

# Mise en œuvre du Dispositif d'accompagnement et de coordination des parcours complexes (DAC) dans le Canton de Vaud (Suisse)

Philippe Anhorn<sup>1</sup>, Nataliya Tanasova<sup>1</sup>, Vincent Matthys<sup>2</sup>, Cécile Blaquièrè<sup>2</sup>, Lucil Veya<sup>2</sup>, Claire Neuville Kopp<sup>3</sup>, Monica Silva Pereira<sup>3</sup>, Annick L'Eplattenier<sup>3</sup>, Corinne Trento<sup>4</sup>,

<sup>1</sup> Réseau Santé Région Lausanne, Bugnon 4, 1005 Lausanne (Suisse), +41 21 341 72 50, dac@rsrl.ch

<sup>2</sup> Réseau Santé Haut Léman, Rte des Tilles 6a, 1847 Rennaz (Suisse), +41 21 967 22 80, dac@rshl.ch

<sup>3</sup> Réseau Santé Nord Broye, En Chamard 55a, 1442 Montagny (Suisse), +41 24 424 11 00, dac@rsnb.ch

<sup>4</sup> Réseau Santé la Côte, Z.A. La Pièce 1, 1180 Rolle (Suisse), +41 21 822 43 10, dac@rslc.ch

**Résumé.** Le DAC est un dispositif cantonal proposé par les Réseaux de Santé vaudois, visant à favoriser le maintien à domicile et l'amélioration des parcours de santé des personnes en situation médico-sociale complexe. La complexité se définit par la présence simultanée d'une multitude de facteurs médicaux, psychosociaux, environnementaux et économiques susceptibles de perturber la santé de la personne. En s'appuyant sur la méthode du *case management*, le DAC propose un accompagnement personnalisé où la personne est partie prenante de son parcours de santé. Mis en œuvre à titre pilote depuis quelques années dans les réseaux Haut-Léman et Nord Broye, ainsi que Région Lausanne sous une forme légèrement différente, le DAC fait depuis 2024 l'objet d'un déploiement harmonisé à l'échelle du Canton de Vaud.

**Resumen.** El DAC es un dispositivo cantonal propuesto por las Réseaux de Santé vaudois (Redes de Salud de Vaud) para animar a las personas en situación médica y social compleja a permanecer en su domicilio y mejorar su trayectoria sanitaria. La complejidad se define como la presencia simultánea de una multitud de factores médicos, psicosociales, ambientales y económicos susceptibles de afectar a la salud de una persona. Basado en el método de gestión de casos, el CAD ofrece un apoyo personalizado en el que la persona es parte interesada en su propia atención sanitaria. Implantado de forma experimental desde hace varios años en las redes de Haut-Léman y Nord Broye, así como en la región de Lausana de forma ligeramente diferente, el DAC se ha extendido a todo el cantón de Vaud desde 2024.

