

**La gestion de cas intégrée entre les  
soins de première ligne et les centres  
hospitaliers du Saguenay–Lac-Saint-Jean  
pour les grands utilisateurs de services:  
une étude de cas multiple.**

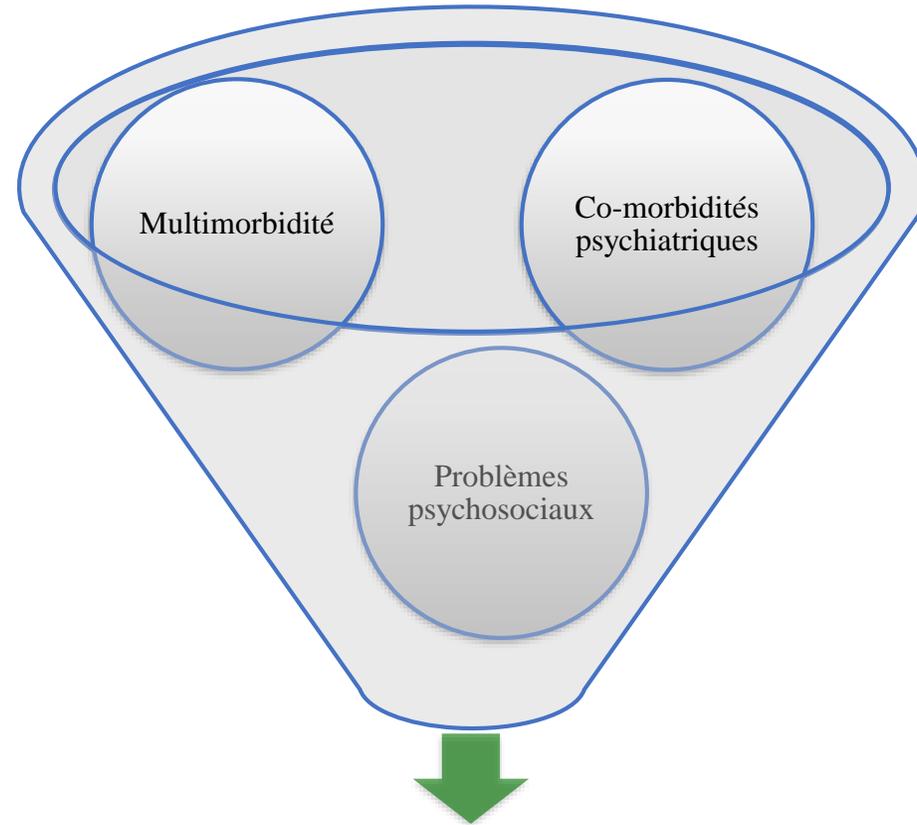
Olivier Dumont-Samson

Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université de Sherbrooke

# Membres de l'équipe

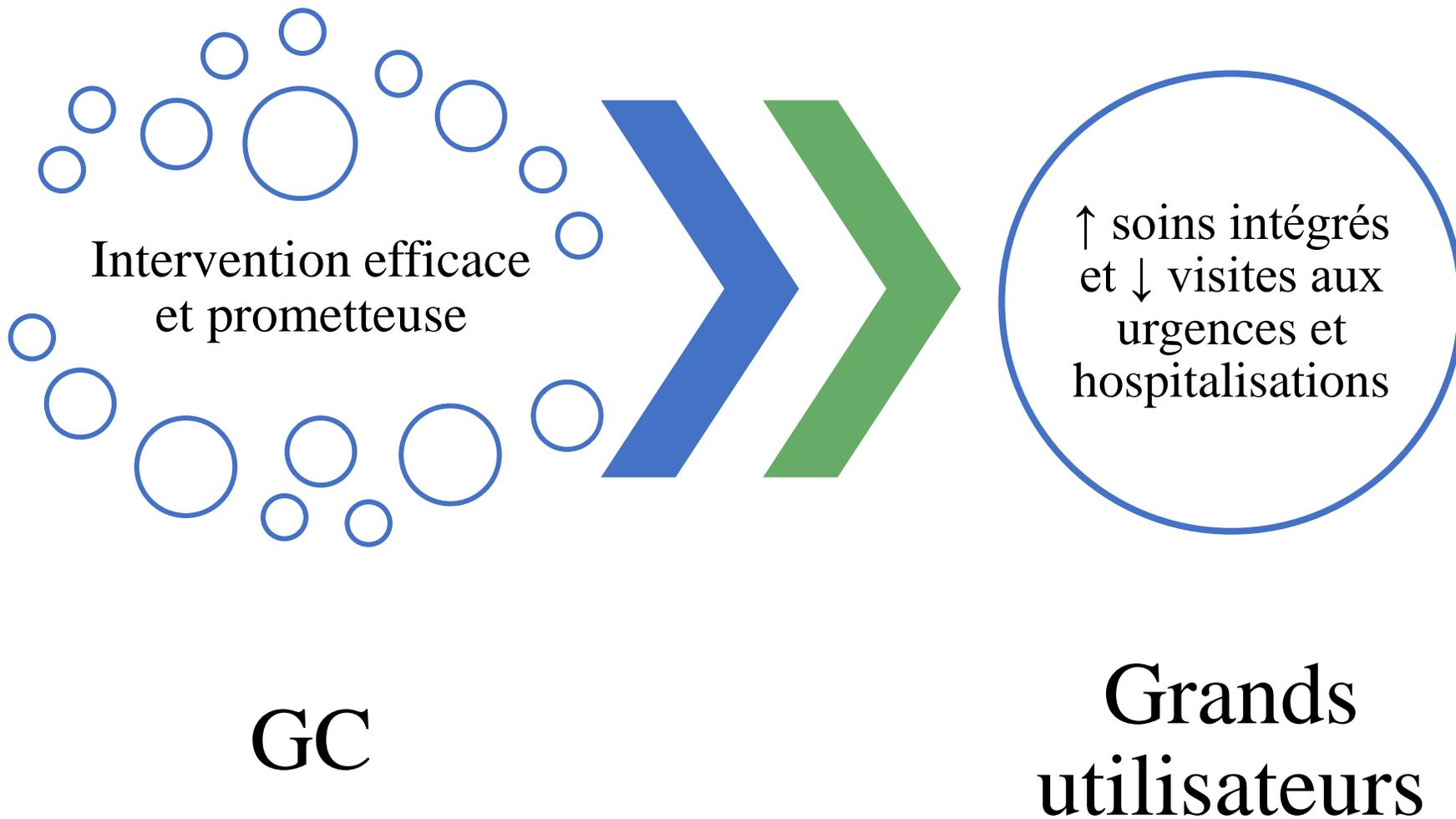
- ❖ Chercheures: Catherine Hudon et Maud-Christine Chouinard
- ❖ Patiente partenaire: Véronique Sabourin
- ❖ Personnel de recherche: Annie-Pier Gobeil-Lavoie, Olivier Dumont-Samson et Mireille Lambert
- ❖ Co-chercheur.es: Yves Couturier, Marie-Eve Poitras et Thomas Poder
- ❖ Gestionnaires: Jean Morneau et Mélanie Paradis

# Utilisation fréquente des services de santé



Besoins complexes (Chan 2002; Ruger 2004; Lee 2006)  
et utilisation fréquente des services de santé (Joo 2017; Soril 2015)

