



Chaire Interdisciplinaire de  
la première ligne

Clarification de la fonction de gestionnaire de  
cas au niveau de la première ligne d'aide et de  
soins en Belgique francophone.

Romy van Noppen



# Plan

---

Introduction

---

Méthode

---

Résultats

---

Discussion

---

Conclusion

---

Leçons apprises

---

Limites de l'étude

---

Recherches futures

---

Bibliographie

# Introduction

## International

- 70% dépenses du système de santé pour 10% de la population (Karam, Chouinard, et al., 2021)(Hudon et al., 2022).  
→ Nombreux intervenants → Fragmentation des soins + Utilisation inappropriée des services (Hudon et al., 2019).
- Intégration des soins = Préoccupation majeure pour les gouvernements (Humphries, 2015).  
- **La gestion de cas (case management)** (Hudon et al., 2017) (Lukersmith et al., 2021).
- Situations particulièrement complexes (Stark et al., 2020)(Karam et al., 2021).  
- **Le gestionnaire de cas (case manager)** (Case Management Society of America, 2016).

## Problématique :

- Ambiguïté + Imprécision des rôles.
- Réticence des milieux de pratiques + Manque de réciprocité. (Lukersmith et al., 2016).
- ➔ Difficulté de mise en oeuvre de la fonction dans les équipes de soins primaires (Teper et al., 2020).

# Introduction

## National

- Constats similaires en **Belgique francophone**.  
→ Réorientation du système de santé (Karam et al., 2017) (A.-S. Lambert et al., 2019).
- **Depuis 1993 - Auj** : Projets dans le domaine du case management (CIM, 2015).
- **2009 + 2014 + 2022** : Projet Protocole 3 (Van Durme et al., 2014).
- **2015** : Plan Conjoint en faveur des maladies chroniques (CIM & Conférence Interministérielle de la santé, 2015).
- **2018** : Projet INTEGREGO (Service Public Fédéral de Santé, 2016).  
→ RésiNam (Namur/Profondeville).

# Introduction

## National

- **2019** : Plan Conjoint Soins Intégrés. Vision commune de la coordination des soins et de l'aide et du case management (Interministérielle, 2019).

## Problématique :

- La gestion de cas est nouvelle en Belgique (Van Durme et al., 2015) (A.S. Lambert et al., 2019).
- Méconnaissance de la fonction + confusion des rôles + Qui ?
- Crainte d'une superposition des missions entre disciplines de la première ligne.

## Questions de recherche :

1. Comment des acteurs clés d'une situation spécifique de Wallonie définissent le rôle du gestionnaire de cas ?
2. Comment se développe cette fonction à travers leurs pratiques collaboratives, particulièrement pour la fonction de coordination de l'aide et des soins à domicile ?

# Méthode

## Recherche qualitative par focus groups

- **RésiNam.**

- Axe 2.
- Mise en place de la fonction de gestionnaire de cas.

- **Guide d'entretien**

Revue littéraire + Expérience au sein de RésiNam.

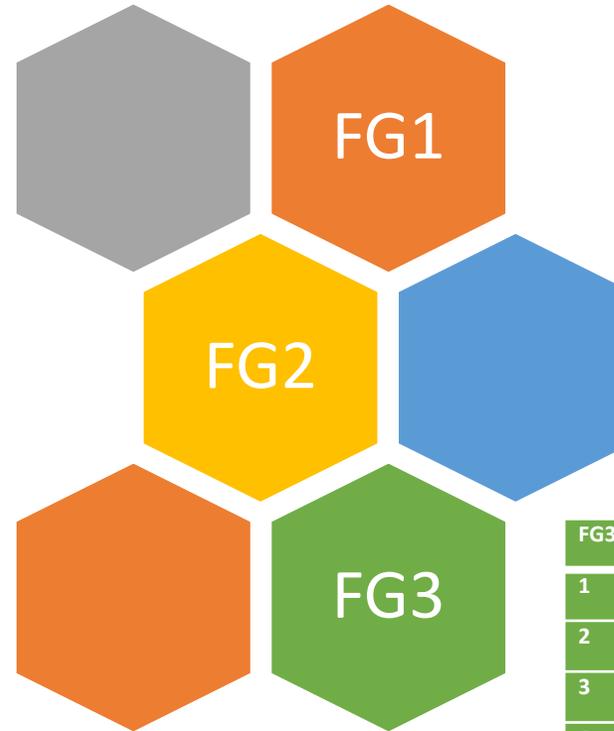
→ Identifier les perceptions consensuelles et différentes des participants concernant la fonction de gestionnaire de cas, par leurs pratiques collaboratives.

