



LA GESTION DE CAS une composante clé des réseaux de services intégrés

SENSIBILISATION À LA FONCTION
DE GESTION DE CAS



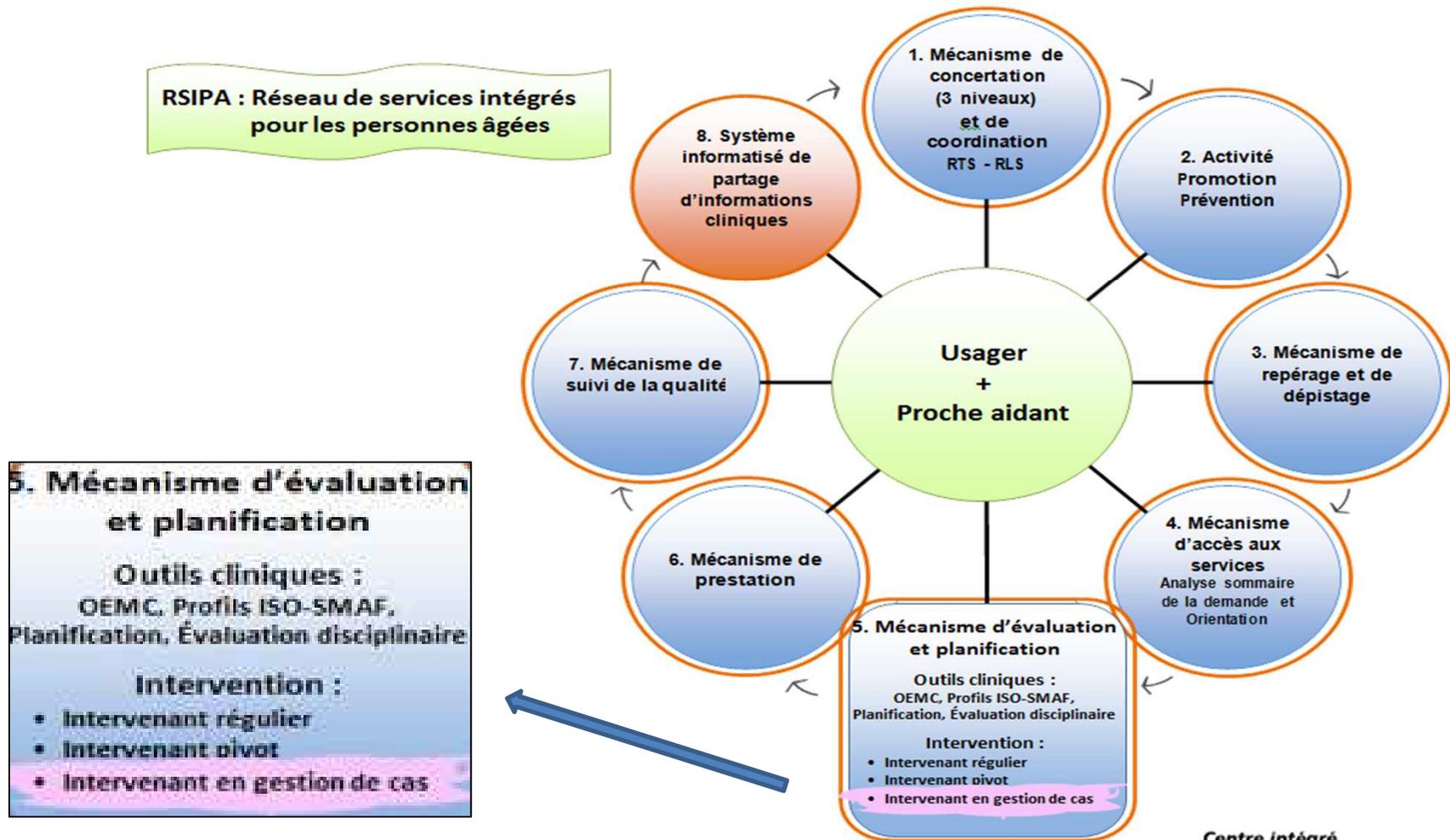
La GC est une réponse à une population dont les besoins augmentent, évoluent et se complexifient en raison:

- du vieillissement de la population,
- des diverses conditions chroniques souvent concomitantes,
- des difficultés et des inégalités sociales exacerbant les problématiques de santé physique ou mentale.

« On fait déjà ça au SAD de la gestion de cas – pourquoi déployer cette nouvelle façon de faire? »



La GC intégrée au RSIPA



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal

Qu'est-ce que la gestion de cas (GC)?



- ↳ La gestion de cas est **une fonction**.
- ↳ Celle-ci est occupée par un intervenant offrant des services du SAD;
- ↳ La principale activité est la **coordination**;
- ↳ La coordination est intensive et en continu;
- ↳ Le nombre de client dans la charge de cas est plus petit
- ↳ L'intervenant en gestion de cas contribue à l'analyse des besoins de la clientèle aux plans individuel et populationnel;
- ↳ Il collabore à l'amélioration de l'organisation et des trajectoires de services ainsi qu'au développement de solutions pour des besoins atypiques.



Qu'est-ce qu'un intervenant en gestion de cas ?



- un intervenant **accompagnateur de longue durée**
- un intervenant dont la **majeure est la coordination et la mineure est dans sa discipline**
- un expert intervenant **uniquement** auprès des **usagers à très grand risque de ruptures d'équilibre**

Intervenant en gestion de cas = **Régularité & Intensité des interventions de coordination**



L'intervenant en gestion de cas intervient dans l'ensemble des milieux de vie et de prestation de services



- **Domicile;**
- **Ressources intermédiaires;**
- **Résidences privées;**
- **Dans les milieux offrant des services :**
 - cabinets privés de médecins;
 - centres hospitaliers;
 - centres de réadaptation;
 - centre de jour;
 - hôpitaux de jour;
 - hébergement temporaire;
 - organismes communautaires;
 - etc.



