

# Rééducation-réadaptation et interdisciplinarité

Y.-L. Boulanger  
C. Staltari  
P. Proulx  
K. Zander  
M. Feyz  
S. Tinawi

**Résumé.** – Un certain nombre de facteurs obligent à rendre plus efficace le travail des équipes dans notre discipline : la nécessité en réadaptation, d'avoir une vision commune et d'agir dans des réseaux organisés de soins en continuité, pour les patients et leurs proches ; les multiples aspects de la médecine de rééducation et réadaptation dont découle le nombre important, disséminé et varié des intervenants de notre discipline ; l'évolution rapide des connaissances prouvées scientifiquement et de l'organisation des soins ; l'absence fréquente de cliniciens doit être compensée par de nouveaux moyens. Il est également fondamental de formuler sur une vision holistique du patient des objectifs qui sont clairs, mesurables, réalistes, et motivants. Tout cela demande à l'équipe des attitudes et un apprentissage de communication que l'on peut appeler effectivement le travail interdisciplinaire. L'expérience nous a démontré son importance pour rendre notre travail efficace. C'est cette motivation qui a poussé vers cet effort de transmettre dans cet article, les bases et moyens vous permettant d'améliorer les connaissances de chacun d'entre vous, et le plaisir de travailler ensemble pour de meilleurs résultats. Comme témoignage de ces valeurs nous avons fait appel à des cliniciens expérimentés en interdisciplinarité, de multiples disciplines et originaires de plusieurs pays.

© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

**Mots-clés :** Interdisciplinarité ; Rééducation ; Réadaptation ; Réseau ; Communication ; Plan d'intervention

## Préambule

« Je sais certaines choses, mais j'ai besoin de toi pour mieux construire » (citation de Jean Vannier : fondateur de l'Arche [Fondation Internationale Caritative d'aide aux personnes très démunies]).

Les principes fondamentaux qui stimulent l'interdisciplinarité dans la réadaptation en continuité des soins des bases d'un système de santé, découlent de la conviction du succès du travail interdisciplinaire, et d'un système des valeurs humaines dans un contexte orienté vers une approche de « leadership » (reconnu pour son rayonnement, son potentiel d'innovation, de vision à long terme) et proactive.

Satisfaire et peut-être même surpasser les besoins complexes en santé des patients et de leurs proches est le premier facteur qui détermine la vision, les valeurs, les rôles respectifs, ainsi que les responsabilités et l'approche d'une équipe coordonnée et intégrée.

L'interdisciplinarité est, à cette condition, un outil précieux pour la réadaptation en plus d'être l'essence même de la guérison des êtres humains. Tel est l'objet de notre discussion.

Le texte sur l'interdisciplinarité dans un contexte de réadaptation s'intéresse aux trois points suivants :

– en introduction, la signification et la portée de l'interdisciplinarité sont définies selon la perspective d'un système de santé complexe face à la maladie et au caractère unique de l'être humain. De plus,

ce chapitre met l'emphase sur la réciprocité et la synergie requise en réadaptation pour identifier une transformation positive du système de santé tant au point de vue du spécialiste que du patient et de ses proches ;

– deuxièmement, ce chapitre démontre comment un changement de point de vue se produit pour établir la cohérence entre la base scientifique requise pour comprendre le caractère unique de l'humanité, la complexité de la maladie et la poursuite du mieux-être dans l'art de la guérison, la transcendance et la croissance personnelle ;

– troisièmement, cet article offre un aperçu des recommandations relatives à l'optimisation de l'interdisciplinarité au point de vue de l'organisation et des relations.

La conclusion apportera un sommaire des mesures clés qui permettront aux membres de l'équipe d'évaluer les résultats de l'interdisciplinarité en utilisant des soins de qualité et efficaces, tels que opportunités, satisfaction, responsabilités et les ressources appropriées utilisées en réadaptation.