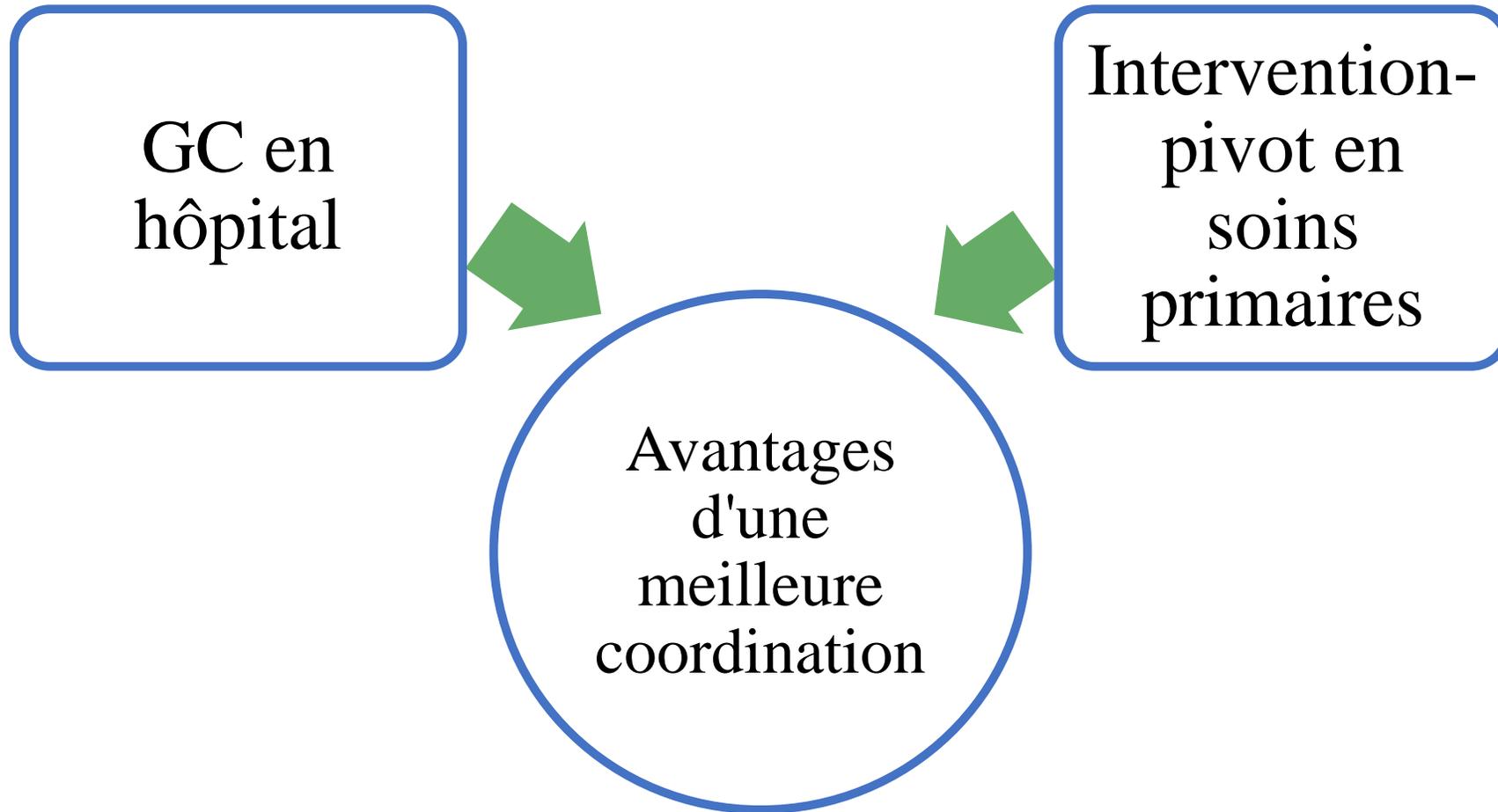
# Intervention de gestion de cas (GC)



