressources humaines</li> <li>• Fréquent bris d'équipements</li> <li>• Environnement de travail inadéquat</li> </ul>

[L'aidant naturel qui veut faire changer le testament d'un client en sa faveur]. Donc, j'ai dû travailler beaucoup au niveau psychosocial là-dedans. Ça été difficile parce que ça m'a amené à briser mon lien parce que j'ai dû enlever mon chapeau de gestionnaire de cas, de coordination de services, pour dire : "Voici aidant, j'avais besoin de toi pour les services mais là j'enquête sur toi". C'est très difficile comme intervenant de porter ces deux chapeaux-là (GC-R3, P32, 47).

*[As case manager, I have to tell the client] "I am sorry you had 10 hours a week but now you can't have 10 hours because we reviewed your file and my supervisor and everyone decided you could have only 5 hours". So what does it do to your therapeutic role with that person, it destroys it. I think we all have problems to deal with that aspect [of the role] (GC-R5, P6, 98).*

En plus de vivre des conflits de rôle, d'autres aspects négatifs influencent sa motivation. Certains changements organisationnels l'amènent parfois à se poser des questions sur la

pertinence de son rôle, car il semble perdre de son importance et ses balises sont de plus en plus floues. Comme le soulève ce gestionnaire de cas, il devient difficile de le distinguer du rôle de l'intervenant pivot :

Actuellement, on flotte avec le rôle d'intervenant pivot du CLSC. On se dégage un peu de ce rôle, mais si ça continue d'ici un an ou deux, on va être des intervenants pivots point à la ligne (GC-R2, P27, 89).

Comme il a été mentionné à quelques reprises, la distinction entre le rôle de l'intervenant pivot et celui du gestionnaire de cas n'est pas claire dans le réseau de la santé. Comme les deux termes sont utilisés et que le personnel ne saisit pas bien ce qui les distingue, cela contribue à la confusion. Selon un superviseur clinique d'un CLSC local, l'intervenant pivot travaille au sein du CSSS, c'est-à-dire à l'interne tandis que le gestionnaire de cas intervient sur l'ensemble du continuum de soins et services soit à l'interne et à l'externe.

Même si la gestion de cas est implantée depuis plusieurs années dans les établissements de santé, le rôle du gestionnaire de cas est encore méconnu par certains intervenants du réseau entraînant une résistance de leur part à collaborer au plan d'accompagnement des clients. Ceci oblige le gestionnaire de cas à les éduquer par rapport à son rôle et à ses responsabilités :

C'est de ne pas être connu et reconnu dans ce sens que nous autres on est là pour défendre le client jusqu'à un certain point et j'ai l'impression de toujours aller quémander des réponses, aller quémander des services, aller quémander comme en disant "S'il vous plaît faites donc ça pour mon client" alors que j'apprécierais peut-être plus de collaboration de la part de tout le monde autant du côté administratif que de la santé mentale (GC-R1, P13, 174).

Il y a une désinformation du côté hospitalier par exemple. Les gens ne savent pas ce qu'on fait (GC-R2, P27, 54).

Des zones grises entre les intervenants. Entre mon rôle puis le rôle de l'infirmière qui va à domicile sur une base régulière versus moi qui coordonne les services. L'infirmière pense qu'il faudrait tel service puis moi je pense que non parce que pour l'*empowerment* du client, je pense qu'il ne faut pas trop en mettre. Des fois, on a aussi un plan un petit peu caché. On dit on va laisser la cliente s'épuiser parce que c'est plus possible pour elle de vivre à domicile. Pour cette raison, on ne mettra pas de l'aide six fois par jour parce que ce n'est pas réaliste, ça ne peut pas fonctionner. Il faut plutôt que la cliente chemine. Puis l'infirmière qui dit : "Non mettez-en, mettez-en, mettez-en" (GC-R5, P32, 430).

D'autres intervenants considèrent les gestionnaires de cas comme des experts et abusent de leur temps et de leur expertise en leur abandonnant leurs responsabilités comme le cite celui-ci :

Tu prends la tension artérielle d'un client parce qu'elles [les infirmières du département] ne l'ont pas prise. Le patient prend trois hypertenseurs et sa tension est à 92. C'est irritant. Ils ont comme perdu toute notion d'analyse parce que les pivots sont arrivés (IP-R3, P31, 656).

La gestion de cas peut aussi être vue par les autres intervenants comme un fourre-tout. Lorsque les intervenants ne savent plus quoi faire avec un client, ils le réfèrent en gestion de cas :

Cette espèce de capacité de fourre-tout qu'à la gestion de cas dans le sens que ça nous implique pas nécessairement, mais quand ça fait l'affaire des autres intervenants, lorsqu'ils ne savent pas où le référer, ils le réfèrent chez nous. On a à trouver une réponse. C'est souvent un problème au niveau des soins (GC-R3, P13, 209).

Le gestionnaire de cas travaille sur l'ensemble du continuum de soins et de services, ce qui complexifie sa tâche. Pour cela, il doit bénéficier d'un bon encadrement organisationnel et du soutien de ses superviseurs immédiats. Lorsque ces éléments sont déficients, le gestionnaire de cas en ressent les effets, et cela se répercute sur son rendement au travail :

On a peu de reconnaissance pour notre travail de nos employeurs. Il y en a des fois de petites brides, mais quand tu commences à te dire oh je pense qu'il vient de me faire un compliment. C'est parce que c'est assez discret. En gestion de cas, on est vraiment un bateau à la dérive. À la dérive dans le sens que notre champ de pratique est remis en question, notre type de clientèle aussi, notre place dans le réseau aussi, notre place dans l'équipe. Il n'y a pas de capitaine... (GC-R2, P27, 337).

De plus en plus, on nous ramène à l'intérieur de l'établissement et on nivelle. La clientèle de la gestion de cas n'a plus ce statut de précarité... On l'a ramenée au même niveau que toute autre clientèle. À mon avis, on a perdu de l'influence ou de la créativité parce qu'on ne peut plus essayer de choses. Il faut que ça rentre dans un cadre administratif qui n'est pas clair, qui n'est pas nécessairement ajusté à notre clientèle (GC-R5, P27, 72).

*Our team meetings are attended by way too many supervisors. The team exchange is not as good as it used to be, and is very service oriented, review of cases. I find that the real discussions are rare and also because we are pressured to present all kinds of cases, even if it's just for one bath it sucks up a lot of time. In fact, our time for our team meeting have shortened... We have only one hour, every two weeks, to present a case (GC-R5, P6, 387).*

Cependant, lorsque le gestionnaire de cas bénéficie d'un encadrement solide et du soutien d'une équipe aidante, il se sent alors appuyé et cela a une influence positive sur son travail :

Les rencontres interdisciplinaires c'est justement pour aller chercher les perceptions et tout ça des autres pour nous aider (IP-R3, P20, 132).

On est quand même privilégié ici d'avoir une équipe d'oncologie qui est assez développée. On a énormément de ressources puis on a beaucoup de support pour notre rôle, ça y fait pour beaucoup (IP-R2, P20, 855).

La lourdeur de la bureaucratie et les nombreuses tâches administratives à effectuer sont aussi des aspects contraignants associés à son rôle de gestionnaire de cas :

*There are positive sides for being a case manager but this is probably one of the downsides. When we are case managers we are managing all the*

*services. These services generally come from outside the agency. You are a secretary on the phone where 9 out of 10 things don't go smoothly; the service person does not show up, the client does not like the agency person, etc. You can spend hours on the phone doing that stuff (GC-R1, P6, 104).*

On peut passer la journée à chercher des affaires (GC-R4, P13, 191).

Une simple intervention, activité, rendez-vous, demande des fois un travail d'une heure et huit téléphones... (IP-R1, 845).

I have to go and talk to someone and that one has to talk to someone else... (GC-R5, P6, 98).

Comme on l'a vu, son rôle l'amène à travailler avec un continuum de soins et de services publics et privés. Néanmoins, le contrôle de la qualité des services n'est pas le même d'un établissement à l'autre l'obligeant ainsi à jouer le rôle d'inspecteur. Un rôle pour lequel il n'a aucune autorité, ni de moyens pour agir :

Il y a ce rôle-là qu'on est obligé de prendre aussi, parce qu'on n'a pas de moyen de vérifier si les services sont bien donnés parce que le réseau est plus ou moins présent. Quand les parents s'en vont dans des résidences privées, les membres de la famille deviennent un peu moins présents. Donc, on doit surveiller plus parce qu'on n'est jamais certain de la qualité du service. Je trouve que ça s'ajoute à notre rôle en gestion de cas. On nous fait jouer ce rôle-là. On joue un peu à la police parce qu'on est imputable [pour le bien-être du client] (GC-R6, P6, 294).

*A big frustration for us is that we don't have enough AFS [aide familial social] workers here so we contract out a lot. Unfortunately, the quality of the workers of agencies is not very good. They are not really well trained. For the one or two out of the 10 great workers that are experienced, empathetic with the client, know what they are doing, you have eight that don't know what they are doing, don't come on time... That is very difficult for us because what good is it to give people 4 or 5 hours of service if that service is not of any quality and we are paying for it (GC-R5, P6, 325).*

D'autres aspects frustrants du travail sont liés aux services. L'offre de services des établissements de santé du réseau est parfois vague. À cause de cela, la clientèle développe des attentes irréalistes par rapport aux services :

*The CLSC does not really give clear information about what people can expect in terms of services. It's all very vague. Over the last few years, they have tried to harmonize all the CLSC so that everybody is giving the same services, but they don't really spell it out to the population. When they hand out the pamphlets, people don't really know what they can get. On the other hand, they are always told: "You can get this, that, the moon from the CLSC". So they have high expectations (GC-R5, P6, 238).*

Avoir à demander des ressources dans les situations d'urgence est un autre aspect ennuyeux du travail. Ne pas pouvoir compter sur une offre de services fixe à proposer aux clients et aux proches entache ainsi la crédibilité du gestionnaire de cas :

Dans les situations d'urgence, on nous dit qu'on peut aider le client, mais je ne sais pas pour combien de temps. Par exemple, j'essayais de savoir peut-on avoir un mois de services, mais je ne le savais pas. C'est comme si je ne détenais pas l'information ni les outils dont j'ai besoin pour faire quelque chose d'adéquat pour répondre un petit peu mieux à des situations comme ça (GC-R6, P27, 29).

L'inflexibilité de l'offre de services est un autre aspect négatif. Comme les besoins des clients ne sont pas tous identiques, le gestionnaire de cas jouit de très peu de manœuvre pour aider les clients dont les besoins ne cadrent pas avec l'offre de services : « Ça ne rentre pas dans notre offre de services, il faut rentrer le client dans notre offre, ça devrait être le contraire. On devrait ajuster notre offre de services aux clients » (GC-R2, P27, 404).

Dans la plupart des milieux étudiés, l'offre de services n'est pas constante sur toute l'année. En fait, elle dépend des ressources financières allouées à l'établissement ou au réseau pour ses opérations. Cette accessibilité fluctuante des services rend le travail du gestionnaire de cas difficile. Pour ne pas perdre la face avec les clients ou les proches, il

ne peut leur répondre de manière affirmative parce qu'il n'est jamais certain des services qui lui seront alloués :

On évalue nos clients, on présente ces besoins à un comité, un assistant supérieur immédiat ou un assistant de coordination professionnelle. On doit présenter pour obtenir des services. On a évalué qu'en fonction des besoins, le client requiert de l'aide à tous les jours. Tu dois vendre, tu dois te déguiser en vendeur de marketing pour essayer de vendre l'idée parce qu'ils sont en restrictions budgétaires. Finalement non, ça va être trois fois par semaine, mais son besoin est de sept jours. On est capable de lui offrir trois jours pour l'instant, c'est mieux que rien. On rajoutera les 4 jours plus tard parce que les budgets sont en attente pour plusieurs mois. Alors, j'ai des clients qui ont des besoins *right now* bien ils sont en attente pour plusieurs mois. On se fait souvent appeler pour ça "Où est-ce que c'est rendu, ma mère n'a pas de service". On répond : "Payez-vous les en attendant...". On n'est pas capable d'accoter l'offre de services parce qu'il n'y a pas de budget, parce qu'il n'y a pas de personnel, parce que c'est de l'attente et ça ça m'irrite profondément quand tu as à évaluer puis tu parles à des gens qui ont de la misère, qui ont de la difficulté, qui vivent la maladie et qu'on doit leur dire vous devez attendre encore six mois, un an (GC-R1, P32, 458).

En tant que coordonnateur des soins et des services, le gestionnaire de cas a à cœur le bien-être de ses clients. Toutefois, lorsqu'il n'a pas de ressources, il ne peut pas remplir efficacement son rôle. Par exemple, sans ressources humaines, il ne peut pas aider la famille qui désire que son parent malade décède à la maison « *We used to have the patient, their love one dying at home; because we can't give them the hours they need, the client has to die at the hospital* » (GC-R6, P6, 323). Il ne peut pas non plus soutenir le client qui a des problèmes psychiatriques s'il n'obtient pas la collaboration des intervenants en santé mentale « On a de la difficulté à s'arrimer [avec la santé mentale], parce que c'est très compartimenté, silo. On se parle peu, alors c'est difficile d'intervenir, de faire des co-interventions » (GC-R1, P27, 45).

De plus, le gestionnaire de cas qui prend son travail au sérieux et qui est soucieux d'offrir un service de qualité à ses clients a de la difficulté à se réaliser sous le poids d'une charge élevée de dossiers :

Cet été, j'en eu au-delà de 100 dossiers, puis je n'ai pas l'impression d'avoir fait une bonne job. Tout ce que je faisais, c'était d'éteindre des feux (GC-R1, P13, 120).

Malheureusement à cause d'une charge excessive de clients [200], il y en a qu'on ne voit pas. Ce n'est pas parce qu'ils ne sont pas dans le besoin. C'est parce qu'on n'a pas le temps (fait un soupir de désolation) (IP-R3, P20, 170).

Pour être efficace dans son travail, même s'il a le sens de l'organisation, le sens des priorités et une bonne gestion du temps, il a besoin de ressources matérielles pour le faire, notamment d'un bon soutien informatique ainsi que de l'équipement en quantité suffisante et fonctionnel :

*We have a lot of system constraints. When things break down, it affects you as a case manager. If you have to get things out and the photocopying machine is not working, the fax machine is broken, somebody is making 800 copies of something and that's the only machine on the floor that is working, you can't use it. I find lately that every time they tell us that they are changing a system which would make it easier for us as a worker or a case manager, I know for a fact that it is going to be completely the opposite (GC-R1, P29, 564).*

*To work efficiently first of all we should all have laptops, so that we can do our notes when we go on visits, we can do our referrals...in the last couple years we got a computer in a room. If you are lucky you can have a computer but some of them are like from ancient times, they are those huge things for people who their eyesight is not good...if you want to have a good case manager you should have machinery that works. We spent a lot of our time as case managers doing that kind of thing but we don't have equipment to make us work efficiently (GC-R5, P6, 128).*

Tout travail comporte des aspects positifs et négatifs. Le gestionnaire de cas, comme tout autre travailleur, doit composer avec les contraintes de son environnement de travail. Le traitement de cette classe de situations devrait permettre aux gestionnaires de cas de porter un regard analytique et critique sur sa pratique professionnelle ainsi que sur les facteurs environnementaux qui peuvent avoir des répercussions sur son travail. Le

gestionnaire de cas pourra ainsi mieux comprendre et mieux accepter les aspects négatifs qui se rattachent à son rôle.

Cet exposé conclut la présentation des douze classes de situations qui ont été identifiées à partir du discours des répondants et que tout gestionnaire de cas rencontre dans sa pratique.

Le troisième et dernier volet de la description des résultats se poursuit par la présentation du profil de sortie d'un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas conçu selon une approche située.

#### **4.4 Présentation du profil de sortie d'un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas**

Ce dernier volet de l'étude présente le profil de sortie cadre d'un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas qui découle de la recherche doctorale. Le tableau 4.13 présente le profil de sortie d'un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas élaboré selon une approche située. Selon Jonnaert et ses collègues (2009), le profil de sortie d'un programme de formation doit être cohérent avec la perspective épistémologique retenue pour la définition de la notion de compétence. Cette étude s'inscrit dans une posture constructiviste et située et elle s'appuie sur la notion de compétence énoncée, c'est-à-dire « agie et vécue par une personne en situation » (Jonnaert, 2007a, p.7). Elle valorise une logique curriculaire du développement de compétences. L'idée centrale de cette perspective est que « la compétence se développe en action et en situation, elle est le pilote intelligent du traitement de la situation » (Jonnaert, 2007a, p. 5). Par conséquent, les apprentissages doivent être situés pour être porteurs de sens pour les apprenants. Selon Masciotra et Morel (2011) « aucun apprentissage n'a de sens en dehors de la situation dans laquelle la personne se trouve et le lieu où elle se trouve » (p. 2). Ainsi, la

**Tableau 4.13**  
**Profil de sortie d'un programme de formation interprofessionnelle et**  
**transdisciplinaire en gestion de cas**

<b>Profil de sortie</b> (Exprime les finalités des formations à travers les classes de situation)	<b>Buts généraux des formations</b> (Orientent les formations qui permettront aux gestionnaires de cas de traiter avec efficacité les classes de situations)
<b>1. Classes de situation du domaine professionnel</b>	<b>Les formations relevant du domaine professionnel devraient permettre aux gestionnaires de cas de :</b>
1.1 Régulation continue des émotions quant aux circonstances positives et négatives de la pratique	1.1.1 Prendre le contrôle de leurs humeurs et de leurs émotions 1.1.2 Utiliser intelligemment leurs émotions pour atteindre une résonance émotionnelle avec l'autre
1.2 Maintien de saines relations interpersonnelles	1.2.1 Prendre en compte les différences personnelles et sociales (la diversité) 1.2.2 Concilier les intérêts divergents de différentes personnes
1.3 Maintien de la confidentialité des renseignements médicaux et personnels des clients dans les transitions de services	1.3.1 Protéger les données médicales et personnelles des clients en tout temps conformément aux règles de la confidentialité
<b>2. Classes de situations du domaine de la gestion de cas</b>	<b>Les formations relevant du domaine de la gestion de cas devraient permettre aux gestionnaires de cas de :</b>
2.1 Gestion de cas simples (sans complication)	2.1.1 Rédiger des plans d'accompagnement individualisé 2.1.2 Distinguer le rôle du gestionnaire de cas de celui des autres intervenants du réseau de la santé
2.2 Défense des droits et des intérêts d'un client	2.2.1 Promouvoir les intérêts et les droits des clients auprès des différents intervenants du continuum de soins et de services 2.2.2 Maintenir un équilibre raisonnable entre la négociation et la défense des droits des clients
2.3 Leadership et collaboration interdisciplinaire	2.3.1 Planifier des rencontres interdisciplinaires 2.3.2 Animer des rencontres interdisciplinaires 2.3.3 Redresser constructivement les interventions qui dévient du plan d'accompagnement
2.4 Coordination des soins et des services	2.4.1 Utiliser les techniques de base pour réussir une négociation

<b>Profil de sortie</b> (Exprime les finalités des formations à travers les classes de situation)	<b>Buts généraux des formations</b> (Orientent les formations qui permettront aux gestionnaires de cas de traiter avec efficacité les classes de situations)
	2.4.2 Rallier les intervenants au plan d'accompagnement du client
2.5 Gestion des problèmes complexes des clients (la clientèle lourde)	2.5.1 Évaluer la situation complexe d'un client et de ses proches aidants en considérant les dimensions biopsychosociales et les services offerts 2.5.2 Utiliser son raisonnement et sa pensée critique pour résoudre les problèmes et faire face à l'urgence ou à la complexité de la situation 2.5.3 S'engager dans un processus de relation d'aide
2.6 Soutien aux aidants naturels	2.6.1 Dépister les signes d'épuisement et de détresse chez le proche aidant 2.6.2 Orienter les aidants naturels vers les différentes ressources
2.7 Gestion des événements imprévus	2.7.1 Adopter une méthode de travail efficace pour une gestion optimale du temps 2.7.2 Intervenir précocement dans les situations à risque 2.7.3 Gérer effectivement les situations de crise
2.8 Résolution des dilemmes éthiques et légaux	2.8.1 Gérer les dilemmes éthiques et légaux 2.8.2 S'approprier un cadre en vue d'une prise de décision responsable
<b>3. Classes de situations du domaine organisationnel</b>	<b>Les formations relevant du domaine organisationnel devraient permettre aux gestionnaires de cas de :</b>
3.1 Gestion des aspects organisationnels	3.1.1 Porter un regard analytique et critique sur sa pratique professionnelle et la place du gestionnaire de cas au sein du réseau de la santé 3.1.2 Faire connaître aux instances appropriées les vices du continuum de soins et services 3.1.3 Transformer les obstacles de leur pratique en opportunités

situation devient l'ancrage du développement des compétences et de la construction des connaissances.

Ce choix épistémologique entraîne une rupture avec la présentation traditionnelle du profil de sortie de l'approche par compétences. Ainsi, la logique de l'apprentissage se trouve inversée puisque ce ne sont plus les contenus disciplinaires qui guident le développement des compétences, mais bien les situations (Jonnaert et al., 2009). Dans l'approche traditionnelle, le profil de sortie précise les objectifs intégrateurs ou les compétences à maîtriser par l'apprenant au terme de sa formation (Otis et Ouellet, 1996). Pour sa part, le profil de sortie d'une approche située décrit les classes de situations que l'apprenant doit traiter avec succès pour être reconnu compétent à la fin de sa formation (Jonnaert et al., 2009). Par conséquent, un profil de sortie conçu selon cette perspective précise les classes de situations professionnelles que le gestionnaire de cas rencontre dans sa pratique. Lorsque transposé en contenu d'un programme de formation, ce profil de sortie se rapproche davantage du contexte réel de la pratique du gestionnaire de cas.

Pour la présentation du profil de sortie, les classes de situations professionnelles ont été subdivisées en trois domaines qui correspondent à l'ensemble des responsabilités d'un gestionnaire de cas. D'abord, le domaine *professionnel* qui représente les obligations de tout professionnel de la santé. Le domaine *gestion de cas* quant à lui regroupe les classes de situations pertinentes à la pratique du gestionnaire de cas avec ses clients. Finalement, le domaine *organisationnel* représente le contexte organisationnel dans lequel le gestionnaire de cas accomplit son travail. Le profil de sortie comprend douze classes de situations professionnelles dont trois relèvent du domaine professionnel, huit du domaine gestion de cas et une du domaine organisationnel.

Des buts généraux ont été ajoutés au profil de sortie afin de le préciser et de le rendre opérationnel (Cyr et Simbagoye, 2010). L'objectif général permet à l'apprenant de progresser dans le développement d'un agir compétent relatif à cette classe de situations. À partir des buts généraux, un programme de formation peut être développé.

Contrairement aux autres profils de sortie rédigés en fonction de compétences, celui-ci établit un lien entre la réforme des programmes d'études et les situations contextuelles

du gestionnaire de cas, les buts de formation, ainsi que les domaines de formation (Cyr et Simbagoye, 2010). Comme les autres profils de sortie, il doit être révisé périodiquement au fur et à mesure que les besoins de la clientèle suivie en gestion de cas changent ainsi que pour s'arrimer aux changements constants des systèmes de santé.

#### **4.5 Conception d'un programme de formation**

Un programme de formation qui vise le développement des compétences par les apprenants décrit des situations et les ingrédients utiles au traitement compétent (Jonnaert, 2007a). La classe de situations devient alors la source et le critère de la connaissance et des compétences (Jonnaert, 2002). Chaque classe de situations peut être utilisée pour développer un cours.

L'objectif de l'apprentissage d'un programme de formation située est d'aider les apprenants à développer les compétences nécessaires pour traiter les classes de situations qu'ils rencontreront dans leur pratique. À partir des classes de situations retenues dans le profil de sortie, les rédacteurs qui veulent concevoir un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas doivent développer une matrice du traitement compétent pour chacune des classes de situations du profil de sortie.

##### **4.5.1 Développement d'une matrice du traitement compétent**

Une matrice est une fiche pédagogique qui modélise le traitement compétent (Loubaki, 2010). Cette matrice présente les ingrédients nécessaires au développement des compétences en situation d'apprentissage, ainsi qu'au traitement efficace d'une classe de situations. Elle décrit l'ensemble des balises utiles à l'enseignement, à l'apprentissage, et à l'évaluation des compétences. La matrice comprend quatre cadres spécifiques : un cadre situationnel, un cadre d'actions, un cadre de ressources et un cadre d'évaluation. La procédure utilisée pour concevoir chacun de ces cadres est expliquée dans les prochains paragraphes. Ces matrices doivent être adaptées à la couleur et aux ressources

locales (Cyr et Simbagoye, 2010) parce qu'un programme de formation développé par un établissement de santé n'aura pas les mêmes attentes et les mêmes ressources que celui d'un établissement universitaire. De plus, le programme de formation doit être adapté à la clientèle cible (Loubaki, 2010). Le profil de sortie validé dans cette étude vise le développement de programmes de formation pour tout gestionnaire de cas, peu importe son lieu de travail et la clientèle qu'il dessert. La matrice du traitement compétent décrite dans cet exemple est inspirée de celle développée par les chercheurs de l'ORÉ.

#### **4.5.1.1 Le cadre situationnel**

Le cadre situationnel de chaque matrice du traitement compétent reprend la classe de situations du profil de sortie et inclut un certain nombre d'exemples de situations. Un exemple de cadre situationnel est présenté au tableau 4.14. La classe de situations retenue comme exemple est celle du *Leadership et collaboration interdisciplinaire*. Cette classe de situations sert de cadre de contextualisation (Masciotra et Medzo, 2009). Elle précise les propriétés communes à toutes les situations de la classe. Ces situations sont extraites des exemples de situations fournies par les participants à cette étude. La liste d'exemples de situations peut être enrichie par les enseignants si elles présentent les mêmes propriétés. Une situation est un ensemble de circonstances qui peuvent devenir soit des ressources ou des contraintes pour la traiter. Les exemples de situations sont donc des circonstances dans lesquelles le gestionnaire de cas peut se trouver à un moment où l'autre dans sa pratique. À la fin de sa formation, l'apprenant devrait être en mesure de traiter efficacement des situations similaires à celles qui entrent dans la classe. À partir du cadre situationnel, le cadre d'actions peut être développé.

#### **4.5.1.2 Le cadre d'actions**

Le cadre d'actions précise les catégories d'actions qui explicitent l'agir compétent ou le traitement compétent pour cette classe de situations. Un exemple de cadre d'actions pour

**Tableau 4.14**  
**Cadre situationnel de la matrice du traitement compétent**

<b>CADRE SITUATIONNEL</b>	
<b>Classes de situations</b>	<b>Exemples de situations professionnelles</b>
Leadership et collaboration interdisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontres interdisciplinaires intra-murales</li> <li>• Rencontres interdisciplinaires extra-murales</li> <li>• Rencontres de coordination de services à un établissement intra ou extra mural</li> <li>• Planification du congé d'un client d'un établissement de santé</li> <li>• Co-intervention pour un client</li> <li>• Coaching professionnel pour un cas spécifique</li> <li>• Travail d'équipe pour un cas complexe</li> <li>• Consultation professionnelle pour un cas</li> <li>• Cas référé par un professionnel de la santé</li> </ul>

cette classe de situations est présenté au tableau 4.15. Les catégories d'actions définissent les propriétés communes aux actions possibles dans la situation. Elles sont génériques et inclusives (Jonnaert et al., 2009). Elles précisent ce que fait le gestionnaire de cas compétent dans cette classe de situations. Pour identifier les catégories d'actions, il faut se poser la question suivante : Que fait le gestionnaire de cas compétent pour traiter la classe de situations par exemple *Leadership et collaboration interdisciplinaire*? Les catégories d'actions sont des énoncés qui découlent du contexte de la recherche et qui explicitent le traitement compétent attendu du gestionnaire de cas. Chacune de ces catégories d'actions regroupe un ensemble d'exemples d'actions possibles pour la catégorie d'actions. Comme ces actions spécifiques peuvent varier d'une situation à l'autre, il est préférable de se limiter à quelques exemples représentatifs. Le cadre d'actions pour cette classe de situations est présenté au tableau 4.15. Ces actions sont guidées par un ensemble de ressources qui sont précisées dans le cadre de ressources.

**Tableau 4.15**  
**Cadre d'actions de la matrice du traitement compétent**

<b>CADRE D' ACTIONS</b>	
<b>Catégories d'actions</b>	<b>Exemples d'actions</b>
Préparer une rencontre interdisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réviser les cas à discuter</li> <li>• Préparer un plan</li> <li>• Inviter les participants</li> <li>• Préparer le matériel nécessaire</li> <li>• Réserver le local</li> <li>• Organiser le local</li> </ul>
Diriger une rencontre interdisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposer les éléments pertinents de la situation du client</li> <li>• Clarifier les rôles et l'apport de chacun</li> <li>• Faciliter l'échange d'information entre les participants</li> <li>• Rallier les participants au plan d'accompagnement du client</li> <li>• Déléguer les tâches et les responsabilités aux autres</li> <li>• Effectuer le suivi des tâches</li> </ul>
Participer au processus de prise de décision partagée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décrire son rôle et ses responsabilités aux autres</li> <li>• Reconnaître et respecter les limites de son rôle, de ses responsabilités et de ses compétences</li> <li>• Apprécier les différences de points de vue, motivations et intérêts des collègues</li> <li>• Travailler avec les autres à l'atteinte d'un but commun</li> </ul>

#### **4.5.1.3 Le cadre de ressources**

Le cadre de ressources précise les ressources susceptibles d'être mobilisées par le gestionnaire de cas en action et en situation. Le tableau 4.16 présente un exemple de cadre de ressources pour cette classe de situations. Elles comprennent des savoirs, des attitudes et d'autres ressources qui peuvent être matérielles et humaines. Ces ressources

**Tableau 4.16**  
**Cadre de ressources de la matrice du traitement compétent**

<b>CADRE DE RESSOURCES</b>		
<b>Savoirs</b>	<b>Attitudes</b>	<b>Autres ressources</b>
Concept de collaboration interprofessionnelle Travail en équipe Dynamiques de groupe Techniques de communication en groupe Techniques d'animation Concept du praticien énantif	Écoute active Sensibilité Respect des autres Confiance en soi Affirmation de soi Tolérance Ouverture aux nouvelles idées	<u>Ressources humaines</u> Enseignant Collègues Invités, etc. <u>Ressources matérielles</u> Documents Multimédia Internet, vidéo

sont disponibles pour l'apprenant mais le choix de les utiliser ou non pour la réalisation des actions lui appartient. L'ensemble des ressources identifiées dans la matrice du traitement compétent de la classe de situations Leadership et collaboration interdisciplinaire résultent de la question suivante: « Quelles sont les ressources indispensables au traitement des situations de cette classe de situations? » Pour identifier les savoirs relatifs aux catégories d'actions, une consultation de la littérature sur ces sujets a été nécessaire. Pour ce qui est des attitudes, celles-ci découlent d'une part du discours des participants, et d'autre part, de dispositions personnelles rapportées dans la littérature qui peuvent guider les actions de cette classe de situations. D'autres ressources peuvent être mises à la disposition de l'apprenant. Lors du traitement de la situation, l'apprenant peut vouloir faire appel, par exemple, à un collègue, utiliser l'Internet pour confirmer des faits ou consulter des documents officiels.

#### **4.5.1.4 Le cadre d'évaluation**

Le tableau 4.17 présente le cadre d'évaluation. Dans une perspective située, ce sont les traitements compétents des classes de situations du profil de sortie qui sont les finalités des formations. Ainsi, le cadre d'évaluation pour la classe de situations *Leadership et collaboration interdisciplinaire* propose les éléments utiles à l'évaluation du traitement

**Tableau 4.17**  
**Cadre d'évaluation de la matrice du traitement compétent**

<b>CADRE D'ÉVALUATION</b>	
<b>Attentes</b>	<b>Critères</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participe à des rencontres interdisciplinaires extra-murales</li> <li>• Anime des rencontres interdisciplinaires intra et extra-murales</li> <li>• Participe au développement d'un plan d'accompagnement interdisciplinaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Applique les principes du travail d'équipe et de la collaboration interdisciplinaire</li> <li>• Respecte les opinions et les points de vue des autres</li> <li>• Fait preuve de sensibilité et de flexibilité dans ses interactions</li> <li>• Examine et modifie ses propres croyances et perspectives en vue de répondre aux besoins des clients</li> <li>• Travaille effectivement avec différents groupes de personnes</li> <li>• Assume ses responsabilités</li> </ul>

compétent pour cette classe. Il décrit les attentes par rapport à ce que le gestionnaire de cas devrait pouvoir réaliser au terme de sa formation. Les catégories d'actions à intégrer sont précisées ainsi que les savoirs et les attitudes sur lesquels repose le traitement. Il précise en plus les critères qui permettent de vérifier dans quelle mesure le traitement compétent de la situation est réussi et acceptable.

#### **4.5.2 Exemple de matrice du traitement compétent**

Le tableau 4.18 rassemble les quatre cadres de la matrice du traitement compétent de la classe de situations : Leadership et collaboration interdisciplinaire et les présente en une seule fiche pédagogique.

Pour les douze classes de situations identifiées dans le profil de sortie présenté au Tableau 14.3, une matrice du traitement compétent doit être développée pour concevoir un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas.