**Mots clés :** réseaux de santé, *case management*, complexité, coordination des soins, maintien à domicile

# 1 Contexte

Dans tous les pays industrialisés, les besoins de santé de la population sont de plus en plus complexes, impliquant de multiples interventions d'acteurs du secteur sanitaire et social. Dans le Canton de Vaud comme ailleurs, il s'avère nécessaire de renforcer la coordination des soins (McDonald et al., 2007). Cette coordination se base sur les principes de la gestion de cas (Hébert et al., 2003; Lukersmith et al., 2016; Perez, 2023). Il s'agit d'une approche développée depuis plusieurs années à l'étranger et en Suisse pour optimiser les trajectoires de santé des personnes âgées fragiles et/ou des personnes présentant des besoins complexes. Depuis quelques années, dans le Canton de Vaud, trois des quatre réseaux de santé expérimentent déjà la gestion de cas sous différentes formes et appellations, avec des finalités et modalités organisationnelles et financières différentes. Au renforcement de la coordination des soins, s'ajoute la volonté et la nécessité d'intégrer les acteurs sociaux. Dès 2022, après avoir réalisé une synthèse de la littérature sur ce sujet mettant en évidence des bénéfices significatifs sous l'angle de la qualité de la prise en charge (satisfaction des bénéficiaires et qualité des soins perçue par les patient-e-s, les proches et les professionnel-le-s), la Direction générale de la santé du Canton de Vaud (DGS) a souhaité disposer d'un cahier des charges de la gestion de cas complexes homogène pour le canton et poser les conditions d'extension de cette prestation sur l'entier du territoire cantonal. Ce souhait se matérialise dans le contrat de prestations pluriannuel 2023-2027 des quatre réseaux de santé, au chiffre 4 du chapitre 2.1.2 Objectifs spécifiques : « Sous la conduite de l'Etat, en collaboration avec les autres réseaux de santé, l'institution contribue aux travaux visant à harmoniser et mettre en œuvre la prestation "Dispositif d'accompagnement et de coordination des parcours complexes" (DAC) sur tout le canton, élaborer un cahier des charges, des indicateurs et un modèle de financement ». Plus précisément, le contrat de prestations attribue aux réseaux la mission (n° 6) de favoriser le maintien à domicile des patient-e-s en situation médico-sociale complexe (sur la base du score établi par un outil standardisé et commun aux quatre réseaux de santé) en soutenant leur projet ou en le redéfinissant s'il n'est pas adapté à la situation.

## 2 Méthodologie

Le déploiement du DAC à l'échelle cantonale repose sur une première version de cahier des charges qui doit être testée et stabilisée d'ici à 2027 selon le contrat de prestations (cf. 1 supra). Outre des éléments de définition, ce cahier des charges mentionne les objectifs généraux du dispositif et en précise les missions, les critères d'inclusion, d'exclusion et de fin d'intervention pour la population-cible. Il précise également la nature des prestations fournies. Enfin, le cahier des charges décrit le dispositif de supervision et d'intervention déployé dans les quatre réseaux de santé.

### 2.1 Missions du DAC

- Co-construire et accompagner le projet de vie de la personne en situation complexe
- Redonner du sens au projet de vie de la personne en situation complexe
- Coordonner les services formels et informels de soins et de soutien
- Faire circuler les informations pertinentes entre les différentes personnes impliquées et impactées
- Défendre les intérêts de la personne dans les limites de sa situation et du système
- Développer les compétences des personnes et de leurs proches en situation complexe
- Trouver des solutions alternatives répondant aux besoins de la personne en situation complexe
- Améliorer la satisfaction des bénéficiaires, des proches et des professionnel-le-s dans leurs parcours

## 2.2 Critères

### Inclusion

- Age (plus de 18 ans)
- Situation géographique - situé sur le réseau
- Objectif : le projet est le maintien à domicile
- Critères de complexité atteints (utilisation de l'échelle suisse COMID<sup>1</sup> basée sur les critères de santé médicale, santé mentale, comportement, caractéristiques socio-économiques, expérience avec le système de santé et instabilité de la situation (Busnel et al., 2018))
- Consentement de la personne et/ou de son proche aidant s'il y a incapacité de discernement

### Exclusion

- Atteinte psychiatrique pure ou addiction, sans autre comorbidité

### Fin d'intervention

- Décès
- Entrée en EMS (Etablissement Médico-Social) de long séjour
- Stabilité de la situation à domicile
- Souhait de sortie de la personne

## 2.3 Prestations

Le DAC fournit les prestations suivantes, dans ses propres locaux ou dans le lieu où se trouve la personne (ex. domicile, hôpital, etc.) :