## Raison d'être et bases de l'interdisciplinarité

### INTRODUCTION

L'origine de l'interdisciplinarité est difficile à retracer car elle possède beaucoup de définitions et prend différentes formes qui dépendent de sa gestion, ses buts et de la composition de ses membres. Évidemment, l'interdisciplinarité en réadaptation découle de la compréhension et la coordination de l'efficacité des services de santé donnés aux patients et leurs proches par une équipe de professionnels de la santé. Aucun d'entre eux en effet ne possède les mêmes connaissances et les mêmes habiletés.

Y.-L. Boulanger  
Adresse e-mail: serafina.tortorici@muhc.mcgill.ca  
C. Staltari, P. Proulx  
Centre universitaire de santé McGill, 1650 avenue Cedar, Montréal Québec H3G 1A4, Canada.  
K. Zander  
Center for case management, South Natick Boston, États-Unis.  
M. Feyz, S. Tinawi  
Centre universitaire de santé McGill, 1650 avenue Cedar, Montréal Québec H3G 1A4, Canada.

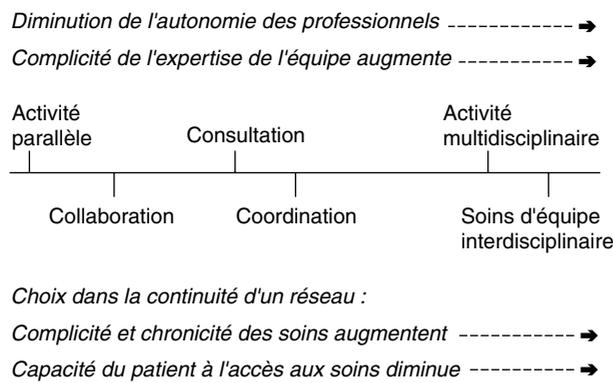


Fig. 1 *Activité interdisciplinaire en réseau*

### SIGNIFICATION ET PORTÉE

La croyance populaire veut que deux têtes valent mieux qu'une. Plus la compréhension et la perspective incluent la prise de décisions, plus les patients, les spécialistes et le système de santé bénéficient de bons résultats.

À l'origine, Rothberg (1981)<sup>[1]</sup> définit une équipe de professionnels de la santé comme étant un groupe de personnes possédant chacun, une expertise en particulier et ayant un but commun. Une équipe multidisciplinaire est formée de professionnels se spécialisant dans deux ou plusieurs disciplines, apportant des activités spécifiques, prioritairement reliées au superviseur. L'interdisciplinarité quant à elle est constituée de spécialistes de disciplines différentes ayant de prime abord accepté de travailler ensemble pour un but précis. Même si les membres de l'équipe travaillent dans leur champ d'expertise, plusieurs stratégies de communication et de coordination peuvent être développées pour éviter la duplication du travail et des dossiers. De toute évidence, avec l'interdisciplinarité, la priorité revient au patient et à l'équipe plutôt qu'au type d'organisation administrative. Le terme transdisciplinarité est utilisé pour décrire une stratégie interdisciplinaire où chaque membre fonctionne aussi en dehors de son champ d'expertise habituel pour renforcer les efforts de chacun, et combler aussi le manque d'effectifs. Par exemple, une équipe de réadaptation peut décider que chaque membre utilisera la même méthode prescrite précédemment par l'orthophoniste à chaque intervention auprès d'un patient aphasique.

Selon Ivey, Bown, Teske et Silverman (1988), les différentes formes d'interdisciplinarité, qu'elles soient multidisciplinaires, interdisciplinaires ou encore transdisciplinaires, transigent toutes vers une continuité d'autonomie professionnelle. Le choix de l'une ou l'autre réside dans l'état de santé du patient, son contexte, les connaissances professionnelles requises, les habiletés et bien sûr les caractéristiques interpersonnelles ainsi que l'efficacité de l'équipe.