- **Public cible**

- Réseau de RésiNam.
- Impliqués dans la collaboration avec le gestionnaire de cas de RésiNam ou pas.
- “Partenaires” = Personnes identifiables par leur fonction.

# Méthode

FG	Fonction	Diplôme
2		
1	Chercheur	INF
2	Chercheur	AS
3	Partenaire	AS
4	Gestionnaire de cas	AS
5	Gestionnaire de cas	INF
6	Coordination	INF
7	Coordination	AS
12	Partenaire (CPAS)	ANIM
13	Partenaire (CPAS)	AS
14	Infirmier hospitalier en gériatrie	INF
15	Coordination	INF



FG1	Fonction	Diplôme
1	Chercheur	INF
2	Chercheur	AS
3	Partenaire	AS
4	Gestionnaire de cas	AS
5	Gestionnaire de cas	INF
6	Partenaire	INF
7	Coordination	AS
8	Coordination	Ergo
9	Coordination	AS
10	Coordination	AS
11	Chercheur	Médecin

FG3	Fonction	Diplôme
1	Chercheur	INF
2	Chercheur	AS
3	Partenaire	AS
4	Gestionnaire de cas	AS
5	Gestionnaire de cas	INF
17	Partenaire (Service social)	AS
18	Partenaire (Service de cohésion sociale)	PSY
19	Partenaire (Service de cohésion sociale)	AS
20	Psychologue (Service de santé mentale)	PSY

# La fonction de gestionnaire de cas à RésiNam

Définition

Distinction avec la fonction de coordination d'aide et de soins à domicile

Collaboration

	Fonction de gestionnaire de cas, RésiNam
<b>Public cible</b> <b>Personne qui active le professionnel</b>	Intervient à la demande de patients, d'aidants proches ou de professionnels de l'aide, de la santé ou du social. → <b>Patient est toujours au centre.</b>
<b>La demande</b>	La <b>demande</b> à l'intention du gestionnaire de cas est souvent <b>peu claire</b> et nécessite un certain <b>temps</b> de médiation entre tous pour la « <b>décortiquer</b> ».
<b>Résultats attendus</b>	Stabiliser une situation dite de « <b>crise</b> », autour d'une personne cumulant une multitude de problématiques qui interagissent ensemble.
<b>Problématique</b>	Situation « <b>bloquée</b> » aux yeux de tous, dû notamment à son niveau de complexité.
<b>Place de la fonction vis-à-vis du réseau de première ligne</b>	<b>Professionnel extérieur</b> au réseau existant, ayant une <b>vision globale</b> et apportant un <b>questionnement nouveau</b> .
<b>Objectif de l'intervention</b>	<b>Clarifier</b> la situation complexe et la <b>stabiliser</b> .
<b>Interventions</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Evalue</b> l'ensemble des <b>besoins</b> du patient <b>en profondeur</b>.</li> <li>2. Crée avec lui, dans une <b>dynamique d'empowerment</b>, son meilleur <b>environnement de soins psycho-médicosocial</b>.</li> <li>3. <b>Renforce</b> de l'aide, les services et le suivi adéquats</li> <li>4. <b>Identifie de nouvelles stratégies</b> pour répondre aux besoins non couverts</li> </ol>
<b>Rôle</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Coordination du parcours de soins</b> du patient.</li> <li>2. <b>Orientation</b> du patient à travers la complexité du système de santé.</li> <li>3. <b>Facilitateur</b> de la mise en réseau.</li> <li>4. Garant de <b>l'intégration globale des soins</b> autour du patient.</li> <li>5. Personne de référence concernant le <b>projet de vie</b> du patient.</li> <li>6. Garant (<b>défenseur</b>) du respect du patient.</li> <li>7. <b>Médiateur</b> et garant d'un <b>équilibre communicationnel</b> et <b>relationnel</b> autour du patient.</li> </ol>
<b>Qualités du gestionnaire de cas</b>	<b>Flexibilité</b> et <b>capacité d'adaptation</b> .
<b>Temporalité</b>	Intervention <b>temporaire</b> et <b>requestionnée</b> en concertation avec l'ensemble des personnes concernées.
<b>Fin de l'intervention du gestionnaire de cas</b>	D'un commun accord entre tous, lorsque la <b>situation est stabilisée</b> .
<b>Profil des gestionnaires de cas</b>	Infirmier en <b>santé publique</b> , AS spécialisation en <b>santé mentale</b> .