Personnes âgées vivant à domicile

- En perte d'autonomie fonctionnelle modérée ou sévère en ruptures d'équilibre répétées au plan biopsychosocial ou à risque de ruptures d'équilibre.
- Nécessitant un accompagnement soutenu et un suivi continu à long terme en raison de plusieurs problèmes médicaux et psychosociaux significatifs
- Ayant un profil iso-smaf de 4 et plus
- Représente environ 5% de la clientèle SAD-SAPA



Les avantages de la GC pour l'utilisateur



- ✓ développer un lien de confiance et assurer une continuité relationnelle;
- ✓ obtenir des services flexibles qui s'ajustent aux besoins changeants, évolutifs, cumulatifs, enchevêtrés et parfois imprévisibles;
- ✓ être accompagné à travers tout le continuum de services;
- ✓ avoir accès à des services atypiques nécessaires dans des délais très courts (fast track)
- ✓ bénéficier d'un suivi impliquant la collaboration étroite entre le médecin de famille, les intervenants du SAD et les autres partenaires publics, privés et communautaires, impliqués dans le plan d'intervention coordonné par l'intervenant en gestion de cas.



Les critères d'admissibilité en GC



Catégories de facteurs de risques	Facteurs de risques
Les facteurs de risques relatifs à des problèmes de santé physique, cognitif ou psychologique	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Présence de maladies chroniques (plusieurs conditions chroniques concomitantes). <input type="checkbox"/> Présence de difficultés psychologiques et problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, schizophrénie, schizophrénie tardive, trouble de personnalité limite, etc.). <input type="checkbox"/> Présence de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées. <input type="checkbox"/> Présence d'une ou de plusieurs dépendances (jeu, alcool ou autre substance). <input type="checkbox"/> Présence d'une ou de plusieurs déficiences physiques (cécité, surdité, mobilité, etc.) liées ou concomitant au vieillissement ou autres problématiques (ex. trouble de santé mentale). <input type="checkbox"/> Atteintes multiples de l'autonomie fonctionnelle. <input type="checkbox"/> Troubles de comportement (SCPD et autre).
Les facteurs de risques associés à la situation psychosociale et son réseau de soutien social	<p>Précarité de la situation à domicile. Réseau de soutien absent, insuffisant ou inadéquat. Problèmes familiaux ou conjugaux importants. Risque ou présence de maltraitance, d'abus ou de négligence. Proches aidants épuisés ou à risque d'épuisement ou gravement malades. Désorganisation du réseau de soutien. Isolement. Insalubrité sévère de l'environnement. Sécurité compromise. Période de transition de vie (perte de proches, changement déstabilisant de milieu de vie, perte d'autonomie, prise de retraite, etc.).</p>
Les facteurs de risques peuvent être relatifs à l'offre de services ou l'utilisation des services	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nombre d'hospitalisation dans la dernière année : _____ <input type="checkbox"/> Exige une intervention complexe et une coordination accrue de services auprès de nombreux partenaires ainsi qu'un suivi en continu. <input type="checkbox"/> Bris de continuité dans les trajectoires. <input type="checkbox"/> Besoins dans plusieurs secteurs externes du réseau de la santé (transport, justice, municipal, etc.). <input type="checkbox"/> Besoins particuliers nécessitant des services non conventionnels ou atypiques ou immédiats. <input type="checkbox"/> Recours à des services suprarégionaux à l'extérieur de la région de résidence.



- Pour un client non connu du SAD, même porte d'entrée que pour toutes les demandes via le guichet PPA
 - Évaluation globale par intervenant pivot
 - Référence en gestion de cas si admissible

- Pour un client connu du SAD, faire la demande au pivot qui complètera le formulaire de référence

Les critères de fin de prise en charge en GC



- Le client est **admis en centre d'hébergement**. Cependant, si l'utilisateur vit encore des ruptures d'équilibre lors du premier mois suivants l'admission, il peut être convenu que l'intervenant en gestion de cas reste au dossier le temps de la transition ;
- Le client **change de milieu de vie et une meilleure stabilité en découle** (ex. : admission en ressource intermédiaire ou en résidence privée). Dans ce cas, la gestion de cas doit être cessée et la personne peut être référée à un intervenant pivot ou régulier. La coordination par ce dernier prendra en considération le soutien offert par la ressource ;
- Le client voit son **état s'améliorer, se stabiliser**, les ruptures d'équilibre se raréfier, l'utilisateur ne répond donc plus aux critères de référence en gestion de cas. Dans ce cas, l'utilisateur doit être référé à un intervenant pivot ou régulier ;
- Le client **déménage** à l'extérieur du territoire du CIUSSS
- Décès** du client



RLS SOV – CLSC DE VERDUN (514) 766-0546

- CAP : Geneviève Boyer poste 53558
genevieve.boyer.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca
- SAC : Josée Pirro poste 53610
josee.pirro.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca
- GC : Isabelle Mendes poste 53600
(438) 349-6792 cell
isabelle.mendes.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca
- GC : Julie Casavecchia, inf poste 53527
(438) 830-5651 cell
julie.casavecchia.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca
- GC : Isabelle Mantha poste 53538
(438) 830-5683 cell
isabelle.mantha.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca



DES QUESTIONS ?





Merci!