



**RAPPORT DE RECHERCHE
D1MAC-02 VOLET 2**

**ANALYSE DE L'IMPLANTATION
D'UNE FONCTION DE GESTIONNAIRE DE CAS
POUR LES GRANDS UTILISATEURS
DE SERVICES EN GMF**

Octobre 2018

UQAC
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À CHICOUTIMI



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Saguenay-
Lac-Saint-Jean*

Québec

FONDATION
UQAC



Réseau
RRISQ
Network

Équipe de recherche

Chercheurs principaux :

Maud-Christine Chouinard, Université du Québec à Chicoutimi
Catherine Hudon, Université de Sherbrooke

Étudiant à la maîtrise :

Jérémie Beaudin, Université du Québec à Chicoutimi

Co-chercheurs :

Christiane Bergeron-Leclerc, Université du Québec à Chicoutimi
Yves Couturier, Université de Sherbrooke
Édith Ellefsen, Université de Sherbrooke
Danielle Maltais, Université du Québec à Chicoutimi
Danielle Poirier, Université du Québec à Chicoutimi
Marie-Eve Poitras, Université du Québec à Chicoutimi

Coordonnatrice de recherche :

Mireille Lambert

Décideurs/gestionnaires du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean :

Nadia Brassard, coordonnatrice clinique régionale
Caroline Savard, coordonnatrice du Continuum de soins
Myriam-Nicole Bilodeau, chef de services en maladies chroniques
Mélanie Paradis, chef de services des GMF du Saguenay-Lac-Saint-Jean
Cathay Turcotte

Cliniciens :

Julie Godbout, CIUSSS du SLSJ

Patiente partenaire :

Véronique Sabourin

Mise en contexte

À l'instar d'autres pays industrialisés, l'Institut de recherche en services de santé rapporte que près de 80 % des coûts des soins de santé au Canada sont attribuables à 10 % de la population [1]. Plusieurs personnes de ce sous-groupe de la population utilisent fréquemment les services hospitaliers en raison de besoins de santé plus complexes découlant de facteurs tels que des maladies chroniques multiples, des comorbidités psychiatriques et des problématiques psychosociales ou une combinaison de ces facteurs [2-4]. Nécessitant des soins et services de plusieurs partenaires du système de santé et de services sociaux et du réseau communautaire, ces grands utilisateurs (GU) sont plus à risque de rencontrer des difficultés dans l'intégration des soins [5], d'avoir davantage d'incapacités et de présenter une mortalité accrue [6]. Face à cette problématique, la gestion de cas (GC) est de plus en plus reconnue internationalement comme une intervention appropriée pour améliorer la satisfaction et la qualité de vie et réduire les coûts associés [7-10]. Plus précisément, les clientèles ayant des besoins de santé complexes pourraient bénéficier d'un suivi plus étroit par un gestionnaire de cas au sein d'une équipe interdisciplinaire de première ligne en lien avec les autres ressources du système de santé et de services sociaux ainsi que les ressources communautaires. La présence d'infirmières au sein des groupes de médecine de famille (GMF) au Québec depuis 2002 a déjà permis d'améliorer l'éducation à la santé, l'accessibilité et la continuité des services pour certaines clientèles. Cependant, les clientèles ayant des besoins plus complexes connaissent encore des défis majeurs en termes d'accessibilité, de prestation et de coordination des services en première ligne [11, 12]. Par ailleurs, l'implantation de la GC requiert l'implication de plusieurs ressources, à plusieurs niveaux [13, 14]. Jusqu'à maintenant, peu d'écrits se sont intéressés au processus d'implantation de la GC des GU et aux facteurs pouvant influencer celle-ci.