# Résultats

## Le gestionnaire de cas Verbatimes

### ■ Rôle

INT6 : Coord. « Il sera là en **soutien** aux différents intervenants déjà présents autour du patient pour être en même temps **son défenseur**, son avocat, en tout cas quelqu'un qui est **proche de lui** pour respecter son **projet de vie**, son **projet de soins** mais toujours en **concertation avec les personnes qui gravitent autour de lui**. ».

INT 6. Coord. : « Il a peut-être la **capacité de formuler la demande** mais de ne **pas savoir organiser la réponse à son besoin**. (...) Il peut se tourner vers le case manager parce qu'il ressent qu'il est **dépassé par sa maladie chronique, par tout ce qu'il doit organiser**. (...) Donc c'est le case manager qui pourra analyser la demande. **Il faut laisser la possibilité au patient de pouvoir faire appel lui-même parce que s'il n'est entouré de personne, qui va faire appel pour lui ? On va justement perdre tous ces patients.**».

INT12. Anim au CPAS. « Dans le fond, à partir du moment où ça doit être récurrent, que tout le monde s'essouffle et qu'on ne trouve plus de solutions, ça veut dire que **l'urgence elle n'est plus là, elle est installée**. ».

### ■ Situation complexe

INT 17. Part. (Service social) : « Parfois à force d'avoir essayé de mobiliser la famille, on était plus tout à fait ouverts aux ressources. Tandis que quelqu'un d'**extérieur** pouvait avoir un **autre regard**. Donc voilà ça permettait de **revoir la situation** avec des ouvertures différentes. Parfois, c'était juste entre professionnels et parfois la famille était là. ».

### ■ Durée

INT 19. Part. (Service de cohésion sociale) : « On peut tous se sentir **dépassé** à un moment professionnellement. Quand **on ne maîtrise plus la situation**, qu'on est rentrés dans **les limites**, maintenant c'est plus dans ce sens-là que je vois les situations complexes. **Être démuni au point de ne pas savoir quoi faire** dans une situation. ».

INT4. Gest. « Je vois le case manager d'une manière plus ou moins **temporaire** surtout pour la durée où la nécessité s'exprime vraiment (...). Il faut à chaque fois **questionner** cette pertinence d'être là. ».

INT 18. Part (Service de cohésion sociale) : « Une situation complexe, c'est quand **on a essayé** déjà plusieurs choses, dans différents domaines, avec des pistes différentes, en s'associant avec des partenaires, et on a un **sentiment que la difficulté et l'état de fragilité de la personne est toujours là** sans qu'on ait pu donner de réponses ou parce qu'on a atteint nos **limites**. On restait professionnel, mais on était dépassé parce qu'**on tournait en rond** ou parce qu'**on ne voyait plus que les difficultés**. ».

### ■ Collaboration

INT4. Gest. « **On communique, sur qui fait quoi**. » « C'est important quand la prise en charge commence, de pouvoir **continuer à communiquer** et trouver un **équilibre** dans **l'intervention de chacun**. ».

INT 10. Coord. : « Je pense que je ne fais pas encore suffisamment appel à eux, **je n'y pense pas tout le temps**. ».

INT 17. AS (Service social) : « (Le case manager est) un **relais** dans les **situations plus complexes**. Relais entre les prestataires de soins, relais au niveau social. Nous on peut rester là dans des situations plus ponctuelles, mais pour tout ce qui est **accompagnement long terme** (...). ».