- Continuité des soins durant le parcours de la personne auprès de tous les intervenants, quel que soit le lieu où elle se trouve
- Evaluation multidimensionnelle sur plusieurs axes (parcours de vie, médical, social, ressources)
- Élaboration de recommandations de prise en charge pluridisciplinaire pour le projet global de la personne, ainsi que l'évaluation régulière et l'adaptation de ces recommandations, en fonction de l'évolution de la situation
- Sensibilisation de la personne et de ses proches à la consommation du système de soins
- Défense des droits et intérêts de la personne pour la réalisation de son projet de vie
- Coordination interprofessionnelle entre la personne, sa famille et les intervenant-e-s, Questionnement du projet médical et social lors d'accompagnement aux rendez-vous médicaux afin de s'assurer de l'efficacité de sa prise en charge et de l'adhésion au projet de l'ensemble de ces intervenant-e-s
- Médiation entre les professionnel-le-s et la personne lorsque le lien est compliqué
- Recherche et mise en place des ressources appropriées
- Initiation de démarches sociales (assurance-invalidité, allocations pour impotence, etc.)
- Rôle de pivot entre toutes les ressources
- Soutien à la 1<sup>ère</sup> ligne (médecin traitant, équipe de soins à domicile, etc.)

---

<sup>1</sup> <https://comid.imad-ge.ch/>

- Co-construction du projet de vie avec la personne, son proche-aidant et son réseau professionnel, en définissant des objectifs
- Formalisation du projet par un plan d'actions personnalisé avec des mesures prioritaires et suivi de sa mise en œuvre
- Coordination du projet, des recommandations et des interventions socio-sanitaires de l'ensemble des intervenant-e-s du réseau
- Recherche de solutions créatives hors des sentiers battus du cadre de prise en charge habituel
- Soutien et conseil aux partenaires également pour des situations non suivies par le DAC

#### 2.4 Etapes/déroulement selon la méthode du *case management*<sup>2</sup>

- Phase d'*intake* : (3- 8 jours) : Du point de vue méthodologique, toute personne entrant dans un programme de *case management* doit répondre à des critères définis préalablement. La personne est reçue « sur dossier » et après un entretien durant lequel la proposition d'accompagnement est expliquée.
- Phase d'*assessment* : (3 semaines - 1 mois) : S'ensuit une période durant laquelle le *case manager* fait connaissance avec la personne, son entourage, son environnement et fait ressortir ses ressources, ses besoins. Le tout est ensuite consigné par écrit, une analyse est faite, des hypothèses sont posées.
- Phase de « planification » : (1 à 2 mois) : Consiste à poser les objectifs que la personne suivie aura mis en évidence seule ou avec l'aide du *case manager*. Ces objectifs doivent être priorisés, réalistes, évaluables sur un temps donné. C'est aussi durant cette phase qu'a lieu une rencontre de type réseau avec les partenaires, durant laquelle les objectifs sont partagés et discutés. Le *case manager* prend en général le lead afin de gérer la rencontre et la suite des événements.
- Phase de « mise en œuvre/monitoring » : (tous les 6 mois) : Exécution par les partenaires des actions discutées et négociées lors du réseau, le rôle du *case manager* est à ce moment-là de s'assurer que les prestations sont délivrées et correspondent aux besoins de la personne accompagnée.
- Au terme de la durée estimée pour l'atteinte des objectifs, une évaluation de l'efficacité du suivi est faite et à ce moment-là, la personne accompagnée sort du projet ou une nouvelle proposition de prise en charge se fait. Ceci correspond à la phase de « sortie ou *reassessment* ».