Entre 2012 et 2014, un projet rigoureux de démonstration d'une approche de GC par des infirmières dans quatre GMF auprès des personnes grandes utilisatrices de services a été réalisé au Saguenay-Lac-Saint-Jean (projet V1sages 1, financement FRQS, chercheuses principales : Chouinard et Hudon) [15]. L'évaluation de ce projet a démontré des effets positifs, soit une réduction de la détresse psychologique et une amélioration du sentiment de sécurité chez les personnes ayant bénéficié de la GC [16], ainsi que de l'amélioration de l'expérience de soins et de l'intégration des services [17]. Ces résultats ont convaincu les décideurs régionaux, de même que le MSSS d'investir (dans le cadre de l'appel de projets pour des programmes de réadaptation en première ligne lancé au printemps 2014), pour le déploiement de cette intervention dans d'autres GMF de la région dans le cadre du projet D1MAC02 de déploiement d'un programme de réadaptation en maladies chroniques en première ligne dans toute la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Le volet 1 de ce projet, sous le leadership de Martin Fortin et Maud-Christine Chouinard, découlait de l'étude PR1MAC et portait sur le soutien à l'autogestion des patients avec multimorbidité [18, 19]. Le volet 2, sous le leadership de Maud-Christine Chouinard et Catherine Hudon, découlait de l'étude V1SAGES [15-17] et prévoyait l'implantation d'une intervention novatrice misant sur un rôle de gestionnaire de cas par les cliniciens (infirmières et travailleuses sociales) des GMF pour mieux répondre aux besoins des GU de services, en continuité avec les programmes de GC du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) du Saguenay-Lac-Saint-Jean. L'implantation d'innovations en santé est un processus complexe qui présente plusieurs défis en termes d'évaluation car plusieurs facteurs sont à considérer [20]. Malgré d'énormes sommes d'argent investies dans le développement de ces innovations, très peu d'entre elles parviennent à s'implanter complètement [21, 22]. Une évaluation rigoureuse de l'implantation d'une fonction de gestionnaire de cas pour les GU de services en GMF s'avérerait nécessaire afin d'identifier les processus et les enjeux du déploiement de cette intervention. Ce rapport présente les travaux effectués de pair avec les dirigeants du CIUSSS pour l'évaluation du volet 2 du projet D1MAC02.

But et objectif poursuivis

But

Évaluer l'implantation de la composante de GC (coordination dédiée) au sein d'une dyade infirmière/travailleuse sociale pour les GU de services hospitaliers du projet clinique D1MAC02 (volet 2) dans les GMF participants.

Objectif

Explorer les facteurs facilitants et les barrières à l'implantation de la GC des GU en GMF au niveau des dimensions structurelle, organisationnelle, des intervenants, des patients et de l'intervention, notamment en regard de la transformation des pratiques.

Devis de recherche et méthodologie

L'évaluation de l'implantation de l'intervention de GC déployée par une dyade infirmière-travailleuse sociale en GMF a été effectuée dans le cadre d'un dispositif de recherche d'étude de cas unique [23]. Cette démarche d'évaluation de l'implantation s'est intéressée à la dynamique interne d'un GMF, considéré comme un cas, en analysant l'influence du contexte d'implantation. Au départ, il avait été prévu que cette évaluation d'implantation se fasse dans plus d'un GMF de la région, mais en raison des transformations majeures survenues dans le système de santé québécois découlant de changements législatifs et des délais encourus, la présente évaluation s'est concentrée sur un seul GMF au sein duquel la GC s'est implantée à partir de 2016. Cette évaluation prend appui sur les travaux du projet de maîtrise d'un étudiant qui a été impliqué tout au long du projet [24].

Cette étude de cas qualitative a reposé sur trois méthodes de collecte des données : 1) des entrevues individuelles auprès des acteurs clés du projet : une infirmière et une travailleuse sociale du GMF, une gestionnaire de cas du CIUSSS, et deux gestionnaires du CIUSSS; 2) de l'observation participante des rencontres du Comité d'implantation du projet (n = 15); 3) une analyse documentaire des procès-verbaux des rencontres du Comité d'implantation du projet et de documents cliniques utilisés lors du déploiement de la GC dans le GMF.