INT 3. Part. : « Case manager, il n'y a **pas de nom de fonction**, donc, ça veut tout dire. ».

# Résultats

## Gestionnaire de cas et coordination d'aide et de soins à domicile

### Verbatimes

#### Distinction et plus-value

INT 4. Gest. : « On sait collaborer avec les coordinatrices de soins à domicile, **on ne fait pas leur boulot**. On a **chacun notre mission** dans l'accompagnement du patient. ».

INT7. Coord. « En priorité, quand je fais appel à vous, c'est pour mon bénéficiaire, mais parce que moi aussi je suis **bloquée** dans mes démarches. ».

INT 15. Coord. : « Je vois le case manager, peut-être avec l'expérience que j'ai aussi déjà, comme un **travail complémentaire à notre job en fait**. C'est complémentaire parce qu'ils vont plus en profondeur pour accompagner les patients **1 ou 2 ou 3 années si nécessaire**. Nous on est là pour mettre en place, pour voir si ça se coordonne bien puis on clôture notre dossier. ». « Je n'ai **pas le temps** d'être si **proche** d'elle, je devrais aller quasi toutes les semaines. C'est beaucoup pour moi, on n'est pas aussi proche des personnes. C'est une situation qui devient trop énergivore pour moi. Heureusement qu'elle n'a pas mon numéro de téléphone sinon j'aurais 20 SMS par jour. ».

INT9. Coord. « Pour moi, le case manager, c'est vraiment ce **regard extérieur**. En tant que coordinatrice pour pouvoir poser les situations et même qu'ils puissent venir avec nous directement en visite et avoir un avis autre sur la situation. ». « C'est vraiment le regard extérieur et le **soutien au niveau des soins** qui fait du bien. ».

INT 10. Coord. : « On ne peut pas être derrière la personne, **aller avec lui**, prendre les rendez-vous. **Il manque quelqu'un**. (...) Quel médecin pour quelles pathologies ? **Tout ce cheminement, moi, je ne l'ai pas**. C'est plus des infirmières. Et quand on n'a pas ces personnes-là, alors, c'est là que le **case manager devient pertinent**. ». « **Le case manager m'a aidé surtout au niveau social pour aider la personne dans son projet de vie**, et vraiment au **niveau soins**, pour aider la personne au niveau de son **trajet de soins**. ».

INT 5. Gest. : « Il va y avoir une visite au début de la demande (à la coordination de soins), la mise en place des intervenants et elle va être garante que ce dispositif mis en place fonctionne. Si elle est interpellée tout le temps, qu'il y a **différentes problématiques** qui viennent **se rajouter**, c'est que **ce qu'elle a mis en place n'est pas suffisant**, donc c'est là que le **case manager arrive**. ».

INT9. Coord. « **Le rôle de la coordination s'arrête là où commence celui du gestionnaire de cas**. ». « Mettre en place, peut-être pas pour suivre vraiment ce que veut le patient, un projet de soins, un projet de vie. On écoute bien sûr le patient, on ne met pas seulement en place puis aurovoir, on fait régulièrement des **réunions**, mais plutôt avec les intervenants pour des **problèmes bien précis**. (...) C'est là que je vois la différence avec les case managers qui vont plus en **profondeur**, surtout pour le projet de vie, le projet de soins. ». « **Les soins différencient vraiment la fonction** je trouve, en tout cas de mon rôle de coordinatrice par rapport au rôle du case manager. Parce que moi **je n'ai pas du tout cette connaissance** de toutes les maladies. Enfin avec le temps oui mais pas au même point que vous (gestionnaires de cas). ».

# Résultats

## Gestionnaire de cas et coordination d'aide et de soins à domicile Éléments de confusion

### **Cadre légal en cours d'actualisation ou absent.**

- Fonction = Autre métier que la formation initiale.
- Missions similaires en théorie mais différentes en pratique.
- Limites pas claires (Ex : Outil).

### **Aucune formation professionnalisante en Belgique francophone pour les deux fonctions.**

- Quelles compétences/connaissances/expertise ?
- Grande difficulté à clarifier les compétences pour les deux fonctions.