**Tableau 4.18**  
**Matrice du traitement compétent de la classe :**  
**Leadership et collaboration interdisciplinaire**

Cadre situationnel		Cadre d'actions		Cadre de ressources	Cadre d'évaluation	
Classes de situations	Exemples de situations	Catégories d'actions	Exemples d'actions	Ressources	Attentes	Critères
Leadership et collaboration interdisciplinaire	<p>Rencontres interdisciplinaires intra-murales</p> <p>Rencontres interdisciplinaires extra-murales</p> <p>Rencontres de coordination de services à un établissement intra ou extra mural</p> <p>Co-intervention pour un client</p> <p>Coaching professionnel pour un cas spécifique</p> <p>Consultation professionnelle pour un cas</p>	<p>Préparer une rencontre inter-disciplinaire</p> <p>Diriger la rencontre inter-disciplinaire</p>	<p>Réviser les cas à discuter</p> <p>Préparer un plan</p> <p>Inviter les participants</p> <p>Préparer le matériel nécessaire</p> <p>Réserver le local</p> <p>Organiser le local</p> <p>Exposer les éléments pertinents de la situation du client</p> <p>Clarifier les rôles et l'apport de chacun</p> <p>Faciliter l'échange d'information entre les participants</p> <p>Rallier les participants au plan d'accompagnement du client</p> <p>Effectuer le suivi des tâches</p> <p>Décrire son rôle et ses responsabilités aux autres</p> <p>Reconnaître et respecter les limites de son rôle, de ses responsabilités et de ses compétences</p>	<p><u>Savoirs</u></p> <p>Concept de collaboration interprofessionnelle</p> <p>Travail en équipe</p> <p>Dynamique de groupe</p> <p>Techniques de communication en groupe</p> <p><u>Attitudes</u></p> <p>Écoute active</p> <p>Sensibilité</p> <p>Ouverture aux nouvelles idées</p> <p><u>Ressources humaines</u></p> <p>Enseignant</p> <p>Collègues</p> <p>Invités, etc.</p> <p><u>Ressources matérielles</u></p> <p>Documents</p> <p>Multimédia</p> <p>Internet, vidéo</p>	<p>Participe à des rencontres interdisciplinaires extra-murales</p> <p>Anime des rencontres interdisciplinaires intra et extra-murales</p> <p>Participe au développement d'un plan d'accompagnement interdisciplinaire d'un cas complexe</p>	<p>Applique les principes de la collaboration interdisciplinaire et du travail d'équipe.</p> <p>Respecte les opinions et les points de vue des autres</p> <p>Fait preuve de sensibilité et de flexibilité dans ses interactions</p> <p>Examine et modifie ses propres croyances et perspectives en vue de répondre aux besoins des clients</p> <p>Travaille effectivement avec différents groupes de personnes</p> <p>Assume ses responsabilités</p>

## **CHAPITRE 5**

### **DISCUSSION DES RÉSULTATS**

La gestion de cas est un processus collaboratif orienté vers l'intégration et l'harmonisation des services sociaux et de santé d'une clientèle vulnérable et ciblée. L'efficacité de la gestion de cas repose sur l'agir compétent du professionnel de la santé qui occupe le poste de gestionnaire de cas. Pour cette raison, cette étude s'intéresse d'abord à décrire l'agir compétent attendu du gestionnaire de cas qui œuvre au sein du réseau québécois de la santé. Cette description contribue aussi à préciser le contexte de la gestion de cas.

Comme les gestionnaires de cas proviennent de disciplines et d'établissements de santé variés, et que selon une perspective située, l'agir compétent se développe en action et en situation, cette étude cherche également à identifier les classes de situations professionnelles que tout gestionnaire de cas devrait être en mesure de traiter efficacement dans sa pratique. Ce cadre de situations professionnelles constitue le matériau de base nécessaire au développement d'un profil de sortie qui a pour but de concevoir un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas. Le développement de ce profil de sortie selon une perspective située est l'objectif final de la recherche doctorale. L'agir compétent attendu et les ressources personnelles qui le sous-tendent ont été présentés au chapitre précédent. On retrouve aussi dans ce même chapitre, la démarche de construction du profil de sortie situé et d'un exemple de matrice du traitement compétent qui en découle.

Ce chapitre résume les principaux résultats de l'étude et les discute en lien avec la littérature recensée. La première partie fait un retour sur l'agir compétent en gestion de cas et les ressources personnelles qui le canalisent. Les résultats sont mis en lien avec les éléments théoriques et pratiques. La deuxième partie présente une réflexion quant à la démarche de développement d'un profil de sortie situé et décrit les principaux défis

rencontrés. Le chapitre se conclue sur un regard critique de la démarche d'élaboration et de validation d'un profil de sortie éducatif.

### 5.1 L'agir compétent en gestion de cas

L'agir compétent en gestion de cas touche un grand nombre de personnes, mais l'étude montre qu'il s'adresse davantage aux clients et aux fournisseurs de services. Les résultats révèlent que l'agir compétent du gestionnaire de cas à l'égard des clients, tel que conçu par les participants interrogés, est centré autour de trois thèmes principaux : l'engagement du client dans la démarche de gestion de cas, le développement de son plan d'accompagnement et l'accompagnement qui s'ensuit. Ce qui transparaît de ces résultats est l'interdépendance entre ces trois thèmes. Comme il a été cité précédemment, l'engagement du client dans la gestion de cas est une étape essentielle à une démarche harmonieuse. Le gestionnaire de cas qui réussit à engager le client dans la démarche de gestion de cas peut arriver à transformer une situation difficile en situation optimale. Cet engagement se bâtit par un accueil chaleureux et l'établissement d'une relation de confiance. Toutefois, cette relation de confiance dépend largement du climat affectif que le gestionnaire de cas entretient avec ses clients. Lorsque ce lien de confiance existe, les deux autres étapes soit le développement du plan et l'accompagnement du client sont grandement facilitées.

Ces résultats rejoignent ceux de Lamb et Stempel (1994). Ces derniers soutiennent que la relation qui s'établit entre le client et le gestionnaire de cas est un processus évolutif qui comprend trois phases distinctes: l'attachement (*bonding*), le travail (*working*) et le changement (*changing*). Dans la phase d'attachement, le client considère le gestionnaire de cas comme un « expert » ou une personne de l'extérieur qui détient une expertise, et qui désire l'aider à se maintenir sur sa trajectoire de santé. Au cours de la phase d'attachement, lorsque le lien de confiance est établi, la perception du client se modifie. L'expert se transforme en allié (*insider*), en d'autres mots, en une personne qui le connaît bien, qui s'intéresse à lui personnellement, et qui désire son bien. Cependant,

l'établissement de cette relation de confiance n'est pas automatique. Elle dépend de la résonance émotionnelle qui se crée entre les deux personnes. Le gestionnaire de cas qui réussit ce passage, s'engage envers ses clients et veille à leur bien-être en défendant leurs intérêts. Il fait preuve aussi d'une grande disponibilité à leur égard. Dans une telle relation, le client se sent épaulé et bien encadré par un gestionnaire de cas compréhensif. Le client devient ainsi plus disposé à travailler et à améliorer sa situation. Dans la phase du travail, le client est capable de prendre de plus grandes responsabilités et même certains risques pour recouvrer son autonomie ou sa santé. En s'engageant davantage dans le processus de changement, le client retrouve graduellement son pouvoir d'agir sur sa situation. À cette étape de la relation, le client accepte plus facilement les conseils et les services proposés par le gestionnaire de cas car il sait qu'en cas de difficultés, il peut compter sur lui.

Ainsi, les résultats de cette étude et ceux de Lamb et Stempel (1994) montrent l'importance de l'établissement de cette connexion émotionnelle entre le gestionnaire de cas et le client pour une démarche efficace en gestion de cas. Comme l'ont affirmé les répondants, lorsque la confiance règne, le travail du gestionnaire de cas est plus satisfaisant parce que le client collabore davantage.

Une bonne collaboration avec le client apporte d'autres bénéfices. Elle renforce le sentiment de compétence, d'estime de soi et d'importance des personnes engagées dans la relation. Le gestionnaire de cas qui a un bon rapport avec ses clients a le sentiment d'avoir réussi et d'avoir bien fait son travail (Henneman, Lee et Cohen, 1995). En principe, tous les professionnels de la santé devraient être capables d'effectuer le passage d'expert à allié (*insider*). Toutefois dans la pratique, ce n'est pas toujours ce qu'on observe. Or, en contexte d'apprentissage, cet agir compétent peut être développé et enrichi par une exposition à des situations qui le demandent.

De plus, les résultats de l'analyse des données mettent en lumière que l'agir compétent en gestion de cas se traduit également par un savoir interagir avec les fournisseurs de

services. Comme il a été mentionné précédemment, les principales responsabilités du gestionnaire de cas sont l'identification des besoins du client et la coordination des services requis. Le gestionnaire de cas, à lui seul, ne peut arriver à satisfaire tous les besoins de ses clients. Il a presque toujours besoin d'un effort collectif pour combler l'ensemble des besoins de ses clients. Le niveau de collaboration nécessaire pour réaliser cette action collective n'est pas toujours le même. En effet, ce niveau varie selon les besoins individuels des clients. Le rôle du gestionnaire de cas est d'obtenir la collaboration des intervenants impliqués dans le plan d'accompagnement du client et de focaliser tous les efforts vers l'atteinte des buts visés. Une collaboration efficace avec les fournisseurs de services facilite également les transitions de soins. Ainsi, pour obtenir la collaboration des fournisseurs de services, le gestionnaire de cas doit arriver à créer un climat de coopération mutuelle.

En effet, les résultats de cette étude suggèrent que l'agir compétent en gestion de cas repose en grande partie sur la notion de collaboration, c'est-à-dire un « savoir être avec l'autre » et un « savoir-faire ensemble ». Ainsi ces résultats appuient les études récentes sur les pratiques de collaboration (Careau, Brière, Houle, 2009; Oandasan, Baker, Barker Bosco, D'Amour, Jones, Kimpton, Lemieux-Charles, Nasmith, San Martin Rodriguez, Tepper et Way, 2006).

Le continuum des pratiques de collaboration développé par Oandasan et ses collègues (2006) et adapté subséquemment par Careau, Brière, Houle (2009) s'applique aisément à la gestion de cas. Selon Brière (2009), le niveau d'interdépendance requis dans la collaboration est directement proportionnel à la complexité des besoins des clients. Dans sa charge de travail, le gestionnaire de cas se voit attribuer des dossiers de clients qui présentent des niveaux de complexité variable. Par conséquent, il doit pouvoir faire appel à différents types de collaboration pour répondre adéquatement aux besoins de ses clients. Néanmoins, il est important de souligner que le gestionnaire de cas travaille rarement en unidisciplinarité, puisqu'il ne peut répondre lui-même à l'ensemble des

besoins de ses clients. Presque tout son travail s'effectue dans des contextes qui sont, soit multidisciplinaires ou interdisciplinaires. La gestion des dossiers moins complexes s'effectue en contexte multidisciplinaire et exige une collaboration de faible intensité avec les collaborateurs. Le gestionnaire de cas qui consulte un ergothérapeute ou un physiothérapeute pour gérer un aspect du dossier de son client est un exemple de ce type de collaboration. Lorsque le client requiert plusieurs services pour répondre à ses diverses problématiques, son travail consiste alors à coordonner les efforts d'intervenants qui travaillent de façon indépendante (Oandasan et Reeves, 2005). Sa pratique se situe alors dans un contexte multidisciplinaire, et par conséquent, nécessite une collaboration interprofessionnelle.

Cependant, un bon nombre de ses dossiers exigent un niveau de collaboration et d'interdépendance beaucoup plus intenses. Notamment, lorsque le client présente des problèmes de santé et sociaux multiples, le plan d'accompagnement est souvent développé en concertation avec d'autres professionnels lors de rencontres interdisciplinaires car l'accompagnement d'un tel client requiert l'intégration des connaissances et l'expertise de plusieurs professionnels de la santé. Une démarche optimale pour ce client commande une prise de décision partagée (D'Amour, Ferrada-Videla San martin Rodriguez et Beaulieu, 2005) dans un contexte interdisciplinaire et sollicite une collaboration interprofessionnelle. Pour répondre aux besoins d'un client qui présente des problématiques multiples, un groupe de professionnels de la santé travaillent en collaboration et de façon intégrée vers un objectif commun (D'Amour et Oandasan, 2005; Oandasan et Reeves, 2005) qui est le développement du plan d'accompagnement du client. Ainsi, dans un contexte interdisciplinaire, le gestionnaire de cas doit « savoir être avec l'autre » et « savoir-faire ensemble » (Brière, 2009). Puisque les systèmes de santé tendent de plus en plus vers le désengorgement des établissements de santé publics, on peut facilement conclure que le nombre de cas complexes à la charge du gestionnaire de cas continuera de s'accroître. Il est donc

important pour les gestionnaires de cas de savoir interagir avec les autres professionnels de la santé dans un contexte d'interdisciplinarité.

La collaboration interprofessionnelle est exigeante et demande des compétences spécifiques. Selon Desbonnet (2005), la collaboration, la coopération et la communication sont des compétences essentielles à une action collective. Le gestionnaire de cas qui travaille dans un contexte d'interdisciplinarité doit savoir en quoi consiste sa contribution par rapport aux résultats et aux objectifs visés par l'équipe (Lindeke et Block, 1998; Evans, 1994; Mariano 1989). Il doit aussi pouvoir exprimer aux autres membres de l'équipe quelle est sa part de responsabilités envers l'effort collectif (Johnson, 1992; Mariano, 1989). En effet, ce n'est qu'à travers une communication claire et précise, que le gestionnaire de cas peut arriver à négocier constructivement avec les autres intervenants (Henneman, 1995; Mariano, 1989). Comme certains l'affirment, savoir communiquer est une compétence importante parce qu'elle encourage le partage des connaissances entre professionnels de la santé (D'Amour, Sicotte et Lévy, 1999).

Pourtant, la formation initiale de la plupart des professionnels de la santé ne contribue pas au développement des compétences requises pour le travail interdisciplinaire (Hall, 2005) et ni au travail en collaboration (Brière, 2009). Pour cette raison, le gestionnaire de cas doit développer des compétences plus pointues que celles attendues du professionnel de la santé qui travaille au sein d'une équipe de soins habituelle puisque son travail s'effectue surtout aux niveaux multidisciplinaire et interdisciplinaire du continuum des pratiques de collaboration.

## **5.2 Les ressources personnelles qui sous-tendent l'agir compétent en gestion de cas**

Les résultats de cette étude supportent aussi la notion que peu importe son milieu de travail ou sa discipline professionnelle, le gestionnaire de cas compétent possède un

ensemble spécifique de ressources personnelles qui comprend des connaissances, des habiletés et des traits de personnalité. Certains avancent même que pour une gestion de cas efficace, ces ressources personnelles doivent être développées, peaufinées et maintenues (More et Mandell, 1997). Pour fin de présentation, les ressources personnelles explicitées par les répondants sont regroupées en quatre domaines : communicationnel, relationnel, professionnel et personnel.

Ces résultats se comparent aux catégories d'habiletés identifiées par More et Mandell (1997) et celles décrites par Fillion, Morin et Saint-Laurent (2000) dans le portrait de l'intervenant pivot. Il est important de rappeler que dans certains secteurs en santé, les termes, gestionnaire de cas et intervenant pivot sont souvent employés comme des synonymes (MSSS, 2005b). More et Mandell (1997) identifient quatre catégories d'habiletés propres au gestionnaire de cas: interpersonnelles (communication, tact/diplomatie, affirmation de soi, collaboration, négociation), professionnelles (réseautage, investigation), intellectuelles (pensée critique/résolution de problèmes, recherche, évaluation) et personnelles (organisation/gestion du temps, sens des priorités, délégation, créativité, discipline personnelle). Les principales différences entre ces deux études et la présente se situent au niveau de la classification des catégories ou domaines. Pour leur part, More et Mandell (1997) englobent les habiletés communicationnelles dans la catégorie interpersonnelle tandis que ces deux domaines sont distincts dans cette recherche. De plus, ces auteurs choisissent de séparer les dimensions professionnelle et intellectuelle tandis que la chercheuse, dans la présente étude, préfère inclure les habiletés intellectuelles au domaine professionnel. Elle est d'avis que le professionnel de la santé doit avoir des habiletés intellectuelles pour résoudre les problèmes complexes de sa pratique.

Qui plus est, être un bon communicateur est essentiel pour tous les aspects du travail du gestionnaire de cas. Comme plusieurs l'affirment (Fillion et al., 2000; More et Mandell, 1997), le gestionnaire de cas doit être un excellent communicateur et posséder une très

bonne capacité d'écoute pour être efficace dans sa pratique. Ils ajoutent qu'il doit aussi savoir reconnaître l'influence des différences culturelles sur la qualité de la communication, point qui a aussi été mis en évidence dans cette étude. Selon les clients, le gestionnaire de cas doit être capable de savoir quoi dire et quand le dire et aussi, être en mesure de leur vulgariser l'information médicale pour leur en faciliter la compréhension. Savoir communiquer est aussi particulièrement important pour obtenir la collaboration des fournisseurs de services. Comme certains l'évoquent, le travail interdisciplinaire exige la capacité de composer avec des points de vue conflictuels (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010). Par conséquent, le gestionnaire de cas qui est reconnu comme un bon collaborateur sait adapter ses propres compétences et les combiner avec celles des autres (Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles, 2010).

En ce qui concerne les ressources personnelles du domaine relationnel, More et Mandell (1997) insistent sur les habiletés de réseautage, de maintien des relations et de diplomatie. Pour leur part, Fillion et ses collègues (2000) soulignent la capacité du travail en équipe, être un motivateur et posséder des habiletés de gestion comme étant des dispositions nécessaires. Or, toutes ces ressources personnelles sont en lien avec le domaine relationnel.

Dans le domaine personnel, tous ces auteurs reconnaissent qu'avoir le sens de l'organisation et une bonne gestion du temps sont des qualités essentielles en gestion de cas. Ils reconnaissent aussi l'importance pour le gestionnaire de cas de maîtriser les outils d'évaluation, les guides cliniques et les ressources matérielles de son environnement. L'Internet, par exemple, peut lui permettre de localiser rapidement les informations nécessaires afin de pouvoir bien renseigner les clients et les fournisseurs de services.

Dans le domaine professionnel, tous ces auteurs (Fillion et al., 2000; More et Mandell, 1997) soulignent l'importance du professionnalisme. Celui-ci se reflète, entre autres, par

le niveau d'engagement du gestionnaire de cas dans son travail et par sa conduite. La créativité, le jugement et savoir négocier n'ont pas été relevés comme des caractéristiques individuelles par Fillion et ses collègues (2000). Cependant, ces attributs peuvent être associées à d'autres citées dans leur étude notamment, la résolution de problèmes, la prise de décisions, être un motivateur et un professionnel crédible. More et Mandell (1997) ne décrivent pas spécifiquement la maîtrise de soi, la crédibilité et être un apprenant permanent comme des habiletés professionnelles, mais là encore, celles-ci peuvent être facilement intégrées aux habiletés mentionnées dans les catégories professionnelles et intellectuelles.

D'autres études soutiennent que le gestionnaire de cas doit aussi posséder de solides connaissances cliniques et des habiletés en gestion (Fillion et al., 2000; Johnson et Schubring, 1999; Nolan, Harris, Kufta, Opfer et Turner, 1998; Lynn et Kelley, 1997; McMurray, 1997; Conti, 1996, Wolk et al., 1994; Ingliata, 1992). Cette étude révèle que pour être en mesure de traiter les différentes dynamiques situationnelles de sa pratique, le gestionnaire de cas requiert des connaissances dans plusieurs domaines qui relèvent tout autant des sciences médicales que des sciences humaines et sociales. Certains secteurs spécialisés peuvent toutefois exiger des connaissances plus poussées.

Cette étude supporte aussi les vues de Wolk et ses collègues (1994) qui prétendent que le gestionnaire de cas doit avoir les compétences du « *manager* » pour remplir ses différents rôles. Des compétences interpersonnelles lui sont utiles afin d'assumer ses rôles de représentant de l'établissement (*figurehead*), de leader et de facilitateur. Comme le « *manager* », le gestionnaire de cas assiste à des fonctions officielles à titre de représentant de son établissement, notamment lorsqu'il participe à un comité intersectoriel. Comme le « *manager* », il motive, non pas ses employés, mais ses clients pour qu'ils progressent dans leur démarche et atteignent les buts fixés dans le plan d'accompagnement. Par ailleurs, il inspire et rallie les fournisseurs de services vers les objectifs du plan d'accompagnement du client. Il agit également à titre de facilitateur en

créant les ponts entre ses clients et les fournisseurs de services. En outre, son travail lui demande de former continuellement de nouvelles alliances pour améliorer les services qu'il offre à ses clients et cela, à tous les niveaux du continuum de soins et de services.

Le gestionnaire de cas, tout comme le « *manager* », a besoin de compétences communicationnelles pour remplir ses rôles de moniteur, de disséminateur d'information et de porte-parole. Son rôle de coordonnateur de services lui demande, de mettre en place les services, et en plus, de s'assurer de leur adéquation aux besoins du client. À titre de personne-ressource des clients et des intervenants, il est le véhicule par lequel les informations sont disséminées. Il est aussi le porte-parole des clients, puisqu'il défend continuellement leurs intérêts auprès de l'ensemble des intervenants du continuum de soins et de services.

Par souci de bien remplir ses rôles d'entrepreneur, de médiateur, de distributeur de ressources et de négociateur, le gestionnaire de cas doit, tout comme le manager, pouvoir prendre des décisions. Il travaille constamment à améliorer la qualité et la continuité des services à ses clients. Pour y arriver, il doit toujours être à la recherche de nouvelles possibilités pour les aider. Comme il est constamment en relation avec d'autres personnes, les probabilités de conflits sont nombreuses. Par conséquent, il est appelé, au même titre que le « *manager* » à résoudre des conflits interpersonnels. En tant que coordonnateur, il doit prioriser les besoins des clients afin d'assurer une répartition équitable des services du réseau. Comme les répondants l'ont mentionné à plusieurs reprises, le gestionnaire de cas négocie continuellement pour obtenir des services pour ses clients. Toutes ces activités exigent du leadership et une capacité à prendre des décisions et cela, sur l'ensemble du continuum de soins et services ainsi qu'à différents paliers hiérarchiques. Cette comparaison montre bien que le gestionnaire de cas a besoin du même bagage de ressources personnelles que le « *manager* » pour remplir efficacement ses divers rôles.

De plus, les répondants de cette étude avancent comme d'autres (Forchuk, Ouwerkerk, Yamashita et Martin, 2002; Fillion et al., 2000; More et Mandell, 1997) que le gestionnaire de cas doit avoir une certaine expérience professionnelle avant d'être promu au poste de gestionnaire de cas. Grâce à ce parcours expérientiel, il a acquis une vision du système de santé et des connaissances variées dans plusieurs domaines. Toutefois, ces acquis expérientiels ne sont pas suffisants pour traiter efficacement toutes les situations qu'il rencontre dans sa pratique. Ce n'est qu'à travers une formation qui replace le gestionnaire de cas dans des situations similaires à celles qu'il rencontre dans sa pratique qu'il peut développer les compétences dont il a besoin.

Toutefois, l'agir compétent et les ressources personnelles explicitées par les répondants ne représentent qu'un discours plus ou moins fidèle de la compétence énoncée. Dans une perspective située, les compétences se développent en situations réelles ou d'apprentissage.

Comme cette étude le montre, un profil de sortie développé dans une perspective située est la base pour le développement de programmes de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire adaptés aux besoins des gestionnaires de cas. Le deuxième volet de la discussion résume les principales réflexions de la chercheuse sur la démarche de développement et de validation d'un profil de sortie situé.

### **5.3 Réflexion sur la démarche de développement d'un profil de sortie pour un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire dans une perspective située**

Cette section aborde les réflexions de la chercheuse quant à la démarche de développement du profil de sortie et des principaux défis rencontrés au cours de sa construction. Des suggestions sont apportées afin de guider les chercheurs qui seraient intéressés par une telle démarche dans un domaine ou un autre de formation professionnelle.

### 5.3.1 La démarche de construction

La démarche de construction d'un profil de sortie situé destiné à concevoir un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas se réalise en trois étapes. Il s'agit d'abord d'identifier les situations que tous les gestionnaires ont à traiter dans leur pratique. Ces situations sont ensuite regroupées en classes de situations. Suite à la définition du cadre situationnel, des buts sont développés pour chaque classe de situations qui servent à orienter la formation.

Cette réflexion porte principalement sur les choix des sources et des méthodes utilisées pour construire le profil de sortie. Avec le recul, faire appel à des sources variées pour décrire le contexte de la pratique en gestion de cas et identifier les classes de situations était approprié. En fait, l'important ici a été de solliciter tous les détenteurs d'enjeux concernés par la gestion de cas et d'ainsi obtenir un regard à la fois détaillé et global de la situation à définir. Les données recueillies auprès de l'ensemble des participants ont permis de définir l'agir compétent attendu en gestion de cas dans le réseau de la santé à partir de différentes perspectives et d'identifier les classes de situations transdisciplinaires pertinentes à la gestion de cas. La contribution des participants externes apporte un éclairage sur des aspects de la gestion de cas qui n'auraient peut-être pas été soulevés par les gestionnaires de cas s'ils avaient été les seuls à participer à la recherche. Dans l'exercice de son rôle, le gestionnaire de cas côtoie une multitude de personnes qui ont des attentes différentes par rapport à sa compétence puisqu'elles sont issues de structures différentes et d'horizons divers. Or, ceci s'avère d'une grande importance dans une approche située en permettant la définition du contexte et de l'environnement dans lequel le gestionnaire de cas évolue.

En ce qui a trait aux diverses méthodes utilisées dans la recherche, les entrevues individuelles et les groupes de discussion focalisée se sont avérés d'excellents moyens pour obtenir de riches données et guider les validations successives. Cependant, quelques ajustements mineurs pourraient être apportés, plus particulièrement à la

validation interne avec les représentants des gestionnaires de cas. Cette validation devait être effectuée par vidéoconférence et selon la technique du groupe nominal pour minimiser les coûts associés aux déplacements et aux remplacements des participants puisque cette recherche n'est pas subventionnée. Même si cette stratégie semblait être la méthode de choix lors de la planification de la recherche, après réflexion, elle ne l'était pas vraiment pour deux raisons. Premièrement, la quantité de matériel à réviser en deux heures était beaucoup trop volumineuse. Le matériel à réviser par les participants ne pouvait pas être estimée *a priori*. Deuxièmement, l'approche du groupe nominal s'est avérée difficile à maintenir car les professionnels de la santé aiment faire valoir leurs opinions, particulièrement lorsque le sujet les touche de près comme dans ce cas-ci.

Ainsi, la validation interne aurait pu être effectuée comme celle de la validation externe, c'est-à-dire en remettant aux participants un document-synthèse et en leur demandant de réagir par écrit aux énoncés. Cette façon de procéder aurait permis à la chercheuse de compléter la révision de l'ensemble des classes de situations dans le temps alloué. Ce travail de validation aurait aussi pu être effectué lors d'une rencontre entre la chercheuse et le ou les représentants des gestionnaires de cas de chacun des quatre sites. Les deux heures allouées pour la discussion de groupe auraient permis aux représentants de s'exprimer davantage par rapport aux classes de situations, ce qui n'a pas pu être réalisé lors du groupe nominal par vidéoconférence.

L'entrevue individuelle est aussi une technique plus flexible et supérieure à la critique écrite d'un document comme les représentants ont eu à le faire pour compléter cette étape de la recherche. On peut toutefois se permettre de douter de l'intérêt et du temps investi par les représentants pour compléter, par eux-mêmes, la révision du document-synthèse. De plus, lors d'une entrevue individuelle, la chercheuse peut répondre directement aux questions des participants, ce qui lui aurait permis d'obtenir des données additionnelles. Dans le cas où c'est faisable, la méthode privilégiée pour la validation interne du cadre situationnel du profil de sortie émergent est une rencontre de

groupe avec tous les représentants des milieux engagés dans la recherche. Par contre, une validation écrite, réalisée auprès de deux participants, en présence du chercheur, peut être une alternative intéressante à considérer.

Pour ce qui est de la validation externe du cadre situationnel du profil de sortie, une validation écrite est adéquate. Cependant, elle pourrait être réalisée auprès d'un plus grand nombre de participants provenant de divers milieux de pratique en gestion de cas lorsque c'est possible. La rétroaction obtenue au fil de ces deux validations a conduit à quelques modifications mineures du cadre situationnel qui ont contribué à l'enrichissement du profil de sortie final.

Dans la présente étude, le cadre situationnel a été validé par une validation interne et externe. Comme il s'agissait de concevoir un profil de sortie d'un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas, une validation auprès d'un groupe de formateurs universitaires aurait aussi pu être considérée. Toutefois, au Québec, rares sont ceux qui se spécialisent dans la formation en gestion de cas. De plus, comme l'approche située en éducation est récente et qu'elle est très peu connue dans le domaine de l'éducation en santé, il aurait probablement été difficile de rassembler trois à quatre personnes pour réaliser une discussion de groupe.

Les douze classes de situations professionnelles du profil de sortie, présentées au chapitre précédent, recourent les dimensions transdisciplinaires de la gestion de cas. Ces classes de situations sont tirées de la pratique du gestionnaire de cas et sont enracinées dans leurs activités et leurs contextes de travail. Ces classes de situations professionnelles sont ainsi porteuses de sens pour les gestionnaires de cas. Elles sont des réalités signifiantes de leur pratique. En effet, un programme de formation qui découle de ce cadre situationnel replace l'apprenant dans des contextes et des situations habituelles de travail, l'apprentissage devient alors plus intéressant car il a une application immédiate. La mission du système éducatif en santé est de préparer les professionnels pour la réalité de leur travail (D'Eon, 2005). Comme l'éducation a une grande influence sur les pratiques

professionnelles (Mariano, 1989, Fagin, 1992), le profil de sortie qui émerge de cette recherche semble être une solution adaptée aux besoins de formation des gestionnaires de cas sur le terrain. Un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire conçu à partir de ce profil de sortie aiderait les gestionnaires de cas à mieux s'adapter aux situations qu'ils rencontrent dans leur pratique et ainsi à développer « l'intelligence ou la maîtrise des situations » (Masciotra et al., 2007; Jonnaert et al., 2006; Le Boterf, 2002; Perrenoud, 1997) qu'ils rencontrent dans leur pratique.

### **5.3.2 Les défis de construction du profil de sortie situé**

Le développement d'un profil de sortie dans une perspective située amène également des défis à relever. Ces difficultés sont dues en partie au peu de documentation sur la démarche à suivre pour développer un profil de sortie situé. Le premier enjeu a été de définir des classes de situations inclusives. Chaque classe de situations précise la propriété commune à toutes les situations qu'elle regroupe et doit être reflétée dans son énoncé. La classe de situations est formulée en termes généraux parce qu'elle s'adresse à un public relativement large, et doit être inclusive. C'est un énoncé décontextualisé qui devient un prescrit du profil de sortie et s'applique donc à tous les gestionnaires de cas peu importe leur discipline d'appartenance. Ces classes résultent de l'analyse des données et des regroupements des situations spécifiques relevés dans le discours des répondants. Or souvent, ces situations se chevauchent et peuvent alors faire partie de plusieurs classes. Cette étape de définition a nécessité de nombreux allers et retours entre les données décontextualisées et les extraits des verbatim pour arriver à déterminer la place idéale de chacune des situations.

La deuxième grande difficulté rencontrée dans le développement du cadre situationnel a été la transposition des situations spécifiques en circonstances transdisciplinaires. Au départ, les situations professionnelles étaient formulées telles qu'explicitées par les répondants. Ainsi énoncées, elles ne s'appliquaient pas à tous les gestionnaires de cas. Ce n'est qu'après avoir examiné les situations qui se rapportaient aux classes de

situations du Programme de formation de base des adultes que la chercheuse a compris que les situations devaient être transposées en circonstances transdisciplinaires. En d'autres mots, elle a dû trouver l'élément transdisciplinaire contenu dans la situation vécue. Cet exercice n'est pas aussi facile à faire qu'on le croirait puisqu'il ne faut pas perdre le sens de la situation initiale. Plusieurs remaniements ont été nécessaires pour arriver à la version finale du cadre situationnel. Ces circonstances sont importantes parce qu'elles servent d'exemples à l'enseignant pour développer des scénarios d'apprentissage.

Cette réflexion incite à penser que le développement d'un profil de sortie dans une perspective située demande au départ une bonne compréhension des notions clés, tout particulièrement, des notions de situation et de contexte. Nous pourrions avancer que le développement d'un profil de sortie requiert la mise en commun des connaissances et expériences de plusieurs personnes, via une étude approfondie de la littérature mais aussi d'échanges de vécus hétérogènes face à une même tâche à accomplir. L'originalité de la démarche proposée repose sur l'utilisation de regards multiples et croisés des détenteurs d'enjeux quant au sujet étudié en vue de décrire non seulement l'agir compétent attendu et les ressources personnelles nécessaires, mais aussi pour identifier les classes de situations à traiter au quotidien peu importe la clientèle ciblée. Les entrevues en profondeur et les discussions de groupes s'avèrent des options méthodologiques à retenir dans ce cas.

Quelques remarques peuvent aussi être apportées quant à la démarche utilisée dans cette étude pour élaborer le profil de sortie d'un programme de formation selon une approche située. La banque de situations a été créée à partir de la recherche. Ces situations sont des circonstances dans lesquelles la personne ciblée par la formation peut se trouver dans sa vie professionnelle. Les situations spécifiques identifiées ont ensuite été regroupées en classes de situations. Le chevauchement des situations spécifiques est difficile à éviter lors de l'étape des regroupements. Il faut alors poser un jugement pour

décider de la place idéale de cette situation ou circonstance. L'énoncé de la classe de situations doit être général et préciser la propriété commune de toutes les situations qu'elle regroupe. Cette étape, bien que particulièrement longue à compléter, est critique, car elle constitue la base sur laquelle repose le profil de sortie et par la suite, le programme de formation. Cette étape mérite d'être complétée par un groupe de personnes plutôt que par une seule personne comme dans ce cas-ci. Lorsque le cadre situationnel est arrêté, il doit être validé par les personnes concernées par la formation. Pour ce qui est de l'organisation des classes de situations en domaines de formation, cette décision repose sur l'expérience de la chercheuse.

Lorsque le cadre situationnel est validé, des buts sont ajoutés pour orienter la formation. Ces buts sont assez faciles à déterminer parce qu'ils résultent de l'analyse des données et des besoins de formation exprimés par les participants durant l'enquête. Une matrice du traitement compétent peut alors être complétée pour chacune des classes de situations. Encore là, un effort collectif serait préférable pour réaliser cette étape.

#### **5.4 Conclusion et Recommandations**

La gestion de cas est exercée par plusieurs professionnels de la santé et beaucoup d'entre eux ne reçoivent aucune formation spécifique avant d'être promus à ce poste. Les responsabilités du gestionnaire de cas sont importantes et complexes. La gestion de cas est un processus à long terme qui inclue l'évaluation des besoins de la clientèle, la planification et la mise en place continuelle des soins et services, ainsi que la surveillance et l'évaluation des services dispensés. Le gestionnaire de cas veille également au bien-être de ses clients en défendant leurs droits et leurs intérêts auprès de l'ensemble des intervenants impliqués dans leur accompagnement et ce, sur l'ensemble du continuum des soins et services. Pour répondre aux besoins de ses clients, il doit interagir avec plusieurs intervenants. Ces nombreuses interactions amènent des enjeux interpersonnels particuliers et elles contribuent à rendre son travail complexe. Par

conséquent, le gestionnaire de cas doit être formé adéquatement pour remplir efficacement son rôle.

Les réformes curriculaires contemporaines en éducation recommandent de plus en plus le développement de programmes de formation basés sur une perspective constructiviste. Toutefois, les programmes de formation recensés dans la littérature en gestion de cas sont développés selon une approche traditionnelle qui souscrit au paradigme de la transmission des savoirs. Pour leur part, les spécialistes en gestion de cas recommandent le développement de programmes de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire. Au Québec, des chercheurs en éducation proposent une approche située et constructiviste pour concevoir les programmes de formation. Cette recherche a tenté d'utiliser cette nouvelle approche pour concevoir un profil de sortie selon une perspective située, destiné à concevoir un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas.

Cette recherche qualitative et interprétative a permis de décrire, dans un premier temps, l'agir compétent attendu en gestion de cas en s'appuyant sur le regard et la perception de diverses personnes impliquées dans la gestion de cas. Cette étude révèle également que les actions d'un gestionnaire de cas compétent sont guidées par un ensemble de ressources personnelles qui lui permettent de relever les obstacles et les défis liés aux situations qu'il rencontre dans sa pratique quotidienne.