La collecte et l'analyse des données ont été réalisées à partir du Modèle théorique d'implantation d'innovations en santé de Chaudoir et al. (2013) [21] qui propose cinq dimensions de facteurs à considérer dans l'implantation d'innovations, soit : 1) structurelle; 2) organisationnelle; 3) en lien avec les intervenants; 4) en lien avec les patients; et 5) en lien avec le programme. Ces cinq dimensions ont été utilisées pour guider l'identification des facteurs facilitants et des barrières à l'implantation de la GC dans le milieu étudié. Les données qualitatives recueillies ont été analysées selon une procédure d'analyse de contenu qualitative en trois étapes itératives, en vue de dégager les thèmes émergents et les tendances : 1) la condensation des données; 2) l'organisation des données; 3) leur interprétation [21].

L'approbation éthique du projet D1MAC-02, volet 2 a été octroyée par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS du SLSJ.

Résultats

Le tableau suivant présente les facteurs facilitants et les barrières observés lors du déploiement de la GC dans le GMF étudié, de même que les recommandations en découlant.

Dimensions du modèle de Chadoir et al. (2013) [21]	Facteurs facilitants	Barrières	Recommandations
<p>Structurelle Facteurs environnementaux et contexte socioculturel, économique, politique et communautaire dans lequel l'intervention est implantée (ex. : aspects physiques, lois, politiques, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Financement du projet : motivation à entreprendre le projet - Proximité du gestionnaire de cas du programme des GU du CIUSSS et des professionnels en GMF (incluant médecin traitant) 	<ul style="list-style-type: none"> - Contexte de réformes des soins de première ligne (mouvance de personnel, désengagement des équipes, etc.) - Contrainte des échéanciers évaluatifs 	<ul style="list-style-type: none"> - Planifier un échéancier d'implantation qui tient compte des facteurs externes pouvant l'influencer - Favoriser l'interaction entre les gestionnaires de cas du CIUSSS et du GMF
<p>Organisationnelle Facteurs en lien avec les aspects organisationnels dans laquelle l'intervention est implantée (ex. : climat, leadership, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Forte mobilisation de la direction et des gestionnaires du CIUSSS - Partenariat CIUSSS – équipe de recherche - Leadership et soutien clinique du gestionnaire de cas et des gestionnaires de première ligne du CIUSSS - Collaboration déjà établie entre le gestionnaire de cas du CIUSSS et les intervenantes du GMF (inf. et TS) - Respect de l'autonomie entre les intervenantes impliquées (inf. et TS) - Utilisation de moyens de communication variés (p. ex. courriel, fax, téléphone) - Changement de culture apporté par la CG en lien avec l'interdisciplinarité et la collaboration inter-organisationnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Culture des GMF axée sur le travail individuel - Pratique médicale axée sur la performance - Horaire de travail à temps partiel (TS) - Orientations distinctes dans les différentes directions sur la contribution des différents professionnels à la GC - Absence d'une table de travail centralisée au niveau des directions impliquées - GMF en changement (plusieurs projets) - Plan de communication non-optimal - Leadership variable et changements fréquents au niveau des gestionnaires du CIUSSS (post-réorganisation du réseau) 	<ul style="list-style-type: none"> - Obtenir l'appui et la concertation des directions du CIUSSS concernées (DSI, DSM, autres). - Mettre sur pied des structures favorisant les échanges entre les différents partenaires impliqués (directions, gestionnaire de cas du CIUSSS, professionnels du GMF, médecins) - Impliquer les équipes médicales dès le début du projet - Développer un plan de communication clair sur l'implantation de la GC et de le diffuser largement