### CONTINUITÉ DE LA PRATIQUE INTERDISCIPLINAIRE (Fig. 1)

À ses débuts, l'interdisciplinarité escomptait déjà des résultats seulement avec les pratiques parallèles ou en collaboration étroite. Ces caractéristiques définissent un rôle strict, une définition claire des tâches bien spécifiques. Cette première forme d'interdisciplinarité peut contribuer à fragmenter les soins étant donné que les membres de diverses disciplines tiennent à atteindre leurs propres objectifs. Dans ce contexte, chacun connaît son travail et le moyen de communication demeure les dossiers des patients pour assurer la coordination, même si ceci demeure un petit partage de l'expérience. À mesure que l'équipe évolue et prend de la maturité, la collaboration se resserre au moment où divers professionnels s'entendent pour mieux partager : l'information, l'évaluation et le plan de traitement. Ceci bien qu'à cette étape, la continuité de l'interdisciplinarité se fasse sur du cas par cas, même si le potentiel du partage de l'expérience est déjà établi grâce aux pratiques parallèles. La consultation implique l'avis d'un expert, d'un professionnel, pour mieux comprendre les connaissances

biopsychologiques de la personne. Ceci nous conduit à une continuité qui démontre également l'évolution d'une approche orientée vers la maladie et la personne. À mesure que nous avançons dans la pratique interdisciplinaire, la coordination implique également une certaine gestion des activités, la collaboration et la consultation entre les professionnels. En résumé, l'interdisciplinarité dans notre système de santé naît parallèlement là où l'on comprend et accepte le renoncement du contrôle individuel dans un contexte professionnel. Ceci pour le bénéfice, le partage de l'expérience de l'équipe et spécialement pour le mieux-être des patients étant donné la rapidité et la complexité de l'évolution du système de santé.

## De l'orientation conceptuelle au travail d'équipe

La base du travail d'équipe interdisciplinaire se groupe autour d'un engagement inconditionnel et continu dans l'intérêt de chacun des membres de l'équipe pour engendrer, partager et adhérer à un système de valeurs communes ainsi qu'à une meilleure compréhension de la ligne de pensée guidant chaque intervention médicale. Cette base représente la pierre angulaire sur laquelle chaque membre (médecin, infirmière, travailleur social, psychologue, diététiste, physiothérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, services pastoraux, etc...) s'appuie sans tenir compte de leur différence, leur expérience, leur éducation et croyances pour joindre leurs forces et créer une nouvelle entité maintenant plus forte grâce à leurs efforts communs. Cette nouvelle entité, aussi appelée l'interdisciplinarité, est le carburant qui produit l'énergie pour mener les interventions cliniques, la recherche et l'éducation ainsi que l'espoir aux patients en quête de guérison.

### QU'EST-CE QUI DEVRAIT AU DÉPART INSPIRER L'INTERDISCIPLINARITÉ EN RÉADAPTATION ?

Évidemment, la réadaptation peut être vue comme une contrée fertile et fructueuse où l'espoir et la guérison surviennent pour transformer la maladie et la situation de handicap, en croissance personnelle et mieux-être. L'interdisciplinarité dans ce contexte peut être perçue comme des interventions pondérées avec la ferme intention d'encourager la guérison. Ce consentement à aider les patients à atteindre une harmonie et un bien-être intérieur est l'essence même de la réadaptation. Ceci représente un don humanitaire puissant bénéfique tant au patient qu'au clinicien.

C'est pourquoi l'interdisciplinarité et la coresponsabilité des patients à l'égard d'une entente mutuelle facilitent croissance personnelle et guérison. Un tel idéal existe lorsqu'un système de valeurs humaines et altruistes est partagé avec chaque membre de l'équipe. Précisément, il est important de reconnaître que les valeurs centrales suivantes sont essentielles à la réadaptation. En effet, une équipe interdisciplinaire devrait se distinguer par les attributs énoncés dans le Tableau 1.

Ce système des valeurs humaines doit être combiné avec des connaissances scientifiques de base pour guider les actions et moyens de l'équipe. La science nous permet de faire le pont entre les connaissances et la compréhension ainsi qu'apporter une certaine rigueur et méthodologie lorsqu'il s'agit d'interventions cliniques.