Dans un deuxième temps, les résultats de cette recherche ont permis d'identifier douze classes de situations transdisciplinaires que tout gestionnaire de cas doit être en mesure de traiter avec efficacité dans sa pratique. Ces classes de situations constituent le matériau de base nécessaire au développement d'un profil de sortie situé.

Finalement, cette étude a permis de concevoir et de valider un profil de sortie situé qui peut servir à l'élaboration de programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas. Elle montre ainsi la faisabilité du développement

d'un profil de sortie situé dans un autre domaine que celui de la formation de base des adultes à l'aide d'une théorie en développement, l'approche située. Cette façon d'élaborer et de valider un profil de sortie éducatif pour la formation professionnelle peut être utilisée comme démarche dans le développement de profils de sortie de divers domaines et non seulement en éducation des adultes et en gestion de cas. Les classes de situations et les buts du profil de sortie servent de base à l'élaboration de programmes de formation en transposant le profil créé en matrice du traitement compétent.

Un programme de formation élaboré sur de telles bases devrait répondre, plus que l'approche traditionnelle basée sur des savoirs, aux besoins des gestionnaires de cas parce qu'il les prépare à faire face aux situations réelles de leur pratique en leur fournissant les outils nécessaires en termes d'actions et d'utilisation des ressources de leur environnement. Un programme de formation développé dans une perspective située représente une solution gagnante parce qu'il contribuerait à augmenter la capacité d'actions des gestionnaires de cas et leur permettrait de s'adapter aux changements continuels du système de santé et aux circonstances uniques de leur pratique. Une réflexion reste donc à faire. Faut-il continuer à former les gestionnaires de cas avec des compétences à acquérir ou ne serait-il pas plus approprié de les former en situation ?

#### **5.4.1 Les apports de cette recherche.**

Cette thèse contribue de façon significative au domaine de l'éducation en général, et plus spécifiquement à celui de l'éducation en santé et à la formation en gestion de cas. Pour l'éducation en santé, cette étude innove en s'inspirant d'une théorie en développement qui souscrit à un nouveau paradigme éducatif, celui de l'apprentissage situé où le contexte et les interactions sociales sont vus comme des éléments essentiels pour l'apprentissage des adultes. Actuellement, les programmes de formation en santé visent la maîtrise de savoirs ou de compétences et sont essentiellement basés sur une pédagogie par objectifs. Ces programmes de formation mettent davantage l'accent sur le contenu et délaisse le contexte dans lequel il s'inscrit. Pour sa part, l'approche de

formation située est plus globale et vise le développement de compétences en exposant l'apprenant à des situations et à des circonstances qui lui demandent d'aller au-delà de ses connaissances expérientielles et de faire appel à un ensemble de ressources variées.

Un programme de formation située exploite la richesse expérientielle des apprenants et encourage les interactions entre eux. Ainsi, une formation située devrait mieux les préparer à affronter les différentes éventualités de leur vie professionnelle. Cette vision de l'apprentissage est donc plus globale que celle de l'approche traditionnelle de l'éducation en santé parce qu'elle ne s'intéresse plus uniquement au développement des ressources cognitives, mais à l'ensemble des compétences nécessaires pour résoudre les situations rencontrées par les apprenants dans leur pratique professionnelle. Par conséquent, l'adoption de l'approche située dans les divers domaines de la santé appelle nécessairement un changement conceptuel dans la façon d'envisager les formations. Nous avançons ici que c'est probablement aussi le cas dans d'autres domaines, disciplines ou métiers.

Cette étude contribue aussi au corpus de littérature sur l'éducation interprofessionnelle en santé. Le profil de sortie développé offre une perspective interprofessionnelle et transdisciplinaire de la gestion de cas. Il peut donc être utilisé pour former l'ensemble des professionnels du domaine de la santé puisque le profil de sortie est transdisciplinaire. Ainsi, il peut servir à former les futures gestionnaires de cas que ce soit en médecine, en travail social, en sciences infirmières, en ergothérapie ou de toutes autres disciplines. Ainsi, les classes de situations du profil de sortie peuvent aider au développement des compétences de tous les professionnels de la santé qui occupent un poste de gestionnaire de cas, peu importe leur discipline professionnelle, leur bagage expérientiel ou leurs qualifications académiques. Cette étude pourrait aussi bénéficier à d'autres domaines que celui de la santé. Par exemple, la gestion de projets est un programme de formation qui demande le développement de compétences en collaboration. L'approche située permettrait aux apprenants de ce programme de mettre

en commun leurs connaissances et leurs expériences puisqu'ils sont issus de différentes sphères du travail.

Avant tout, cette thèse offre une solution pour remédier au problème de la formation en gestion de cas. Elle propose un cadre solide et validé qui se présente comme une source d'inspiration pour concevoir des programmes de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas. Les programmes actuels de formation en gestion de cas mettent l'accent sur l'acquisition de faits ou de contenus sans toujours aider les gestionnaires de cas à faire ou à comprendre les liens entre les différentes notions enseignées. Sans cette compréhension des interactions et des relations entre les objets enseignés, il est difficile pour les gestionnaires de cas d'appliquer ce qu'ils ont appris dans les situations singulières de leur pratique.

Contrairement aux programmes traditionnels en gestion de cas qui visent la maîtrise de savoirs disciplinaires fractionnés et décontextualisés ou la maîtrise de compétences, la finalité d'un programme de formation située est la maîtrise de classes de situations. Les classes de situations du profil de sortie, tirées du discours de l'ensemble des personnes directement impliquées dans la pratique du gestionnaire de cas, offrent une perspective globale du contexte de travail des gestionnaires de cas. Ces classes de situations sont donc des réalités signifiantes pour les gestionnaires de cas. L'adoption d'une approche active de formation, comme celle suggérée dans cette étude, s'apparente davantage à la réalité quotidienne des gestionnaires de cas que celle proposée par l'approche traditionnelle de la transmission des savoirs. En fait, un programme de formation située rapproche la théorie de la pratique.

En outre, on formerait des gestionnaires de cas réflexifs puisque l'approche de formation située inclue nécessairement des périodes structurées de réflexion qui amènent l'apprenant à réfléchir sur ses actions. Ces périodes de réflexion sont nécessaires pour que les apprenants puissent transformer leurs connaissances existantes et ainsi s'adapter au monde qui les entoure. Par conséquent, les connaissances ne peuvent être transférées

d'une situation à l'autre sans subir une transformation au préalable. Ainsi, elles ne sont pas transférables telles qu'elles d'une situation à l'autre comme le prônent les adhérents du paradigme de la transmission du savoir.

Ce profil de sortie situé peut aussi avoir d'autres applications. Les établissements de santé pourraient utiliser, par exemple, des parties du cadre situationnel du profil de sortie pour développer des ateliers ou des formations de courte durée afin d'élargir et d'enrichir les compétences de leurs gestionnaires de cas dans un aspect particulier.

Les résultats de cette recherche peuvent aussi être utiles pour les cadres ou les gestionnaires de cas eux-mêmes. Pour les cadres, l'agir compétent, les ressources personnelles et les classes de situations peuvent servir au développement de scénarios pour l'embauche de nouveaux gestionnaires de cas. Par ailleurs, ils peuvent aussi les utiliser comme guide pour l'évaluation continue du rendement de leurs gestionnaires de cas.

Pour les gestionnaires de cas, l'agir compétent et les ressources personnelles peuvent servir d'outil à leur développement personnel et professionnel. Considérant l'importance de la composante affective dans la relation avec le client, le gestionnaire de cas peut réfléchir à ses attitudes personnelles face à ses rapports avec les clients et travailler à les améliorer. En travaillant sur sa capacité d'écoute et sur sa capacité d'empathie, il pourrait être en mesure, par exemple, d'effectuer plus naturellement le passage d'expert à allié et ainsi améliorer ses rapports avec les clients.

Par conséquent, un programme de formation qui découlerait de ce profil de sortie situé présenterait plusieurs attraits. Premièrement, il permettrait le développement de compétences qui transcendent le domaine disciplinaire puisque pour traiter les classes de situations, les apprenants doivent faire appel à un ensemble de ressources (contextuelles, personnelles, matérielles et humaines) qui dépassent les balises de la formation disciplinaire. Ceci est vrai pour la formation en gestion de cas mais peut aussi l'être pour

beaucoup d'autres domaines de formation. Il s'agit en fait d'une formation à la vie et non au savoir. Le travailleur qui possède un coffre à outils rempli uniquement de ressources cognitives décontextualisées n'est pas nécessairement habilité à résoudre une situation réelle. Par contre, un apprentissage situé lui assurerait une continuité entre ce qu'il a fait en contexte d'apprentissage et ce qu'il aura à réaliser dans son futur travail. Dans ces situations d'apprentissage, qui sont entièrement contextualisées, il devra faire appel à différentes ressources internes et externes pour arriver à les maîtriser.

Deuxièmement, cette approche de formation permettrait aux gestionnaires de cas de développer une meilleure compréhension et appréciation du rôle et des responsabilités des autres intervenants auprès des clients et de développer les compétences utiles à une pratique collaborative. Comme le montre cette étude, l'agir compétent en gestion de cas repose sur une collaboration efficace entre le gestionnaire de cas et les différents intervenants impliqués dans le dossier d'un client. La collaboration facilite la coordination des services aux clients et l'efficacité au travail. Par conséquent, le traitement des classes de situations professionnelles du profil de sortie, en contexte d'apprentissage, offrirait aux gestionnaires de cas, de diverses disciplines et expériences, une occasion d'apprendre à se connaître et ainsi à mieux travailler ensemble. Le besoin du travail collectif n'est pas unique à la gestion de cas. Par exemple, en entreprise, la complexification des problèmes demande de plus en plus un effort collectif pour les résoudre. Toutefois, le résultat de cet effort dépend largement de la motivation des acteurs à collaborer (École en chantier, 2007). Si ces compétences n'ont pas été développées au préalable, ces personnes auront de la difficulté à obtenir le meilleur des connaissances et des expériences du groupe. Or, dans une formation située, la motivation est inséparable de l'agir compétent parce qu'elle est liée au traitement d'une situation significative. Comme ce type de formation requiert le partage d'expériences entre les apprenants, ceci les aide à mieux comprendre ce qui motive l'agir de l'autre. Par conséquent, ayant développé ces compétences en situation d'apprentissage, ils seront peut-être plus enclins à collaborer au travail.

Troisièmement, elle permettrait aux gestionnaires de cas de s'adapter plus facilement aux différentes dynamiques situationnelles de leur pratique en leur donnant un plus grand pouvoir d'action. Contrairement à la formation traditionnelle qui vise le développement de la compétence en termes de connaissances, d'habiletés et d'attitudes, l'approche située s'attarde davantage au processus du développement des compétences en plaçant l'apprenant dans des situations ou contextes différents qui lui demandent des efforts additionnels d'adaptation et qui contribue ainsi à enrichir son potentiel d'actions. Ainsi, le gestionnaire de cas travaille plus effectivement dans des contextes inusités, et s'adapte plus facilement aux contextes changeant de sa pratique. Dans le contexte actuel de mouvance et d'instabilité individuelle et sociale, l'enjeu des compétences est une composante importante. La main-d'œuvre doit être adéquatement formée pour cette nouvelle réalité. Une formation située qui s'intéresse au processus de développement de compétences contextualisées ne serait-elle pas plus appropriée qu'une formation qui vise la maîtrise de compétences décontextualisées pour préparer les apprenants de tous les secteurs aux différentes éventualités du travail ?

#### **5.4.2 Les retombées de cette étude**

Les résultats de cette étude ont des retombées pour la pratique en gestion de cas, l'éducation en santé et les recherches futures. Mais ils laissent aussi entrevoir une utilité allant au-delà de la formation en santé ou en sciences de l'éducation. Les recommandations qui s'adressent à chacun de ces domaines sont présentées dans les prochains paragraphes.

#### **5.4.3 Recommandations pour la pratique en gestion de cas**

Le gestionnaire de cas travaille dans un système de santé en constante évolution. Il doit s'adapter continuellement car les situations qu'il a à traiter au quotidien sont uniques et demandent des compétences spécifiques comme le montre cette étude. Les compétences requises pour son travail transcendent ses compétences disciplinaires. Donc, comme beaucoup d'autres le remarquent (Cohen et Cesta, 2005; Barney, Rosenthal et Speier,

2004; Roy et Sylvain, 2004; Gursansky et al., 2003; Forchuk et al., 2002), les acquis expérientiels du professionnel de la santé ne sont pas suffisants pour un agir compétent en gestion de cas. Même pour le gestionnaire de cas d'expérience, certains aspects de son travail demeurent particulièrement difficiles, incluant la résolution de problèmes, la satisfaction des besoins des clients avec des ressources minimales et la collaboration avec une multitude d'intervenants (Lancero et Gerber, 1995). Il est donc difficile pour le professionnel de la santé promu à un poste de gestionnaire de cas d'agir avec compétence sans formation au préalable. Toutefois, aucun programme ne peut arriver à le former pour toutes les circonstances dans lesquelles il peut se retrouver dans sa pratique. Par conséquent, cette étude suggère que pour développer un agir compétent en gestion de cas, le professionnel de la santé doit être placé dans des situations d'apprentissage similaires à celles de sa future pratique où il pourra développer des actions adaptatives qui faciliteront sa transition du rôle disciplinaire à celui de gestionnaire de cas.

La gestion de cas est une pratique centrée sur l'identification et la gestion des problèmes de la clientèle (Powell, 2000). Pour agir avec compétence et être en mesure d'aider leurs clients, les gestionnaires de cas doivent faire appel à leurs ressources personnelles et en plus à suffisamment de ressources humaines et matérielles. Cette étude révèle que dans sa pratique, le gestionnaire de cas n'a pas toujours accès aux ressources nécessaires pour aider ses clients. Le gestionnaire de cas qui œuvre dans le secteur communautaire par exemple est sujet à ces fluctuations d'accessibilité aux ressources causées par des restrictions budgétaires périodiques. Cette instabilité face aux ressources disponibles est une source importante de frustration pour le gestionnaire de cas et affecte son efficacité et sa crédibilité auprès des clients et des proches. Comme l'agir compétent en situation repose sur la mobilisation, entre autres, de ressources externes, son travail devient particulièrement difficile s'il n'a pas accès aux ressources nécessaires.

La gestion de cas n'est pas une pratique individuelle et elle exige la collaboration d'un grand nombre de personnes et cela, sur l'ensemble du continuum de soins et services. Cette étude met en lumière que la coopération interprofessionnelle n'est pas toujours aussi facile qu'on le penserait dans la pratique du gestionnaire de cas. Celui qui ne peut pas avoir l'aide d'un intervenant pour aider son client parce que ce dernier ne veut pas coopérer, ne peut pas être aussi efficace que le gestionnaire de cas qui y a accès aisément. Donc, le soutien organisationnel est essentiel pour une gestion de cas efficace (Spence Laschinger, Finegan, et Shamian, 2001; Tahan et Flarey, 1998). Les gestionnaires de cas doivent bénéficier d'un soutien organisationnel soutenu afin d'aplanir les obstacles intersectoriels et inter-établissements qui nuisent à sa pratique. En effet, le milieu de travail qui facilite l'accès aux ressources et qui crée un environnement de soutien pour le gestionnaire de cas a un impact positif sur sa pratique et sur son autonomie.

#### **5.4.4 Recommandations pour l'éducation en sciences de la santé**

Les résultats de cette étude ont aussi des retombées pour l'éducation en sciences de la santé. Les programmes de formation professionnelle continue en santé ont pour but l'amélioration de la pratique en vue d'obtenir une meilleure qualité de soins pour les clients (Liu, Edwards et Courtney, 2010). Comme le suggèrent cette étude et plusieurs autres (Cohen et Cesta, 2005; Barney et al., 2004; Roy et Sylvain, 2004; Gursansky et al., 2003; Forchuk et al., 2002), la formation disciplinaire initiale des professionnels de la santé est insuffisante pour obtenir des résultats optimaux en gestion de cas et par conséquent, une préparation adéquate est nécessaire. Par conséquent, le profil de sortie, élaboré dans cette étude, pourrait servir à développer un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas au niveau du 2<sup>e</sup> cycle puisque le baccalauréat semble être la qualification de base exigée, au Québec, pour se voir confier un poste de gestionnaire de cas.

Dans leur pratique, les gestionnaires de cas sont aux prises avec des situations uniques. Par conséquent, les programmes de formation devraient miser davantage sur le

processus du développement des compétences comme le propose la perspective située plutôt que de viser la maîtrise de compétences spécifiques pour des tâches ou environnements familiers comme le font les programmes traditionnels.

Dans le contexte actuel de mouvance du réseau de la santé, il est quasi impossible pour le gestionnaire de cas d'être au fait de toute l'information dont il a besoin pour aider ses clients. Aucun programme de formation ne peut lui enseigner toutes les notions, techniques ou stratégies dont il peut avoir de besoin dans sa pratique. Toutefois, un programme de formation située peut arriver à mieux l'outiller en termes d'actions et d'utilisation des ressources présentes dans la situation ou celle de son environnement puisque durant sa formation, il a eu à traiter des situations qui sont tirées de son contexte de travail. Dans un programme de formation située, le gestionnaire de cas apprend à faire des liens entre divers savoirs. Par conséquent, apprendre comment les objets d'enseignement sont interreliés lui serait plus utile que d'apprendre des savoirs discrets et décontextualisés. Un apprentissage situé enrichit ainsi le pouvoir d'actions du professionnel de la santé et lui permet de développer des outils pour agir et traiter les situations singulières qu'il rencontre dans sa pratique.

De plus, l'adoption d'une approche de formation située signifie que le rôle des éducateurs en santé doit changer. Lorsque la formation vise le processus du développement des compétences chez l'apprenant, l'éducateur n'est plus l'expert en contenu mais un mentor ou un facilitateur de l'apprentissage. Ainsi, pour être efficace dans un programme de formation située, les éducateurs devront développer une plus grande expertise au niveau du processus du développement des compétences plutôt qu'en contenu.

#### **5.4.5 Recommandations générales pour l'élaboration d'un profil de sortie**

La démarche utilisée dans cette étude peut être reprise par toute personne intéressée à développer un profil de sortie selon une approche située dans le but de développer un

programme de formation professionnelle. D'abord, une banque de situations doit être développée à partir d'une enquête auprès des personnes ciblées par la formation. Ces situations sont des situations ou circonstances dans lesquelles la personne peut se trouver dans sa vie quotidienne ou professionnelle. Ensuite, les situations spécifiques identifiées doivent être regroupées en classes de situations. L'énoncé de la classe de situations doit refléter la propriété commune de toutes les situations qu'elle regroupe. Lorsque le cadre situationnel est arrêté, il doit être validé par les personnes concernées par la formation. Les classes de situations doivent ensuite être organisées en domaines de formation. Lorsque le cadre situationnel a été validé, des buts y sont ajoutés pour orienter la formation. À partir de ce profil de sortie validé, une matrice du traitement compétent doit être complétée pour chacune des classes de situations.

#### **5.4.6 Recommandations pour la recherche**

La présente étude mène aussi à des propositions de recherche intéressantes. Ainsi, on pourrait s'intéresser à la pondération des classes de situations professionnelles. Par exemple, est-ce que chacune des classes de situations identifiées dans le profil de sortie a la même valeur sur le plan pédagogique? La réponse à cette question pourrait aider les rédacteurs à mieux planifier la formation et à déterminer l'importance à accorder à chacune des classes de situations du profil de sortie.

De plus, il serait intéressant de développer un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas à partir du profil de sortie élaboré dans la présente étude.

Suite à la mise en œuvre d'un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas basé sur le profil de sortie situé, élaboré dans la présente étude, une recherche pourrait comparer le niveau d'adaptabilité au rôle de gestionnaires de cas qui auraient suivi la formation située, à ceux qui n'auraient pas suivi de formation ou à d'autres qui auraient suivi une formation traditionnelle.

APPENDICE A  
GUIDE D'ENTREVUE  
DIRECTEUR/SUPERVISEUR

**Construction et validation d'un référentiel de compétences professionnelles  
transdisciplinaires pour la formation des gestionnaires de cas  
du réseau de la santé**

**GUIDE D'ENTREVUE – DIRECTEUR/SUPERVISEUR**  
**Pistes de questions pour guider l'entrevue**

**OBJECTIF**

Dans le cadre d'une entrevue semi-dirigée avec le directeur ou le superviseur, explorer sa perception du contexte de la situation professionnelle et des ressources qui contribuent au développement des compétences professionnelles des gestionnaires de cas.

**INTRODUCTION**

Mot de bienvenue  
But de l'entretien  
Entente de confidentialité  
Fiche de renseignements  
Enregistrement de l'entrevue  
Durée de l'entrevue  
Questions relatives à l'étude ?

***Fiche de renseignements personnels***

1. Quel poste occupez-vous ?
2. Quelle est votre profession ?
3. Depuis combien de temps êtes-vous le directeur ou superviseur du programme de gestion de cas ?
4. Avez-vous travaillé comme gestionnaire de cas ? Nombre d'années ?

***Explorer sa perception de la situation professionnelle des gestionnaires de cas.***

1. Quels sont les objectifs du programme de gestion de cas ?
2. Quel modèle de gestion de cas avez-vous choisi pour le programme ? Pourquoi ?
3. Quels avantages et inconvénients sont liés à ce modèle ?
4. Du point de vue administratif, de qui relève le gestionnaire de cas ?
5. Quelles sont les principales responsabilités et fonctions des gestionnaires de cas dans votre programme ?
6. Quelles sont les activités clés du processus de la gestion de cas ?

7. Quel pouvoir de décision est délégué au gestionnaire de cas en regard des services et des soins offerts ?
8. Combien de clients le gestionnaire de cas a-t-il à sa charge de travail ?
9. Selon vous, quelles sont les difficultés auxquelles le gestionnaire de cas est confronté dans sa pratique ?
10. Pouvez-vous me donner un exemple d'un client typique à la charge des gestionnaires de cas ?
11. Quelles sont vos attentes par rapport aux gestionnaires de cas ?

**Explorer sa perception des ressources personnelles du gestionnaire de cas.**

1. Qui est ciblé comme gestionnaire de cas ? Pourquoi ?
2. Quels sont les facteurs qui ont motivé le choix de la discipline pour le rôle de gestionnaire de cas ?
3. Quel est le niveau d'éducation minimum pour occuper un poste de gestionnaire de cas ?
4. Quels types de qualités personnelles recherchez-vous chez un gestionnaire de cas ?
5. Quelles connaissances devrait avoir un gestionnaire de cas pour être efficace dans sa pratique ?
6. Quelles habiletés devrait avoir un gestionnaire de cas pour être efficace dans sa pratique ?
7. Quelles attitudes devrait avoir un gestionnaire de cas pour être efficace dans sa pratique ?
8. Lorsque vous avez à combler un poste de gestionnaire de cas, que cherchez-vous chez le professionnel ?
9. Quel type d'expérience clinique considérez-vous un atout pour le rôle de gestionnaire de cas ?
10. Quel type d'expérience administrative considérez-vous un atout pour le rôle de gestionnaire de cas ?

**Explorer sa perception des ressources externes disponibles au gestionnaire de cas.**

1. Pouvez-vous décrire les différents types de ressources auxquelles le gestionnaire de cas a accès ? (Il peut s'agir entre autres de ressources administratives, matérielles, humaines, technologiques, financières, professionnelles)
2. Les gestionnaires de cas reçoivent-ils une formation avant d'entrer en fonction ? Si oui en quoi consiste-t-elle ? Quelle en est la durée ?
3. Ont-ils droit à un perfectionnement/formation continue ? À quelle fréquence ?
4. Quels sont les partenaires internes et externes des gestionnaires de cas ?
5. Les gestionnaires de cas travaillent-ils au sein d'une équipe multidisciplinaire ? À temps complet ou partiel ? Quelle est la fréquence des rencontres ?
6. Quel est le rôle des gestionnaires de cas au sein de l'équipe multidisciplinaire ?

**Explorer sa perception de la compétence/un professionnel compétent.**

1. Comment décririez-vous un gestionnaire de cas compétent ?
2. Les gestionnaires de cas sont-ils évalués périodiquement ? Comment ? Utilisez-vous une grille d'évaluation ?
3. Qu'est-ce qu'une compétence pour vous ?

Ce qui suit est inclus dans le canevas d'entrevue, mais n'est pas acheminé aux participants.

**CLÔTURE DE L'ENTREVUE**

- Si possible, faire un résumé des propos entendus.
- Demander au répondant s'il a quelque chose à ajouter ou des questions.
- Confirmer que l'entrevue est confidentielle et que l'enregistrement sert uniquement d'aide-mémoire.
- S'assurer que le répondant a complété les formulaires requis.
- Remercier

APPENDICE B  
GUIDE D'ENTREVUE  
RESPONSABLE DE LA FORMATION

**Construction et validation d'un référentiel de compétences professionnelles  
transdisciplinaires pour la formation des gestionnaires de cas  
du réseau de la santé**

**GUIDE D'ENTREVUE – RESPONSABLE DE LA FORMATION**  
**Pistes de questions pour guider l'entrevue**

**OBJECTIF :**

Dans le cadre d'une entrevue semi-dirigée avec le/la responsable de la formation, explorer sa perception du contexte de la situation professionnelle et les ressources qui contribuent au développement des compétences professionnelles des gestionnaires de cas.

**INTRODUCTION**

Mot de bienvenue  
But de l'entretien  
Entente de confidentialité  
Fiche de renseignements  
Enregistrement de l'entrevue  
Durée de l'entrevue  
Questions relatives à l'étude

***Fiche de renseignements personnels***

1. Quel poste occupez-vous ?
2. Quelle est votre profession ?
3. Depuis combien de temps êtes-vous responsable de la formation pour cet établissement de santé ?
4. Quel type de formation avez-vous planifié pour les gestionnaires de cas ?

***Explorer sa perception de la situation professionnelle des gestionnaires de cas.***

1. Quelles sont les principales responsabilités et fonctions des gestionnaires de cas ?
2. Quelles sont les activités clés du processus de la gestion de cas ?
3. Quel pouvoir de décision les gestionnaires de cas ont-ils en regard des services et des soins offerts ?
4. Selon vous, quelles sont les difficultés auxquelles le gestionnaire de cas est confronté dans sa pratique ?

5. Comment identifiez-vous les besoins de formation des gestionnaires de cas ?  
Pouvez-vous me donner un exemple de cas typique ?

**Explorer sa perception des ressources internes du gestionnaire de cas.**

1. Selon vous, quelles qualités personnelles devraient avoir un gestionnaire de cas ?
2. Quelles connaissances devrait avoir un gestionnaire de cas pour être efficace dans sa pratique ?
3. Quelles habiletés devrait avoir un gestionnaire de cas pour être efficace dans sa pratique ?
4. Quelles attitudes devrait avoir un gestionnaire de cas pour être efficace dans sa pratique ?
5. Quelle importance accordez-vous à l'expérience pour occuper un poste de gestionnaire de cas ?
6. Quel type d'expérience clinique considérez-vous un atout pour le rôle de gestionnaire de cas ?
7. Quel type d'expérience administrative considérez-vous un atout pour le rôle de gestionnaire de cas ?

**Explorer sa perception des ressources externes disponibles au gestionnaire de cas.**

1. Pouvez-vous me décrire les différents types de ressources auxquelles les gestionnaires de cas ont accès ? (Il peut s'agir entre autres de ressources administratives, matérielles, humaines, technologiques, financières, professionnelles et de développement)
2. Les gestionnaires de cas reçoivent-ils une formation avant d'entrer en fonction ? Si oui en quoi consiste-t-elle ? Quelle en est la durée ?
3. À quel type de formation continue les gestionnaires de cas ont-ils accès ? Et à quelle fréquence ?
4. Quels sont les partenaires internes et externes des gestionnaires de cas ?
5. Les gestionnaires de cas travaillent-ils au sein d'une équipe multidisciplinaire ? À temps complet ou partiel ? Quelle est la fréquence des rencontres ?
6. Quel est leur rôle au sein de cette équipe ?

**Explorer sa perception de la compétence/un professionnel compétent.**

1. Comment décririez-vous un gestionnaire de cas compétent ?
2. Comment jugez-vous la compétence d'un gestionnaire de cas ?
3. Quelles compétences professionnelles spécifiques ciblez-vous lors de la formation ?
4. Quels moyens ou outils utilisez-vous pour faciliter l'apprentissage de ces compétences durant la formation ?
5. Quelle méthode (instrument) d'évaluation utilisez-vous pour mesurer le succès de la formation et le développement des compétences visées ?
6. Qu'est-ce qu'une compétence pour vous ?

**Compléter les formulaires requis.**

Ce qui suit est inclus dans le canevas d'entrevue, mais n'est pas acheminé aux participants.

*Obtenir une copie des sessions de formation données aux gestionnaires de cas, s'il y a lieu.*

**CLÔTURE DE L'ENTREVUE**

- Si possible, faire un résumé des propos entendus.
- Demander au répondant s'il a quelque chose à ajouter ou des questions.
- Confirmer que l'entrevue est confidentielle et que l'enregistrement sert uniquement d'aide-mémoire.
- S'assurer que le répondant a complété les formulaires requis.
- Remercier

APPENDICE C  
GUIDE D'ENTREVUE  
FOURNISSEURS DE SERVICES

**Construction et validation d'un référentiel de compétences professionnelles  
transdisciplinaires pour la formation des gestionnaires de cas  
du réseau de la santé**

**GUIDE D'ENTREVUE – FOURNISSEURS DE SERVICES  
Pistes de questions pour guider l'entrevue**

**OBJECTIF :**

Dans le cadre d'une entrevue semi-dirigée avec les fournisseurs de services, explorer leur perception du contexte de la situation professionnelle et des ressources qui contribuent au développement des compétences professionnelles des gestionnaires de cas.

**INTRODUCTION**

Mot de bienvenue

But de l'entretien

Entente de confidentialité

Fiche de renseignements

Enregistrement de l'entrevue

Durée de l'entrevue

Questions relatives à l'étude

***Fiche de renseignements personnels***

1. Quel poste occupez-vous ?
2. Quelle est votre profession ?
3. Depuis combien de temps travaillez-vous avec des gestionnaires de cas ?
4. Quels types de services fournissez-vous aux gestionnaires de cas ?

***Explorer sa perception de la situation professionnelle des gestionnaires de cas.***

1. Selon vous, quels sont les objectifs du programme de gestion de cas ?
2. Quelles sont les principales responsabilités et fonctions des gestionnaires de cas ?
3. Selon vous, quel est le pouvoir de décision du gestionnaire de cas en regard des services offerts ?
4. Selon vous, quelles sont les difficultés auxquelles le gestionnaire de cas est confronté dans sa pratique ?

***Explorer sa perception des ressources internes du gestionnaire de cas.***

1. Selon vous, quel niveau d'éducation minimum est requis pour un poste de gestionnaire de cas ?
2. Quelles qualités personnelles recherchez-vous chez un gestionnaire de cas ?

3. Quelles connaissances devrait avoir un gestionnaire de cas pour être efficace dans sa pratique ?
4. Quelles habiletés devrait avoir un gestionnaire de cas pour être efficace dans sa pratique ?
5. Quelles attitudes devrait avoir un gestionnaire de cas pour être efficace dans sa pratique ?
6. Quelle importance accordez-vous à l'expérience du gestionnaire de cas ?
7. Quel type d'expérience clinique considérez-vous un atout pour le rôle de gestionnaire de cas ?
8. Quel type d'expérience administrative considérez-vous un atout pour le rôle de gestionnaire de cas ?

**Explorer sa perception des ressources externes disponibles au gestionnaire de cas.**

1. Pouvez-vous me décrire les différents types de ressources externes auxquelles les gestionnaires de cas ont accès ? (Il peut s'agir entre autres de ressources administratives, matérielles, humaines, technologiques, financières, professionnelles et de développement)
2. Quels sont les partenaires internes et externes des gestionnaires de cas ?
3. Le gestionnaire de cas travaille-t-il au sein d'une équipe ? À temps complet ou partiel ? Quelle est la fréquence des rencontres ?
4. Quel est son rôle au sein de cette équipe ?

**Explorer sa perception de la compétence/un professionnel compétent**

1. Comment décririez-vous un gestionnaire de cas compétent ?
2. Comment jugez-vous la compétence du gestionnaire de cas ?
3. Qu'est-ce qu'une compétence pour vous ?

**Compléter les formulaires requis.**

Ce qui suit est inclus dans le canevas d'entrevue, mais n'est pas acheminé aux participants.

**CLÔTURE DE L'ENTREVUE**

- Si possible, faire un résumé des propos entendus.
- Demander au répondant s'il a quelque chose à ajouter ou des questions.
- Confirmer que l'entrevue est confidentielle et que l'enregistrement sert uniquement d'aide-mémoire.
- S'assurer que le répondant a complété les formulaires requis.
- Remercier

APPENDICE D  
GUIDE D'ENTREVUE  
CLIENTS

**Construction et validation d'un référentiel de compétences professionnelles  
transdisciplinaires pour la formation des gestionnaires de cas  
du réseau de la santé**

**GUIDE D'ENTREVUE – CLIENTS**  
**Pistes de questions pour guider l'entrevue**

**OBJECTIF**

Dans le cadre d'une entrevue semi-dirigée avec des clients, explorer leur perception du contexte de la situation et des ressources qui contribuent au développement des compétences professionnelles des gestionnaires de cas.

**INTRODUCTION**

Mot de bienvenue

But de l'entretien

Entente de confidentialité

Fiche de renseignements

Enregistrement de l'entrevue

Durée de l'entrevue

Questions relatives à l'étude

***Explorer sa perception de la situation professionnelle des gestionnaires de cas.***

1. Depuis quand êtes-vous suivi par un gestionnaire de cas ?
2. À quelle fréquence rencontrez-vous le gestionnaire de cas ?
3. Selon vous quels sont les objectifs du programme de gestion de cas ?
4. Selon vous, quelles sont les principales responsabilités et fonctions des gestionnaires de cas dans ce programme ?
5. Selon vous, quelles sont les difficultés auxquelles le gestionnaire de cas est confronté dans sa pratique ?
6. Croyez-vous que votre gestionnaire de cas a le pouvoir de décider et de vous offrir tous les soins et services dont vous avez besoin ?

***Explorer sa perception des ressources internes du gestionnaire de cas.***

1. Quelles qualités personnelles recherchez-vous chez un gestionnaire de cas ?
2. Quelles connaissances et habiletés cliniques considérez-vous des atouts pour un gestionnaire de cas ?
3. Quelles connaissances et habiletés administratives considérez-vous des atouts pour un gestionnaire de cas ?
4. Quelles attitudes recherchez-vous chez un gestionnaire de cas ?
5. Croyez-vous que plusieurs années d'expérience clinique sont un facteur important pour l'efficacité du gestionnaire de cas ? Si oui pourquoi ?