### 3 Résultats

Le DAC dans le Canton de Vaud a vu le jour il y a une dizaine d'années dans le Réseau Santé Haut Léman (RSHL) sous le nom de Coordination du suivi de santé (CSS), puis plus récemment dans le Réseau Santé Nord Broye (RSNB - premiers cas en 2019 dans le Nord et dès 2020 dans la Broye) sous le nom de Gestion de cas de coordination. Dans ces deux réseaux, la gestion de cas s'est dès le départ mise en place avec des critères fondés sur la complexité, un financement spécifique et des ressources (coordinateurs et coordinatrices) dédiées à cette prestation. En 10 ans d'existence, le RSHL a suivi ainsi 474 situations répondant aux critères de complexités mentionnés au point 2.2, sur 641 demandes reçues ; soit un suivi annuel de 40 et à 50 situations. Plus spécifiquement et pour l'année 2023, ce sont 21 nouvelles situations qui sont venues s'ajouter aux 28 suivis déjà en cours. La, moyenne d'âge des personnes suivies est aujourd'hui de 67 ans (de 27 ans à 99 ans). L'équipe DAC est composée jusqu'ici de 1,9 équivalent plein-temps (EPT).

<sup>2</sup> Tiré du travail de validation du module « Gouvernance de projet et case management », Annick L'Eplattenier, DAS promotion de la santé et prévention dans la communauté, 2019, Ecole de la Source

De son côté, le RSNB compte 1,6 EPT et la file active de suivi peut varier entre 15 à 25 personnes en situation complexe par EPT, soit une trentaine de personnes. Le déploiement s'est fait de manière progressive entre 2019 et 2023. Durant ces années, 106 personnes ont bénéficié ou bénéficient encore d'un suivi, avec pour objectif majeur le maintien à domicile. Sur ces 106 situations, 44% se sont stabilisées et ne nécessitaient plus de suivi à domicile, tandis que 10% des situations ont été orientées vers l'hébergement, 15% sont décédées et 18% ont connu une issue différente (déménagement, interruption de la prestation, etc.) Les 23% restants sont toujours suivis par le DAC. La moyenne d'âge pour 2023 est également de 67 ans. Plus de la moitié de personnes suivies sont des hommes. Enfin, depuis 2018, le Réseau Santé Région Lausanne expérimente de son côté la gestion de cas basée sur des critères plus larges tenant compte également des risques de fragilisation, intégré dans son processus et financement ordinaire, et exercé indifféremment par l'ensemble de ses infirmiers et infirmières de liaison du secteur communautaire<sup>3</sup>. Depuis 5 ans, ce sont ainsi plus de 600 situations qui ont été suivies par le RSRL, dont environ 150 sont toujours en file active. Les personnes suivies actuellement ont entre 19 et 98 ans (moyenne 77 ans) et 60% d'entre elles (soit env. 90) ont pour projet le maintien à domicile (potentiellement compatibles avec le DAC) tandis que 40% sont accompagnées plutôt dans la perspective de leur admission en EMS long séjour. Le Réseau Santé la Côte (RSLC) a démarré une activité DAC en novembre 2023 et ne dispose pas encore de statistiques d'activités.

### 3.1 Le DAC sur le terrain

La perte de sens et d'objectifs, la rupture entre la personne et le réseau de soins en place, les divergences d'appréciation, la résistance aux prestations en particulier dans les situations avec de nombreux intervenant-e-s, sont les critères d'appels les plus fréquents. La coordinatrice du DAC vient souvent renforcer l'assise du ou de la professionnel-le en charge de la situation (généralement infirmier ou infirmière). Elle facilite l'intégration de nouveaux intervenant-e-s lorsque c'est nécessaire. Le lien de confiance avec la personne concernée, ses proches et les intervenant-e-s de 1<sup>re</sup> ligne, tout comme la communication, constituent la base de toute collaboration.