### **Compétences très larges et pointues pour le gestionnaire de cas.**

- Risque fonction "Fourre-tout"
- Proposition d'une équipe de gestionnaires de cas, multifacettes.

### **Variabilité des pratiques (Profil de formation, institution, territoire, context, projet pilote).**

# Résultats

## Gestionnaire de cas et coordination d'aide et de soins à domicile Elément de confusion

### **Quel profil de formation pour prétendre à chaque fonction ?**

- Profil similaire (Infi/AS → Lien thérapeutique !)
- Quelles spécificités ?
- Compétences variables selon l'individu.

### **Absence de panorama pour chaque fonction pour la Belgique francophone.**

- Méconnaissance des deux fonctions sur le terrain.

### **Autres initiatives existantes**

- Autres disciplines qui font des missions du gestionnaire de cas.
- Gestionnaires de cas qui ne font pas de la gestion de cas.
- Autres fonctions.

### **Confusion à grande échelle.**

# Résultats

## Gestionnaire de cas et coordination d'aide et de soins à domicile Verbatimes

### Éléments de confusion

INT15. Coord. : « C'est difficile, **on est en train de les définir** (limites de la fonction de coord. d'aide et de soins à dom.) chez nous. Mais **je suis sûre que je les dépasse** et heureusement que j'ai maintenant les cases manager. ».

INT5. Gest. : « J'ai eu avec un assistant social de la maison médicale de XXX, on discutait du rôle du case management, il disait qu'ils ont déjà une approche assez global, et qu'ils travaillent en interdisciplinaire et  **finalement quelque part, qu'ils font déjà un peu ce case management.** ».

INT 20. Psy dans un service de santé mentale : « Je me dis que ça ne doit pas être une personne en fait, **ça doit être une équipe** pour le fait de **déposer des choses qui sont lourdes**, pour la **complémentarité de compétences** et de **formation et de parcours**. Vous n'êtes pas magiques, mais **on attendra quand même beaucoup** vu qu'on fait appel à vous, dans une situation plus difficile. Donc je trouve que c'est **multifacette en termes d'expertise, d'expérience, de formation, de connaissance.** ».

INT 8. Coord. : « Les **coordinatrices**, chez nous, c'est **principalement des AS**. Mais je sais que dans d'autres centres, ce sont des **infirmières en santé communautaire**. **Chacun amène un peu ses compétences**. Le rôle d'une coordinatrice en santé communautaire et votre rôle à vous (case managers), je ne connais pas. Vous avez déjà fonctionné avec des coordinatrices qui sont infi ? ».

INT 7. Coord. : « Le fait que ça soit **un binôme**, je trouve que c'est l'**idéal**. Quand le case manager est tout seul, c'est assez difficile. Moi, je travaille toujours en binôme avec une infi en coordination et c'est vrai que ça m'apporte énormément. Pour un profil de fonction comme le case manager, je trouve ça **important** qu'il y ait une **double casquette.** ».

INT 9. Coord. : « Parfois **la coordination comme on dit, on ne coordonne pas toujours les dossiers**. On fait de la mise en place de services, soit les prestataires indépendants, soit des services uniques. ».

# Discussion

## Éléments de compréhension de la confusion entre la fonction de gestionnaire de cas et de coordination de soins

### En théorie

- Kaiser Permanente stratification pyramid (Nolte et al., 2016).
- Modèle AHRQ MCCRN (Grembowski, 2014).