En résumé, il faut admettre que partager une vision et un système de valeurs communs ne peut passer inaperçu en raison de l'impact

Tableau 1. – *Attributs de l'interdisciplinarité*

Un véritable consentement et un intérêt pour la compréhension de la signification d'une expérience de vie (santé) selon le point de vue du patient.
Un profond respect encourageant la dignité humaine et une écoute active du point de vue du patient.
L'inculcation de l'espoir et de la confiance dans les ressources intérieures et leur capacité à surpasser leur maladie, et finalement
La croyance en quelque chose de plus grand qui apportera la force et la paix intérieure.

important sur les résultats de l'évolution de la synergie de l'équipe et son efficacité, influençant également le mieux-être et l'évolution du patient. Une équipe interdisciplinaire travaillant avec un patient dans un programme de réadaptation pour rétablir ses capacités fonctionnelles en tant que but dans la vie, mais qui n'a pas la foi en les capacités de la personne de vaincre sa maladie ou ne reconnaît pas l'importance du défi expérimenté par la personne, n'a pas le bon carburant. Ce principe est comme d'essayer de faire décoller un avion sans moteur, jamais il ne volera. Il vaut mieux quitter la piste et explorer d'autres horizons.

De plus, il faut insister sur le fait que lorsqu'une équipe partage les mêmes buts, cet avantage nous mène à introduire un langage commun et des outils pratiques pour assurer la gestion proactive de la prise en charge. Le sentier de l'interdisciplinarité clinique est un exemple d'outils traçant opportunément la trajectoire du soin en continuité, en se basant sur les pratiques courantes de celui-ci. Ces outils offrent une vision globale de la personne, dynamique et unique dans son entité globale (corps-esprit-âme) vivant, croissant et présentant une série de besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels qui tendent vers la paix intérieure et le mieux-être.

### QUELQUES EXEMPLES

Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé (P3I).

L'écriture d'une programmation de soins en réseau, inspirée par exemple, par le « *Collaborative Care* », soit une approche de gestion clinique centrée sur la qualité des résultats attendus et organisés en interdisciplinarité et orientée vers les besoins de la personne.

Les critères de bonne communication.

La mesure des résultats.

#### ■ **Plan interdisciplinaire d'intervention individualisé**

Définition : Le plan interdisciplinaire d'intervention individualisée ou P3I<sup>[2]</sup> est une nouvelle approche conceptuellement normalisée sur le modèle international de l'Organisation mondiale de la Santé (la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps), synthétisant l'évaluation par les différents intervenants des problèmes organiques, psychologiques, fonctionnels et environnementaux spécifiques à un patient. Il précise les véritables handicaps ou désavantages sociaux, psychologiques, professionnels et/ou scolaires. De ceux-ci découleront des formulations précises d'objectifs mesurables d'équipes. Ces formulations tiennent compte des moyens disponibles, de leur suivi et des attentes exprimées par le patient ainsi que son entourage face à ses diverses problématiques et aux résultats escomptés de sa rééducation-réadaptation. La formulation d'objectifs doit produire un (ou des) résultat(s) tangible(s), ce qui est d'ailleurs la finalité du P3I.

La réalisation en équipe d'un P3I comporte deux grandes phases.

#### Phase 1

L'évaluation du patient et de son environnement, notamment familial (ou personnes significatives), suivie du classement de ces données selon le modèle conceptuel de la classification internationale des pathologies, incapacités et handicaps (CIH) ou la version processus de production du handicap (PPH)<sup>[3]</sup>

Cette première étape nécessaire permet une standardisation de l'information évitant la duplication, facilitant la visibilité de ce qui est important. Elle permet un recueil progressif des points évalués dès la phase aiguë puis durant tout le cheminement du patient dans un réseau intra- ou extrahospitalier. Elle facilite le transfert des informations pertinentes sur papier ou numérisé et la recherche.