**Explorer sa perception des ressources externes disponibles au gestionnaire de cas.**

1. Quels types de soins ou services recevez-vous présentement de votre gestionnaire de cas ?
2. Qui vous donne ces soins ou services ?
3. Utilisez-vous de l'équipement médical spécifique? Qui vous fournit cet équipement ? À quelle fréquence ?
4. Devez-vous déboursier des frais pour les services que vous recevez ?

**Explorer sa perception de la compétence/un professionnel compétent**

1. Comment décririez-vous un gestionnaire de cas compétent ?
2. Comment vous y prenez-vous pour juger de sa compétence ?
3. Qu'est-ce qu'une compétence pour vous ?

**Compléter les formulaires requis.**

Ce qui suit est inclus dans le canevas d'entrevue, mais n'est pas acheminé aux participants.

**CLÔTURE DE L'ENTREVUE**

- Si possible, faire un résumé des propos entendus.
- Demander au répondant s'il a quelque chose à ajouter ou des questions.
- Confirmer que l'entrevue est confidentielle et que l'enregistrement ne sert que d'aide-mémoire.
- S'assurer que le répondant a complété les formulaires requis.
- Remercier

APPENDICE E

PROCOLE DU PREMIER GROUPE DE DISCUSSION FOCALISÉE  
GESTIONNAIRE DE CAS

**Construction et validation d'un référentiel de compétences professionnelles  
transdisciplinaires pour la formation des gestionnaires de cas  
du réseau de la santé**

**PROTOCOLE DU PREMIER GROUPE DE DISCUSSION FOCALISÉE  
GESTIONNAIRES DE CAS**

**OBJECTIF:**

Dans le cadre du premier groupe de discussion focalisée avec les gestionnaires de cas, explorer leur perception de leur pratique professionnelle et des ressources personnelles et externes qui contribuent au développement des compétences professionnelles associées à leur rôle.

**INTRODUCTION**

**Informations générales**

- Faire les présentations (chercheure, assistant, participants)
- Préciser le but du groupe de discussion focalisée
- Rétirer que la participation est volontaire
- Parler du rapport de recherche (son but, accès, anonyme)

**Informations sur la démarche**

- Expliquer le rôle de l'animateur et de l'assistant de recherche
- Élaborer les règles de participation.
  - assister aux deux groupes de discussion
  - commenter les idées des autres participants
  - laisser la personne exprimer toute sa pensée avant d'intervenir
  - s'exprimer librement, car il n'y a pas de mauvaises réponses, seulement des points de vue différents
- Définir le type de consensus visé
- Préciser que l'objectif du groupe de discussion est d'obtenir l'opinion du groupe
- Définir ce que l'on entend par confidentialité

**Informations logistiques**

- **Rappeler les points de logistiques suivants:**  
Téléphones cellulaires et pagettes

Café et gourmandises  
Enregistrement audio (accès, destruction)

**Avant de commencer**

- Vérifier s'il y a des questions
- Remplir la fiche de renseignements (aux fins de recherche)
- Compléter le formulaire de consentement

<b>Pistes de questions pour guider la discussion</b>
--

***Explorer la perception des gestionnaires de cas de leur situation professionnelle.***

1. Pouvez-vous décrire les besoins typiques de vos clients ?
2. Quelle est votre charge de travail en terme de nombre de clients ?
3. Quelles sont vos principales responsabilités et fonctions ?
4. Quelles sont les activités clés du rôle de gestionnaire de cas ?
5. Pouvez-vous décrire une journée typique d'un gestionnaire de cas ?
6. Quel pouvoir de décision détenez-vous en regard des services et des soins offerts ?
7. Quelles sont les difficultés auxquelles vous êtes confrontés dans votre pratique ?

***Explorer la perception des gestionnaires de cas concernant les ressources internes requise pour leur rôle.***

1. Pouvez-vous décrire les connaissances, les habiletés et les attitudes requises d'un gestionnaire de cas ?
2. Quelles qualités le gestionnaire de cas doit-il posséder pour une pratique compétente ?
3. Pouvez-vous décrire une situation où vous pensiez que vous n'aviez pas les ressources (personnelles, matérielles ou autres) nécessaires pour aider votre client ?
4. Quelle satisfaction retirez-vous de votre rôle de gestionnaire de cas ? (motivations) Pouvez-vous me donner des exemples ?
5. Quel est le rôle de l'expérience clinique et administrative pour la pratique de gestion de cas ?

***Explorer la perception des gestionnaires de cas concernant les ressources externes.***

1. Pouvez-vous décrire les différents types de ressources auxquelles vous avez accès?
  - administratives
  - matérielles
  - humaines
  - technologiques
  - financières
  - professionnelles
  - formatives (formation- type et fréquence)

2. Comment utilisez-vous ces ressources ?
3. Qui sont vos partenaires internes et externes ?
4. Comment les utilisez-vous ? Comment contribuent-ils à votre pratique ?
5. Travaillez-vous seul ou en équipe pour résoudre les problèmes de vos clients ? Quel est votre rôle au sein de l'équipe et comment vous aide-t-elle dans votre travail ? Quelle est la fréquence des rencontres ?

**Explorer la perception des gestionnaires de cas sur la notion de la compétence/d'un professionnel compétent.**

1. Comment décririez-vous un gestionnaire de cas compétent ?
2. Comment reconnaissez-vous la compétence chez un autre gestionnaire de cas ?
3. Qu'est-ce qu'une compétence pour vous ?

**Explorer le processus de la construction de leurs compétences.**

1. Quelles compétences professionnelles avez-vous développées comme gestionnaire de cas ?
2. Comment avez-vous développé ces compétences ?
3. Comment procédez-vous pour sélectionner les ressources dont vous aurez besoin pour une situation spécifique ?
4. Pouvez-vous donner des exemples de situations qui vous ont permis d'apprendre de nouvelles compétences ?
5. Comment savez-vous que vous avez résolu une situation de manière compétente ?
6. Comment savez-vous que vous avez manqué de compétence ?

**Compléter les formulaires requis.**

**CLÔTURE DU GROUPE DE DISCUSSION**

- Si possible, faire un résumé des propos entendus.
- Demander aux répondants s'ils ont quelque chose à ajouter ou des questions.
- Confirmer que le contenu de la discussion est confidentiel et que l'enregistrement sert uniquement à titre d'aide-mémoire.
- S'assurer que les répondants ont complété les formulaires requis.
- Remercier les participants

## APPENDICE F

### LETTRES D'AUTORISATION DES MILIEUX DE RECHERCHE

« Par souci de confidentialité, les autorisations des sites ne sont pas incluses dans la thèse, mais sont disponibles sur demande. »

## APPENDICE G

### CERTIFICATS ÉTHIQUE

« Par souci de confidentialité, les certificats éthiques provenant des sites ne sont pas inclus dans la thèse, mais sont disponibles sur demande. Seulement celui de l'UQO est présenté. »



**Université du Québec en Outaouais**

Case postale 1250, succursale Hull, Gatineau (Québec), Canada J8X 3X7  
Téléphone: (819) 595-3900  
www.uqo.ca

Notre référence : 790

**CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE**

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

**Projet :** Construction et validation d'un référentiel de compétences professionnelles transdisciplinaires pour la formation des gestionnaires de cas du réseau de la santé

**Soumis par:** Madame Danielle Bérubé  
Étudiante au doctorat  
Département des sciences de l'éducation

**c.c.** Louise Dumas, Département des sciences infirmières  
Jacques Chevrier, Département des sciences de l'éducation

**Financement:** Aucun

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable jusqu'au 11 octobre 2008.

Au nom du Comité,

par:

Judith Lapierre  
Vice-Présidente  
Comité d'éthique de la recherche

Date d'émission : Le 10 octobre 2007

APPENDICE H

FICHE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DES PARTICIPANTS  
AUX GROUPES DE DISCUSSION



APPENDICE I

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

# FORMAT EXIGÉ DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

## 1<sup>er</sup> PARTI

### DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ DES CHERCHEURS

**Titre du projet :**

Recherche portant sur la construction et la validation d'un référentiel de compétences professionnelles transdisciplinaires pour la formation des gestionnaires de cas du réseau de la santé

**Source de financement :**

Autofinancé

**Chercheur principal, co-chercheurs et collaborateur :**

Danielle Bérubé, inf., MSc, PhD (c)  
Doctorante  
Université du Québec en Outaouais

Louise Dumas, inf., MSN, PhD  
Professeure-chercheure en sciences infirmières  
Université du Québec en Outaouais

Co-directeur : Jacques Chevrier, PhD  
Professeur et chercheur en sciences de l'éducation  
Université du Québec en Outaouais

**Déclaration de responsabilité :**

Le chercheur principal ainsi que les chercheurs-collaborateurs sont responsables du déroulement du présent projet de recherche et s'engagent à respecter les éléments énoncés au formulaire de consentement.

**Signature du ou des chercheurs principaux du projet :**

**Danielle Bérubé**

---

## 2 PARTIE

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT- CLIENTS PARTICIPANT AUX ENTREVUES SEMI-DIRIGÉES

#### 1. *Présentation*

On vous demande de participer à cette étude parce que vous êtes suivi par un gestionnaire de cas et que vous pouvez nous aider à identifier les compétences professionnelles que vous jugez essentielles chez cette personne.

#### 2. *Objectifs du projet*

Cette étude vise l'identification de compétences professionnelles transdisciplinaires (communes) reliées au rôle de gestionnaire de cas dans le but de construire un référentiel (document de référence) pour l'élaboration de programmes de formation en gestion de cas.

#### 3. *Nature de la participation*

Votre participation à cette étude consiste à collaborer à une entrevue individuelle d'environ une heure à l'endroit de votre choix. La session sera enregistrée sur bande audio. Au cours de l'entrevue on vous demandera, entre autres, le type de services et soins que vous recevez de votre gestionnaire de cas et d'identifier les compétences professionnelles que vous jugez essentielles chez cette personne.

#### 4. *Bénéfices*

Les résultats de cette étude aideront à :

- 1) reconnaître les compétences professionnelles essentielles à la pratique de la gestion de cas ;
- 2) assurer une formation plus uniforme des gestionnaires de cas résultant en une plus grande efficacité des interventions au niveau du réseau de la santé ;
- 3) établir des bases comparatives pour les recherches en gestion de cas.

#### 5. *Risques et inconvénients*

Il y a très peu de risque associé à votre participation à cette étude. L'information recueillie sera revue que par la chercheuse et son comité de thèse. Des participants pourraient se sentir indisposés à répondre à certaines questions. Si c'est votre cas, vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions. Si cette entrevue génère de l'insécurité, vous pouvez en parler à la chercheuse qui vous référera à une personne compétente.

#### 6. *Confidentialité*

Votre nom ne sera inscrit à aucun endroit dans les données ou les rapports de recherche. Il sera connu uniquement de la doctorante et de son comité. Un pseudonyme sera utilisé au lieu de votre nom. Tous les documents (enregistrements et notes d'entrevues) seront conservés sous clé par la doctorante et seront détruits cinq ans après l'obtention de son doctorat tel qu'exigé par les politiques de l'Université. Le rapport final pourra vous être transmis si vous en faites la demande à la doctorante. Les résultats anonymes de cette étude seront diffusés dans la thèse de la doctorante et dans la diffusion lors de conférences ou d'écrits scientifiques.

En signant ce formulaire de consentement, vous donnez l'autorisation au chercheur de transmettre au ~~certains~~ certains renseignements du dossier de recherche à des fins de contrôle de la qualité ou afin de faire valoir vos droits dans une situation de plainte de votre part. Par ailleurs, le comité d'éthique de la recherche pourrait aussi avoir accès au dossier de recherche à des fins de surveillance.

## **7. Retrait de la participation**

Si vous avez des questions, posez-les avant de signer le consentement. Votre participation à cette étude est volontaire. Si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez le faire sans préjudice en tout temps. Le fait de se désister de la recherche n'aura aucun impact sur les services que vous recevez de votre intervenant.

## **8. Communication des résultats**

Le rapport final pourra vous être transmis si vous en faites la demande à la doctorante. Les résultats anonymes de cette étude seront diffusés dans la thèse de la doctorante et dans la diffusion lors de conférences ou d'écrits scientifiques.

## **9. Personne à contacter de l'équipe de recherche (si applicable)**

Pour toute question concernant cette étude ou pour toute demande d'information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche, vous pouvez rejoindre la chercheuse principale Danielle Bérubé au

## **10. Approbation par le comité d'éthique de la recherche**

Ce projet de recherche a été évalué et accepté par le comité d'éthique de la recherche

Pour tout problème éthique concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable de la recherche, expliquer vos préoccupations à la présidente de ce comité en contactant son secrétariat au

## **11. Consentement**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ déclare que \_\_\_\_\_ m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche, que j'ai pris connaissance du formulaire de consentement et qu'on m'en a remis un exemplaire, que j'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction, et qu'on m'a accordé un temps de réflexion. Je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature, les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche. Ceci étant, j'accepte librement et volontairement de participer à ce projet de recherche.

Signature du sujet : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature du responsable de l'obtention du consentement : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 200\_.

## FORMAT EXIGÉ DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

### 1<sup>re</sup> PARTIE

#### DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ DES CHERCHEURS

**Titre du projet :**

Recherche portant sur la construction et la validation d'un référentiel de compétences professionnelles transdisciplinaires pour la formation des gestionnaires de cas du réseau de la santé

**Source de financement :**

Autofinancé

**Chercheur principal, co-chercheurs et collaborateur :**

Danielle Bérubé, Inf., MSc, PhD (c)

Doctorante

Université du Québec en Outaouais

Louise Dumas, Inf., MSN, PhD.

Professeure-chercheure en sciences infirmières

Université du Québec en Outaouais

Co-directeur : Jacques Chevrier, PhD

Professeur et chercheur en sciences de l'éducation

Université du Québec en Outaouais

**Déclaration de responsabilité :**

Le chercheur principal ainsi que les chercheurs-collaborateurs sont responsables du déroulement du présent projet de recherche et s'engagent à respecter les éléments énoncés au formulaire de consentement.

**Signature du ou des chercheurs principaux du projet :**

**Danielle Bérubé**

---

## 2 PARTIE

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT- Gestionnaires de cas

#### 1. Présentation

On vous demande de participer à cette étude parce que vous occupez un poste de gestionnaire de cas et que vous avez développé une expertise dans ce domaine.

#### Objectifs du projet

Cette étude vise l'identification des compétences professionnelles transdisciplinaires (communes) du rôle de gestionnaire de cas dans le but de construire un référentiel (document de référence) pour l'élaboration de programmes de formation en gestion de cas.

#### 2. Nature de la participation

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous pouvez vous attendre :

- 1) À participer à deux *focus groups*, d'environ deux heures chacun, avec d'autres gestionnaires de cas de votre établissement. Les sessions seront enregistrées sur bande audio au cours desquelles on vous demandera d'identifier les compétences qui sont essentielles à votre rôle de gestionnaire de cas et d'expliquer comment vous avez développé ces compétences.
- 2) À être choisi pour représenter vos collègues lors d'une discussion ultérieure avec des gestionnaires de cas de d'autres organisations. Cette discussion sera aussi enregistrée et durera environ deux heures.
- 3) À remettre un dépliant explicatif aux clients à votre charge de travail qui rencontrent les conditions suivantes : Des clients (patients) majeurs et aptes qui font partie de votre charge de travail depuis au moins six mois. Le premier groupe de clients exige de vous un niveau de coordination de soins et services d'intensité moyenne et l'autre un niveau de coordination de soins et services d'intensité élevée. La participation des clients vise à recueillir leur point de vue sur les compétences professionnelles qu'ils attendent d'un gestionnaire de cas.

#### 3. Bénéfices

Les résultats de cette étude aideront à :

- 1) reconnaître les compétences professionnelles transdisciplinaires (communes) du rôle de gestionnaire de cas ;
- 2) assurer une formation plus uniforme des gestionnaires de cas résultant en une plus grande efficacité des interventions au niveau du réseau de la santé ;
- 3) établir des bases comparatives pour les recherches en gestion de cas.

Votre participation à cette étude vous fournira l'occasion d'acquérir une conscience accrue des dimensions de votre travail et la satisfaction d'avoir pu émettre vos opinions.

#### 4. Risques et inconvénients

Certains risques peuvent être associés à cette étude. Partager des opinions avec des collègues qui peuvent être en désaccord avec vos idées peut créer une situation stressante et désagréable pour vous. Pour cette raison durant les discussions de groupe, la chercheuse portera une attention particulière au respect de la dignité humaine, au droit des participants d'être traités de manière juste et équitable. Cette recherche ne vise pas à vous évaluer. Les données ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles de la recherche.

## 5. Confidentialité

Puisque plusieurs personnes participent en même temps à un groupe de discussion, la confidentialité et l'anonymat sont limités. Cependant, votre nom ne sera inscrit à aucun endroit dans les données ou les rapports de recherche. Il sera connu seulement de la doctorante et de son comité de recherche. Un pseudonyme sera utilisé au lieu de votre nom. Tous les documents (enregistrements et notes d'entrevues) seront conservés sous clé par la doctorante et seront détruits cinq ans après l'obtention de son doctorat tel qu'exigé par les politiques de l'Université.

## 6. Retrait de la participation

Si vous avez des questions, posez-les avant de signer le consentement. Votre participation à cette étude est volontaire. Si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez le faire sans préjudice en tout temps.

## 7. Communication des résultats

Le rapport final pourra vous être transmis si vous en faites la demande à la doctorante. Les résultats anonymes de cette étude seront diffusés dans la thèse de la doctorante et dans la diffusion lors de conférences ou d'écrits scientifiques.

## 8. Personne à contacter de l'équipe de recherche (si applicable)

Pour toute question concernant cette étude ou pour toute demande d'information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche, vous pouvez rejoindre la chercheuse principale Danielle Bérubé au

## 9. Approbation par le comité d'éthique de la recherche

Ce projet de recherche a été évalué et accepté par le comité d'éthique de la recherche :

Pour tout problème éthique concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable de la recherche, expliquer vos préoccupations à la présidente de ce comité en contactant son secrétariat au

## 10. Consentement

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ déclare que \_\_\_\_\_ m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche, que j'ai pris connaissance du formulaire de consentement et qu'on m'en a remis un exemplaire, que j'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction, et qu'on m'a accordé un temps de réflexion. Je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature, les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche. Ceci étant, j'accepte librement et volontairement de participer à ce projet de recherche.

Signature du sujet : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature du responsable de l'obtention du consentement : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 200\_.

## FORMAT EXIGÉ DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

### 1<sup>er</sup> PARTI

## DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ DES CHERCHEURS

### Titre du projet :

Recherche portant sur la construction et la validation d'un référentiel de compétences professionnelles transdisciplinaires pour la formation des gestionnaires de cas du réseau de la santé

### Source de financement :

Autofinancé

### Chercheur principal, co-chercheurs et collaborateur :

Danielle Bérubé, inf., MSc, PhD (c)

Doctorante

Université du Québec en Outaouais

Louise Dumas, inf., MSN, PhD

Professeure-chercheuse en sciences infirmières

Université du Québec en Outaouais

Co-directeur : Jacques Chevrier, PhD

Professeur et chercheur en sciences de l'éducation

Université du Québec en Outaouais

### Déclaration de responsabilité :

Le chercheur principal ainsi que les chercheurs-collaborateurs sont responsables du déroulement du présent projet de recherche et s'engagent à respecter les éléments énoncés au formulaire de consentement.

### Signature du ou des chercheurs principaux du projet :

**Danielle Bérubé**

---

---

## **2 PARTIE**

### **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT- PARTICIPANTS AUX ENTREVUES SEMI-DIRIGÉES (AUTRES QUE LES CLIENTS)**

#### **1. Présentation**

Vous êtes invité à participer à une étude qui vise à identifier les compétences professionnelles transdisciplinaires associées au rôle de gestionnaire de cas effectuée par Danielle Bérubé, doctorante en éducation à l'Université du Québec en Outaouais. On vous a demandé de participer à cette étude parce que vous êtes touché (e) par les actions des gestionnaires de cas et avez développé au cours de cette relation votre propre idée de ce que devraient être les compétences professionnelles d'un gestionnaire de cas.

#### **2. Objectifs du projet**

Cette étude vise l'identification de compétences professionnelles transdisciplinaires reliées au rôle de gestionnaire de cas dans le but de construire un référentiel qui servira de base à l'élaboration de programmes de formation en gestion de cas.

#### **3. Nature de la participation**

Si vous acceptez de participer à cette étude, on vous demande de participer à une entrevue enregistrée individuelle d'environ une heure à l'endroit de votre choix.

#### **4. Bénéfices**

Les résultats de cette étude aideront à :

- 1) reconnaître les compétences professionnelles essentielles à la pratique de la gestion de cas ;
- 2) assurer une formation plus uniforme des gestionnaires de cas résultant en une plus grande efficacité des interventions au niveau du réseau de la santé ;
- 3) établir des bases comparatives pour les recherches en gestion de cas.

#### **5. Risques et inconvénients**

Il y a très peu de risque associé à votre participation à cette étude. L'information recueillie sera revue que par la chercheuse et son comité de thèse.

#### **6. Confidentialité**

Votre nom ne sera inscrit à aucun endroit dans les données ou les rapports de recherche. Il sera connu uniquement de la doctorante et de son comité. Un pseudonyme sera utilisé au lieu de votre nom. Tous les documents (enregistrements et notes d'entrevues) seront conservés sous clé par la doctorante et seront détruits cinq ans après l'obtention de son doctorat tel qu'exigé par les politiques de l'Université. Le rapport final pourra vous être transmis si vous en faites la demande à la doctorante. Les résultats anonymes de cette étude seront diffusés dans la thèse de la doctorante et dans la diffusion lors de conférences ou d'écrits scientifiques.

#### **7. Retrait de la participation**

Veillez lire les informations ci-jointes. Si vous avez des questions, posez-les avant de signer le consentement. Votre participation à cette étude est volontaire. Si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez le faire sans préjudice en tout temps.

#### **8. Communication des résultats**

Le rapport final pourra vous être transmis si vous en faites la demande à la doctorante. Les résultats anonymes de cette étude seront diffusés dans la thèse de la doctorante et dans la diffusion lors de conférences ou d'écrits scientifiques.

### **9. Personne à contacter de l'équipe de recherche (si applicable)**

Pour toute question concernant cette étude ou pour toute demande d'information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche, vous pouvez rejoindre la chercheuse principale Danielle Bérubé au

### **10. Approbation par le comité d'éthique de la recherche**

Ce projet de recherche a été évalué et accepté par le comité d'éthique de la recherche

Pour tout problème éthique concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable de la recherche, expliquer ses préoccupations à la présidente de ce comité en contactant son secrétariat au

### **11. Consentement**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ déclare que \_\_\_\_\_ m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche, que j'ai pris connaissance du formulaire de consentement et qu'on m'en a remis un exemplaire, que j'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction, et qu'on m'a accordé un temps de réflexion. Je reconnais avoir été Informé(e) de façon suffisante sur la nature, les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche. Ceci étant, j'accepte librement et volontairement de participer à ce projet de recherche.

Signature du sujet : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature du responsable de l'obtention du consentement : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 200\_.



**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ  
ENTREVUES SEMI-DIRIGÉES (PROCHES COLLABORATEURS)**

**N° DE PROJET :** 2007-08-63

**TITRE DU PROJET  
DE RECHERCHE :** Construction et validation d'un référentiel de compétences  
professionnelles transdisciplinaires pour la formation des  
gestionnaires de cas du réseau de la santé.

**PROTOCOLE :** S. O.

**COMMANDITAIRE :** S. O.

**CHERCHEUR PRINCIPAL :** Danielle Bérubé, inf., MSc, PhD (c)

**DÉPARTEMENT DU  
CHERCHEUR PRINCIPAL :** Département des sciences de l'éducation  
Université du Québec en Outaouais

**ADRESSE :**

**TÉLÉPHONE :**

**INTRODUCTION**

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche parce que vous êtes un proche collaborateur des gestionnaires de cas (**intervenants pivots**) et que vous pouvez nous aider à identifier les compétences professionnelles clés reliées à leur rôle. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les malaises qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

**Titre du projet de recherche :** Construction et validation d'un référentiel de compétences professionnelles transdisciplinaires pour la formation des gestionnaires de cas du réseau de la santé.

**N° de projet :** 2007-08-63

**Entrevues semi-dirigées (proches collaborateurs)**

**Page 2 de 5**

## **BUT DE L'ÉTUDE**

Cette étude vise l'identification des compétences professionnelles transdisciplinaires (communes) reliées au rôle de gestionnaire de cas (**intervenant pivot**) dans le but de construire un référentiel (document de référence) pour l'élaboration de programmes de formation en gestion de cas. Environ 10 sujets de participeront à cette étude.

## **PROCÉDURES**

Votre participation à cette étude consiste à collaborer à une entrevue individuelle d'environ une heure à l'endroit de votre choix. La session sera enregistrée sur bande audio. Au cours de l'entrevue on vous demandera, d'identifier la nature de votre relation avec les gestionnaires de cas (**intervenants pivots**) ainsi que d'identifier les compétences professionnelles que vous considérez comme essentielles à leur rôle.

## **RISQUES ET INCONVÉNIENTS**

Il y a très peu de risque associé à votre participation à cette étude. L'information recueillie ne sera revue que par la doctorante et son comité de thèse. Parfois, des participants peuvent se sentir indisposés à répondre à certaines questions. Si c'est votre cas, vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions. Si cette entrevue génère de l'insécurité, vous pouvez en parler à la doctorante qui vous référera à une personne compétente.

## **BÉNÉFICES ET AVANTAGES**

Il est possible que la participation à cette étude ne vous apporte aucun bénéfice immédiat, mais les résultats de cette étude aideront à :

- 1) reconnaître les compétences professionnelles essentielles à la pratique de la gestion de cas;
- 2) assurer une formation plus uniforme des gestionnaires de cas (**intervenant pivot**) résultant en une plus grande efficacité des interventions au niveau du réseau de la santé;
- 3) établir des bases comparatives pour les recherches en gestion de cas.

## **COÛTS/REMBOURSEMENT**

Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à déboursier pour participer à cette étude.

## **CONFIDENTIALITÉ**

Votre nom ne sera inscrit à aucun endroit dans les données ou les rapports de recherche. Il sera connu uniquement de la doctorante et de son comité. Un pseudonyme sera utilisé au lieu de votre nom. Tous les documents (enregistrements et notes d'entrevues) seront conservés sous clé par la doctorante et seront détruits cinq ans après l'obtention de son doctorat tel qu'exigé par les politiques de l'Université du Québec en Outaouais. Le rapport final pourra vous être transmis si vous en faites la demande à la doctorante. Les résultats anonymes de cette étude seront diffusés dans la thèse de la doctorante et dans la diffusion lors de conférences ou d'écrits scientifiques.

**Titre du projet de recherche :** Construction et validation d'un référentiel de compétences professionnelles transdisciplinaires pour la formation des gestionnaires de cas du réseau de la santé.

**N° de projet :** 2007-08-63

**Entrevues semi-dirigées (proches collaborateurs)**

**Page 3 de 5**

Ce projet de recherche a été évalué et accepté par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais et celui de

Vous devez savoir qu'en signant le présent consentement, vous autorisez le chercheur à fournir vos coordonnées au Service des archives médicales de \_\_\_\_\_ afin que soit constitué un registre institutionnel pouvant identifier tous les sujets de l'Institution ayant participé aux différents projets de recherche qui s'y tiennent.

Ce registre s'inscrit parmi les mesures établies pour votre protection, tel que prescrit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, permettant à l'hôpital de vous contacter le cas échéant. Aucune information de ce registre ne servira la recherche et cette information sera détruite au plus tard douze (12) mois suivant la fin de votre participation à ce projet.

#### **PARTICIPATION VOLONTAIRE/RETRAIT**

Votre participation à cette étude est volontaire. Si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez le faire sans préjudice en tout temps.

#### **PERSONNES À CONTACTER**

Pour toute question concernant cette étude ou pour toute demande d'information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche, vous pouvez rejoindre la doctorante Danielle Bérubé au numéro sans frais

Pour tout problème éthique concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable de la recherche, expliquer vos préoccupations au président du comité de recherche de l'Université en contactant monsieur André Durivage au (819) 595-3900, poste 1781.

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de

Titre du projet de recherche : Construction et validation d'un référentiel de compétences professionnelles transdisciplinaires pour la formation des gestionnaires de cas du réseau de la santé.

N° de projet : 2007-08-63

Entrevues semi-dirigées (proches collaborateurs)

Page 4 de 5

## AUTORISATIONS SUPPLÉMENTAIRES

### ENTREVUE ENREGISTRÉE

- Oui, j'accepte** que l'entrevue individuelle à laquelle je participerai soit enregistrée pour les fins de cette étude.

\_\_\_\_\_  
Signature du sujet

\_\_\_\_\_  
Nom (caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Date

- Non, je n'accepte pas** que l'entrevue individuelle à laquelle je participerai soit enregistrée pour les fins de cette étude.

\_\_\_\_\_  
Signature du sujet

\_\_\_\_\_  
Nom (caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Date

Titre du projet de recherche : Construction et validation d'un référentiel de compétences professionnelles transdisciplinaires pour la formation des gestionnaires de cas du réseau de la santé.

N° de projet : 2007-08-63

Entrevues semi-dirigées (proches collaborateurs)

Page 5 de 5

## ÉNONCÉ DU CONSENTEMENT

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comportent ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

\_\_\_\_\_  
Signature du sujet

\_\_\_\_\_  
Nom (caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Nom (caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne qui a présenté le  
consentement

\_\_\_\_\_  
Nom (caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Date



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ENTREVUES SEMI-DIRIGÉES (CLIENTS)

**N° DE PROJET :** 2007-08-63

**TITRE DU PROJET  
DE RECHERCHE :** Construction et validation d'un référentiel de compétences  
professionnelles transdisciplinaires pour la formation des  
gestionnaires de cas du réseau de la santé.

**CHERCHEUR PRINCIPAL :**  
Danielle Bérubé, inf., MSc, PhD (c)  
Doctorante  
Université du Québec en Outaouais

Directrice de thèse : Louise Dumas, inf., MSN, PhD  
Professeure-chercheure en sciences infirmières  
Université du Québec en Outaouais

Co-directeur de thèse : Jacques Chevrier, PhD  
Professeur et chercheur en sciences de l'éducation  
Université du Québec en Outaouais

**DÉPARTEMENT DU CHERCHEUR PRINCIPAL :**  
Département des sciences de l'éducation  
Université du Québec en Outaouais

**ADRESSE**

**TÉLÉPHONE**

## INTRODUCTION

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche parce que vous êtes suivi par un gestionnaire de cas (**intervenant pivot**) et que vous pouvez nous aider à identifier les compétences professionnelles que vous jugez essentielles chez cette personne. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les malaises qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

## BUT DE L'ÉTUDE

Cette étude vise à identifier les compétences professionnelles communes reliées au rôle des intervenants pivots dans le but de construire un document qui servira à développer des programmes de formation. Environ 2 sujets de \_\_\_\_\_ participeront à cette étude.

## PROCÉDURES

Votre participation à cette étude consiste à collaborer à une entrevue individuelle d'environ une heure à l'endroit de votre choix. La session sera enregistrée sur bande audio. Au cours de l'entrevue on vous demandera, entre autres, le type de services et de soins que vous recevez de votre gestionnaire de cas (**infirmière pivot**) et d'identifier les compétences professionnelles que vous jugez essentielles chez cette personne.

## RISQUES, EFFETS SECONDAIRES ET INCONVÉNIENTS

Il y a très peu de risque associé à votre participation à cette étude. L'information recueillie ne sera revue que par la chercheuse et son comité de thèse. Parfois, des participants peuvent se sentir indisposés à répondre à certaines questions. Si c'est votre cas, vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions. Si cette entrevue génère de l'insécurité, vous pouvez en parler à la chercheuse qui vous référera à une personne compétente.

## BÉNÉFICES ET AVANTAGES

Les résultats de cette étude aideront à :

- 1) reconnaître les compétences professionnelles essentielles à la pratique de la gestion de cas ;
- 2) assurer une formation plus uniforme des gestionnaires de cas (intervenant pivot) résultant en une plus grande efficacité des interventions au niveau du réseau de la santé ;
- 3) établir des bases comparatives pour les recherches en gestion de cas.

## COÛTS/REMBOURSEMENT

Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à déboursier pour participer à cette étude.

## CONFIDENTIALITÉ

Votre nom ne sera inscrit à aucun endroit dans les données ou les rapports de recherche. Il sera connu uniquement de la doctorante et de son comité. Un pseudonyme sera utilisé au lieu de votre nom. Tous les documents (enregistrements et notes d'entrevues) seront conservés sous clé par la doctorante et seront détruits cinq ans après l'obtention de son doctorat tel qu'exigé par les politiques de l'Université du Québec en Outaouais. Le rapport final pourra vous être transmis si vous en faites la demande à la doctorante. Les résultats anonymes de cette étude seront diffusés dans la thèse de la doctorante et dans la diffusion lors de conférences ou d'écrits scientifiques.

Vous devez savoir aussi qu'en signant le présent consentement, vous autorisez le chercheur à fournir vos coordonnées au Service des archives médicales de \_\_\_\_\_ afin que soit constitué un registre institutionnel pouvant identifier tous les sujets de l'Institution ayant participé aux différents projets de recherche qui s'y tiennent.

Ce registre s'inscrit parmi les mesures établies pour votre protection, tel que prescrit par le ministère de la Santé et des Services sociaux, permettant à l'hôpital de vous contacter le cas échéant. Aucune information de ce registre ne servira la recherche et cette information sera détruite au plus tard douze (12) mois suivant la fin de votre participation à ce projet.

## PARTICIPATION VOLONTAIRE/RETRAIT

Votre participation à cette étude est volontaire. Si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez le faire sans préjudice en tout temps. Le fait de se désister de la recherche n'aura aucun impact sur les soins et services que vous recevez de votre intervenant

## PERSONNES À CONTACTER

Pour toute question concernant cette étude ou pour toute demande d'information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche, vous pouvez rejoindre la doctorante Danielle Bérubé au numéro sans frais

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche ou en cas de dommage attribuable à la recherche, c'est-à-dire s'il y a des effets secondaires nocifs pour votre santé, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de

Titre du projet de recherche : Construction et validation d'un référentiel de compétences professionnelles transdisciplinaires pour la formation des gestionnaires de cas du réseau de la santé

N° de projet : 2007-08-63

Page 4 de 5

### AUTORISATIONS SUPPLÉMENTAIRES

#### ENTREVUE ENREGISTRÉE

**Oui, j'accepte** que l'entrevue individuelle à laquelle je participerai soit enregistrée pour les fins de cette étude.

\_\_\_\_\_  
Signature du sujet

\_\_\_\_\_  
Nom (caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Date

**Non, je n'accepte pas** que l'entrevue individuelle à laquelle je participerai soit enregistrée pour les fins de cette étude.