### En pratique

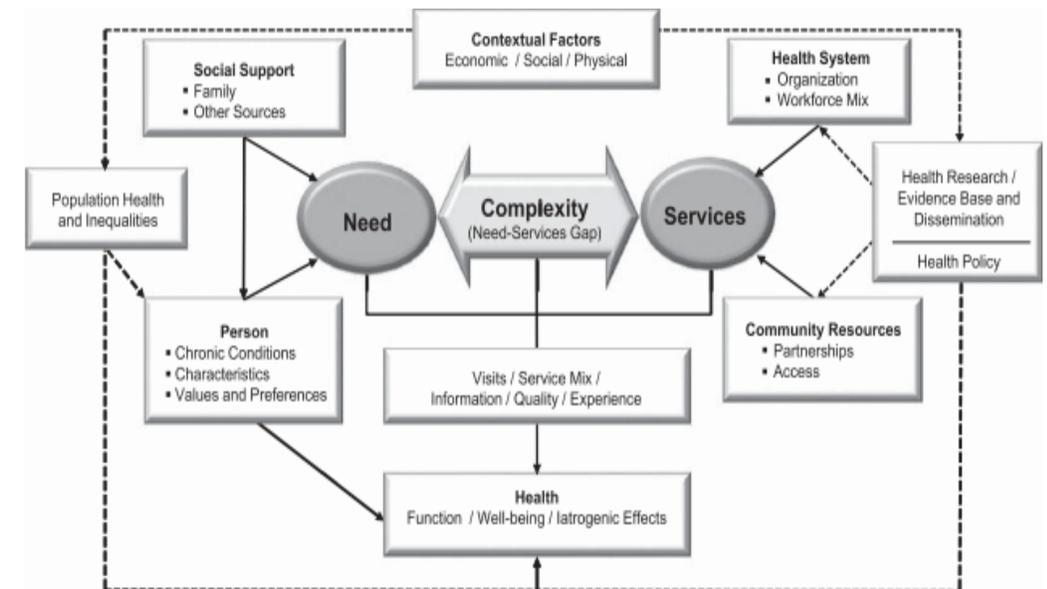
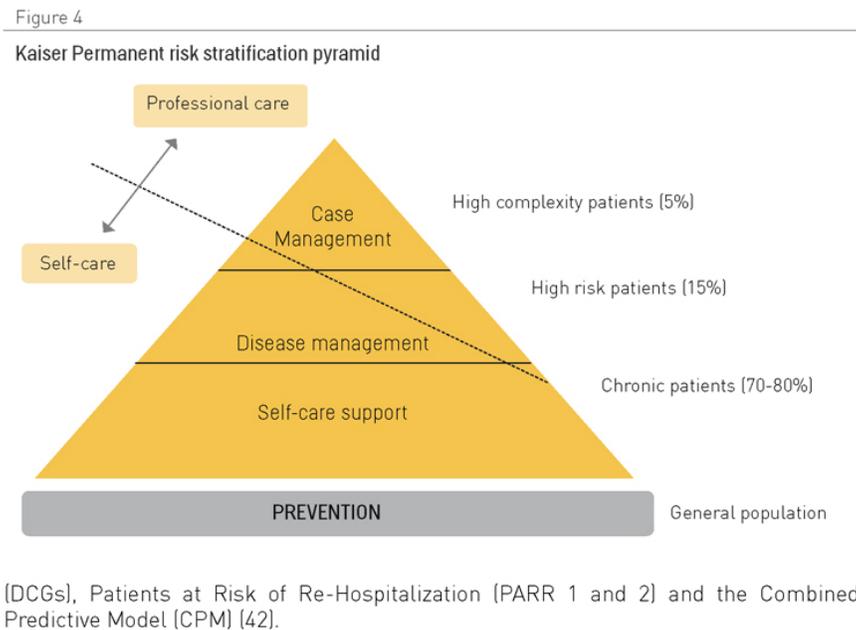


FIGURE 1. A conceptual model of the role of complexity in the care of patients with multiple chronic conditions.

➔ Enjeux

➔ Pistes pour la fonction de gestionnaire de cas en Wallonie et à Bruxelles

# Conclusion, leçons apprises, recherches futures

## Conclusion

- Défis du système de santé belge et de la première ligne d'aide et de soins.
- Expérience de RésiNam.
- Importance de réfléchir le rôle du gestionnaire de cas au sein de la première ligne d'aide et de soins en Belgique francophone.

## Leçons apprises

La fonction de gestionnaire de cas est adaptative au contexte local.

Un processus réflexif et collaboratif avec le réseau pour définir la fonction de gestionnaire de cas favorise :

- Sa mise en fonction.
- Ses collaborations.
- Son efficacité.