# Intervention de gestion de cas (GC)



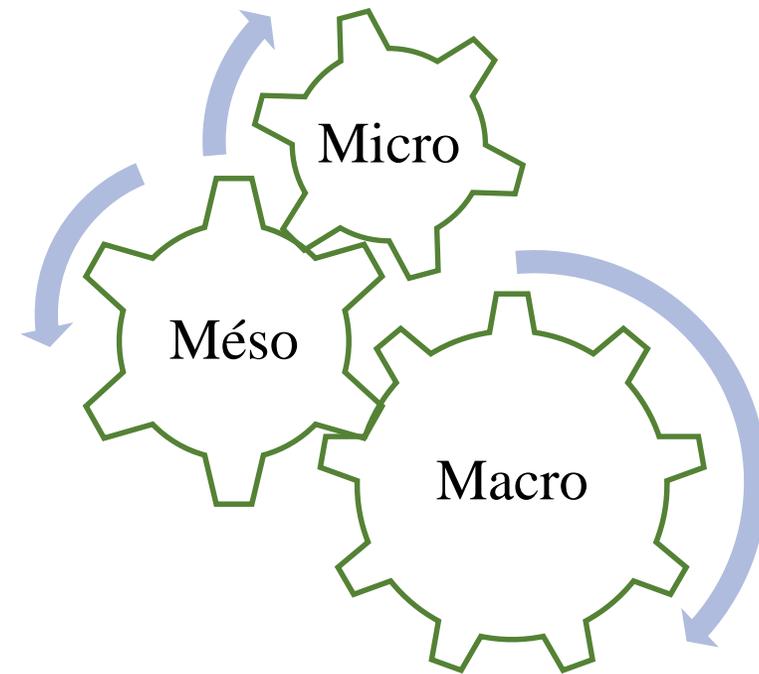
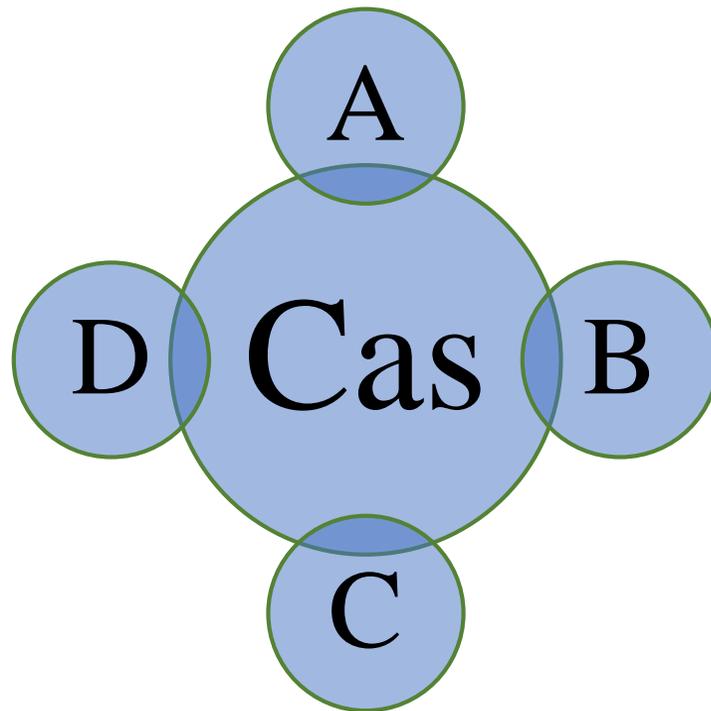
# Intervention de gestion de cas : paramètres



# Objectifs de l'étude

- Mettre en œuvre une intervention de GC intégrée où les infirmières des cliniques de soins primaires ont travaillé en étroite collaboration avec un gestionnaire de cas de l'hôpital afin de fournir cette intervention aux utilisateurs fréquents des services de soins de santé.
- Évaluer les facteurs contextuels qui facilitent ou entravent la mise en œuvre.
- Évaluer les résultats qualitatifs et quantitatifs

## Qualitatif + Quantitatif



# Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)