\_\_\_\_\_  
Signature du sujet

\_\_\_\_\_  
Nom (caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Date

**ÉNONCÉ DU CONSENTEMENT**

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comportent ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

\_\_\_\_\_  
Signature du sujet

\_\_\_\_\_  
Nom (caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Nom (caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne qui a présenté  
le consentement

\_\_\_\_\_  
Nom (caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Date



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ GESTIONNAIRES DE CAS

**N° DE PROJET :** 2007-08-63

**TITRE DU PROJET  
DE RECHERCHE :** Construction et validation d'un référentiel de compétences  
professionnelles transdisciplinaires pour la formation des  
gestionnaires de cas du réseau de la santé.

**PROTOCOLE :** S. O.

**COMMANDITAIRE :** S. O.

**CHERCHEUR PRINCIPAL :** Danielle Bérubé, inf., MSc, PhD (c)

**DÉPARTEMENT DU  
CHERCHEUR PRINCIPAL :** Département des sciences de l'éducation  
Université du Québec en Outaouais

**ADRESSE :**

**TÉLÉPHONE :**

### INTRODUCTION

Vous êtes invité à participer à cette étude de recherche parce que vous occupez un poste de gestionnaire de cas (**intervenant pivot**) et que vous avez développé une expertise dans ce domaine. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les malaises qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

## BUT DE L'ÉTUDE

Cette étude vise l'identification des compétences professionnelles transdisciplinaires (communes) reliées au rôle de gestionnaire de cas (**intervenants pivot**) dans le but de construire un référentiel (document de référence) pour l'élaboration de programmes de formation en gestion de cas. Environ 10 sujets de \_\_\_\_\_ participeront à cette étude.

## PROCÉDURES

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous pouvez vous attendre :

- 1) À participer à deux *focus groups*, d'environ deux heures chacun, avec d'autres gestionnaires de cas (**intervenants pivots**) de votre établissement. Les sessions seront enregistrées sur bande audio au cours desquelles on vous demandera d'identifier les compétences qui sont essentielles à votre rôle de gestionnaire de cas (**intervenants pivot**) et d'expliquer comment vous avez développé ces compétences.
- 2) À être choisi pour représenter vos collègues lors d'une discussion ultérieure avec des gestionnaires de cas de d'autres organisations. Cette discussion sera aussi enregistrée et durera environ deux heures.
- 3) À remettre un dépliant explicatif aux clients à votre charge de travail qui rencontrent les conditions suivantes : Des clients (patients) majeurs et aptes qui font partie de votre charge de travail depuis au moins six mois. Le premier groupe de clients exige de vous un niveau de coordination de soins et services d'intensité moyenne et l'autre un niveau de coordination de soins et services d'intensité élevée. La participation des clients vise à recueillir leur point de vue sur les compétences professionnelles qu'ils attendent d'un gestionnaire de cas

## RISQUES-ET INCONVÉNIENTS

Certains risques peuvent être associés à cette étude. Partager des opinions avec des collègues qui peuvent être en désaccord avec vos idées peut créer une situation stressante et désagréable pour vous. Pour cette raison durant les discussions de groupe, la doctorante portera une attention particulière au respect de la dignité humaine, au droit des participants d'être traités de manière juste et équitable. Cette recherche ne vise pas à vous évaluer. Les données ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles de la recherche.

## BÉNÉFICES ET AVANTAGES

Il est possible que la participation à cette étude ne vous apporte aucun bénéfice immédiat, mais les résultats de cette étude aideront à :

- 1) reconnaître les compétences professionnelles essentielles à la pratique de la gestion de cas;
- 2) assurer une formation plus uniforme des gestionnaires de cas (**intervenants pivot**) résultant en une plus grande efficacité des interventions au niveau du réseau de la santé;
- 3) établir des bases comparatives pour les recherches en gestion de cas.

Votre participation à cette étude vous fournira l'occasion d'acquérir une conscience accrue des dimensions de votre travail et la satisfaction d'avoir pu émettre vos opinions.

### **COÛTS/REMBOURSEMENT**

Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à déboursier pour participer à cette étude.

### **CONFIDENTIALITÉ**

Puisque plusieurs personnes participent en même temps à un groupe de discussion, la confidentialité et l'anonymat sont limités. Cependant, votre nom ne sera inscrit à aucun endroit dans les données ou les rapports de recherche. Il sera connu seulement de la doctorante et de son comité de recherche. Un pseudonyme sera utilisé au lieu de votre nom. Tous les documents (enregistrements et notes d'entrevues) seront conservés sous clé par la doctorante et seront détruits cinq ans après l'obtention de son doctorat tel qu'exigé par les politiques de l'Université du Québec en Outaouais. Le rapport final pourra vous être transmis si vous en faites la demande à la doctorante.

Ce projet de recherche a été évalué et accepté par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais et celui de

Vous devez savoir qu'en signant le présent consentement, vous autorisez le chercheur à fournir vos coordonnées au Service des archives médicales de \_\_\_\_\_ afin que soit constitué un registre institutionnel pouvant identifier tous les sujets de l'Institution ayant participé aux différents projets de recherche qui s'y tiennent.

Ce registre s'inscrit parmi les mesures établies pour votre protection, tel que prescrit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, permettant à l'hôpital de vous contacter le cas échéant. Aucune information de ce registre ne servira la recherche et cette information sera détruite au plus tard douze (12) mois suivant la fin de votre participation à ce projet.

### **PARTICIPATION VOLONTAIRE/RETRAIT**

Votre participation à cette étude est volontaire. Si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez le faire sans préjudice en tout temps.

### **PERSONNES À CONTACTER**

Pour toute question concernant cette étude ou pour toute demande d'information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche, vous pouvez rejoindre la doctorante Danielle Bérubé au numéro sans frais

**Titre du projet de recherche :** Construction et validation d'un référentiel de compétences professionnelles transdisciplinaires pour la formation des gestionnaires de cas du réseau de la santé.

**N° de projet :** 2007-08-63

**Gestionnaires de cas**

**Page 4 de 6**

Pour tout problème éthique concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable de la recherche, expliquer vos préoccupations au président du comité de recherche de l'Université en contactant monsieur André Durivage au (819) 595-3900.

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de

Titre du projet de recherche : Construction et validation d'un référentiel de compétences professionnelles transdisciplinaires pour la formation des gestionnaires de cas du réseau de la santé.

N° de projet : 2007-08-63

Gestionnaires de cas

Page 5 de 6

## AUTORISATIONS SUPPLÉMENTAIRES

### ENTREVUE ENREGISTRÉE

- Oui, j'accepte** que les entrevues individuelles auxquelles je participerai soient enregistrées pour les fins de cette étude.

\_\_\_\_\_  
Signature du sujet

\_\_\_\_\_  
Nom (caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Date

- Non, je n'accepte pas** que les entrevues individuelles auxquelles je participerai soient enregistrées pour les fins de cette étude.

\_\_\_\_\_  
Signature du sujet

\_\_\_\_\_  
Nom (caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Date

**ÉNONCÉ DU CONSENTEMENT**

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comportent ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

\_\_\_\_\_  
Signature du sujet

\_\_\_\_\_  
Nom (caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Nom (caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne qui a présenté le  
consentement

\_\_\_\_\_  
Nom (caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Date

APPENDICE J

PROCOLE DU DEUXIÈME GROUPE DE DISCUSSION FOCALISÉE  
GESTIONNAIRE DE CAS

**Recherche portant sur l'élaboration d'un profil de sortie d'un programme de formation interprofessionnelle et transdisciplinaire en gestion de cas**

**PROTOCOLE DU DEUXIÈME GROUPE DE DISCUSSION FOCALISÉE  
GESTIONNAIRES DE CAS**

**OBJECTIF :**

Dans le cadre d'un deuxième groupe de discussion focalisée avec des gestionnaires de cas, vérifier l'interprétation de la chercheuse de leur pratique professionnelle, discuter les neuf familles de situations identifiées, clarifier les points divergents et choisir un représentant pour la prochaine discussion.

**INTRODUCTION**

**Informations générales**

- Introduction
- Préciser le but du deuxième groupe de discussion
- Répéter que la participation est volontaire

**Informations sur la démarche**

- Expliquer le rôle de l'animateur
- Réviser les règles de participation. Les participants :
  - peuvent commenter les idées des autres participants
  - doivent laisser la personne exprimer toute sa pensée avant d'intervenir
  - peuvent s'exprimer librement car il n'y a pas de mauvaises réponses, seulement des points de vue différents
- Préciser que l'objectif du groupe de discussion est l'opinion du groupe

**Informations logistiques**

- **Rappeler les point logistiques suivants:**
  - Fermer les téléphones cellulaires et pagettes
  - Café et gourmandises
  - Enregistrement audio (accès, destruction)

### Avant de commencer

- Vérifier s'il y a des questions

### Pistes de questions pour guider le deuxième groupe de discussion focalisée

#### 1. Brève description de la pratique des gestionnaires de cas

Jusqu'à quel point cette description reflète votre pratique quotidienne?

#### 2. Discussion des neuf familles de situations professionnelles.

Dans votre pratique, rencontrez-vous de telles situations? Pouvez-vous apporter des exemples concrets de situations que vous avez rencontré dans votre pratique

- Les situations que vous considérez normales, types ou classiques
- Les situations que vous considérez difficiles
- Les situations de réadaptation
- Les situations de crise
- Les situations de conflits
- Les situations de manipulation
- Les situations grises
- Les situations de transitions
- Les situations ennuyeuses, irritantes ou dérangeantes

#### 3. Points à clarifier:

1. Pouvez-vous clarifier la notion de dépistage et celle de triage?
2. Avez-vous des protocoles qui guident votre pratique,? (ex. comment remplir un tel formulaire, comment transférer les soins d'un client à un autre établissement, etc.)
3. Est-ce que vos interventions sont basées sur des données probantes?
4. Rédigez-vous des rapports/statistiques ? Lesquels?
5. Est-ce que des connaissances des assurances privées, les accidents de travail, etc. sont nécessaires dans votre pratique?

#### 4. Élection de la personne qui représentera le site lors du prochain groupe de discussion

- Avoir participé aux deux groupes de discussion focalisée dans leur milieu

**CLÔTURE DU GROUPE DE DISCUSSION**

- Faire un résumé des propos entendus.
- Demander aux répondants s'ils ont quelque chose à ajouter ou des questions.
- Confirmer que le contenu du *focus group* est confidentiel et que l'enregistrement sert uniquement d'aide-mémoire.
- Remercier les participants

APPENDICE K

OUTIL UTILISÉ POUR LA VALIDATION INTERNE DES FAMILLES DE  
SITUATIONS PROFESSIONNELLES AVEC LES REPRÉSENTANTS DES  
DIFFÉRENTS MILIEUX DE RECHERCHE PAR VIDÉOCONFÉRENCE

## UNE ENTRÉE PAR LES SITUATIONS PROFESSIONNELLES

Domaines d'activités		Familles de situations
<b>Professionnel</b>	1	Navigation en zone grise (SG)
	2	Défense des droits (advocacy) de clients vulnérables (SA)
	3	Maintien de l'objectivité dans diverses situations (SMan)
<b>Relationnel</b>	4	Adaptation au travail interdisciplinaire (SInt)
	5	Résolution de conflits internes ou externes (SC)
	6	Gestion d'attentes irréalistes (SD)
	7	Soutien face aux détresses physiques et psychologiques des clients/familles (SP)
<b>Gestion de cas</b>	8	Adaptation émotionnelle aux circonstances (SÉ)
	9	Délimitation du rôle
	10	Application du processus de la gestion de cas aux cas simples (ST)
	11	Adaptation à de nouveaux cas (SN)
	12	Coordination de services avec différents partenaires (SPart)
	13	Échange d'information dans des situations de transition (STrans)
	14	Adaptation aux événements entourant les aidants naturels (SAN)
	15	Gestion d'événements imprévus (SCO)
	16	Ajustement aux différentes contraintes du travail (SF)
	17	Harmonisation des besoins d'un couple (SCou)
	18	Adaptation de son approche aux clients en santé mentale (SM)

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
<b>9. Délimitation du rôle</b> [La capacité de fourre-tout du rôle]	<b>Empiètements (abus)</b> par d'autres intervenants sur le rôle des GC/IP  [Circonstances où les autres intervenants considèrent les GC/IP comme des spécialistes et par conséquent, réfèrent les clients directement sans prendre la peine d'accomplir leur travail disciplinaire]	1. Intervenant qui appelle parce que le client ne veut pas prendre ses médicaments 2. Intervenant qui réfère un client parce qu'il ne sait plus quoi faire avec lui 3. Infirmière qui appelle parce que la cliente ne veut pas s'injecter son médicament 4. Infirmière qui appelle pour un client dont la condition se détériore et qui ne vérifie pas ses signes vitaux, sa médication ou sa formule sanguine au préalable 5. Infirmière qui demande de s'occuper du problème du Port-O-Cath de son client et d'appeler la physio pour lui 6. Infirmière qui demande d'évaluer sa cliente parce que le médecin a écrit "faire voir pivot" 7. Urgentologue qui réfère le client directement à l'IP, sans l'évaluer
	<b>Dépassements des limites du rôle</b> par les GC/ P  [Circonstances où les GC/IP dépassent les limites de leur rôle en empiétant sur le rôle des autres intervenants]	1. GC/IP qui effectue des interventions psychosociales qui dépassent l'intervention ponctuelle 2. GC/IP qui effectue une intervention en santé mentale plutôt que de référer le client 3. GC qui acquiesce à la demande du contremaître de mesurer la dimension des portes et de choisir la toilette lors d'un projet de modification du logis d'un client 4. GC/IP qui adopte un comportement de maternage

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
		<p>avec les clients</p> <p>5. GC/IP qui met plus d'emphase sur la défense des droits des clients (<i>advocacy</i>) que sur la coordination et le suivi/ accompagnement</p> <p>6. GC/IP qui effectue une intervention en nutrition plutôt que de référer le client (militaire)</p>
<p><b>4. Adaptation au travail interdisciplinaire</b></p> <p>[Circonstances où les GC/IP travaillent de concert avec les membres de l'équipe interdisciplinaire et qu'ensemble ils déterminent les interventions qui assureront les meilleurs résultats pour leurs clients]</p> <p>[Parfois les GC/IP nuisent au travail interdisciplinaire en dépassant les limites de leur rôle]</p>	<p><b>Communication multidirectionnelle</b></p> <p>[Circonstances où les GC/IP animent et/ou partagent des informations avec les membres de l'équipe (pour les informer, clarifier une situation, discuter des cas ou bien les prévenir de certains comportements chez leurs clients, etc.) ou il peut s'agir des membres de l'équipe qui les informent d'une situation]</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. GC qui anime une réunion d'équipe interdisciplinaire</li> <li>2. GC/IP qui confronte un membre de l'équipe afin de rectifier une situation</li> <li>3. GC/IP qui discute les cas de clients problématiques tels que les toxicomanes, les agressifs, etc.</li> <li>4. GC/IP qui doit comprendre la perspective présentée par un membre de l'équipe d'une autre discipline quant au plan d'intervention d'un client</li> <li>5. GC/IP qui présente les résultats des interventions recommandées lors d'une réunion antérieure</li> <li>6. GC qui participe à une réunion inter au cours de laquelle un membre de l'équipe présente le cas d'un militaire qui sera probablement suivi en gestion de cas</li> <li>7. GC qui rencontre les intervenants (partenaires) de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive lors de l'admission d'un client</li> <li>8. GC qui rencontre les intervenants (partenaires) en</li> </ol>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
	<p><b>Complémentarité GC/IP</b>            [Circonstances où les travaillent de concert avec des membres de l'équipe pour le bien-être du client. (Dans certaines circonstances, les GC/IP doivent aller au-delà des limites de leur rôle avec l'assentiment et les conseils des professionnels concernés pour aider le client à cheminer)]</p>	<p>soins de courte durée gériatrique lors de l'admission d'un client</p> <p>9. Pivot qui transmet à un infirmier les remerciements reçus d'une famille</p> <p>1. Pivot qui effectue un suivi psychosocial sous la direction du TS pour un client qui refuse un suivi psychosocial par le TS</p> <p>2. Auxiliaire familial qui informe le GC d'un problème relevé au domicile d'un client</p> <p>3. L'infirmière de la salle de traitement qui réfère un client</p> <p>4. L'oncologue qui, suite à sa rencontre un client, le réfère à l'IP</p> <p>5. GC qui transfère un client à un autre GC</p> <p>6. Pivot qui, sous la direction d'un psychologue, effectue une intervention psychologique pour un client qui refuse des services psychologiques</p> <p>7. L'infirmière en chimio qui réfère un client qui présente des symptômes complexes</p> <p>8. L'oncologue qui demande à l'IP de transmettre à un client les résultats normaux de ses tests</p> <p>9. Mobilisation de l'équipe pour éviter l'hébergement d'une cliente en fin de vie la veille de Noël</p> <p>10. Pivot et nutritionniste qui présentent à l'oncologue la problématique nutritionnelle d'un client</p> <p>11. Nutritionniste qui rapporte</p>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
	<p><b>Consultation</b></p> <p>[Circonstances où les GC/IP entrent en relation avec les membres de l'équipe ou un intervenant spécifique soit pour demander des conseils afin de pouvoir mieux aider leurs clients ou soit pour référer leurs clients]</p>	<p>le problème de santé d'un client</p> <p>12. GC et TS qui collaborent pour relocaliser un militaire sur une autre base</p> <p>13. GC et TS qui collaborent pour faire amender une demande de pension d'un militaire</p> <p>1. GC/IP qui réfère un client au TS pour un suivi psychosocial</p> <p>2. Pivot qui réfère un client au nutritionniste pour une problématique nutritionnelle</p> <p>3. GC/IP qui discute avec un membre de l'équipe d'un cas complexe sans solution évidente</p> <p>4. Pivot qui discute avec un médecin les résultats de l'évaluation des besoins d'un client</p> <p>5. Pivot qui consulte le nutritionniste pour connaître la prochaine étape du suivi nutritionnel d'un client</p> <p>6. Pivot qui consulte le pharmacien et le TS pour un client hyper souffrant qui ne veut pas prendre de médicaments à cause d'une croyance</p> <p>7. Pivot qui réfère un client au TS parce qu'il n'a pas de moyen de transport pour se rendre à ses traitements de radiothérapie</p> <p>8. GC/IP qui consulte les membres de l'équipe pour valider le plan d'action d'un client</p>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
	<p><b>Coordination</b></p> <p>[ Circonstances où les GC/IP doivent organiser des services avec des intervenants appartenant à leur organisation tel que le service de réadaptation (physio, ergo, etc.)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Client qui a subi un AVC qui veut retourner à domicile</li> <li>2. Client palliatif qui veut mourir à la maison</li> <li>3. Client qui présente de l'œdème</li> <li>4. Client qui fait des chutes</li> <li>5. Client qui reçoit son congé de l'hôpital et présente des problèmes spécifiques</li> <li>6. Client qui souffre de SP qui requiert des modifications à son domicile</li> <li>7. Cliente qui développe des points de pression</li> <li>8. Cliente qui présente de l'incontinence soir et nuit</li> <li>9. Cliente qui souffre de lymphoedème après une chirurgie du sein</li> <li>10. Client qui doit apprendre à compenser pour une perte de fonction</li> <li>11. Client qui présente un problème de mobilité</li> <li>12. Client qui souffre de neuropathies</li> </ol>
	<p><b>Interférence</b></p> <p>[Circonstances où les membres de l'équipe interdisciplinaire, incluant les GC/IP, nuisent au travail interdisciplinaire]</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. GC qui effectue une intervention en santé mentale plutôt que de référer le client</li> <li>2. GC qui ne règle pas un conflit personnel avec un ou des membres de l'équipe interdisciplinaire</li> <li>3. GC qui participe à une équipe dans laquelle les membres de l'équipe en santé mentale travaillent en silo et n'offrent pas de co-intervention</li> </ol>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
<p><b>14. Adaptation aux événements entourant les aidants naturels</b></p> <p>[Circonstances où les GC/IP doivent composer avec l'absence, la perte ou le changement d'un aidant et s'adapter à leurs idiosyncrasies (caractère, tempérament, personnalité, individualité) ]</p>	<p><b>Absence d'aidants naturels</b></p>	<p>1. Client qui vit seul sans proches pour l'aider</p>
	<p>[Circonstances où les GC/IP n'ont pas d'aide, de lien avec un aidant naturel proche de clients vulnérables]</p>	<p>2. Client qui souffre d'un cancer métastatique, qui vit seul et dont les membres de sa famille ne veulent pas s'impliquer</p>
	<p><b>Aidants naturels exigeants</b></p>	<p>3. Client qui souffre de troubles cognitifs sans aidant naturel fiable</p>
	<p>[Des aidants naturels revendicateurs qui ont des attentes incommensurables ou qui dépassent ce que les GC/IP peuvent leur offrir comme services ou qui exigent beaucoup de temps et d'efforts soit pour les rejoindre ou pour les calmer suite à l'annonce d'une information qu'ils n'apprécient pas]</p>	<p>1. Aidant qui fait une crise suite à l'annonce de la remise au lendemain du traitement du client</p>
		<p>2. Aidant qui croit en un État providence</p>
		<p>3. Aidant qui refuse les services jugés nécessaires par le GC</p>
		<p>4. Aidant qui est difficile à rejoindre</p>
		<p>5. Aidant qui désire une compensation monétaire pour le maintien du client à domicile</p>
		<p>6. Aidant qui veut une réponse immédiate</p>
		<p>7. Fille d'un client qui veut de l'aide pour faire résilier le permis de conduire de son père</p>
	<p>8. Mari qui veut un quadriporteur pour sa femme qui n'y a pas droit</p>	
<p><b>Perte soudaine de l'aidant naturel</b> [Circonstances où une situation se déstabilise rapidement suite à l'hospitalisation de l'aidant ou circonstances où les GC/IP doivent établir un nouveau lien avec un aidant parce que l'aidant actuel</p>	<p>1. Aidant hospitalisé suite à une chute</p>	
	<p>2. Aidante épuisée qui décharge ses responsabilités à son mari ou à son frère</p>	
	<p>3. Aidant hospitalisé suite à un arrêt cardiaque</p>	

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
	n'est plus capable émotionnellement d'accomplir son travail auprès du client]	
	<b>Soutien (accompagnement) apporté aux aidants naturels dans diverses situations</b> [Circonstances où les GC/IP doivent encadrer davantage l'aidant, ou changer d'aidant ou soulager l'aidant de tâches administratives comme l'organisation des services pour lui permettre de vivre son deuil]	1. Aidant qui a fait une promesse à ses parents de s'occuper d'eux mais qui s'épuise sous la charge 2. Aidante vivant les derniers moments avec sa mère mourante à domicile qui apprécierait la relève de la coordination des services requis
<b>11. Adaptation à de nouveaux cas</b> [Circonstances où les GC/IP ne connaissent absolument pas le client et son contexte ou que les GC/IP n'ont jamais vécu une situation semblable]	<b>Clients</b> [clients que les GC/IP ne connaissent pas parce qu'ils ne les ont jamais rencontrés ou les ont rencontrés très brièvement]	1. GC qui rencontre le personnel hospitalier pour un client qu'il a rencontré qu'une seule fois 2. GC à qui on assigne un nouveau dossier de client 3. GC/IP qui reçoit un appel d'un client inconnu pour le soulagement de symptômes 4. Pivot qui rencontre un nouveau client référé par l'oncologue 5. Pivot qui reçoit un appel d'un client pour des informations, suite à sa rencontre de la veille avec l'oncologue 6. GC qui doit prendre en charge la cliente d'un stagiaire, qui doit être hébergée immédiatement 7. GC qui doit, prendre en charge une cliente qu'il n'a pas encore rencontrée à la demande

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
		<p>du personnel hospitalier</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. GC qui doit aider un client qui a besoin d'aide pour un problème relié à l'assistance sociale</li> <li>2. GC qui doit coordonner le déménagement d'un militaire, nécessitant des modifications du domicile</li> </ol>
<p><b>18. Adaptation de son approche aux clients en santé mentale</b> [Circonstances où les GC/IP doivent composer avec des clients qui ont des problèmes sous-jacents en santé mentale]</p>	<p><b>Altération de l'humeur</b> [clients qui présentent des variations dans leur humeur comme les dépressifs]</p> <p><b>Problèmes d'anxiété</b> [clients qui éprouvent des crises d'anxiété ou qui démontrent des comportements obsessionnels-compulsifs]</p> <p><b>Troubles cognitifs</b> [clients qui présentent des problèmes cognitifs sévères qui affectent la pensée, le jugement et les sentiments. Ils peuvent déformer l'information présentée ou peuvent avoir des tendances paranoïdes ou des comportements inappropriés]</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Client qui menace de se suicider</li> <li>2. Client qui présente des symptômes de dépression avant un traitement de chimio</li> <li>3. Militaire qui vit des bas et des hauts parce qu'il n'accepte pas d'être libéré</li> <li>1. Cliente qui demande de placer la chaise et les souliers dans une position précise</li> <li>2. Militaire sur la liste d'attente de la santé mentale qui vit une crise d'anxiété</li> <li>1. Militaire psychotique qui déforme l'information qu'il entend</li> <li>2. Client âgé qui présente un trouble de la personnalité et une perte d'autonomie</li> <li>3. Cliente qui présente une problématique de santé mentale et une perte d'autonomie et qui est le soutien de la famille</li> <li>4. Client qui présente une altération du jugement</li> <li>5. Client qui présente un trouble de la personnalité et qui fait du clivage avec tous les intervenants</li> <li>6. Militaire qui présente des traits de personnalité</li> </ol>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
		paranoïdes 7. Toxicomane qui présente un problème de comportement
<b>8. Adaptation émotionnelle aux circonstances</b>  [Circonstances où les GC/ Pivot doivent composer avec leurs propres émotions face à différentes situations ou faire face aux émotions intenses vécues par leurs clients. Par exemple, dans une même journée les GC/IP peuvent rencontrer des clients heureux, malheureux, hypercritiques, au désespoir ou mourant. Les GC/IP doivent démontrer une certaine flexibilité émotionnelle pour pouvoir s'adapter à ces situations]	<b>Circonstances drainantes</b> [Circonstances liées aux clients/collègues qui exigent beaucoup de temps, d'énergie de la part des GC/IP.  <b>Circonstances tristes</b> [Événements dans la pratique des GC/IP qui peuvent affectés leur humeur. Il peut s'agir aussi d'être peiné de ne pouvoir aider le client à cause d'un manque de ressources]	1. Client âgé qui répète toujours les mêmes problèmes 2. Client passif-agressif qui se plaint constamment 3. Client qui critique tout 4. Client qui culpabilise les intervenants pour ses déboires 5. Client qui fait du clivage entre les intervenants 6. Client qui n'apprécie pas les efforts déployés 7. Client insatisfait des services  1. Client démuni qui vit seul un cancer métastatique terminal 2. Jeune militaire qui a perdu complètement son autonomie 3. Aidante qui voudrait seulement une aide pour le ménage mais qui ne peut être aidée parce que l'offre de services ne couvre pas ce service 4. Client en traitement de chimiothérapie qui perd son emploi 5. Client atteint de cancer, en fin de vie 6. Cliente souffrante qui refuse qu'on ajuste la dose de ses médicaments 7. Clients âgé qui ne peut pas se payer les services requis 8. Couple de personnes âgées qui doivent être hébergées à des endroits différents

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
	<p><b>Circonstances positives</b>            [Des situations enrichissantes et constructives de l'emploi qui font réaliser l'importance de son rôle]</p>	<p>9. Mère souffrant d'un cancer terminal qui ne prépare pas ses enfants à son décès</p> <p>1. Client qui apprécie l'aide reçue pour un solutionner problème administratif</p> <p>2. Client peu exigeant qui remercie pour les services reçus</p> <p>3. Client qui est maintenu à domicile en dépit des protestations des autres intervenants</p> <p>4. Famille qui collabore et facilite les interventions auprès d'un client</p> <p>5. Famille qui est reconnaissante pour l'avoir laissé vivre son deuil auprès d'une mère mourante en la soulageant des aspects administratifs</p> <p>6. Fille d'une cliente décédée en résidence privée qui apprécie l'aide reçue pour la mise en place des services</p> <p>7. Militaire qui n'acceptait pas sa libération des FC qui quitte serein</p> <p>8. Militaire qui souffre de problèmes mentaux qui réalise ses progrès</p> <p>9. Militaire qui se dit supporté et guidé dans son cheminement</p> <p>10. Officier supérieur qui ne voulait pas d'aide qui l'apprécie par la suite</p> <p>11. Travail d'équipe qui donne des résultats positifs pour les clients</p>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
	<p><b>Circonstances négatives</b>            [Les aspects liés au rôle de GC/IP qui sont moins plaisants et qui peuvent à la longue contribuer à les démotiver]</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La défense des droits des clients qui exige de quémander continuellement auprès de diverses personnes</li> <li>2. Le conflit de rôle qui est constant entre l'intervention disciplinaire et l'intervention ponctuelle requise du GC/IP</li> <li>3. Un travail professionnel très exigeant, qui est largement invisible</li> <li>4. La nature du travail qui exige de s'adapter à la manière de faire de plusieurs personnes</li> <li>5. La défense des droits des clients qui exige de questionner des spécialistes qui pense qu'on questionne leur expertise</li> <li>6. Un environnement qui n'apporte pas le leadership nécessaire au rôle (nous fait sentir comme l'équipage d'un bateau à la dérive)</li> <li>7. Un travail très exigeant qui est peu reconnu par les supérieurs</li> </ol>

Familles de situations	Facettes de la famille	Sous-facettes	Exemples de situations
<p><b>16. Ajustement aux différentes contraintes du travail</b> [Circonstances que les GC/IP considèrent ennuyantes, irritantes ou dérangeantes dans l'accomplissement de leur travail. Il peut s'agir de contraintes reliées au réseau, à l'établissement ou aux clients/famille/aidants]</p>	<p><b>Enjeux reliés au réseau</b> [Le réseau inclut toutes les ressources en dehors de l'établissement ou de l'organisation]</p>	<p><b>Administratifs et financiers</b> [Défis rencontrés dans la pratique des GC/IP de nature administrative ou financière reliés aux partenaires externes. Il peut s'agir de délais à recevoir l'information nécessaire, de procédures, de consultations, d'oublis ou de l'incapacité du réseau à fournir les services]</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le CF 2088 d'un réserviste, qui attend la réponse pour sa libération, introuvable dans le système durant six mois</li> <li>2. Un CLSC qui ne peut répondre aux besoins de clients qui ne sont pas en phase terminale</li> <li>3. Client qui s'est rendu inutilement à un autre établissement pour un test qui avait été coordonné mais non consigné</li> <li>4. Dossier d'un réserviste qui stagne à cause d'un changement de procédure des messages de libération</li> <li>5. Le personnel du bureau des libérations qui tarde à émettre le message d'un militaire (réserviste)</li> <li>6. Le personnel d'un CH qui ne connaît pas les limites des ressources humaines et matérielles du CLSC</li> <li>7. La période d'attente imprévisible des consultations aux différents professionnels</li> <li>8. Les ressources intermédiaires en soins palliatifs qui sont insuffisantes pour répondre aux besoins des clients</li> <li>9. Le soutien financier gouvernemental qui est insuffisant pour répondre aux besoins des clients du maintien à domicile</li> </ol>

Familles de situations	Facettes de la famille	Sous-facettes	Exemples de situations
		<p><b>Qualité des services</b> [Circonstances où les GC/IP doutent de la qualité des services ou doivent gérer les plaintes sur la qualité des services. Il peut s'agir par exemple de la qualité et fiabilité des services des résidences privées, des partenaires qui ne remplissent pas leur mandat]</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cliente en résidence privée dont l'apparence est négligée et les soins d'hygiène sont payés</li> <li>2. Le directeur de la résidence privée qui crie après une cliente</li> <li>3. Le Centre qui ne dispense pas les services annoncés</li> <li>4. Un membre de la famille d'un client qui se plaint des soins d'hygiène prodigués par des employés d'une agence privée</li> <li>5. Le médecin d'un CH qui veut héberger un client qui peut être maintenu à domicile parce qu'il ne comprend pas le rôle du GC</li> <li>6. OSISS qui ne fournit pas les services annoncés</li> <li>7. Le personnel d'une résidence privée qui ne déclare pas la violence faite à une résidente</li> <li>8. Employé d'une agence privée ne se présente pas chez la cliente pour ses soins d'hygiène</li> </ol>
	<p><b>Enjeux reliés à l'établissement de santé</b></p>	<p><b>Ressources temporelles</b> [Interruptions dans l'horaire des GC/IP qui affectent leur efficacité. Il peut s'agir de bris d'équipements, de faire remplir des formulaires,</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Une collègue qui demande une aide questionnable</li> <li>2. Des améliorations organisationnelles comme le programme des services d'aide qui requièrent plus de temps</li> <li>3. L'ajout continu de clients qui diminue le temps disponible auprès des autres clients</li> <li>4. Les bris d'équipement comme du photocopieur ou du télécopieur qui retardent la transmission de documents</li> </ol>

Familles de situations	Facettes de la famille	Sous-facettes	Exemples de situations
		d'améliorations qui font perdre du temps ou d'une charge excessive de clients qui empêche une connaissance approfondie des clients]	5. Le nombre élevé de clients à la charge qui limite le temps disponible auprès de chacun
			6. L'exigence d'une évaluation exhaustive des besoins des clients même lors d'un manque connu de ressources
			7. Les membres de la famille d'un client résidant à l'extérieur de la ville qui appellent chacun leur tour
			8. La retranscription des notes des visites à cause d'un nombre insuffisant d'ordinateurs portables
		<b>Ressources spatiales</b> [Conditions de travail des GC/IP qui sont reliées au manque d'espace, à la température des locaux ou à la séparation physique des membres de l'équipe]	1. Le manque de locaux pour effectuer les entrevues
			2. La division physique des membres de l'équipe dans différents édifices qui nuit au travail interdisciplinaire
			3. Des variations inconfortables dans la température de l'édifice
		<b>Ressources humaines</b> [Contraintes reliées aux ressources humaines qui affectent le travail des GC/IP. Il peut s'agir d'un manque de soutien	1. Des interventions trop rapides de la part d'un intervenant auprès d'un client, suite à son congé de l'hôpital, qui créent des besoins
2. Des ressources en santé mentale qui sont inaccessibles pour répondre aux besoins d'un couple			