Dimensions du modèle de Chaudoir et al. (2013) [21]	Facteurs facilitants	Barrières	Recommandations
Intervenants Facteurs en lien avec les caractéristiques des intervenants (ex. : attitudes, formations, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - Attitudes positives des intervenantes (inf. et TS) ayant implanté la GC - Connaissance préalable de la GC des GU offerte par le gestionnaire de cas du CIUSSS - Collaboration préexistante entre les intervenantes (inf. et TS) impliquées - Expérience préalable des intervenantes dans divers milieux - Compétences et mobilisation de l'infirmière 	<ul style="list-style-type: none"> - Délocalisation récente des TS en GMF - Adhésion des équipes médicale lente - Appréhension initiale d'une augmentation de la charge de travail - Pratiques variables et rôles imprécis des professionnelles impliquées (inf. et TS) - Formation insuffisante des professionnelles impliquées (inf. et TS) - Paternalisme de certains intervenants pour les GU 	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer une offre de services de GC claire (critères d'inclusion des GU, modalités de la GC, partage d'information) - Préciser le rôle de l'infirmière et de la TS dans l'intervention de GC - Offrir une formation sur la GC des GU en GMF, avec des formateurs ayant une expérience pertinente, dès le début et prévoir de la formation continue tout au long de l'implantation - Intégrer des stratégies de gestion du changement (coordonnées entre le GMF et le CIUSSS)
Patients Facteurs en lien avec les caractéristiques des patients (ex. : croyances, motivation, personnalité)	<ul style="list-style-type: none"> - Services orientés vers les besoins des patients 	<ul style="list-style-type: none"> - Défis reliés aux besoins complexes des GU 	<ul style="list-style-type: none"> - Orienter les services déployés selon les besoins des GU - Impliquer des GU dans la planification de l'offre de services de GC
Innovation (GC) Facteurs en lien avec les aspects de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Accès facile aux intervenantes (inf. et TS) - Formulaire de consentement pour l'accès à l'information développé par le CIUSSS - Information pour identifier les GU par le gestionnaire de cas du CIUSSS - Compréhension de la GC par les partenaires - Complémentarité des rôles infirmière/TS 	<ul style="list-style-type: none"> - Accès à l'information sur les GU limité : contraintes légales - Prise de contact avec GU - Outils de travail inf. et TS non-optimaux - Changement de pratiques pour intégrer du temps dédié à la GC 	<ul style="list-style-type: none"> - Utiliser un formulaire de consentement commun pour avoir l'accord du client à l'échange d'information CIUSSS-GMF - Favoriser le soutien aux intervenants du GMF par le gestionnaire de cas du CIUSSS - Peaufiner les outils de travail pour encadrer l'intervention de GC - Mettre en place un processus d'identification des GU en continu

Messages clés

- La gestion de cas en GMF est une intervention pertinente pour améliorer la coordination, l'intégration entre les services de santé et les services sociaux, et le soutien à l'autogestion pour les patients ayant les besoins les plus complexes (GU).
- La gestion de cas en GMF permet une proximité physique avec le médecin traitant et les différents professionnels, favorisant la collaboration interprofessionnelle.
- L'infirmière et la travailleuse sociale en GMF peuvent travailler en complémentarité pour offrir la gestion de cas, mais les rôles de chacune doivent être précisés.
- Le gestionnaire de cas du CIUSSS (idéalement du programme des GU) peut offrir un soutien aux intervenantes du GMF effectuant la GC des GU au plan de la formation et du co-développement, du transfert d'information, ainsi que de la liaison entre le GMF et les ressources du CIUSSS. Dans ce modèle, on pourrait parler de gestionnaire de cas du CIUSSS et d'intervenant pivot du GMF.
- L'engagement et la concertation des directions concernées du CIUSSS sont primordiaux pour la transformation des pratiques professionnelles entourant la gestion de cas.
- Des patients peuvent jouer un rôle important pour définir l'offre de services et soutenir leurs pairs dans l'autogestion de leur santé.
- L'engagement de toutes les parties prenantes incluant les équipes médicales et la gestion du changement sont des aspects essentiels.

Remerciements

L'équipe de recherche tient à remercier la direction du CIUSSS pour son engagement et son soutien à la mise en œuvre du projet. Elle tient également à souligner l'apport essentiel des professionnels qui ont été impliqués dans le déploiement de la GC dans le milieu étudié. Enfin, elle tient à reconnaître le soutien financier du MSSS pour le déploiement clinique de l'intervention de gestion des cas des grands utilisateurs de services en GMF (D1MAC02 volet 2) ainsi que ceux de la Fondation de l'UQAC et du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) pour la réalisation de cette étude.