Cette première phase de rédaction d'un P3I se complète toujours par l'écriture des attentes du patient. Même si elles ne sont pas réalistes, il est important de les noter car elles génèrent alors le plus souvent un objectif.

**Tableau 2. – Qualités d'un objectif bien formulé**

Critère de qualité	Définition
Spécifique	Il décrit un résultat spécifique et non une activité ou un vœu pieux
Mesurable	Il est possible de déterminer son degré de réalisation, à l'échéance prévue
Réaliste et réalisable	Il tient compte des contraintes personnelles, organisationnelles et environnementales : il implique un risque ni trop élevé, ni trop faible
Contrôlable	Celui qui en est responsable a toute possibilité de le réaliser
Motivant	Il est voulu réellement, désiré profondément. Il répond à un besoin

#### Phase 2

La deuxième phase du P3I est la plus difficile car elle fait appel à la synthèse, au jugement et finalement à la formulation d'objectifs, et donc de résultats. Ce dernier point, même pour une équipe expérimentée, reste toujours un exercice complexe dont seul nos cerveaux sont capables.

Plus précisément cette phase comporte :

- la formulation des situations de handicap (préjudices qui résultent des déficiences, incapacités, et qui limitent ou interdisent l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe, et des facteurs socioculturels) ;

- l'orientation probable à la sortie si possible : domicile, résidence long séjour, retour au travail ou à l'école ... ;

- enfin, la formulation des objectifs du P3I : c'est la partie la plus complexe à laquelle il faut réserver du temps, sinon la préparer dans le cas où le patient est déjà connu.

Plusieurs règles sont à respecter.

L'objectif doit décrire un résultat pour le patient ou ses proches. Ceci est une première difficulté, car notre éducation et la réflexion qu'elle oblige nous pousse bien souvent à décrire une activité ou moyen et non le résultat escompté. Le Tableau 2 illustre les autres qualités d'un objectif formulé correctement.

Secondairement à la formulation des objectifs, et pour chaque objectif, sont écrits les moyens et activités mis en œuvre. Ceci fait appel, selon le degré d'organisation atteint :

- soit aux règles préétablies dans l'écriture de protocoles ou procédures du programme ou système de soins ;

- soit au professionnel responsable principal d'un objectif ;

- soit à tout autre moyen jugé adéquat.

#### Place du P3I dans un système de soins en réseau

Le management longitudinal écrit d'une pathologie (ou problématique de santé), de la phase aiguë à la phase de retour dans la société, appelé aussi réseau de soins, est plein d'avenir. Il a une certaine standardisation préétablie des objectifs, moyens et échéances. Toutefois, surtout en réadaptation, les facteurs environnementaux personnalisent beaucoup les objectifs. Cette organisation interdisciplinaire d'un système de soins intégrés inclut des P3I ponctuels et individualisés.

L'équipe interdisciplinaire d'un réseau de soins, et particulièrement les responsables, devraient donc toujours avoir ce concept en tête pour faciliter la collaboration au jour le jour et rendre le système plus efficient (terme d'origine anglaise ; bon résultat par rapport aux moyens et coûts mis en œuvre).

#### ■ **Composantes essentielles de gestion efficace en interdisciplinarité**<sup>[4, 5, 6, 7]</sup>

La Figure 2 illustre comment le noyau de chaque intervention, sans tenir compte de la position sur le continuum du soin, est de situer le patient et ses proches au cœur du travail d'équipe. La mission en tant que telle, les valeurs centrales et la vision commune sont ce qui inspire l'équipe interdisciplinaire pour travailler de façon à assurer