Familles de situations	Facettes de la famille	Sous-facettes	Exemples de situations
		administratif, d'un manque d'effectif ou d'un manque de soutien social lors des réunions interdisciplinaires]	<p>3. Des ressources humaines qui sont insuffisantes pour permettre à un client de mourir à la maison</p> <p>4. Des tâches administratives onéreuses à cause d'un soutien administratif inadéquat</p> <p>5. Assignation d'un dossier dont les services ne reflètent pas les besoins actuels du client et qui reçoit présentement des services 7 jours semaine</p> <p>6. L'infirmière des soins à domicile qui veut ajouter des services qui nuit à l'autonomie du client</p> <p>7. Des ressources humaines qui sont insuffisantes pour répondre aux besoins ponctuels des clients</p> <p>8. Des réunions interdisciplinaires qui n'offrent pas le soutien nécessaire pour résoudre les cas complexes</p> <p>9. La réceptionniste qui ne vérifie pas le tableau avant d'appeler sur la pagette</p> <p>10. Des clients qui doivent attendre longtemps pour des procédures radiologiques</p> <p>11. Une requête de biopsie d'une cliente qui a été oubliée</p>
		<p><b>Cadre organisationnel</b> [Tout ce que l'organisation doit faire pour bien encadrer le travail des GC/IP ou ce</p>	<p>1. L'assignation d'un dossier qui n'est pas de gestion de cas</p> <p>2. Une bureaucratie excessive qui retarde les réponses les demandes de services des clients</p>

Familles de situations	Facettes de la famille	Sous-facettes	Exemples de situations
		manque. Il peut s'agir de politiques, de moyens financiers, de services à offrir ou du type de statistiques à compléter ou de l'assignation des clients]	<p>3. Un changement organisationnel qui modifie la mission originale du programme de GC</p> <p>4. Le refus du superviseur d'allouer les services demandés à expliquer aux clients</p> <p>5. L'assignation tardive d'un dossier de client qui influence les résultats des interventions</p> <p>6. Une description de tâches ambiguë qui cause des conflits entre les membres de l'équipe</p> <p>7. L'utilisation d'une grille financière qui détermine l'éligibilité des clients aux services, difficile à expliquer aux clients</p> <p>8. Une offre de services floue en situation d'urgence qui affecte la coordination des services et la crédibilité auprès des familles</p> <p>9. Une offre de services inflexible auquel le client doit être ajusté</p> <p>10. Une offre de services qui fluctue en fonction de restrictions budgétaires cycliques</p> <p>11. Des attentes irréalistes de la part des clients et des familles dues à une publicité vague de l'offre de services</p> <p>12. Des statistiques à compléter qui visent l'emploi du temps et non l'amélioration de la pratique</p>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
	<p><b>Enjeux reliés aux clients/famille/aidants</b>            [Circonstances où les GC/IP sont pris entre le système de santé, qui est incapable de livrer les services et des clients frustrés ou d'autres enjeux reliés à leur type de clientèle (comme par exemple, les clients qui se plaignent continuellement ou ceux qui ne sont jamais satisfaits ou ceux qui ont de la difficulté à exprimer leurs besoins). Il peut s'agir aussi d'actions à accomplir pour les clients tels que faire signer des prescriptions ou des formulaires]</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le client qui présente des problèmes cognitifs pour qui l'apprentissage est très difficile ou presque nul</li> <li>2. L'aidante naturelle qui veut seulement une pause le dimanche mais ne peut l'exprimer clairement</li> <li>3. Le client qui n'aime pas l'employé de l'agence</li> <li>4. Le client qui est abandonné par sa famille lorsqu'il est hébergé en résidence privée</li> <li>5. Le client qui est désobligeant quand les ressources ne sont pas disponibles</li> <li>6. Le client qui est fâché parce qu'il a attendu longtemps pour des services et que sa condition s'est détériorée entre-temps</li> <li>7. Le client qui demande continuellement</li> <li>8. Le client qui n'est jamais satisfait</li> <li>9. Le client qui a besoin d'une prescription de médicaments à faire signer</li> <li>10. Le client qui a des formulaires d'assurances, de prêts, etc., à faire signer par le médecin</li> <li>11. Le client qui refuse des services jugés nécessaires</li> <li>12. Le client qui veut des passe-droits</li> <li>13. Le client qui se plaint continuellement</li> <li>14. Le client sans médecin de famille pour qui on est le seul lien avec le système de santé</li> <li>15. Les enfants d'un client âgé</li> </ol>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
		<p>qui veulent le brancher au CLSC pour se sécuriser</p> <p>16. Les membres de la famille qui requièrent plus de temps que le client</p> <p>17. Une rencontre qui inclut le client et plusieurs autres personnes</p>
<p><b>10. Application du processus de la gestion de cas aux cas simples</b> [Le déroulement d'un cas que les GC/IP considèrent classique, normale, typique autrement dit d'un niveau de complexité faible]</p>		<p>1. Client qui reçoit un traitement adjuvant de chimiothérapie</p> <p>2. Client résilient qui a un bon réseau de soutien et qui est capable de parler de sa maladie</p> <p>3. Client qui demande de l'aide</p> <p>4. Client qui présente plus d'une problématique (physique, cognitive ou psychosociale) et qui requiert les services de plus d'une discipline mais dont la mise en place de services se déroule sans problème</p> <p>5. Client qui est autonome dans sa démarche soit de traitement, de vieillissement ou de libération</p> <p>6. Client vieillissant dont l'évolution des pertes (autonomie, cognitives, physiques) est progressive et qui est soutenu par un aidant naturel</p> <p>7. Client qui est soutenu par un aidant collaboratif</p> <p>8. Militaire consentant d'être libéré pour des raisons médicales</p>
<p><b>12. Coordination de services avec différents partenaires</b> [Circonstances où les GC/IP doivent transiger avec des personnes, qui sont à l'extérieur de leur</p>	<p><b>Anciens Combattants</b> [Circonstances où les GC/IP doivent transiger avec les Anciens Combattants]</p>	<p>1. Militaire qui veut une clarification de ses bénéfices</p> <p>2. Militaire dont les soins doivent être transférés aux Anciens Combattants</p>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
<p>organisation, pour coordonner les services ou les rendez-vous, etc. de leurs clients. Il peut s'agir, par exemple, du personnel d'une résidence privée, du personnel d'un hôpital, ou d'un autre partenaire]</p>	<p><b>Hôpital</b> [Circonstances où les GC/IP doivent transiger avec un hôpital pour coordonner un transfert ou arranger le congé d'un client]</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Client qui a besoin de recevoir des services de radiothérapie à un autre établissement</li> <li>2. Client âgé avec un profil élevé qui est jugé apte à un retour à domicile à sa sortie d'hôpital</li> <li>3. Cliente opérée qui a besoin d'un suivi à domicile</li> <li>4. Client palliatif qui désire mourir à l'hôpital</li> </ol>
	<p><b>Réadaptation externe</b> [Circonstances où les GC/IP doivent organiser des services de réadaptation pour leurs clients qui sont fournis par du personnel d'un autre établissement]</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Militaire, suivi par le centre de RDPQ, qui veut voir un psychologue du CSV</li> <li>2. Client qui a besoin d'une évaluation de sa capacité à conduire exigée par la SAAQ</li> <li>3. Client qui requiert une évaluation de son domicile par l'ergo suite à ses traitements</li> <li>4. Militaire handicapé qui requiert des modifications à son domicile</li> <li>5. Client hospitalisé qui a besoin de certaines modifications à son domicile avant de pouvoir recevoir son congé</li> <li>6. Client âgé qui est transféré d'un CH à un centre réadaptation</li> <li>7. Client transféré d'un centre de réadaptation à son domicile</li> </ol>
	<p><b>Résidences privées</b> [Circonstances où les GC doivent organiser des services pour leurs clients avec des résidences privées]</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Client qui doit être hébergé dans une résidence privée dont le lien de confiance a été brisé</li> <li>2. Préposés de la résidence privée qui ne connaissent pas le nouveau client</li> </ol>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
<p><b>2. Défense des droits (advocacy) de clients vulnérables</b>            [Lorsqu'une personne est vulnérable, le GC/IP l'aide dans sa quête de droits ou s'il en est incapable, fait tout ce que la personne ferait pour elle-même si elle en avait la force physique, psychologique (volonté) et les connaissances. Ce concept fait aussi appel aux notions éthiques: respect de la dignité, la liberté et intégrité de la personne, de même qu'à celle d'<i>empowerment</i> (autonomie) qui vise à redonner aux personnes le contrôle sur leur vie]</p>	<p><b>Situations qui nécessitent une intervention de type administratif</b>            [Circonstances où les GC/IP aident les personnes à corriger une erreur administrative qui pourrait nuire à leur situation ou qu'ils s'impliquent eux-mêmes pour rectifier une situation qu'ils jugent injustes pour leurs clients ou d'autres personnes]</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modification de la catégorie médicale d'un militaire qui attend une décision mais dont le suivi administratif n'a pas été effectué</li> <li>2. Demande de pension d'un militaire qui comporte une erreur de diagnostic</li> <li>3. Client qui vit une relation interpersonnelle difficile avec un intervenant</li> <li>4. Client démuné qui est pénalisé injustement pour un mois d'allocation d'assistance sociale</li> <li>5. Militaire, en congé de maladie prolongé chez lui, et dont l'unité refuse de lui faire parvenir sa solde à domicile</li> <li>6. Militaire qui reçoit une offre d'emploi civil et qui, selon le processus de libération normal doit être libéré dans six mois</li> <li>7. Militaire, qui doit être libéré incessamment des FC et à qui le supérieur refuse de lui accorder un congé de maladie parce qu'il a commis une faute</li> </ol>
	<p><b>Situations qui nécessitent une intervention de type clinique</b>            [Circonstances où les GC/IP doivent intercéder pour leurs clients auprès d'intervenants ou les aider à corriger une erreur médicale]</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Client diabétique, qui a reçu son congé la veille d'un CH, qui doit être hospitalisé à nouveau à cause de sa condition précaire</li> <li>2. Client à un centre de réadaptation qu'on veut transférer à son domicile avec des ressources inadéquates</li> <li>3. Personnel d'un CH qui veut transférer un client à son domicile et qui est incapable de monter les escaliers pour y entrer</li> <li>4. Évaluation d'un client souffrant qui requiert une médication pour soulager sa</li> </ol>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
		<p>douleur</p> <p>5. Cliente qui désire arrêter sa chimiothérapie, qui se sent incapable de le dire à l'oncologue</p> <p>6. Client âgé atteint de problèmes cognitifs qui doit recevoir des traitements de chimio</p> <p>7. Militaire qui vit le deuil de sa carrière qui se sent incompris par le psychologue de la RDPO</p> <p>8. Client sur la liste d'attente pour des services en santé mentale qui a besoin d'aide immédiate</p> <p>9. Militaire qui doit être libéré incessamment dont le suivi en santé mentale n'a pas été coordonné</p>
<p><b>13. Échange d'information dans des situations de transition</b> [Comme les clients des GC/IP souffrent de problèmes de santé chroniques et/ou complexes, différents intervenants se succèdent auprès d'eux durant l'évolution de leur état de santé. Dans ces circonstances, les GC/IP partagent des informations concernant leurs clients avec d'autres personnes: professionnels de la santé, personnes d'organisations autre que la leur, membres de la famille, etc.]</p>	<p><b>Intraétablissement</b> [Circonstances où les GC/IP échangent de l'information à propos de leurs clients avec d'autres membres de leur établissement ou du réseau interne tels que le GC du court-terme, GC d'une autre discipline ou des intervenants d'une autre équipe]</p> <p><b>Interétablissements</b> [Échange d'information concernant les clients avec des intervenants du</p>	<p>1. Client (militaire) qui est transféré à un autre gestionnaire de cas de la même discipline</p> <p>2. Client qui est transféré à un gestionnaire de cas d'une autre discipline</p> <p>3. Client qui est transféré du GC au court terme à un gestionnaire de cas du long terme</p> <p>4. Client dont le dossier est transféré à une autre équipe (ex. santé mentale)</p> <p>5. Client palliatif qui doit être pris en charge par le service social</p> <p>6. Client qui ne veut pas que son information soit divulguée à d'autres intervenants</p> <p>1. Militaire qui est référé à un conseiller en orientation</p> <p>2. Client qui est transféré au personnel d'un CH</p> <p>3. Militaire dont le dossier est transféré aux Anciens</p>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
	<p>réseau externe ou toute autre personne qui n'est pas un employé de l'établissement]</p> <p><b>Fermer un dossier</b> [Circonstances où les GC/IP doivent fermer un dossier parce que les clients sont soit décédés, libérés ou transférés à une institution publique ou hors du territoire. Il peut s'agir aussi d'un dossier qui passe du statut actif à inactif]</p>	<p>Combattants</p> <p>4. Client d'un CLSC qui est transféré à un autre CLSC hors du territoire</p> <p>5. Client qui est transféré à un centre de réadaptation</p> <p>6. Client qui est référé à un centre de jour</p> <p>7. Client qui est référé à un hôpital de jour</p> <p>8. Client qui est référé à la coopérative de services</p> <p>1. Client qui décède</p> <p>2. Client qui redevient autonome</p> <p>3. Client dont les soins sont transférés à une autre équipe médicale</p> <p>4. Client qui est transféré à un autre CLSC hors du territoire</p> <p>5. Client qui est hébergé dans un établissement public</p> <p>6. Militaire qui est libéré des FC</p>
<p><b>6. Gestion d'attentes irréalistes</b> [Circonstances où les désirs des personnes transcendent les capacités professionnels des GC/ P, de l'offre de services, du réseau et la disponibilité des GC/IP]</p>	<p><b>Attentes envers l'offre de services</b> [Exigences des clients qui dépassent l'offre de services de l'établissement]</p>	<p>1. Client qui veut de l'aide journalière et à des heures précises</p> <p>2. Client qui veut les mêmes services que ceux offerts à un autre CLSC</p> <p>3. Cliente qui veut de l'aide pour vider son lave-vaisselle et repasser ses draps</p> <p>4. Cliente qui veut plus de services que ceux offerts par le plan de désengorgement</p> <p>5. Cliente qui demande un traitement de chimio le jour de son décès</p>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
		6. Client qui ne comprend pas que l'entretien ménager n'entre pas dans l'offre de services
	<b>Attentes envers le réseau</b> [Exigences de certains clients qui dépassent les limites du réseau et qui ont de la difficulté à le comprendre]	1. Client qui veut faire soigner un rhume par le spécialiste 2. Cliente qui s'attend à ce que l'oncologue soigne son infection urinaire 3. Client qui veut faire payer ses médicaments par le système 4. Fils qui veut que sa mère soit traitée par l'oncologue, qu'elle n'a pas vu depuis plus de deux ans 5. Personnel hospitalier qui demande au CLSC la mise en place immédiate d'équipement au domicile d'un client qui doit recevoir son congé aujourd'hui
	<b>Attentes professionnelles envers les GC/IP</b> [Exigences des clients qui dépassent les limites ou les capacités professionnelles des GC/IP]	1. Client qui demande d'être guérie de sa maladie 2. Cliente qui veut un médicament sans prescription médicale 3. Cliente qui désire un soulagement d'une douleur chronique 4. Cliente qui veut un test sanguin sans prescription médicale
	<b>Attentes envers la disponibilité des GC/IP</b> [Personnes qui exigent une disponibilité illimitée du temps des GC/IP]	1. Client qui se présente sans rendez-vous parce qu'il ne veut pas attendre à l'urgence 2. Client qui appelle plusieurs fois par jour 3. Client qui se présente sans rendez-vous 4. Collègue de travail qui veut une aide immédiate

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
<p><b>15. Gestion d'événements imprévus</b>            [Tout événement imprévu qui vient bouleverser l'horaire, qui peut contenir un élément de risque et qui doit être solutionné immédiatement ou dans les jours qui suivent]</p>	<p><b>Reliés aux aidants/familles</b>            [Circonstances où l'aidant/membre de la famille interpelle le GC/IP soit pour de l'aide, pour l'informer qu'il n'est plus capable de supporter la charge ou qui a besoin d'être apaisé par le GC/IP à l'annonce d'une mauvaise nouvelle]</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membre de la famille qui appelle parce qu'il est désespéré et qu'il ne sait plus quoi faire avec le client</li> <li>2. Aidant naturel qui appelle parce qu'il est épuisé ou malade</li> <li>3. Conjointe d'un client âgé qui change sa décision et désire reprendre son mari à domicile à l'annonce de son congé de l'hôpital</li> <li>4. Conjointe qui devient hystérique à l'annonce du diagnostic de cancer terminal de son mari</li> <li>5. Mère d'une fille qui reçoit des traitements de chimiothérapie qui fait une crise à l'annonce de l'hospitalisation de cette dernière</li> <li>6. Ami d'un militaire en crise qui désire que celui-ci soit vu immédiatement par un intervenant en santé mentale</li> </ol>
	<p><b>Reliés aux clients</b>            [clients qui ont besoin d'aide des GC/IP ou les circonstances pour lesquelles les GC/IP doivent intervenir pour soulager la détresse psychologique de leurs clients]</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Client en choc à l'annonce de l'arrêt de ses traitements de chimiothérapie</li> <li>2. Client en choc à l'annonce d'un diagnostic de cancer</li> <li>3. Militaire (client) en colère qui veut être vu immédiatement</li> <li>4. Client fâché qui crie et agite les autres clients dans la salle d'attente</li> <li>5. Client qui dit avoir l'intention de se suicider</li> <li>6. Client, qui n'est plus en traitement, qui appelle parce qu'il a des saignements et son oncologue est absent</li> </ol>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
		<p>7. Cliente âgée dont l'état de santé se détériore et qui doit être hospitalisée</p> <p>8. Cliente en pleure à sa sortie du bureau de l'oncologue</p> <p>9. Cliente qui doit être hébergée immédiatement à cause d'un feu à son domicile</p> <p>10. Cliente qui doit être hébergée suite à l'hospitalisation de son conjoint</p> <p>11. Cliente qui doit être hébergée suite à l'hospitalisation de son conjoint, mais qui refuse l'hébergement</p> <p>12. Cliente qui fait une crise lorsque le médecin lui l'annonce qu'elle aura des soins palliatifs</p> <p>13. Cliente qui se présente en détresse après son premier traitement de chimiothérapie</p> <p>14. Client qui se présente sans rendez-vous et qui doit être redirigé vers l'urgence pour l'évaluation de ses symptômes</p>
	<p><b>Reliés aux partenaires/membres de l'équipe interdisciplinaire</b> [Toute interruption causée par des partenaires qui désirent une intervention de la part des GC/IP]</p>	<p>1. Personnel du bingo qui appelle pour se plaindre de l'hygiène d'un client</p> <p>2. Aide familiale qui apporte une note d'intention suicidaire d'un client</p> <p>3. Personnel d'une résidence privée qui appelle pour demander la relocalisation d'une cliente qui dérange et erre</p> <p>4. Personnel hospitalier qui demande de relocaliser un client âgé difficile</p> <p>5. Infirmière des soins à domicile qui rapporte l'hospitalisation de l'aidant d'un client</p>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
		<p>6. Représentant d'OSISS qui a besoin d'aide pour résoudre le cas d'un client agressif</p> <p>7. Réceptionniste qui appelle pour une famille en crise</p> <p>8. Rencontre imprévue avec le personnel médical lors de l'hospitalisation d'un client</p>
<p><b>17. Harmonisation des besoins d'un couple</b> [Circonstances où les actions des GC/IP sont dirigées vers un couple (mari et femme) mais peut aussi faire référence à deux personnes de la même famille]</p>	<p><b>Maintien à domicile</b> [Circonstances pour lesquelles les besoins sont reliés au maintien à domicile d'un couple ou de deux personnes de la même famille]</p>	<p>1. Conjoint abusif qui refuse à sa conjointe les services nécessaires</p> <p>2. Conjointe qui s'oppose à la décision du centre de jour d'expulser le client à cause de son comportement agressif</p> <p>3. Couple de clients qui ont des besoins différents</p> <p>4. Client hospitalisé, ayant un profil élevé (11), que la conjointe veut reprendre à la maison à sa sortie de l'hôpital</p> <p>5. Conjointe d'un client souffrant de problèmes cognitifs, qui est épuisée sous la charge</p> <p>6. Conjoint quadriplégique, frustré, exigeant, qui n'est jamais satisfait des services offerts</p> <p>7. Conjoint qui exige que sa femme fasse les soins de son urostomie et qui l'empêche de dormir la nuit</p> <p>8. Mari qui présente des troubles cognitifs sévères et sa femme des déficits physiques</p> <p>9. Conjoint âgé atteint d'Alzheimer avancé qui fait des fugues</p> <p>10. Couple de personnes âgées qui souhaitent une mise en place progressive de services</p>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
		11. Cliente âgée atteinte de démence qui vit avec son fils handicapé intellectuellement qui a tendance à accumuler des choses
	<b>Accompagnement</b> [circonstances pour lesquelles, les GC/IP soutiennent les couples dans leur cheminement]	1. Couple de personnes âgées passifs-agressifs qui se plaignent continuellement
	2. Jeune couple qui ne prépare pas leurs enfants à la mort imminente de leur mère	
	3. Couple qui prépare leurs enfants à la mort imminente de leur mère	
	4. Jeune couple qui veut poursuivre des traitements palliatifs ineffectifs	
	<b>Hébergement</b> [Circonstances pour lesquelles, les GC doivent intervenir auprès d'un couple pour un hébergement temporaire ou permanent d'un des partenaires ou des deux]	1. Conjoint hébergé temporairement, lors de l'hospitalisation de sa conjointe, qui doit être hébergé de façon permanente suite au décès de son épouse
	2. Conjointe qui refuse l'hébergement temporaire lorsque le conjoint est hospitalisé d'urgence	
	3. Conjointe épuisée qui veut placer son mari et lui refuse	
	4. Couple de personnes âgées avec des profils différents qui doivent être hébergé séparément	
	5. Conjointe qui doit être hébergée temporairement suite à l'hospitalisation du conjoint	
	<b>Résidences privées</b> [Circonstances pour lesquelles les besoins sont liés soit à un des conjoints ou soit au couple qui vit dans une résidence	1. Mari d'une cliente atteinte d'Alzheimer qui rapport que sa femme refuse d'aller au centre de jour
2. Mari qui se plaint des services prodigués à sa conjointe, atteinte de démence avancée, par le		

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
	privée]	<p>personnel de la résidence privée</p> <p>3. Femme atteinte de troubles cognitifs sévères et le mari de déficits physiques qui vivent dans une résidence privée</p> <p>4. Couple de personnes âgées dont la conjointe souffre d'Alzheimer qui vivent en résidence privée</p>
<p><b>3. Maintien de l'objectivité dans diverses situations (SMan)</b> [Circonstances dans lesquelles les clients/membres des familles utilisent des mots, des comportements ou jouent avec les émotions des GC/IP pour les amener à leurs fins. Il peut s'agir aussi de clients qui ont développé une certaine dépendance envers les GC/IP ou de clients qui manipulent leur famille et où les GC/IP doivent intervenir]</p> <p>Un client a utilisé la phrase "<b>Mener la danse</b>" qui décrit parfaitement l'intention de cette famille, c'est-à-dire que comme professionnel, les GC/IP doivent être les personnes qui contrôlent la situation.</p>	<p><b>Comportements menaçants</b> [Circonstances dans lesquelles les GC/IP se sentent effrayer ou intimider par les paroles des clients. Le client peut-être arrogant, vindicatif et agressif en paroles allant même jusqu'à proférer des menaces aux GC/IP]</p> <p><b>Contrôle</b> [circonstances dans lesquelles les clients/membres des familles veulent contrôler les actions des GC/IP ou être en contrôle de la situation]</p> <p><b>Dépendance</b> [Circonstances dans lesquelles les clients ont développé une attitude de dépendance envers les GC/IP. Lorsqu'ils étaient vulnérables, ils ont reçu de l'aide des GC/IP et ils</p>	<p>1. Client au comportement imprévisible qui demande une vigilance accrue et avec lequel il faut toujours être sur ses gardes</p> <p>2. Client qui est en colère soit au téléphone ou en personne</p> <p>3. Client qui profère des menaces au téléphone parce qu'il est insatisfait des services</p> <p>4. Militaire qui dit "Je ne sais pas ce que je vais faire si je n'obtiens pas ce que je veux"</p> <p>1. Cliente qui n'adhère pas au plan de traitements tout au long de l'épisode de soins</p> <p>2. Fille d'un client qui insiste pour un traitement qui ne se donne pas dans l'établissement</p> <p>3. Mère d'une cliente qui cherche un(e) allié(e) contre sa fille</p> <p>1. Client vu par l'oncologue récemment qui veut une prescription pour un autre médicament</p> <p>2. Client qui se présente sans rendez-vous une deuxième et troisième fois</p> <p>3. Client qui n'est plus en traitement mais qui continue d'appeler pour des problèmes qui</p>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
	s'attendent à ce que ça continue]	peuvent être traités par son médecin de famille
	<p><b>Mots/émotions</b> [Circonstances dans lesquelles les clients/familles jouent avec les mots ou les émotions des GC/IP pour arriver à leurs fins. Parfois ces mots peuvent choquer ou blesser. Il peut s'agir aussi de circonstances dans lesquelles les GC/IP peuvent s'identifier à la situation vécue par le client puisque cette situation est semblable à leur situation familiale]</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Client qui menace de se suicider</li> <li>2. Client qui dit : "Avec vous je sais que je vais avoir tout ce que je veux"</li> <li>3. Client qui exagère son histoire pour accéder à un service spécifique</li> <li>4. Client qui vous aime une journée et qui peut vous congédier le lendemain parce qu'il n'a pas obtenu ce qu'il voulait</li> <li>5. Client qui vous fait sentir coupable de ne pas l'aider</li> <li>6. Client qui a un problème de personnalité</li> <li>7. Client qui fait du clivage entre les intervenants</li> <li>8. Client qui sabote tous vos efforts</li> <li>9. Épouse d'un client qui vous confie une information à propos de son mari mais qui vous défend de lui en parler</li> <li>10. Toxicomane qui essaie de vous faire dévier du plan de traitement entendu en disant "Encore une fois, encore une fois"</li> <li>11. Membre de la famille d'un client qui exagère les faits pour obtenir un certain type d'hébergement pour le client</li> <li>12. Conjointe d'un client, à qui on annonce qu'il a un cancer terminal, qui vous demande d'intercéder. La situation familiale de ce client est une copie conforme de la votre</li> </ol>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
<p><b>1. Navigation en zone grise</b></p> <p>[Circonstances pour lesquelles les GC/IP n'ont pas les connaissances, les ressources matérielles (protocoles, politiques, information, etc.) ou humaines (experts légaux, éthiques, etc.) pour les guider. Dans ces circonstances, les GC/IP ont l'impression de <b>marcher sur des œufs</b>. Plusieurs solutions sont possibles mais aucune n'est évidente. Ils font face à des dilemmes]</p>	<p><b>Consentement</b> [Circonstances dans lesquelles les GC/IP ne sont pas confortables avec la notion de consentement éclairé parce qu'ils/elles doutent que le client a fait un tel choix]</p>	<p>1. Membre de la famille qui traduit incorrectement l'information médicale pour un client qui ne parle pas français ni anglais</p> <p>2. Membre de la famille d'un client atteint de problèmes de mémoire sévères qui choisit le traitement pour le client</p> <p>3. L'oncologue qui influence d'une certaine façon le client vers un traitement spécifique</p>
	<p><b>Compétence vs incompétence</b> [Circonstances dans lesquelles les GC/IP transigent avec des clients qui ont des problèmes cognitifs sévères mais qui sont considérés compétent par la loi. Il peut s'agir aussi de personnes qui devraient aider à gérer la situation mais qui y ajoutent plutôt des contraintes]</p>	<p>1. Client qui vit seul et qui se dirige de plus en plus vers l'inaptitude</p> <p>2. Client jugé compétent légalement mais qui démontre peu de jugement et de bon sens dans ses décisions</p> <p>3. Médecin de famille et spécialiste qui sont d'avis contraire à propos du degré d'inaptitude d'un client</p> <p>4. Médecin de famille qui nie les conditions dangereuses du domicile d'un client parce qu'il croit que la relation familiale est plus importante que la sécurité du client</p> <p>5. Mère d'un enfant trisomique en traitement de chimiothérapie qui ne démontre pas la compétence pour gérer les traitements, incluant la médication de son enfant</p> <p>6. Cliente âgée, survivante de l'holocauste, qui refuse les services et qui présente un risque élevé pour le maintien à domicile parce qu'elle vit seule et qu'on questionne sa compétence</p>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
	<p><b>Dangerosité vs qualité de vie</b> [Circonstances dans lesquelles les GC/IP croient que les situations des clients comportent des éléments de risque mais pour lesquelles ils doivent balancer ces risques avec la qualité de vie de leurs clients]</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Client sans soutien familial qui vit dans un milieu non sécuritaire</li> <li>2. Cliente qui est à risque de mettre le feu avec la cuisinière</li> <li>3. Cliente âgée souffrant de démence et son fils de déficience mentale qui vivent dans un milieu encombré</li> <li>4. Cliente âgée, déprimée, qui vit dans un domicile encombré de papiers qui est à risque pour le feu</li> <li>5. Client âgé atteint de démence avancée à risque d'errance</li> <li>6. Client âgé qui présente un risque de chutes</li> <li>7. Conjointe menue d'un client qui pèse 300 livres qui insiste pour continuer à lui donner son bain</li> <li>8. Couple de personnes âgées chez qui le degré de dangerosité à domicile s'intensifie et qui devront être hébergées à des endroits différents à cause de leurs besoins</li> </ol>
	<p><b>Information à partager avec les clients</b> [Circonstances dans lesquelles les GC/IP "marchent sur des oeufs" ou "patinent" parce qu'ils ne possèdent pas toute l'information ou que les clients ne sont pas prêts ou n'acceptent pas la situation ou bien qu'ils ne veulent pas</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'unité d'un militaire, en attente d'une libération, qui ne l'informe pas complètement de la décision des autorités</li> <li>2. Client qui reçoit un traitement de chimiothérapie différent de celui prescrit normalement et qui demande de l'information</li> <li>3. Client qui ne comprend pas vraiment la signification d'un traitement palliatif</li> <li>4. Cliente qui en est à son quatrième types de médicament oncologique et qui veut savoir quel autre médicament on lui prescrira si celui-ci ne fonctionne</li> </ol>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
	briser le lien de confiance entre le militaire et son unité]	pas
	<b>Négligence/abus</b> [Circonstances dans lesquelles les GC/IP suspectent que les services ne sont pas rendus de la manière décrite ou qu'il existe une situation d'abus physiques, financiers ou psychologiques]	<p>1. Aidant naturel qui mentionne qu'il veut faire changer le testament d'un client en sa faveur</p> <p>2. Client qui présente des plaies ouvertes confirmant la négligence de l'aidant dans la dispensation des soins</p> <p>3. Cliente en résidence privée affligée de démence avancée qui est soumise à de la violence psychologique par les autres résidents</p> <p>4. Cliente âgée qui subit de la violence physique de la part de son fils, qui néglige ses soins et qui ne répond pas adéquatement à ses besoins nutritionnels</p> <p>5. Client en résidence privée dont le fils ne paie pas ou accuse des retards dans les paiements des frais d'hébergement, mais qui autrement, est un lien solide pour les autres besoins de son père</p> <p>6. Parents âgés abusés financièrement par leurs enfants</p>
<b>5. Résolution de conflits internes ou externes</b> [Des circonstances dans lesquelles il existe des différences d'opinions, de perspectives, de valeurs sur un sujet. Il peut s'agir de circonstances personnelles ou impliquant d'autres professionnels, des clients, des familles ou des aidants	<b>Clients</b> [Circonstances dans lesquelles les opinions des clients et celles des GC/IP diffèrent]	<p>1. Client qui a une personnalité et des valeurs différentes</p> <p>2. Cliente admise sur le plan de désengorgement dont les attentes sont supérieures à l'offre de services</p> <p>3. Client qui est désobligeant envers tout le monde</p> <p>4. Client qui refuse les services requis parce qu'il ne comprend pas les dangers présents dans son environnement</p>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
et même des partenaires externes]	<p><b>Famille/aidant</b> [Circonstances dans lesquelles les GC/IP sont confrontés à des discordes familiales. Il peut s'agir aussi de situations dans lesquelles les GC/IP n'arrivent pas à créer de lien solide avec la famille ou un aidant pour faciliter leurs interventions ou pour concerter leurs efforts. Il peut s'agir aussi de situations dans lesquelles ils doivent intervenir mais qui ne s'appliquent pas à eux]</p>	<p>5. Client qui veut être relocalisé dans un logement pour lequel il n'est pas éligible</p> <p>1. Aidant qui est épuisé et frustré et qui ne peut avoir les heures de services désirées</p> <p>2. Conjointe qui conteste la décision du centre de jour de ne plus vouloir s'occuper de son mari</p> <p>3. Discorde entre la famille et le client concernant la capacité à conduire du client qui présente des pertes cognitives</p> <p>4. Discorde familiale concernant les besoins du client qui souffre de déficits cognitifs</p> <p>5. Famille qui ne collabore pas pour un client qui présente un problème d'errance</p>
	<p><b>Membres de l'équipe de santé</b> [Circonstances dans lesquelles les GC/IP vivent des différences d'opinions avec des membres de l'équipe ou qu'ils sentent qu'ils doivent intervenir pour tenter de régler des différents entre d'autres personnes]</p>	<p>1. Médecin qui est d'avis contraire sur une problématique</p> <p>2. Collègue et commis qui argumentent parce qu'un militaire n'a pas encore été vu</p> <p>3. Infirmière des soins à domicile qui évalue différemment la perte d'autonomie d'un client</p> <p>4. GC qui ne s'entendent pas quant aux informations à fournir aux Anciens Combattants</p> <p>5. Membre de l'équipe interdisciplinaire qui a une approche irritante ou agaçante</p> <p>6. Membre de l'équipe interdisciplinaire qui ne remplit pas son mandat auprès du client</p>

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
		7. Membre de l'équipe interdisciplinaire surchargé qui n'apprécie pas recevoir une tâche additionnelle
	<b>Partenaires du réseau</b> [Circonstances dans lesquelles les GC/IP éprouvent des divergences d'opinions avec des partenaires externes, c'est-à-dire les gens qu'ils côtoient sur une base régulière.]	1. Médecin de famille qui voit de l'abus financier dans une situation où il n'y en a pas 2. Personnel du bingo qui se plaint de l'hygiène d'un client 3. Personnel hospitalier qui disqualifie l'évaluation de l'autonomie d'un client 4. Personnel hospitalier qui ne veut plus garder un client difficile 5. Partenaires qui opposent l'approche proposée
	<b>Personnels</b> [Circonstances dans lesquelles les GC/IP vivent un conflit interne en réaction avec les agissements de leurs clients]  [Il peut s'agir aussi d'un conflit de rôle entre fournir une intervention psychosociale (rôle de travailleur social) et ne pas la faire parce que qu'on est gestionnaire de cas]	1. TS qui ressent un conflit entre accomplir une intervention psychosociale et agir comme GC 2. Mère de famille qui refuse de préparer ses enfants à sa mort 3. Cliente musulmane non pratiquante qui en fin de vie devient soumise aux exigences de la religion musulmane
<b>7. Soutien face aux détresses physiques et psychologiques des Militaires/clients/familles (SP)</b> [Circonstances dans lesquelles les GC/IP doivent aider un	<b>Physiques</b> [Clients qui présentent des symptômes physiques et qui attendent une intervention de la part des GC/IP.	1. Client qui a de la difficulté à accomplir certaines tâches 2. Client qui présente une problématique nutritionnelle 3. Client qui souffre de nausées/vomissements/constipation 4. Cliente qui développe un problème dermatologique

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
militaire/client/famille à cheminer face à une mauvaise nouvelle (annonce d'un cancer, fin de sa carrière militaire, un décès) ou qui a besoin d'être soulagé d'un problème physique (douleur, mucosites)]	Cette intervention peut-être des soins physiques ou toute autre forme de soutien ou accompagnement]	5. Cliente très souffrante qui se promène d'un spécialiste à l'autre sans qu'on arrive à identifier la cause
		6. Client qui appelle pour des symptômes après un traitement de chimiothérapie
		7. Client qui présente une mucosite
		8. Un client polytoxicomane qui présente des douleurs intenses avant ses traitements de chimiothérapie
	<b>Psychologiques</b> [Militaires/Clients/familles qui vivent des angoisses reliées à des problèmes de santé pour lesquels ils n'ont aucun contrôle et à qui les GC/IP doivent offrir un soutien]	1. Militaire qui n'accepte pas que sa condition médicale mette fin à sa carrière
		2. Conjointe dont le mari (client) décède qui veut être soutenue durant sa période de deuil
		3. Cliente en chimio palliative avancée qui conserve un faux espoir
		4. Cliente inquiète durant la nuit qui laisse un message sur le répondeur
		5. Cliente qui vit un problème et aurait besoin de voir un psychologue
		6. Cliente qui appelle parce qu'elle vit un moment de panique
		7. Cliente qui apprend qu'elle a un cancer
		8. Cliente qui apprend qu'une nouvelle opération la rendra diabétique
		9. Cliente qui n'accepte pas de mourir parce qu'elle a tout fait selon les règles
		10. Cliente qui présente des symptômes dépressifs

Familles de situations	Facettes de la famille	Exemples de situations
		11. Cliente qui veut faire annuler un traitement de chimiothérapie
		12. Fille d'un client inquiète pour son père qui veut avoir des informations sur sa maladie
		13. Membres de la famille d'une cliente mourante qui vivent les derniers jours de leur mère
		14. Militaire inquiet qu'on sache qu'il a une invalidité et qu'il prend des médicaments

**APPENDICE L**

**OUTIL UTILISÉ POUR LA VALIDATION EXTERNE  
DES FAMILLES DE SITUATIONS PROFESSIONNELLES**

**ÉLABORATION D'UN PROFIL DE SORTIE POUR UNE  
FORMATION INTERPROFESSIONNELLE ET  
TRANSDISCIPLINAIRE EN GESTION DE CAS  
UNE APPROCHE PAR SITUATIONS**

**VALIDATION EXTERNE DES CLASSES DE SITUATIONS**

**PAR**

**DANIELLE BÉRUBÉ  
DOCTORANTE EN ÉDUCATION  
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS  
23 OCTOBRE 2009**

---

**Initiale**

### Guide d'entrevue pour la validation externe

1. Expliquer brièvement le but de l'étude et le document à valider. (classe de situations, description, situations spécifiques)
2. Données sociodémographiques :  
 profession \_\_\_\_\_ expérience \_\_\_\_\_  
 clientèle \_\_\_\_\_ milieu \_\_\_\_\_
3. Expliquer l'abréviation (GC) et expliquer le terme partenaire.
4. J'aimerais que vous lisiez la description de la classe de situations. Ensuite, lisez les exemples de situations et indiquez par :
  - un **S** les situations que vous rencontrez **souvent** dans votre pratique
  - un **R** les situations que vous rencontrez **rarement** dans votre pratique
  - un **J** les situations que vous n'avez **jamais** rencontrées dans votre pratique
  - un **P** les situations que vous n'avez jamais rencontrées vous-mêmes dans votre pratique mais que vous croyez **possibles**.
5. Après avoir lu les exemples de situations pour la classe de situations, est-ce que ces situations vous font penser à d'autres situations que vous rencontrez dans votre pratique et qui peuvent entrer dans cette classe de situations?
6. Est-ce que la terminologie utilisée dans le document vous semble claire? Y a-t-il des mots qui sont ambigus et que vous me recommandez de changer pour améliorer la compréhension du texte?
7. Est-ce que ces classes de situations reflètent votre pratique?
8. En terminant, est-ce que je peux vous demander quelles sont les compétences professionnelles que vous considérez essentielles pour un gestionnaire de cas.