Les coordinatrices DAC effectuent un travail de coordination en s'appuyant sur les données informatisées disponibles dans leur système d'information. Elles organisent des réseaux, des rencontres à domicile et l'accompagnement des personnes dans différents lieux comme les consultations de médecins spécialistes, les hôpitaux de jour ou encore les centres d'accueil temporaire. Le DAC se glisse parfois dans les failles du système pour accélérer ou faciliter un processus, voire pallier les vides organisationnels et/ou structurels. Ainsi, les coordinatrices DAC peuvent être amenées, exceptionnellement, à initier des démarches en attendant la disponibilité de la ressource adéquate. Les coordinatrices DAC possèdent une formation de base dans le domaine de la santé (science infirmière, physiothérapeute, etc.) à laquelle s'ajoutent des compétences spécifiques. Ainsi, la plupart des coordinatrices bénéficient d'une formation supplémentaire de type CAS (médiation, management des parcours complexes médicaux et sociaux, *case management*), ainsi que d'autres formations internes comme la tenue de réunions en réseau, la gestion du stress et des émotions. Cela vise à assimiler les outils spécifiques à cette fonction et à acquérir une posture dans le management organisationnel du projet de la personne en situation complexe. Selon les principes du *case management*, elles doivent être capables de jouer plusieurs rôles : *gatekeeper* (portier) afin de contrôler l'accès à des prestations adaptées, *advocate* (défenseur) en prenant le parti de la personne accompagnée, *broker* (courtier) en faisant l'intermédiaire entre la personne accompagnée et les prestataires, et enfin *coach* en encourageant la mobilisation des ressources de la personne accompagnée (Gobet et al., 2016).

---

<sup>3</sup> Là où les autres réseaux parlent d'infirmiers et infirmières de liaison (IDL) à l'hôpital et de coordinateurs et coordinatrices dans la communauté, le RSRL utilise l'appellation IDL pour l'ensemble du personnel du BRIO, qu'il travaille dans la liaison hospitalière ou dans le secteur communautaire.

### **Témoignage d'une proche aidante**

« La coordinatrice DAC nous a parfois accompagnés à l'hôpital avec mon mari. Ça m'a aidée à mieux comprendre les informations médicales qu'elle transmettait ensuite au médecin traitant, ce qui m'a soulagée. On était rassurés et j'ai moins sollicité mes enfants. »

### **Témoignage d'un infirmier du Centre d'aide et soins à domicile (CMS)**

« Mon institution me permet de travailler la globalité mais le temps m'est quand même restreint au vu du nombre important de situations dont on est référent. La coordinatrice DAC a une vision extérieure et professionnelle de la situation qui sert aussi d'intermédiaire entre le CMS et l'entourage, notamment lors des rencontres. Elle est neutre, permet d'autres éclairages. Je me suis senti soutenu en tant que référent. La transmission des informations pendant les hospitalisations permettait des retours à la maison mieux organisés et plus durables. »

## **3.2 Vignettes cliniques**

Les vignettes cliniques ci-dessous permettent de comprendre la diversité des situations accompagnées par les réseaux durant la phase pilote.

### **Anna, 22 ans**

Anna vit seule avec peu d'entourage familial. Elle souffre d'un syndrome neurologique complexe avec un déficit fonctionnel ayant des répercussions dans sa vie quotidienne. Consécutivement, Anna souffre aussi au plan psychiatrique d'une anorexie atypique et d'angoisses massives qui l'isolent socialement. Il n'existe pas de plateau technique ambulatoire coordonné en cas d'hospitalisation. Actions réalisées par le DAC :

- Utilisation efficiente des ressources médico-sociales : Diminution de 12 prestations hebdomadaires planifiées à 7.5 / Diminution des rendez-vous manqués
- Soutien aux professionnels en redonnant du sens au suivi : En orientant et accompagnant la patiente vers les spécialistes pour clarifier le diagnostic / En précisant les objectifs des intervenant-e-s / En désignant des binômes médico-soignants selon la problématique
- Renforcement de la coordination des prestations et des professionnel-le-s : Centralisation des informations et transmissions des données pertinentes et ciblées / Gestion/optimisation des rendez-vous
- Collaboration avec ressources sociales pour une rente d'invalidité : Mise en réseau des professionnel-le-s