*INT 6. Coord. : « C'était un peu la  **Crainte au début** car c'était l'**inconnu**, mais comme on a déterminé **ensemble** le profil de fonction **avec** les coordinatrices, ça a permis de **lever les freins** ».*

*INT 9. Coord. : « Quand on a **construit le profil de fonction des case managers**, on est parti de ce que voulait les coordinatrices aussi. Et c'est peut-être aussi ce qui n'a pas été fait dans les autres régions. Je trouve ici qu'**on a été plus qu'entendue** et participer à un profil de fonction, ça n'arrive pas partout. Je pense aussi que c'est ça la **plus-value**. Le fait que les deux case managers soient venues **en visite avec nous**, voir ce que c'est une coordination. **Ça fait beaucoup**. ».*

# Limites de l'étude

## Limites de l'étude

- L'étude concernait un cas bien spécifique, RésiNam.
- Petit échantillon de participants.
- Fonctions manquantes à la réflexion

## Forces de l'étude

- Guide d'entretien construit sur base d'une revue de littérature solide.

# Recherches futures

***“L’objectif de la gestion de cas n’est plus d’identifier une intervention standardisée avec des composantes transposables partout mais de permettre un processus continu d’apprentissage et d’experimentation avec les différents acteurs pour créer les conditions d’un changement.”*** (A.-S. Lambert et al., 2019).

## Actuellement

- Recensement et panorama des gestionnaires de cas au niveau de la première ligne B franc.
- Travail collaboratif entre gestionnaire de cas eux-mêmes en vue de clarifier leurs pratiques.
  - Communauté de pratiques (collaboration Brusano).
- // Fonction de gestionnaire de cas au niveau de la première ligne à l’international.

## A l’avenir

- Réflexion (cadre de pratiques ?) pour la fonction de gestionnaire de cas au sein de la première ligne de soins en Wallonie et à Bruxelles, avec l’ensemble des prestataires de la première ligne, dans une approche territoriale locale.
- Référentiel de compétences.
- Formation et diplôme.
- Cadre légal.

# Merci

Avez-vous des questions ?



# Bibliographie

- Case Management Society of America. (2016). *Standards of Practice for Case Management*.
- CIM. (2015). *Fiche Pratique Composante 3: Case Management*. 1-13. [https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/3.\\_praktische\\_fiche\\_casemanagement\\_fr.pdf](https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/3._praktische_fiche_casemanagement_fr.pdf)
- CIM, & Conférence interministérielle de la Santé. (2015). *Des soins intégrés pour une meilleure santé*. 1-68. <https://www.integreo.be/fr%0Ahttp://www.schaffhauser.de/index.php?id=1214&doi=10.15265/IY-2016-020>
- F. Berete, S. Drieskens, J. Van der Heyden, S. Demarest, R. Charafeddine, L. Gisle, F. Renard, A. Scohy, L. Hermans, E. Braekman. Enquête de santé 2018 : Utilisation des services de santé. Résumé des résultats. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de dépôt : D/2020/14.440/31. Disponible en ligne : [www.enquetesante.be](http://www.enquetesante.be)
- Grembowski, D., Schaefer, J., Johnson, K. E., Fischer, H., Moore, S. L., Tai-Seale, M., Ricciardi, R., Fraser, J. R., Miller, D., & LeRoy, L. (2014). Conceptual model of the role of complexity in the care of patients with multiple chronic conditions. *Medical Care*, 52(3 SUPPL. 2), 7-14. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000045>
- Hudon, C., Aubrey-Bassler, K., Chouinard, M. C., Doucet, S., Dubois, M. F., Karam, M., Luke, A., Moullec, G., Pluye, P., Tzenov, A., Quadfel, S., Lambert, M., Angrignon-Girouard, É., Schwarz, C., Howse, D., MacLeod, K. K., Gaudreau, A., & Sabourin, V. (2022). Better understanding care transitions of adults with complex health and social care needs: a study protocol. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07588-0>
- Hudon, C., Chouinard, M. C., Lambert, M., Diadiou, F., Bouliane, D., & Beaudin, J. (2017). Key factors of case management interventions for frequent users of healthcare services: A thematic analysis review. *BMJ Open*, 7(10), 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017762>
- Hudon, C., Chouinard, M. C., Pluye, P., El Sherif, R., Bush, P. L., Rihoux, B., Poitras, M. E., Lambert, M., Zomahoun, H. T. V., & Légaré, F. (2019). Characteristics of case management in primary care associated with positive outcomes for frequent users of health care: A systematic review. *Annals of Family Medicine*, 17(5), 448-458. <https://doi.org/10.1370/afm.2419>
- Humphries, R. (2015). Integrated health and social care in England - Progress and prospects. *Health Policy*, 119(7), 856-859. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.04.010>
- *Intégration des soins aux personnes âgées fragiles en belgique : une évaluation de la troisième phase du protocole 3 2021*. (2021).
- Interministérielle, C. (2019). *GTI Maladies chroniques*. 1-7.
- Karam, M., Chouinard, M. C., Poitras, M. E., Couturier, Y., Vedel, I., Grgurevic, N., & Hudon, C. (2021). Nursing care coordination for patients with complex needs in primary healthcare: A scoping review. *International Journal of Integrated Care*, 21(1), 1-21. <https://doi.org/10.5334/ijic.5518>
- Karam, M., Macq, J., Duchesnes, C., Crismer, A., & Belche, J. L. (2021). Interprofessional collaboration between general practitioners and primary care nurses in Belgium: a participatory action research. *Journal of Interprofessional Care*, 00(00), 1-10. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1929878>