**Merci beaucoup de votre collaboration**

## 1. Les cas simples de la pratique

Description de la classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<p>Les cas dont le niveau de complexité est peu élevé sont considérés par les GC comme des cas simples ou classiques. Par exemple, si la demande de services est initiée par le client ou par un membre de la famille, la mise en place de services s'effectue plus facilement. Un autre exemple de situation où l'application du processus de gestion de cas est plus facile est celle du client qui possède une bonne compréhension de sa situation et peut gérer lui-même sa démarche ou bien celle où les membres de la famille sont très présents et offre au client un soutien adéquat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requête d'aide provenant du client ou de la famille</li> <li>• Autogestion de la démarche par le client et la famille</li> <li>• Bonne compréhension de la situation par le client/famille et présence d'un soutien adéquat</li> <li>• Processus de gestion de cas évoluant sans complication</li> <li>• Aidant naturel compétent et collaborateur auprès du client</li> </ul>

**Légende :** - O pour oui  
- N pour non

## 2. Dilemmes professionnels

Description de la classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<p>Les dilemmes professionnels comprennent les circonstances délicates où les GC ressentent de l'inconfort et de l'ambivalence face à leur discours avec les clients. Ces sentiments sont ressentis dans les situations qui se rapportent au consentement éclairé, à la détermination de l'aptitude ou de l'inaptitude, aux décisions à prendre à l'égard au milieu de vie où le niveau de risque augmente ainsi que dans les situations où la compréhension de l'information liée à la condition médicale n'est pas comprise par le client ou l'aidant naturel. Par exemple, dans certaines circonstances, les GC ne sont pas certains que les clients comprennent parfaitement la portée de l'information soit parce qu'ils n'en sont pas capables ou qu'ils n'ont pas toute l'information pertinente pour faire un choix éclairé. Dans d'autres circonstances, les GC croient que la situation de vie des clients comporte des risques mais qu'intervenir pourrait affecter leur qualité de vie. Dans ces situations, les GC ont l'impression de <b>marcher sur des œufs</b>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentement éclairé chez un client dont la capacité cognitive est limitée</li> <li>• Incompréhension volontaire ou involontaire du client de l'information présentée</li> <li>• Décisions d'un client dont le jugement est altéré</li> <li>• Connaissance partielle de l'information médicale par le client ou par le gestionnaire de cas</li> <li>• Traduction inexacte de l'information médicale à un client par une tierce personne</li> <li>• Soins/services décidés par une tierce personne sans consulter le client</li> <li>• Décision prise par une tierce personne, sans consulter le client, ayant des répercussions sur sa qualité de vie</li> <li>• Emprise excessive sur un client par une tierce personne</li> <li>• Milieu à risque versus qualité de vie du client</li> </ul>

**Légende** : - un **S** les situations que vous rencontrez **souvent** dans votre pratique  
 - un **R** les situations que vous rencontrez **rarement** dans votre pratique  
 - un **J** les situations que vous n'avez **jamais** rencontrées dans votre pratique  
 - un **P** les situations que vous n'avez jamais rencontrées vous-mêmes dans votre pratique mais que vous croyez **possibles**.

### 3. Moments critiques pour les clients

Description de la classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<p>Les moments critiques pour les clients sont les circonstances pour lesquelles les GC considèrent que leurs clients peuvent être vulnérables. Dans ces moments, les GC doivent parfois les aider ou les soutenir dans leur quête de droits ou entreprendre les démarches pour eux. Ces moments critiques peuvent être de type administratif, clinique ou psychosocial. Par exemple, le client est vulnérable lorsqu'il n'a pas les connaissances pour comprendre ou remplir certains documents. Il peut aussi être incapable physiquement ou psychologiquement d'entreprendre certaines des démarches requises. Le client est aussi fragile lorsque son état de santé se déstabilise ou qu'il doit faire les deuil engendrés par sa condition médicale. Parfois aussi le client se retrouve dans une situation où il ne se sent pas compris par un professionnel de la santé et est incapable de rectifier la situation. Il peut aussi s'agir du client qui est incapable de dire à un intervenant qu'il ne veut pas du traitement recommander.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attente prolongée pour des documents/formulaires à être remplis par un professionnel de la santé</li> <li>• Documents/formulaires à remplir par un client dont la santé mentale est fragilisée</li> <li>• Lacune administrative relevée au dossier</li> <li>• État de santé précaire lors de son évaluation</li> <li>• Pertes physiques ou psychologiques affectant la qualité de vie</li> <li>• Congé inapproprié d'un établissement de santé</li> <li>• Victime d'une injustice bureaucratique</li> <li>• Abus financiers par un proche</li> <li>• Abus physiques par un proche</li> <li>• Abus psychologiques par un proche</li> <li>• Décision difficile à communiquer à un professionnel de la santé</li> <li>• Dysharmonie thérapeutique avec un intervenant</li> </ul>

**Légende :** - un **S** les situations que vous rencontrez **souvent** dans votre pratique  
 - un **R** les situations que vous rencontrez **rarement** dans votre pratique  
 - un **J** les situations que vous n'avez **jamais** rencontrées dans votre pratique  
 - un **P** les situations que vous n'avez jamais rencontrées vous-mêmes dans votre pratique mais que vous croyez **possibles**.

#### 4. Environnement chargé d'émotions

Description de la classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<p>Dans une même journée les GC éprouvent une gamme d'émotions qui émanent des circonstances entourant leur situation de travail. Ces émotions, sentiments ou états d'âme peuvent être positifs ou négatifs. La source de ces émotions peut être personnelle ou émaner de rencontres ou de discussions avec d'autres personnes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marques de gratitude des clients/familles</li> <li>• Sentiment d'efficacité collective</li> <li>• Revirement positif dans l'attitude d'un client</li> <li>• Rapports cordiaux avec les clients/familles</li> <li>• Gravité des conditions médicales des clients</li> <li>• Incapacité à aider certains clients ou aidants naturels</li> <li>• Impression de se sentir interpellé par la réalité du client</li> <li>• Contexte situationnel déplorable de certains clients</li> <li>• Impression d'être manipulé par certains clients/familles</li> <li>• Manœuvres de manipulation utilisées par certains clients/familles</li> <li>• Réactions inattendues de clients/familles</li> <li>• Comportements irritants de clients/familles</li> <li>• Discours irritants de clients/familles</li> <li>• Menaces verbales proférées par des clients ou des membres de la famille au téléphone ou en entrevue</li> <li>• Impression de quémander continuellement auprès de diverses personnes</li> <li>• Reconnaissance mitigée pour les efforts déployés par des collègues et des supérieurs</li> <li>• Jugement professionnel remis en cause par des partenaires</li> <li>• Aspects routiniers du travail</li> <li>• Changement de la mission originale du programme</li> </ul>

**Légende :** - un **S** les situations que vous rencontrez **souvent** dans votre pratique  
 - un **R** les situations que vous rencontrez **rarement** dans votre pratique  
 - un **J** les situations que vous n'avez **jamais** rencontrées dans votre pratique  
 - un **P** les situations que vous n'avez jamais rencontrées vous-mêmes dans votre pratique mais que vous croyez **possibles**.

## 5. Le travail interdisciplinaire

Description de la classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<p>Le travail interdisciplinaire comprend les circonstances où les GC travaillent avec les membres de l'équipe interdisciplinaire pour résoudre les situations complexes afin de mieux répondre aux besoins de leurs clients. Dans la pratique interdisciplinaire, les GC communiquent l'information pertinente aux membres de l'équipe, s'assurent que les besoins des clients sont comblés par le professionnel qui possède les compétences nécessaires pour aider le client, consultent leurs collègues pour obtenir des conseils judicieux pour le suivi de leurs clients et travaillent de concert avec ces derniers pour gérer les cas complexes. De plus, les GC reconnaissent et respectent le territoire professionnel de chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontre interdisciplinaire ayant comme objectif l'élaboration d'un plan d'interventions individualisé pour un cas complexe</li> <li>• Client récalcitrant à recevoir les services d'un professionnel d'un département spécifique</li> <li>• Projet collectif pour un client complexe</li> <li>• Besoins du client guident l'orientation vers le professionnel approprié</li> <li>• Aspects problématiques du suivi solutionnés par dialogue interprofessionnel</li> <li>• Respect du territoire professionnel de chacun des membres de l'équipe</li> </ul>

**Légende** : - un **S** les situations que vous rencontrez **souvent** dans votre pratique

- un **R** les situations que vous rencontrez **rarement** dans votre pratique

- un **J** les situations que vous n'avez **jamais** rencontrées dans votre pratique

- un **P** les situations que vous n'avez jamais rencontrées vous-mêmes dans votre pratique mais que vous croyez **possibles**.

## 6. La dissonance dans les relations interpersonnelles

Description de la classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<p>Dans leur pratique, les GC discutent avec des gens qui ont des valeurs et des perspectives différentes. Parfois aussi les attentes de ces personnes dépassent les capacités du réseau ou de l'offre de services. Des désaccords peuvent survenir avec les clients, les membres de la famille d'un client, les aidants naturels, les membres de l'équipe de santé et même avec les partenaires du réseau. Dans certains cas, les attentes de ces personnes peuvent excéder les compétences professionnelles ou bien la disponibilité des GC. Dans d'autres circonstances, les GC doivent aussi intervenir pour résoudre des différends entre d'autres personnes (d'autres professionnels, des clients, des aidants naturels et/ou des partenaires externes). Parfois, la source de ces désaccords peut provenir d'une diffusion floue ou ambiguë de l'information.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnalités désagréables des personnes rencontrées</li> <li>• Réaction incompréhensible d'un client ou d'un membre de sa famille face à sa situation</li> <li>• Requête déraisonnable d'un client</li> <li>• Attente déraisonnable de disponibilité de la part d'un client, d'un collègue ou d'un membre de la famille</li> <li>• Requête déraisonnable d'un intervenant</li> <li>• Divergence de point de vue avec un client, collègue ou partenaire</li> <li>• Approche thérapeutique discordante d'un membre de l'équipe auprès d'un client</li> <li>• Conclusion médicale divergente entre professionnels de la santé</li> <li>• Mésentente entre intervenants ou partenaires</li> <li>• Plainte d'un partenaire à l'endroit d'un client</li> <li>• Mécontentement d'un client ou d'un membre de sa famille</li> <li>• Dissension familiale par rapport aux besoins du client</li> <li>• Non-adhésion du client/famille au plan d'interventions</li> </ul>

**Légende :** - un **S** les situations que vous rencontrez **souvent** dans votre pratique  
 - un **R** les situations que vous rencontrez **rarement** dans votre pratique  
 - un **J** les situations que vous n'avez **jamais** rencontrées dans votre pratique  
 - un **P** les situations que vous n'avez jamais rencontrées vous-mêmes dans votre pratique mais que vous croyez **possibles**.

## 7. La prise de contact avec l'inconnu

Description de la classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<p>Dans leur pratique, les GC se retrouvent parfois avec des clients qu'ils rencontrent pour une première fois ou discutent avec d'autres professionnels de la santé du cas d'un client qu'ils ne connaissent pas encore complètement. Dans ces circonstances, les GC n'ont pas encore eu la chance de se faire une « tête », c'est-à-dire qu'ils ne possèdent pas toutes les facettes de la situation du client. Les GC peuvent aussi se retrouver devant une situation nouvelle telle qu'une demande inhabituelle pour un service particulier ou bien devoir utiliser un nouvel organisme qu'on vient d'ajouter à la gamme des ressources disponibles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontre initiale avec un client</li> <li>• Rencontre de coordination avec un professionnel d'un établissement de santé lors de l'admission d'un nouveau client</li> <li>• Rencontre de coordination avec un professionnel de l'établissement de santé lors du congé d'un nouveau client</li> <li>• Questions d'un client concernant une intervention (traitement, service) inhabituelle</li> <li>• Questions d'un nouveau client concernant sa condition médicale</li> <li>• Services requis immédiatement par un nouveau client</li> <li>• Requête d'aide inhabituelle d'un client</li> <li>• Service d'un établissement/organisme inconnu</li> </ul>

**Légende :** - un **S** les situations que vous rencontrez **souvent** dans votre pratique  
 - un **R** les situations que vous rencontrez **rarement** dans votre pratique  
 - un **J** les situations que vous n'avez **jamais** rencontrées dans votre pratique  
 - un **P** les situations que vous n'avez jamais rencontrées vous-mêmes dans votre pratique mais que vous croyez **possibles**.

## 8. La coordination des services avec les partenaires du réseau

Description de la classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<p>Dans leur pratique, les GC interagissent avec des personnes qui n'appartiennent pas à leur organisation dans le but de coordonner les soins et les services de leurs clients. Par exemple, les GC peuvent s'informer auprès de ces personnes des services offerts par leur organisation ou bien coordonner avec elles des services, des rendez-vous, etc. Ces partenaires peuvent être, par exemple, le personnel des Anciens combattants, celui d'une résidence privée, d'un hôpital, ou de tout autre organisme communautaire faisant partie de la gamme de ressources accessibles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoin de renseignements sur les services offerts</li> <li>• Besoin de services pour un client</li> <li>• Besoin d'équipement spécialisé pour un client</li> <li>• Cessation des services pour un client</li> <li>• Transfert des soins et/ou services d'un client</li> <li>• Congé d'un client de l'établissement</li> <li>• Période d'attente déraisonnable pour des services pour un client</li> <li>• Délai administratif entraînant la stagnation du dossier d'un client</li> <li>• Requête déraisonnable d'un partenaire pour des ressources</li> <li>• Besoin de services d'un partenaire dont le lien de confiance a été érodé</li> <li>• Dégradation de la qualité des services d'un partenaire</li> <li>• Ressources insuffisantes d'un partenaire pour répondre aux besoins du client</li> </ul>

**Légende :** - un **S** les situations que vous rencontrez **souvent** dans votre pratique  
 - un **R** les situations que vous rencontrez **rarement** dans votre pratique  
 - un **J** les situations que vous n'avez **jamais** rencontrées dans votre pratique  
 - un **P** les situations que vous n'avez jamais rencontrées vous-mêmes dans votre pratique mais que vous croyez **possibles**.

## 9. La divulgation des renseignements personnels des clients durant les transitions de soins et/ou services

Description de la classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<p>Pour effectuer une coordination efficace des soins et services aux clients atteints de multiples problèmes psychosociaux et/ou de santé, les GC doivent partager continuellement des renseignements confidentiels au sujet de leurs clients avec des professionnels et des non-professionnels. Au cours du suivi de leurs clients, plusieurs de ces transitions de soins ou services seront effectuées avec des collègues, des personnes de d'autres établissements, du personnel d'organismes communautaires ainsi qu'avec des membres de la famille des clients. Ces transitions comprennent aussi la consignation de l'information au dossier lorsque celui-ci devient inactif pour une longue période de temps ou lorsque le dossier doit être fermé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transfert d'un client à un autre GC/P intra ou extra établissement</li> <li>• Requête de services d'un professionnel de la santé intra ou extra établissement pour un client</li> <li>• Requêtes de services d'un non-professionnel pour un client</li> <li>• Co-intervention auprès d'un client avec un autre professionnel de la santé</li> <li>• Appel d'un membre de la famille du client</li> <li>• Rencontre famille (client et les membres de sa famille)</li> <li>• Dossier inactif pour une période prolongée</li> <li>• Fin du suivi d'un client (décès, libération, transfert)</li> </ul>

**Légende :** - un **S** les situations que vous rencontrez **souvent** dans votre pratique  
 - un **R** les situations que vous rencontrez **rarement** dans votre pratique  
 - un **J** les situations que vous n'avez **jamais** rencontrées dans votre pratique  
 - un **P** les situations que vous n'avez jamais rencontrées vous-mêmes dans votre pratique mais que vous croyez **possibles**.

## 10. La préoccupation des problèmes physiques et psychologiques des clients

Description de la classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<p>Dans leur pratique, les GC rencontrent quotidiennement des clients qui ont besoin d'<b>être soulagés</b> de symptômes physiques (douleurs, nausées, vomissements, mucosites, etc.), d'<b>être accompagnés</b> lors de détresses psychologiques (annonce de mauvaises nouvelles telles qu'un cancer, la fin d'une carrière militaire, un décès) ou d'<b>être suivis plus étroitement</b> dans leur démarche (soins, <i>libération</i>, vieillissement) par exemple lorsqu'ils sont atteints de problèmes psychologiques sévères.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés à accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ)</li> <li>• Manifestation de symptômes débilissants</li> <li>• Deuils face aux changements non désirés</li> <li>• Dénier face au diagnostic médical/situation</li> <li>• Dénier de la gravité de la condition médicale</li> <li>• Décision difficile à communiquer à un professionnel de la santé</li> <li>• Période dépressive au cours du suivi</li> <li>• Moments d'anxiété au cours du suivi</li> <li>• Manifestations et exigences du client obsessionnel-compulsif</li> <li>• Troubles mentaux sévères du client</li> <li>• Troubles de la personnalité du client</li> </ul>

**Légende :** - un **S** les situations que vous rencontrez **souvent** dans votre pratique  
 - un **R** les situations que vous rencontrez **rarement** dans votre pratique  
 - un **J** les situations que vous n'avez **jamais** rencontrées dans votre pratique  
 - un **P** les situations que vous n'avez jamais rencontrées vous-mêmes dans votre pratique mais que vous croyez **possibles**.

## 11. Les particularités des interactions avec les aidants naturels

Description de la classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<p>Dans leur pratique, les GC interagissent avec des personnes qui assistent les clients à maintenir un niveau optimal de santé et de qualité de vie. Ces personnes sont les aidants naturels. Ces personnes ne sont pas nécessairement les conjoints des clients, il peut s'agir par exemple de proches, d'amis ou des étrangers engagés par la famille ou par le client. Dans certains cas, les aidants naturels sont le lien qui relie les GC au client. Les circonstances particulières entourant les interactions avec les aidants naturels peuvent inclure, par exemple, la perte de l'aidant naturel auprès du client, le changement d'aidant naturel, le besoin de l'aidant de soutien pour son rôle, etc. Dans leurs interactions avec les aidants naturels, les GC doivent aussi composer avec leurs différentes personnalités.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aidant naturel aux prises avec une crise situationnelle (hospitalisation, fin de vie, etc.)</li> <li>• Aidant naturel aux prises avec une crise émotionnelle (épuisement, désespoir, stress, éreinté, exténué, etc.)</li> <li>• Désistement de l'aidant naturel au cours du suivi</li> <li>• Résistance des proches à s'impliquer auprès du client</li> <li>• Aidant naturel difficile à satisfaire (exigeants)</li> <li>• Aidant naturel difficile à rejoindre</li> <li>• Aidant naturel mécontent des services</li> <li>• Requête d'un aidant naturel pour un service/traitement/bénéfice qui n'entre pas dans l'offre de services</li> <li>• Aidant naturel en quête d'un allié pour manipuler le client</li> <li>• Cachotteries sur le client de la part de l'aidant naturel</li> <li>• Aidant naturel incompetent dans son rôle</li> <li>• Aidant naturel incapable d'exprimer ses besoins</li> <li>• Aidant naturel victime d'abus volontaire ou involontaire par le client</li> <li>• Abus financiers du client par l'aidant naturel</li> <li>• Abus physiques du client par l'aidant naturel</li> <li>• Abus psychologiques du client par l'aidant naturel</li> <li>• Emprise excessive de l'aidant naturel sur le client</li> </ul>

**Légende :** - un **S** les situations que vous rencontrez **souvent** dans votre pratique  
 - un **R** les situations que vous rencontrez **rarement** dans votre pratique  
 - un **J** les situations que vous n'avez **jamais** rencontrées dans votre pratique  
 - un **P** les situations que vous n'avez jamais rencontrées vous-mêmes dans votre pratique mais que vous croyez **possibles**.

## 12. Besoins particuliers de personnes qui vivent en couple ou de deux clients d'un même foyer

Description de la classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<p>Cette famille de situations comprend les circonstances entourant la coordination de services de deux personnes qui vivent au même domicile soit en couple ou qui ont un lien de parenté.</p> <p>Ces personnes peuvent avoir des attentes ou des besoins différents. Ils peuvent aussi être insatisfaits des services offerts ou même être l'objet de violence volontaire ou involontaire de la part de l'autre personne.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoins physiques ou psychologiques différents chez les deux personnes</li> <li>• Abus volontaire ou involontaire par une des personnes</li> <li>• Désir d'une mise en place progressive de services</li> <li>• Personne aidante, dont les capacités déclinent, désireuse de reprendre la personne dépendante à sa sortie de l'hôpital</li> <li>• Incapacité totale d'une des personnes</li> <li>• Une des personnes aux prises à une crise situationnelle (hospitalisation, décès, etc.)</li> <li>• Niveau de dangerosité grandissant du milieu de vie</li> <li>• Personnes difficiles à satisfaire</li> <li>• Conjointe mécontente de la décision d'un intervenant de cesser un service pour son mari</li> <li>• Plainte du mari concernant les services prodigués à sa femme</li> <li>• Décision inattendue d'un couple face à la mort</li> </ul>

**Légende :** - un **S** les situations que vous rencontrez **souvent** dans votre pratique  
 - un **R** les situations que vous rencontrez **rarement** dans votre pratique  
 - un **J** les situations que vous n'avez **jamais** rencontrées dans votre pratique  
 - un **P** les situations que vous n'avez jamais rencontrées vous-mêmes dans votre pratique mais que vous croyez **possibles**.

### 13. Les interruptions au travail quotidien

Description de la classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<p>Les interruptions au travail quotidien comprennent tout événement imprévu qui vient bouleverser l'horaire des GC et qui demande une attention immédiate. Il peut s'agir d'interruptions de la part des aidants naturels, des clients, des collègues ou des partenaires. Par exemple, réconforter l'aidant naturel qui appelle parce qu'il ne sait plus quoi faire avec le client ou celui qui devient émotionnel à l'annonce du diagnostic de cancer du client. Ces interruptions peuvent aussi inclure l'apparition de symptômes qui nécessitent une intervention immédiate ou la détérioration subite de l'état de santé du client ou de l'aidant. Ces interruptions peuvent aussi être causées par les membres de l'équipe ou par des partenaires qui ont besoin de renseignements ou d'aide pour un client comme par exemple, l'aide familiale qui apporte une note d'intention suicidaire écrite par un client.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Changement de dernière minute au plan de services d'un client</li> <li>• Crise émotionnelle chez le client ou l'aidant naturel</li> <li>• Urgence médicale pour un client (symptômes, hospitalisations, etc.)</li> <li>• Urgence psychosociale pour un client (besoin de répit, suicide, fugues, arrêt des traitements, diagnostic de cancer, feu au domicile, etc.)</li> <li>• Plainte d'un partenaire à l'endroit d'un client (hygiène, comportements agressifs, dérangeants, etc.)</li> <li>• Besoin d'une aide immédiate de la part d'un collègue, d'un partenaire ou d'un client</li> <li>• Rencontre impromptue (hospitalisations, clinique, administrative, etc.)</li> </ul>

**Légende :** - un **S** les situations que vous rencontrez **souvent** dans votre pratique

- un **R** les situations que vous rencontrez **rarement** dans votre pratique

- un **J** les situations que vous n'avez **jamais** rencontrées dans votre pratique

- un **P** les situations que vous n'avez jamais rencontrées vous-mêmes dans votre pratique mais que vous croyez **possibles**.

## 14. Les contraintes rencontrées dans la pratique

Description de la classe de situations	Exemples de situations professionnelles
<p>La pratique de gestion de cas comporte des circonstances que les GC perçoivent comme ennuyantes, irritantes ou dérangeantes. Ces circonstances peuvent être reliées à leur rôle, à l'organisation, aux partenaires ou même aux clients/les familles/les aidants. Par exemple, dans leur quotidien, les GC doivent s'acquitter d'obligations professionnelles imposées par l'organisation ou reliées à leur rôle. À d'autres occasions, les GC subissent diverses formes de pressions auxquelles ils ne peuvent pas se soustraire. Certains aspects de leur travail engendrent aussi des frustrations qui peuvent, à la longue, contribuer à l'épuisement professionnel telles que le manque des ressources humaines pour répondre aux besoins de leurs clients ou les bris d'équipement fréquents qui les empêchent d'être efficaces dans leur travail.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacité d'apprentissage limitée ou nulle chez certains clients</li> <li>• Soutien administratif requis par les clients</li> <li>• Méconnaissance du rôle par les superviseurs</li> <li>• Dénégation du rôle par certains partenaires</li> <li>• Empiètements sur le rôle par d'autres professionnels de la santé</li> <li>• Conflit entre le rôle professionnel (inf., TS, etc.) et celui de gestionnaire de cas</li> <li>• Façons de faire multiples des intervenants et partenaires</li> <li>• Changements organisationnels déroutants (déconcertants)</li> <li>• Exigences organisationnelles incompréhensibles</li> <li>• Encadrement organisationnel insuffisant</li> <li>• Bureaucratie excessive</li> <li>• Surcharge de clients</li> <li>• Offre de services vague entraînant des divergences d'interprétation</li> <li>• Offre de services inflexible</li> <li>• Fluctuation de l'accès aux ressources</li> <li>• Soutien informatique insuffisant</li> <li>• Ressources humaines insuffisantes pour répondre aux besoins des clients</li> <li>• Bris d'équipements fréquents</li> <li>• Environnement physique de travail inadéquat</li> <li>• Indicateurs de performance reliés à l'emploi du temps plutôt qu'à la pratique</li> </ul>

**Légende :** - un **S** les situations que vous rencontrez **souvent** dans votre pratique  
 - un **R** les situations que vous rencontrez **rarement** dans votre pratique  
 - un **J** les situations que vous n'avez **jamais** rencontrées dans votre pratique  
 - un **P** les situations que vous n'avez jamais rencontrées vous-mêmes dans votre pratique mais que vous croyez **possibles**.

## RÉFÉRENCES

- Abruzzese, R.S. (1996). *Nursing staff development : Strategies for success*. (2e éd.) St-Louis, MO: Mosby.
- Agrément Canada (2009). Dans Alberta Health Services. *Mental health and addictions services. Continuum of care* [En ligne] Accès:<http://www.calgaryhealthregion.ca/mh/continuum.htm>. Consulté le 28 juillet 2009.
- Alsop, J.G. (1984). Designing a competency-based orientation for critical care nurses. *Heart and Lung*, 3(6), 655-662.
- Arminio, J.L. et Hultgren, F.H. (2002). Breaking out from the shadow : The question of criteria in qualitative research. *Journal of College Student Development*, 43(4), 446-460.
- Asbury, J. (1995). Overview of focus group research. *Qualitative Health Research*, 5, 414-420.
- Ashworth, P.D. et Morrison, P. (1991). Problems of competence-based nurse education. *Nurse Education Today*, 11, 256-260.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2000). *Cadre national pour les programmes de maintien de la compétence chez les infirmières autorisées*. Ottawa : AIIC.
- Aucoin, L. (2007). La prévention et la gestion des maladies chroniques sont des priorités. *Perspective infirmière*, 5(2), 26-29.
- Austin, C.D. et McCelland, R.W (2000). Case management in contemporary human services. *Australian Journal of Case Management*. 2(1), 4-7.
- Avanzino, N. et Terraneo, F. (2004). La construction de la compétence des étudiantes sages-femmes à partir d'un geste obstétrical. *Recherche en soins infirmiers*, 76, 30-49.
- Baribeau, C. (2009). Analyse des données des entretiens de groupe. *Recherches qualitatives*, 28(1), 133-148.

- Barney, D.D. Rosenthal, C.C. et Speier, T. (2004). Components of successful HIV/AIDS case management in Alaska Native villages. *AIDS Education and prevention* 16(3), 202-217.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Benner, P., Tanner, C.A. et Chesla, C.A. (1996). *Expertise in Nursing Practice*. New York : Springer.
- Besson, D. et Haddadj, S. (1999). *Développer ou recruter les compétences ? Les stratégies américaines de gestion des compétences*. Montréal : L'Harmattan.
- Boon, J. et van der Klink, M. (2002 février/mars). *Competencies : The triumph of a fuzzy concept*. Communication présentée à la Academy of Human Resource Development Conference, Honolulu, Hawaii. [En ligne] Accès:<http://proquest.umi.com/pqdweb?> Consulté le 12 février 2006.
- Boudreault, J. (2004). *Les arrangements professionnels entre les gestionnaires de cas et les intervenants sociaux lors du suivi psychosocial dans le contexte d'implantation d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie sur le territoire de Québec-Centre*. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval, Québec.
- Boutin, G. (2007). *L'entretien de groupe en recherche et formation*. Montréal: Éditions Nouvelles AMS.
- Bower, K. (1992). *Case management by nurses*. Washington, DC: American Nurses' Publishing.
- Brière, N. (2009, Mai). L'interdisciplinarité en santé: Être un collaborateur moderne compétent. Présentation au XXI<sup>e</sup> congrès de la Fédération des kinésiologues du Québec. Sainte-Anne de Beaupré, Québec.
- Calgary Health Region (2004). *Framework for case management*. Calgary: Calgary Health Region.
- Calhoun, J.G., Davidson, P.L., Sinioris, M.E., Vincent, E.T. et Griffith, J.R. (2002). Toward an understanding of competency identification and assessment in health care management. *Quality Management in Health Care*, 11(1), 14-38.

- Campbell, B. et Witmer, D. (1998). Competence assessment adds another dimension to QAP. *Communiqué*, 23(1), 22-23.
- Careau, E. Brière, N. et Houle, N. (2009). Les pratiques de collaboration. Dans réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux. *Collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux-Définition des concepts et des compétences*. RUIS, Université Laval. [En ligne]. Accès : [http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/RCPI\\_2010-08\\_PPT\\_Intro\\_CIP.pdf](http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/RCPI_2010-08_PPT_Intro_CIP.pdf). Consulté le 3 mars 2011.
- Carey, M. (1994). The group effect in focus groups: Planning, implementing, and interpreting focus groups research. Dans J. Morse (Dir.), *Critical issues in qualitative research methods* (pp. 225-241). London: Sage Publications.
- Cesta, T.G. et Tahan, H.A. (2003). *The case manager's survival guide*. (2e éd.) Toronto: Mosby.
- Chapman, H. (1999). Some important limitations of competency-based education with respect to nurse education : An Australian perspective. *Nurse Education Today*, 19, 129-135.
- Charchar, F., Le May, S. et Bolduc, L. (2005). Expérience d'un suivi systématique post hospitalisation chez une clientèle ayant subi un syndrome coronarien aigu, *L'infirmière clinicienne*, 2(1), 11-24.
- Charpentier, M. (2002). *Priver ou privatiser la vieillesse? Entre le domicile à tout prix et le placement à aucun prix*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Charpentier, M. et Soulières, M. (2006). *Paroles de résidents: Droits et pouvoir d'agir (empowerment) des personnes âgées en résidence et en centre d'hébergement*. [En ligne]. Accès : <http://www.mfacf.gouv.qc.ca/publications/index.asp?categories>. Consulté le 29 août 2006.
- Chollet-Chappard, M.O. (2000). Des compétences à la compétence entre transmission et transfert : Quels modèles? *Recherche en soins infirmiers*, 62, 4-24.
- Clément, S. et Lavoie, J.-P. (2005). *Prendre soin d'un proche âgé. Les enseignements de la France et du Québec*. Ramonville, Sainte Agne, France : Éditions Érès.