### **Boris, 37 ans**

Boris vit seul au 2<sup>e</sup> étage sans ascenseur. Notamment du fait de ces barrières architecturales, il n'a pas de réseau social hormis sa maman qui habite la même ville. Il souffre de plusieurs limitations fonctionnelles, psychiatriques et financières : obésité morbide, problèmes respiratoires, troubles psychiatriques et endettement. Boris n'est pas suivi médicalement, mais fait appel fréquemment au médecin de garde. Actions réalisées par le DAC :

- Mise en place d'un réseau de professionnels médico-sociaux
- Anticipation d'une hospitalisation vitale dans un hôpital universitaire : Avec le patient pour qu'il adhère au projet malgré une grande réticence / Avec l'hôpital et le centre de réadaptation pour le matériel

bariatrique et l'organisation / Avec le réseau ambulatoire pour assurer une entrée élective et maintenir un lien intra-hospitalier

- Continuité du suivi en amont, pendant et en aval de l'hospitalisation
- Demande de fonds extraordinaire pour le financement d'un lit médicalisé en vue du retour à domicile
- Temporalité du suivi DAC : 6 mois jusqu'à l'hospitalisation, puis 5 mois après à la sortie de l'hôpital pour autonomiser le patient et son réseau et arrêter le suivi DAC

## Charles 90 ans

Charles vit seul dans un chalet isolé, il a un fils. L'équipe de soins à domicile propose un placement en institution, car elle estime qu'il n'est plus en sécurité chez lui. Or, Charles veut rester chez lui. Cette divergence de lecture de la situation est source de conflit. Actions réalisées par le DAC :

- Évaluation par un professionnel de santé des mises en danger potentielles et de la capacité de discernement du bénéficiaire pour son maintien à domicile
- Mise à disposition d'une ressource en appui de l'équipe soignante en cas de besoins
- Propositions d'adaptations des prestations à domicile (ménage, repas, bénévoles du village et associations religieuses)
- Co-construction d'une procédure en cas de péjoration de l'état de santé avec des professionnel-le-s identifié-e-s (soins palliatifs) et définition de critères pour diminuer les hospitalisations évitables
- Préparation d'un projet d'entrée volontaire en EMS à moyen terme, avec l'objectif de repousser l'institutionnalisation de 2 ans

## 4 Discussion

Comme déjà indiqué, le DAC se base sur les principes du *case management* (Leonard and Miller, 2012) pour accompagner les personnes aux parcours complexes ; il fait le lien entre le système et ces personnes, il s'assure de leur accès aux prestations, il défend leurs intérêts et les implique dans les démarches entreprises en fonction de leurs possibilités. Fondé sur les principes du partenariat de soins, le DAC travaille avec des objectifs définis entre les professionnel-le-s et les personnes concernées. Gratuit pour les personnes qui en bénéficient, et au bénéfice de la neutralité incarnée par les réseaux, le DAC semble susciter jusqu'ici une importante satisfaction, quand bien même celle-ci n'a pas encore été mesurée<sup>4</sup>. Au cours de la phase pilote et sur la base des situations accompagnées jusqu'ici, les équipes DAC ont cependant identifié un certain nombre de limites et difficultés. Celles-ci sont multiples. Il s'agit notamment de la difficulté de recueillir et de partager des informations entre de multiples intervenant-e-s du fait de la nouvelle loi sur la protection des données et du manque de coordination entre les systèmes d'information, malgré l'avènement encore très partiel du Dossier électronique du patient (DEP). Une autre difficulté réside dans le manque généralisé d'institutions et professionnel-le-s communautaires adéquatement répartis sur le territoire : psychiatres, médecins généralistes, guichets sociaux, structures adaptées aux pathologies psychiatriques et somatiques. Lorsque ces ressources existent, elles sont souvent concentrées dans les agglomérations et il faut parfois attendre plusieurs semaines ou mois pour obtenir un rendez-vous. D'une manière générale et même si le DAC est financé spécifiquement par l'Etat, beaucoup d'intervenant-e-s n'arrivent pas à dégager les ressources pour s'investir suffisamment dans les situations, ne serait-ce que pour être présent-e-s lors des