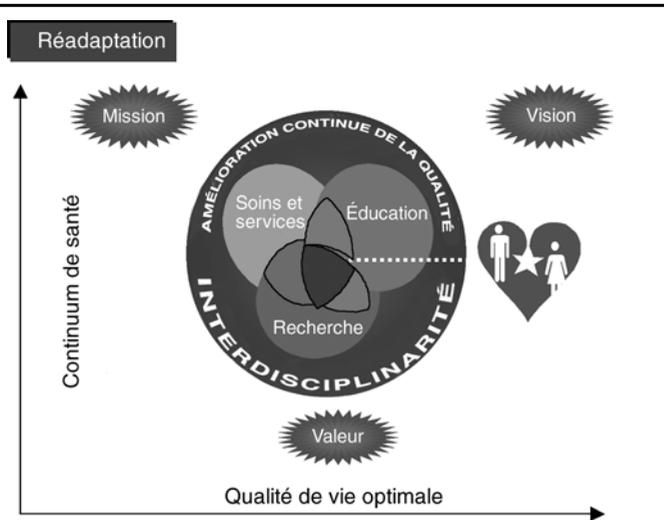


Figure 2

Tableau 3. – Points inhérents aux principes de l'interdisciplinarité.

L'identification des informations requises pour la connaissance de la clientèle cible
Les définitions claires des variables/indicateurs recherchés
La clarification des mécanismes de communication
Le développement d'un système d'information clientèle

une constante amélioration de la qualité pour chaque aspect de la gestion du système de santé, l'éducation et la réadaptation des patients ainsi que la recherche en santé.

### ■ Communication

L'interdisciplinarité dépend certes d'une communication efficace et significative entre ses principaux acteurs. L'effort des personnes pour avoir une communication continue se traduit par des contacts formels et informels et la création des liens horizontaux. Ces derniers favorisent les interactions et les contributions symbiotiques entre les intervenants et facilitent une prise de décision commune. Pour assurer une communication efficace, il est nécessaire d'avoir accès aux outils et aux moyens informationnels. Toutefois, le développement d'un langage commun et la clarification des rôles et responsabilités de chaque acteur restent cruciaux. Les points énoncés dans le Tableau 3 sont inhérents aux principes de l'interdisciplinarité.

### ■ Mesure des résultats

L'appréciation quantitative et qualitative des résultats attendus est une étape significative dans le développement d'un système de soins proactif et dans l'évolution du travail d'équipe qui se situe de plus en plus dans un contexte d'interdisciplinarité. Ceci permet d'assurer une transformation des paradigmes allant d'une approche centrée sur les processus, à une approche centrée sur les résultats attendus. Dans le contexte de la réadaptation, une approche centrée sur les résultats signifie que la planification et la dispense des soins et des services débutent avec l'identification des résultats attendus sur le plan physique, psychologique, fonctionnel et environnemental, que ce soit à court ou à long terme. L'équipe interdisciplinaire de réadaptation se doit d'écouter et d'adapter le plan d'intervention afin qu'il réponde véritablement aux besoins et aux attentes de la personne. Elle doit aussi s'assurer de la durabilité des situations de handicap qui sont les véritables résultats de la réadaptation.

## Changements des paradigmes

Maintenant que nous avons élaboré les valeurs centrales qui nourrissent l'interdisciplinarité, le prochain segment vise à comprendre l'humanité et comment cette compréhension mènera par conséquent à un changement des paradigmes dans le système de santé.

Dès les premiers balbutiements du système de santé, une compréhension linéaire du phénomène de la maladie avait pour but par exemple de prévenir les maladies infectieuses pour assurer la survie. Afin de résoudre ces problèmes, il fallait souvent avoir recours au partenariat des infirmières et des médecins pour identifier les symptômes, traiter la maladie et espérer la survie. Plus l'humanité évolue dans sa compréhension de la vie, la santé et la maladie, plus la technologie et les méthodologies deviennent raffinées, nécessitant aussi le besoin de considérer la personne dans son environnement. Ce changement de paradigme nous conduit à créer des programmes de soins spécifiques, tels que santé mentale, maladies infantiles et immunité.

Aujourd'hui, toujours en restant concentré sur le paradigme, notre compréhension de l'humanité renferme les composantes de corps, esprit, âme, par lesquelles les soins de santé ne sont plus seulement l'absence de la maladie. Il s'agit plus un réseau intégré de soins se concentrant sur les procédures en place pour assurer l'accessibilité et la considération d'une entité globale qui entoure l'humanité. L'interdisciplinarité devra ensuite refléter cette évolution.