# Bibliographie

- Lambert, A. S., Legrand, C., Cès, S., van Durme, T., & Macq, J. (2019). Evaluating case management as a complex intervention: Lessons for the future. *PLoS ONE*, 14(10), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224286>
- Lukersmith, S., Millington, M., & Salvador-carulla, L. (2016). *What is Case Management ? A Scoping and Mapping Review*. 16(4), 1-13.
- Lukersmith, S., Taylor, J., & Salvador-Carulla, L. (2021). Vagueness and ambiguity in communication of case management: A content analysis in the Australian national disability insurance scheme. *International Journal of Integrated Care*, 21(1), 1-13. <https://doi.org/10.5334/ijic.5590>
- Nolte, E., Frølich, A., Hildebrandt, H., Pimperl, A., Schulpen, G. J., & Vrijhoef, H. J. M. (2016).
- OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Belgique: Profils de santé par pays 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- R. Charafeddine, S. Drieskens, F. Berete, E. Braekman, S. Demarest, L. Gisle, L. Hermans, J. Van der Heyden. Enquête de santé 2018 : Santé et société. Résumé des résultats. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de dépôt : D/2020/14.440/75. Disponible en ligne : [www.enquetesante.be](http://www.enquetesante.be)
- Schmitz, O., Durme, T. Van, Bastiaens, H., & Macq, J. (2017). *Part II C. Current best practices , as identified by the results of the Protocol 3 projects Le case management et ses conditions d 'exercice au sein des projets du. 1948*, 100-114.
- Service Public Fédéral de Santé. (2016). *Projets-pilotes : soins intégrés en faveur des malades chroniques*. 48. <http://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/guidepp.pdf>
- Stark, P. (2020). *Advancing Complex Case Management Competencies in a Health Care System*. 25(1), 19-25. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000361>
- Teper, M. H., Vedel, I., Yang, X. Q., Margo-dermer, E., & Hudon, C. (2020). *Understanding Barriers to and Facilitators of Case Management in Primary Care: A Systematic Review and Thematic Synthesis*. 355-363.
- Van Durme, T. Van, Schmitz, O., Cès, S., Anthierens, S., Maggi, P., Delye, S., Mello, J. D. A., Declercq, A., Macq, J., Remmen, R., & Aujoulat, I. (2015). A comprehensive grid to evaluate case management 's expected effectiveness for community-dwelling frail older people : re- sults from a multiple , embedded case study. *BMC Geriatrics*, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0069-1>
- Van Durme, T., Macq, J., Anthierens, S., Symons, L., Schmitz, O., Paulus, D., Van Den Heede, K., & Remmen, R. (2014). Stakeholders' perception on the organization of chronic care: a SWOT analysis to draft avenues for healthcare reforms. *BMC Health Services Research*, 14(1), 179. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-179>. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1929878>