---

<sup>4</sup> Des travaux coordonnés entre les 4 réseaux visent à mettre en place dès 2024 un dispositif d'évaluation incluant la mesure et le suivi de la satisfaction des bénéficiaires ainsi que des institutions et professionnel-le-s impliqué-e-s.

réseaux. Le partenariat entre intervenant-e-s psychiatriques et somatiques est compliqué : il y a parfois des différences de perception ou de compréhension et des difficultés à échanger et collaborer. Ainsi, il est souvent difficile de se prononcer sur une capacité de discernement pour des décisions à court terme. Les équipes notent également un manque de réactivité du processus lié aux curatelles. Enfin, l'exercice même de la coordination révèle des « zones grises » pour des besoins spécifiques non couverts, dans lesquelles le DAC peut ressentir des pressions pour prendre des décisions à la place des professionnel-le-s.

## 5 Conclusion

La mise en place du DAC dans tout le Canton par les quatre réseaux de santé vise à obtenir les plus-values mises en évidence par la littérature jusqu'ici. Idéalement, elle devrait aussi produire ses effets sur la santé des bénéficiaires et de leurs proches (amélioration de la qualité de vie, de la santé physique et mentale, des comportements de santé et de l'adhérence aux traitements) ainsi que sur le recours aux services et l'accès aux soins (réduction du recours inadéquat aux services d'urgences, des hospitalisations, des durées de séjour, des réadmissions et optimisation du recours aux offres ambulatoires et communautaires). Ces objectifs visent évidemment, en finalité, à améliorer le rapport coût/efficacité du système de santé. Ces effets n'ont pourtant pas été démontrés jusqu'ici dans la littérature, notamment faute d'indicateurs univoques. Le Canton de Vaud et les réseaux de santé auraient un intérêt certain à travailler sur la documentation et la mesure de ces effets afin de pouvoir, cas échéant investir progressivement davantage dans la gestion de cas. Enfin, le DAC devra rapidement se positionner adéquatement face à d'autres mécanismes de coordination déjà à l'œuvre dans le système de santé vaudois. En effet, la multiplication des instances de coordination dans différents milieux (institutions de soins, assurances, autorités) fait redouter de devoir, à terme, « coordonner les coordinateurs » avec les risques socio-sanitaires et les surcoûts qui en découlent.

## 6 Bibliographie

- Busnel, C., Marjollet, L., Perrier-Gros-Claude, O., 2018. Complexité des prises en soins à domicile : développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. *Rev. Francoph. Int. Rech. Infirm.* 4. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2018.02.002>
- Gobet, P., Galster, D., Repetti, M., Scherer, F., Constantin, E., 2016. Le case management en contexte: bases conceptuelles et applications d'un dispositif de prise en charge intégratif. Ed. EESP.
- Hébert, R., Durand, P.J., Dubuc, N., Tourigny, A., 2003. PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *Int. J. Integr. Care* 3, e08.
- Leonard, M., Miller, E., 2012. *Nursing Case Management Review and Resource Manual*, 4th Edition. American Nurses Credentialing Center.
- Lukersmith, S., Millington, M., Salvador-Carulla, L., 2016. What Is Case Management? A Scoping and Mapping Review. *Int. J. Integr. Care* 16, 2. <https://doi.org/10.5334/ijic.2477>
- McDonald, K.M., Sundaram, V., Bravata, D.M., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S.A., McKinnon, M., Paguntalan, H., Owens, D.K., 2007. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination), AHRQ Technical Reviews. Agency for Healthcare Research and Quality (US), Rockville (MD).
- Perez, R., 2023. *Cmsa's integrated case management: a manual for case managers by case managers*, Second edition. ed. Springer Publishing Company, New York.