## Défis s'appliquant à l'interdisciplinarité

L'interdisciplinarité peut améliorer la santé en plus de faire progresser le mieux-être et la satisfaction du patient. En tenant compte des engagements des membres de l'équipe, il faut s'attendre à ce qu'appliquer cette vision humaniste contribue aussi à améliorer la qualité de vie et la satisfaction des spécialistes de la santé, réduisant donc la frustration, l'épuisement professionnel et la sensation de ne pouvoir rien faire. Cependant, il existe des défis visant à optimiser le travail d'équipe.

Les caractéristiques personnelles de chaque membre de l'équipe peuvent aussi servir de barrières au bon fonctionnement de l'interdisciplinarité. Dalton (1959) et Thompson (1965) en sont venus à la conclusion que des différences importantes comme l'âge, la nature, les valeurs et un engagement à la baisse diminuent la probabilité de bons rapports interpersonnels et la collaboration entre professionnels. Given et Simmons (1977) ont identifié certains traits de caractère comme étant des prérequis importants au succès d'une équipe interdisciplinaire :

- l'aptitude à tolérer la frustration découlant de points de vue différents et être flexible pour constamment s'ajuster à de nouvelles situations ;
- maîtriser la sécurité personnelle et professionnelle et avoir l'esprit ouvert pour être capable de partager les différentes perspectives, valeurs et opinions des membres en plus d'être capable de faire confiance aux connaissances et aptitudes des autres ;
- s'orienter sur le patient au lieu de la profession.

De plus, les auteurs ont la conviction que le fonctionnement de l'équipe implique une relation où s'intègre la collaboration et où le travail en commun remplace la compétition. La confiance et le respect remplacent la quête du contrôle et du pouvoir. Au sein d'une équipe interdisciplinaire, chaque professionnel se doit de partager une vision commune inspirée par des valeurs humanistes et altruistes qui mènera à la synergie de l'équipe et à l'accomplissement des buts du patient.

## Conclusion

*L'interdisciplinarité en réadaptation est essentielle pour améliorer l'efficacité et la qualité de vie des patients, cliniciens, gestionnaires,*

éducateurs et chercheurs. Lorsqu'il est bien ancré, ce processus amène une transformation favorable au sein du système de santé qui augmente la coordination et donc l'efficacité, encourage l'excellence, amplifie la créativité et améliore la santé et le mieux-être des patients. Les auteurs proposent que la base du vrai travail interdisciplinaire se doit d'être construite sur des principes d'un changement des paradigmes centré sur le patient (au lieu de se concentrer à résoudre des problèmes), la réciprocité et la synergie dans les relations (au lieu de gérer la maladie), des valeurs humanistes au lieu de buts préétablis. Si la structure organisationnelle reflète cette vision et les membres de l'équipe partagent ces valeurs, il est attendu que la réadaptation continuera à apporter de l'espoir, la santé, la croissance personnelle et l'efficacité.

## Références

---

- [1] Rothberg JS. Rehabilitation team: future direction. *Arch Phys Med Rehabil* 1981; 62: 407-410
- [2] Boulanger YL, Gaudreault C, Gauthier J, Tremblay J, Proulx P et al. Comment optimiser le travail d'équipe en rééducation-réadaptation. *J Réadapt Méd* 2000; 20 n°3-4:
- [3] Réseau international sur la classification internationale des déficiences, incapacités et handicap : RICIDIH et facteurs environnementaux Québec: édition Fougeyrollas, 1999
- [4] Zander K. Managing outcomes through collaborative care. Chicago: American Hospital Publishing, 1995
- [5] Zander K. Nursing case management: Strategic management of cost and quality outcomes. *J Nurs Administr* 1988; 18: 23-30
- [6] Zander K. Why managed care "works". *Definition* 1988; 3: 1-3
- [7] Zander K. Second generation critical paths. *Definition* 1989; 4: 1-4