Références

1. Commission de la réforme des services publics de l'Ontario, *Des services publics pour la population ontarienne: cap sur la viabilité et l'excellence*. 2012, Ottawa: Gouvernement de l'Ontario.
2. Blumenthal, D., et al., *Caring for high-need, high-cost patients - An urgent priority*. 2016, New England Journal of Medicine: Waltham, Massachusetts. p. 909-911.
3. Ruger, J.P., et al., *Analysis of costs, length of stay, and utilization of emergency department services by frequent users: Implications for health policy*. Academic Emergency Medicine, 2004. **11**(12): p. 1311-7.
4. Byrne, M., et al., *Frequent attenders to an emergency department: A study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics*. Annals of Emergency Medicine, 2003. **41**(3): p. 309-18.
5. Schoen, C., et al., *New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated*. Health Affairs, 2011. **30**(12): p. 2437-48.
6. Brewster, L.R., L.S. Rudell, and C.S. Lesser, *Emergency room diversions: a symptom of hospitals under stress*. Issue Brief Center for Studying Health System Change, 2001(38): p. 1-4.

7. Sutherland, D. and M. Hayter, *Structured review: Evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases*. Journal of Clinical Nursing, 2009. **18**(21): p. 2978-92.
8. Althaus, F., et al., *Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: A systematic review*. Annals of Emergency Medicine, 2011. **58**(1): p. 41-52.e42.
9. Hudon, C., et al., *Effectiveness of case management interventions for frequent users of healthcare services: A scoping review*. BMJ Open, 2016. **6**(9): p. e012353-e012353.
10. Raven, M.C., et al., *The effectiveness of emergency department visit reduction programs: A systematic review*. Annals of Emergency Medicine, 2016. **68**(4): p. 467-483.e15.
11. Kuluski, K., et al., *The unmet needs of patients and carers within Community Based Primary Health Care*. International Journal of Integrated Care, 2017. **17**(3): p. 247-248.
12. Carter, R., et al., *Measuring the effect of Family Medicine Group enrolment on avoidable visits to emergency departments by patients with diabetes in Quebec, Canada*. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2017. **23**(2): p. 369-376.
13. Campbell, N.C., et al., *Designing and evaluating complex interventions to improve health care*. BMJ, 2007. **334**(7591): p. 455-459.
14. Shepperd, S., et al., *Can we systematically review studies that evaluate complex interventions?* PLoS Medicine, 2009. **6**(8): p. e1000086-e1000086.
15. Chouinard, M.C., et al., *Case management and self-management support for frequent users with chronic disease in primary care: A pragmatic randomized controlled trial*. BMC Health Services Research, 2013. **13**: p. 49.
16. Hudon, C., et al., *Case management in primary care for frequent users of health care services: A mixed methods study*. Annals of Family Medicine, 2018. **16**(3): p. 232-239.
17. Hudon, C., et al., *Case management in primary care for frequent users of health care services with chronic diseases: A qualitative study of patient and family experience*. Annals of Family Medicine, 2015. **13**(6): p. 523-528.
18. Fortin, M., et al., *Integration of chronic disease prevention and management services into primary care: A pragmatic randomized controlled trial (PR1MaC)*. CMAJ Open, 2016. **4**(4): p. E588-E598.
19. Fortin, M., et al., *Evaluating the integration of chronic disease prevention and management services into primary health care*. BMC Health Services Research, 2013. **13**: p. 132-132.
20. Greenhalgh, T., et al., *Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations*. The Milbank Quarterly, 2004. **82**(4): p. 581-629.
21. Chaudoir, S.R., A.G. Dugan, and C.H.I. Barr, *Measuring factors affecting implementation of health innovations: A systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures*. Implementation Science, 2013. **8**: p. 22-22.
22. Damschroder, L.J., et al., *Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science*. Implementation Science, 2009. **4**: p. 50-50.
23. Yin, R.C., *Case study research: Design and methods*. 5e ed. 2014, Thousand Oaks, CA: Sage.
24. Beaudin, J., *Analyse d'implantation de la gestion de cas des grands utilisateurs de services de santé dans un groupe de médecine familiale au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Mémoire de maîtrise*. En préparation, Université du Québec à Chicoutimi: Chicoutimi.