- Coffey, A. et Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data*. Thousand Oaks: Sage.
- Cohen, E.L. et Cesta, T.G. (2005). Case management education: Preparing for successful implementation. Dans E.L. Cohen et T.G. Cesta (Éds) *Nursing case management: From essential to advanced practice applications*, (4e éd.) (pp. 250-262). St-Louis: Mosby.
- Coile, R. (1995). Integration, capitation, and managed care : Transformation of nursing for 21st century health care. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 1(2), 77-84.
- Conseil supérieur de l'éducation (1994). *Rénover le curriculum du primaire et du secondaire*. Avis au ministre de l'Éducation, Québec.
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS, 2010) *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme* [En ligne] Accès: <http://www.cihc.ca/resources/publications>. Consulté le 25 mars 2011.
- Conti, R. M. (1996). Nurse case manager roles: Implications for practice and education. *Nursing Administration Quarterly*, 21(1), 67-80.
- Côté-Arsenault, D. et Morrison-Beedy, D. (1999). Practical advice for planning and conducting focus groups, *Nursing Research*, 48(5), 280-283).
- Coulshed, V. (1992). *Social work practice. An introduction*. (2e éd.) London, England : The Macmillan Press.
- Cyr, S., Defise, R., Ettayebi, M., Jonnaert, Ph, Schaeffer-Campbell et Simbagoye, A. (2008). Profil de sortie pour la formation des enseignants. Document de travail à destination des séminaires scientifiques de l'ORÉ. Dans S. Cyr et A. Simbagoye (2010). *Élaboration d'un profil de sortie de la formation à l'enseignement dans une perspective située*. (pp. 147- 158) ACFAS, cahier scientifique 111, Québec : Montréal.
- Cyr, S. et Simbagoye, A. (2010). *Élaboration d'un profil de sortie de la formation à l'enseignement dans une perspective située*. (pp. 147- 158) ACFAS, cahier scientifique 111, Québec : Montréal.

- D'Amour, D, Sicotte, C et Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé, *Sciences Sociales et Santé*, 17, 8-94.
- D'Amour, D. et Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as a field of interprofessional practice and interprofessional education, *Journal of Interprofessional Care*, 19 (suppl. 1), 8-20.
- D'Amour, D, Tremblay, D. et Bernier, L. (2007). Les pratiques professionnelles de réseaux : L'intégration au-delà des structures. Dans M.J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau (Dir.). *Le système sociosanitaire au Québec* (pp. 273-287). Montréal : Gaëtan Morin.
- D'Eon, M. (2005). A blueprint for interprofessional learning. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (suppl.1), 49-59.
- Delbecq, A.L., Van de Ven, A.H. et Gustafson, D.H. (1975). *Group techniques for program planning : A guide to nominal group and Delphi processes*. Glenview, Illinois: Scott, Foresman and Company.
- del Bueno, D.J. (1978). Competency-based education. *Nurse Educator*, 3(3), 10-14.
- de Serres, M. et Beauchesne, N. (2000). *L'intervenant pivot en oncologie. Un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer*. Document de réflexion. Québec: Conseil québécois de lutte contre le cancer.
- Desbonnet, T. (2005) *Coopération, interprofessionnalité et "management du soigner"*, [En ligne] Accès: <http://www.cadredesante.com>. Consulté le 16 mars 2011.
- Désilets, M. et Brassard, C. (1994). La notion de compétence revue et corrigée à travers la lunette cognitiviste. *Pédagogie collégiale*, 7(4), 7-10.
- Deslauriers, J.-P. et Hurtubise, Y. (2000). *Introduction au travail social*. St-Nicolas, Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Desrosiers, G. (2004). La gestion des soins infirmiers mise au défi. *Perspective infirmière*, 2(1), 6-7.

- Dewey, J. (1993). *Logique. La théorie de l'enquête*. Paris: Presses universitaires de France.
- D'Hainaut, L. (1982). *Des fins aux objectifs de l'éducation : Un cadre conceptuel et une méthode générale pour établir les résultats attendus d'une formation*. Bruxelles : Éditions Labor.
- Dubois, B. et Krogsrud Miley, K. (2005). *Social work : An empowering profession*. (5e éd.) Toronto: Pearson Education.
- École en chantier (2007). *Cadre de référence, collaboration interprofessionnelle*. Université de Sherbrooke. [En ligne] Accès: [www.usherbrooke.ca/ecole-en-chantier/documents-utiles](http://www.usherbrooke.ca/ecole-en-chantier/documents-utiles). Consulté le 15 mars 2011.
- Eichelberger, L. et Hewlett, P. (1999). The process of developing core competencies. *Nursing Healthcare Perspectives*, 20, 204-208.
- Epstein, R. et Hundert, E.M. (2002). Defining and assessing professional competence. *Journal of the American Medical Association*, 287, 226-235.
- Etheredge, M.L. (1989). *Collaborative care nursing case management*. Chicago, Illinois: American Hospital Publishing.
- Ettayebi, M., Operti, R. et Jonnaert, P. (2008). *Logique de compétences et développement curriculaire. Débats, perspectives et alternative pour les systèmes éducatifs*. Paris : L'Harmattan.
- Evans, J. A. (1994). The role of the nurse manager in creating an environment for collaborative practice, *Holistic Nursing Practice*, 8, 22 – 31.
- Fagin, C. M. (1992). Collaboration between nurses and physicians : No longer a choice. *Academic Medicine*, 67(5), 295-303.
- Fillion, L., Morin, D. et Saint-Laurent, L. (2000). *Description du concept de l'intervenant pivot : Approche théorique et qualitative*. Rapport présenté à l'équipe de recherche sur le dossier clinique informatisé en oncologie, Québec: Université Laval.
- Finemann, L. (1996). Developing a formal educational program for case managers: One Canadian experience. *Journal of Case Management*. 5(4): 158-61.

- Fink, A., Kosecoff, J., Chassin, M. et Brook, R.H. (1984). Consensus methods: Characteristics and guidelines for use. *American Journal of Public Health*, 74(9), 979-983.
- Fletcher, I.L. et Coffman, S. (1999). Educational innovations : Case management in the nursing curriculum. *Journal of Nursing Education*, 38(8), 371-373.
- Fleury, M.J., Grenier, G. et Ouadahi, Y. (2007). Les réseaux intégrés de services: notion, modélisations et mise en œuvre. Dans M.J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau (Dir.). *Le système sociosanitaire au Québec* (pp. 159-178). Montréal : Gaëtan Morin.
- Forchuk, C., Ouwerkerk, A., Yamashita, M. et Martin, M.L. (2002). Mental health case management in Canada: Job description analyses. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 477-496.
- Fordham, A.J. (2005). Using a competency based approach in nurse education. *Nursing Standard*, 19(31), 41-48.
- Gaedeke Norris, M.K. et Hill, C. (1991). The clinical nurse specialist: Developing the case manager role. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 10(6), 346-353.
- Gagnon, J., Legendre-Parent, A., Vigneault, B. Marquis, F., Paquet, J. Michaud, D. et Gauvin, M.-C. (2004). Effets de l'implantation d'un suivi systématique de la clientèle d'arthroplastie totale de la hanche et du genou. *Perspective infirmière*, 1(5), 13-21, 47-48.
- Gaudreau, L. (2001). *Évaluer pour évoluer. Les étapes d'une évaluation de programme ou de projet*. Montréal : Les Éditions Logiques.
- Gauthier C. et M'hammed, M. (2005). *Débutants en enseignement : Quelles compétences?* Saint Nicolas, Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Gibson, S. J. (1996). Differentiated practice within and beyond the hospital walls. Dans E. Cohen (Dir.). *Nurse case management in the 21st Century* (pp. 222-244). St Louis, Mosby.
- Gillet, P. (1998). Pour une écologie du concept de compétence. *Éducation permanente*, 135 (2), 23-32.

- Giordano, Y. (2003). *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*. Colombelles, France : EMS.
- Giro, E.A. (2000). Assessment of graduates and diplomates in practice in the UK: Are we measuring the same level of competence? *Journal of Clinical Nursing*, 9, 330-337.
- Girouard, J. (1996). *Conception d'un guide d'implantation du case-management*. Mémoire de maîtrise inédit, École Nationale d'Administration Publique, Montréal.
- Gitlin, A. (2000). Educative research voice and school change. *Harvard Educational Review*, 60, 443-466.
- Glaser, B.G. et Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory : Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publications.
- Goleman, D. (1997). *L'intelligence émotionnelle: comment transformer ses émotions en intelligence?* Paris : Robert Laffont.
- Goleman, D., Boyatzis, R. et McKee, A. (2002). *L'intelligence émotionnelle au travail*. Paris: Éditions Village mondial.
- Gonczi, A. (1994). Competency based assessment in the professions in Australia. *Assessment in Education*, 1, 27-44.
- Gouvernement du Québec (1991). *Loi sur la santé et les services sociaux. L.R.Q., chapitre S-4.2 [En ligne] Accès: [http://www2.publicationduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S\\_4\\_2/S4\\_2.html](http://www2.publicationduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html). Consulté le 12 juin 2011.*
- Grbich, C. (2007). *Qualitative data analysis: An introduction*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Guba, E.G. et Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, California: Sage Publications.
- Gubrud-Howe, P., Tanner, C.A., Davidson, S.B., Goudreau, K., Hendy, S. et Shores, L. (2003). A challenge to meet the future: Nursing education in Oregon, 2010. *Journal of Nursing Education*, 42(4), 163-167.

- Gursansky, D., Harvey J. et Kennedy, R. (2003). *Case management policy, practice, and professional business*. New York: Columbia University Press.
- Hager, P., Gonczi, A. et Athanasou, J. (1994). General issues about assessment of competence. *Assessment and Evaluation in Higher Education*, 19(1), 3-16.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (suppl.1), 188 – 196.
- Hart, P.A., Olson, D.K., Fredrickson, A.L. et McGovern, P. (2006). Competencies most valued by employers-Implications for master's-prepared occupational health nurses. *American Association of Occupational Health Nurses*, 54(7), 327-335.
- Haw, M.A. (1995). State-of-the-art education for case management in long-term care. *Journal of Case Management*, 4(3), 85-94.
- Hawkins, J., Veeder, N. et Pearce, C.W. (1998). *Nurse-social worker collaboration in managed care A model of community case management*. New York: Springer Publishing.
- Henneman, E.A. (1995). Nurse-physician collaboration: A poststructuralist view. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 359-363.
- Henneman, E.A., Lee, J.L. et Cohen, J.I. (1995). Collaboration: a concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*, 21, 103-109.
- Hollander, M. J. et Prince, M.J. (2001). *The third way: A framework for organizing health related services for individuals with ongoing care needs and their families*. Ottawa: Health Canada Home Care and Pharmaceutical Division, Health Policy and Communications Branch.
- Holt, B. J. (2000). *The practice of generalist case management*. Needham Heights: Allyn and Bacon.
- Howell, D., Prestwich, C., Laughlin, E. et Giga, N. (2004). Enhancing the role of case managers with specialty populations: Development and evaluation of a palliative care education program. *Lippincott's Case Management*, 9(4), 166-174.
- Hugman, R. (1998). *Social welfare and social value. The role of caring professions*. London, England: Macmillan Press.

- Intagliata, J. (1992). Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: The role of case management. Dans S. M. Rose (Dir.). *Case management and social work practice*. (pp. 25-55). New York: Longman.
- Iowa State University Extension (2001). *Tips for nominal group process*. [En ligne] Accès : <http://www.extension.iastate.edu/communities/tools/décisions/nominal.html>. Consulté le 26 février 2007.
- Johnson, N. D. (1992). Collaboration: An environment for optimal outcome. *Critical Care Nursing Quarterly*, 15, 37-43.
- Johnson, K. et Schubring, L. (1999) The evolution of a hospital-based decentralized case management model. *Nursing Economics*, 17 (1), 29-36.
- Jones, E.A. (2001). Working in partnership with faculty to transform undergraduate curricula. Dans R.A. Voorhees (Dir.) *Measuring what matters competency-based learning models in higher education*. (pp.15-27). San Francisco: Jossey-Bass.
- Jonnaert, Ph. (2002). *Compétences et socioconstructivisme Un cadre théorique*. Bruxelles : De Boeck.
- Jonnaert, Ph. (2007a). *Le concept de compétence revisité*. Dakar, Sénégal : ÉÉNAS
- Jonnaert, Ph. (2007b). *Le constructivisme comme fondement des réformes contemporaines des systèmes éducatifs*. Dakar, Sénégal : ÉÉNAS
- Jonnaert, Ph. (2008). *Ébauche d'un profil de sortie pour la formation des enseignants*. [En ligne] Accès : <http://www.ore.uquam.ca/documentation>. Consulté le 12 septembre 2009.
- Jonnaert, Ph., Barrette, J., Boufrahi, S. et Masciotra, D. (2004). Contribution critique au développement des programmes d'études : Compétences, constructivisme et interdisciplinarité. *Revue des sciences de l'éducation*, 30(3), 667-696.
- Jonnaert, Ph., Barrette, J. Masciotra, D et Yaya, M. (2006). *La compétence comme organisateur des programmes de formation revisité, ou la nécessité de passer de ce concept à celui de «l'agir compétent »*. [En ligne] Accès: <http://www.ore.uquam.ca/documentation>. Consulté le 22 juillet 2008.

- Jonnaert, Ph., Ettayebi, M. et Defise, R. (2009). *Curriculum et compétences. Un cadre opérationnel*. Bruxelles : DeBoeck.
- Jonnaert, Ph. et Masciotra, D. (2007). Constructivisme et logique de compétences pour les programmes d'études : un double défi. Dans L. Lafortune, M. Ettayebi et P. Jonnaert (dir.) *Observer les réformes en éducation*, (pp. 15-32). Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Julien, P.A. (1998). *Le virage ambulatoire, un bien nécessaire*. [En ligne] Accès: <http://archives.vigile.net/sante/julienvirage.html>. Consulté le 26 août 2009.
- Kanter, J., S. (1992). Mental health case management. Dans S. M. Rose (Dir.) *Case management and social work practice* (pp. 126-130). New York: Longman.
- Karsenti, T. et Savoie-Zajc, L. (2004). *La recherche en éducation : Étapes et approches*. Sherbrooke : Éditions du CRP, Faculté d'éducation Université de Sherbrooke.
- Kelley, E.A. (1974). *Three views of competency-based teacher education: III University of Nebraska*, The Phi Delta Kappa Educational Foundation.
- Kersberger, A.L. (1996). Case management : A rich history of coordinating care to control costs. *Nursing Outlook*, 44(4), 169-172.
- Keyman, A., Friedman, M. et Benbassat, J. (1987). Reliability of global rating scales in the assessment of clinical competence in medical students. *Medical Education*, 21, 477-481.
- Koch, T. (1995). Interpretative approaches in nursing research: The influence of Husserl and Heidegger. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 827-836.
- Krueger, R.A. (1994). *Focus groups : A practical guide for applied research*. (2éd.) Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kubisa, T. (1990). Care manager : Rhetoric or reality. Dans D. Gursansky, J. Harvey et R. Kennedy. (2003). *Case management policy, practice, and professional business*. New York: Columbia University Press.
- Lahaie, C. (2002). Vers un réseau de soins intégrés pour la clientèle toxicomane atteinte du VIH/Sida. *L'infirmière du Québec*, 9(6), 27-31.

- Lamb, G.S. (1992). Conceptual and methodological issues in nurse case management research. *Advanced Nursing Science*, 15(2), 16-24.
- Lamb, G. S. et Stempel, J.E. (1994). Nurse case management from the client's view : Growing as insider-expert. *Nursing Outlook*, 42(1), 7-13.
- Lancero, A. et Gerber, R. (1995). Comparing work satisfaction in two case management models, *Nursing Management*, 26(11), 45-48.
- Laperrière, A. (1997). L'observation directe. Dans B. Gauthier (Dir.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (pp. 269-291). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Larivée, S. (2004). *Les compétences professionnelles attendues des éducatrices et des enseignants intervenant auprès d'enfants d'âge préscolaire (4-6 ans)*. Thèse de doctorat inédite, Université du Québec à Montréal.
- Leahy, M.J., Chan, F. Shaw, L. et Lui, J. (1997). Preparation of rehabilitation counselors for case management practice in health care settings, *Journal of Rehabilitation*, (July-September), 53-59.
- Le Boterf, G. (1999). *L'ingénierie des compétences*. (2e éd.). Paris, Cedex : Éditions d'organisation.
- Le Boterf, G. (2000). *Compétence et navigation professionnelle*. (3e éd.). Paris, Cedex: Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2002). *Développer la compétence des professionnels*. (4e éd.). Paris, Cedex: Éditions d'Organisation.
- Lecompte, M.D. et Preissle, J. (1993). *Ethnography and qualitative design in educational research*. San Diego: Academic Press.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale du contenu. Méthode GPS et concept de soi*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Legeiwe, H. (2004). Comment utiliser les ordinateurs pour l'analyse qualitative. Dans Strauss, A. et J. Corbin (2004), *Les fondements de la recherche qualitative* (pp. 321-323). Fribourg, Suisse : Academic Press Fribourg.

- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. 3 éd. Montréal : Guérin
- Lehoux, P., Pineault, R., Richard, L., St-Arnaud, J., Law, S. et Rosendal, H. (2003). Issues in quality of high-tech home care: Sources of information and staff training in Quebec primary care organizations and relationships with hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 16(1), 37-38.
- Lemieux, M., Grenier, J. et Le Blanc, B. (2001). Perspectives et enjeux de la pratique des travailleuses sociales dans le cadre du projet de démonstration SIPA. *Intervention*, 113, 66-76.
- Lessard, C. et Bourdoncle, R. (2002). Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire? Conceptions de l'université et formation professionnelle. *Revue française de Pédagogie*, 139, 131-154.
- Le Var, R.M.H. (1996). NVQs in nursing, midwifery and health visiting : A question of assessment and learning? *Nurse Education Today*, 16, 85-93.
- Lévy-Leboyer, C. (1996). *La gestion des compétences*. Paris : Les Éditions d'Organisation.
- Lichtman, M. (2006). *Qualitative research in education. A user's guide*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lincoln, Y.S. et Guba, E.C. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Lindeke, L. L. et Block, D. E. (1998). Maintaining professional integrity in the midst of interdisciplinary collaboration, *Nursing Outlook*, 46, 213 – 218.
- Liu, W-I, Edwards, H. et Courtney, M. (2009). Case management educational intervention with public health nurses: Cluster randomized controlled trial. *Nursing Education Today*, 29, 488-492.
- Liu, W-I, Edwards, H. et Courtney, M. (2010). Case management educational intervention with public health nurses: Cluster randomized controlled trial, *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2234-2244.
- Loubaki, G.N. (2010). Problématisation de l'évaluation des apprentissages en situation. Dans D. Masciotra, F. Medzo et Ph. Jonnaert (dir.). *Vers une approche située en*

*éducation. Réflexions, pratiques, recherches et standards* (pp. 87-98). Montréal : cahiers scientifiques 111 de l'ACFAS.

- Louis, R., Jutras, F. et Hensler, H. (1996). Des objectifs aux compétences: Implications pour l'évaluation de la formation initiale des maîtres. *Canadian Journal of Education/Revue canadienne de l'éducation*, 21(4), 414-432.
- Lynn M.R. et Kelley B. (1997) Effects of case management on the nursing context- Perceived quality of care, work satisfaction, and control over practice. *Image : Journal of Nursing Scholarship*, 29(3), 237-241.
- Malo, J. (2004). Vers la collaboration interprofessionnelle, *Perspective infirmière*, 1(6), 23-27.
- Manley, K. et Garbett, R. (2000). Paying Peter and Paul : Reconciling concepts of expertise with competency for a clinical career structure. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 347-359.
- Mariano, C. (1989). The case for interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*, 37, 285- 288.
- Marshall, J. (1993). Assessment during post graduate training. *Academic Medicine*, 68, S23-S26.
- Masciotra, D. (2007). Le constructivisme en termes simples. *Vie pédagogique*, 143, 48-52.
- Masciotra, D. et Medzo, F. (2009). *Développer un agir compétent. Vers un curriculum pour la vie*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Masciotra, D. et Morel, D. (2011). *Apprendre par l'expérience active et située. La méthode ASCAR*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Masciotra, D., Roth, W.-M. et Morel, D. (2007). *Enaction : Toward a zen mind in learning and teaching*. Rotterdam: Sense Publishers.
- Masciotra, D., Roth, W.-M. et Morel, D. (2008). *Énaction: apprendre et enseigner en situation*. Bruxelles : De Boeck.

- Mayer, R. et Goyette, M. (2000). Politiques sociales et pratiques sociales au Québec depuis 1960. Dans J.-P. Deslauriers et Y. Hurtubise (Dir.). *Introduction au travail social* (pp. 35-66) Québec: Les Presses de l'université Laval.
- Mays, N. et Pope, C. (2000). *Qualitative research in health care: assessing quality in qualitative research*. [En ligne] Accès: <http://bmj.com/cgi/content/full/320/7226/50>. Consulté le 9 février 2006.
- McAdams, C.C. et Montgomery, K.A. (2003). Narrowing the possibilities. Using quality improvement tools to decrease competence assessment overload. *Journal for Nurses in Staff Development*, 19(1), 40-46.
- McClaran, J., Lam, Z., Snell, L. et Franco, E. (1998). The importance of the case management approach: Perceptions of multidisciplinary team members. *Journal of Case Management*, 7(3), 117-26.
- McEwen, M. et Brown, S.C. (2002). Conceptual frameworks in undergraduate nursing curricula : Report of a national survey. *Journal of Nursing Education*, 41(1), 5-14.
- McMullan, M., Endacott, R., Gray, M. A., Jasper, M., Miller, C.M.L., Scholes, J. et Webb, C. (2003). Portfolios and assessment of competence : A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 283-294.
- McMurray, E. (1997). Case management: A joint effort. Where do you start? *Orthopaedic Nursing*, 16(2), 30-32.
- McQueen Reidy, M. (2005). *The educational role of the nurse in the context of the shift to ambulatory care*. Thèse de doctorat en éducation inédite, Université du Québec à Montréal.
- Miles, M.B. et Huberman, A.M. (1984). *Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods*. Newbury Park: Sage Publications.
- Milligan, F. (1998). Defining and assessing competence: The distraction of outcomes and the importance of educational process. *Nurse Education Today*, 18, 273-280.
- Ministère de l'Éducation du Québec (2001). *La formation à l'enseignement, les orientations, les compétences attendues*. Québec: Ministère de l'Éducation du Québec (document d'orientation).

- Ministère de l'Éducation du Québec (2002). *Élaboration des programmes d'études techniques, cadre général-cadre technique*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2007). *Programme de la formation de base commune*. Québec : Gouvernement du Québec. [En ligne] Accès: [http : //www.mels.gouv.qc.ca/sections/formation Base/](http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/formation%20Base/). Consulté le 30 août 2009.
- Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science (1990). *Élaboration des programmes de formation professionnelle de niveau technique – Cadre général*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005a). *Orientations du Ministère de la Santé et des Services sociaux en vue de l'adoption d'un règlement relatif aux critères sociosanitaires devant servir à la certification de conformité des résidences pour personnes âgées*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2005b). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 La Force des Liens*. Québec: Santé et Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- Ministry of Justice (2009). *Intensive help for vulnerable people: Applying case management models in the justice system*. [En ligne] Accès: <http://www.justice.gov.uk/publications/docs/intensive-help-vulnerable-people.pdf>  
Consulté le 24 août 2009.
- More, P.K. et Mandell, S. (1997). *Nursing case management: An evolving practice*. New York: McGraw-Hill.
- Morgan, D.L. (2000). *The focus group guidebook: Focus group kit 1*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Morin, J. et J.C. Brief, (1995). *L'autonomie humaine : Une victoire sur l'organisme*. Ste-Foy : Presse de l'Université du Québec.

- Morin, H., Côté, J. et Carbonneau, M.J. (2002). Le suivi systématique de la clientèle vivant avec le VIH/Sida. *L'infirmière du Québec*, 9(6), 19-21.
- Morse, J.M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K. et Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative studies. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13-22.
- Morse, J.M. et Field, P.A. (1995). *Qualitative research methods for health professionals*. (2e éd.). Thousand Oaks : Sage.
- Moxley, D. P. (1989). *The practice of case management*. Newbury Park, California: Sage Publications.
- Moxley, D.P. (1997). *Case management by design reflections on principles and practices*. Chicago: Nelson-hall Publishers.
- Murer, C., G. et Brick, L.L (1997). *The case management sourcebook: A guide to designing and implementing a centralized case management system*. New York: McGraw-Hill.
- Nadeau, B. (1989). Le case management au carrefour de l'intervention clinique et communautaire. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 51-59.
- Nadon, M. et Thibault, C. (1993). *Suivi systématique de clientèles. Expériences d'infirmières et recension des écrits*. Montréal: Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.
- Netting, F. E. (1992). Case management: Service or symptom? *Social Work*, 37(2), 160-164.
- Nolan M.A., Harris A., Kufta A., Opfer N. et Turner, H. (1998). Preparing nurses for the acute care case manager role : Educational needs identified by existing case managers. *Journal of Continuing in Nursing*; 29(3), 130-134.
- Norton, R.E. (1998). *Quality instruction for the high performance workplace : DACUM*. Columbus, Ohio: Centre on Education and training for Employment.
- Oandasan, I., Baker, R., Barker, K., Bosco, C., D'Amour, D., Jones, L., Kimpton, S., Lemieux-Charles, L., Nasmith, L., San Martin Rodriguez, L., Tepper, J. et Way,

- D. (2006). *Teamwork in healthcare: Promoting effective teamwork in healthcare in Canada*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Oandasan, I. et Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context, *Journal of Interprofessional Care*, 19 (Suppl. 1), 21-38.
- O'Connor, G.G. (1988). Case management: System and practice. *Social Casework*, 69(2), 97-106.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1996). *Le suivi systématique de clientèles: une solution infirmière*. Montréal: OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1999). *Suivi systématique de clientèles dans la communauté*. Montréal: OIIQ.
- Otis, F et Ouellet L. (1996). Le profil de sortie, étape préliminaire à l'élaboration de l'épreuve synthèse de programme. *Pédagogie collégiale*, 10(1), 9-13.
- Ouellet, F. (1987). L'utilisation du groupe nominal dans l'analyse des besoins. Dans J.-P. Deslauriers (Dir.), *Les méthodes de la recherche qualitative* (pp. 67-80). Sillery, Québec : Presses de l'université du Québec.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Paquette, G. (2002). *Modélisation des connaissances et des compétences*. Québec: Les Presses de l'université du Québec.
- Paré, I. (2003). Le SIPA : Des soins aux aînés bien orchestrés. *L'infirmière du Québec*, 10(4), 28-31.
- Park, E.- J. (2009). *A comparison of knowledge and activities in case management*. Thèse de doctorat inédite, Graduate College of the University of Iowa.
- Parse, R.R., Coyne, A.B. et Smith, M.J. (1985). *Nursing research : Qualitative methods*. Bowie : Brady Communications.
- Perrenoud, P. (1997). *Construire des compétences dès l'école*. Paris: ESF Éditeur.

- Pope, C. Ziebland, S. et Mays, N. (2000). Qualitative research in health care : Analysing qualitative data. *British Medical Journal*, 320, 114-116.
- Powel, S. (2000). *Case management. A practical guide to success in managed care*. Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins.
- Raiff, N. R. et Shore, B. K (1993). *Advanced case management: New strategies for the nineties*. Toronto: Sage Publications.
- Rapp, C., A. et Poertner, J. (1992). *Social administration: A client-centered approach*. New York: Longman.
- Raynal, F et A. Rieunier (1997). *Pédagogie : Dictionnaire des concepts clés, apprentissages, formation, psychologie cognitive*. Paris : ESF
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (RRSSS-03) (2000). *Le réseau intégré de services aux personnes âgées en perte d'autonomie dans la région de Québec. Cadre de référence*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles (RCPI, 2010). *Collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux-Définition des concepts et des compétences*. RUIS, Université Laval. [En ligne]. Accès : [http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/RCPI\\_2010-08\\_PPT\\_Intro\\_CIP.pdf](http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/RCPI_2010-08_PPT_Intro_CIP.pdf). Consulté le 3 mars 2011.
- Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (2006). *Infirmière pivot : Cheffe d'orchestre recherchée*. [En ligne]. Accès : [http://rqasf.qc.ca/SP34/sp34\\_12.htm](http://rqasf.qc.ca/SP34/sp34_12.htm). Consulté le 7 novembre 2006.
- Richards, L. (2005). *Handling qualitative data : A practical guide*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Ridgeway, P. Spaniol, L. et Zipple, A. (1986). *Case management services for persons who are homeless and mentally ill: Report from an NIMH workshop*. Unpublished manuscript. Boston: University Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Romanow, R. J. (2002). *Guider par nos valeurs: L'avenir des soins de santé au Canada*. Ottawa: Gouvernement du Canada.

- Rose, S., M. (1992). Case management: An advocacy/ empowerment design. Dans S. M. Rose (Dir.) *Case management and social work practice* (pp. 271-297). New York: Longman.
- Rosen, A. L., Gross, E. B., Young, E., Smolenski, M. et Howell, D. (2000). To be or not to be? Credentials for case/care management. Dans R. Applebaum et M. White (Dir.) *Key issues in case management around the globe*. (pp. 93-103). San Francisco: American Society on Aging.
- Roy, D. et Sylvain, H. (2004). La pratique infirmière en GMF et son contexte d'interdisciplinarité, *Perspective infirmière*, 2(1), 17-26.
- Rubin, A. (1992). Case management. Dans S. M. Rose (Dir.) *Case management and social work Practice* (pp. 5-19). New York: Longman.
- Rubin, H.J. et Rubin, I. (2005). *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. (2<sup>éd</sup>) Thousand Oaks: Sage Publications.
- Salvatori, P. (1996). Clinical competence : A review of the health care literature with a focus on occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(4), 25-36.
- Sankar, S. et Brooks, D. (1998). Social work case management: Challenges for social work education and the profession. Dans G. Schames et A. Lightburn (Dir.) *Humane managed care?* (pp. 378-86). Washington: NASW Press.
- Savoie-Zajc, L. (2000). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (dir.), *Introduction à la recherche en éducation* (pp. 171-198). Sherbrooke : Éditions du CRP.
- Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier et J.-P. Beaud (dir.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (pp. 293-316). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Scanlon, G. (2004). *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences*. Québec : Édition du Renouveau Pédagogique.
- Schwartz, Y. (1997). Les ingrédients de la compétence : Un exercice nécessaire pour une question insoluble. *Éducation permanente*, 133, 9-34.

- Shaw, L.R., McMahon, B.T., Chan, F., Taylor, D. et Wood C. (1997). Survey of rehabilitation counselor education programs regarding health care case management in the private sector. *Journal of Rehabilitation*, 63(3), 46-52.
- Siefker, J.M., Garrett, M.B., Genderen, A.V. et Weis, M.J. (1998). *Fundamentals of case management. Guidelines for practicing case managers*. St-Louis: Mosby.
- Spence Laschinger, H., Finegan, J., & Shamian, J. (2001). Promoting nurses health: Effect of empowerment on job strain and work satisfaction. *Nursing Economics*, 19(2), 42-52.
- Strassner, L.F. (1996). The ABCs of case management : A review of the basics. *Nursing Case Management*, 1(1), 22-30.
- Stroul, B.A. (1995). Case management as a system of care. Dans B.J. Friesen et J. Poertner (Dir). *Case management to service coordination for children with emotional, behavioural or mental disorders : Building on family strengths* (p. 3-25). Baltimore: Paul Brookes.
- Tahan, H., A. (1998). Case management: A heritage more than a century old. *Nursing Case Management*, 3(2), 55-60.
- Tahan, H. A. et Campagna, V. (2010). Case management roles and functions across various settings and professional disciplines. *Professional Case Management*, 15(5), 245-277.
- Tahan, H.A., Huber, D.L. et Downey, W.T. (2006a). Case managers' roles and functions: Commission for case manager certification's 2004 research, part 1. *Lippincott Case Management*, 11(1), 4-22.
- Tahan, H.A., Downey, W.T. et Huber, D.L. (2006b). Case managers' roles and functions: Commission for case manager certification's 2004 research, part 11, *Lippincott Case Management*, 11(2), 71-87.
- Tahan, H.A. et Flarey, D.L. (1998). Nurse managers: A support system for nurse case managers, *Nurse Case Management*, 5(5), 216-219.
- Tremblay, G. (1990). A propos des compétences comme principe d'organisation d'une formation : Éléments de réflexion théorique et perspectives historiques. *Bulletin d'information*, 6(9), 1-31.

- Tremblay, G. (1995). Quelques jalons de réflexion sur le profil de sortie. *Pédagogie collégiale*, 8(4), 5-7
- Van der Maren, J.M (1987). *L'interprétation des données dans la recherche qualitative*. Actes du colloque de l'Association pour la recherche qualitative tenu à l'Université du Québec à Trois-Rivières le 31 octobre 1986. Montréal: Université de Montréal.
- van Manen, M. (1990). *Researching lived experience : Human science for an action sensitive pedagogy*. Albany: SUNY Press
- van Manen, M. (1997). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. (2e éd.) Ontario: The Althouse Press.
- Vitez, K. (2001). La désinstitutionalisation : Évaluation du programme de santé mentale en vigueur dans un CLSC. *Intervention*, 113, 77-85.
- Watson, R., Stimpson, A., Topping, A. et Porok, D. (2002). Clinical competence assessment in nursing: A systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 421-431.
- Webb, B. et Kevern, J (2001). Focus groups as a research method : A critique of some aspects of their use in nursing research, *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 798-805.
- Weil, M., O., Zipper, I.N. et Dedmon, R. S. (1995). Issues and principles of training for case management in child mental health. Dans B. J. Friesen et J. Poertner (Éds) *Case management to service coordination for children with emotional, behavioural or mental disorders: Building on family strengths* (pp. 211-238). Baltimore: Paul Brookes.
- While, A. (1994). Competence versus performance: Which is more important? *Journal of Advanced Nursing*, 20, 525-531.
- Wolk, J.L., Sullivan, W.P. et Hartman, D.J. (1994). The managerial nature of case management. *Social Work*, 39(2), 152-159.
- Zander, K. (1988). Nursing case management : Strategic management of cost and quality outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 18(5), 23-30.