## Cinq grands «domaines»

Caractéristiques de l'intervention

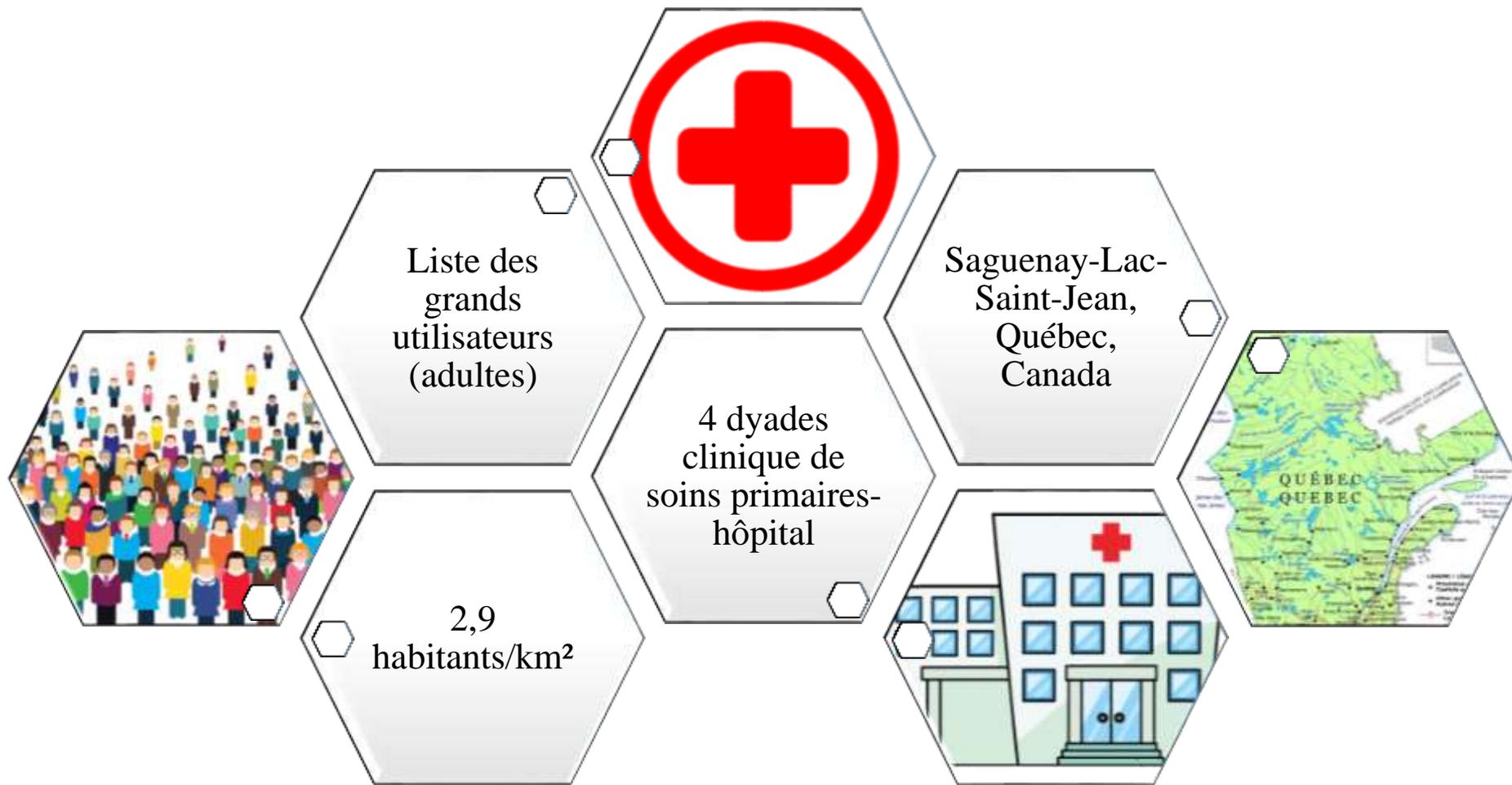
Cadre externe

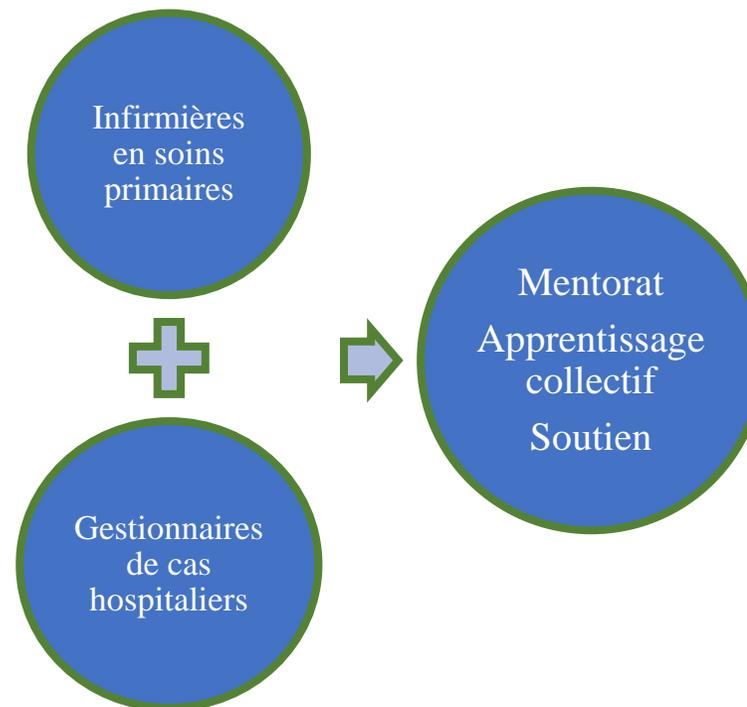
Cadre interne

Caractéristiques des individus

Processus de mise en œuvre

# Contexte et échantillonnage

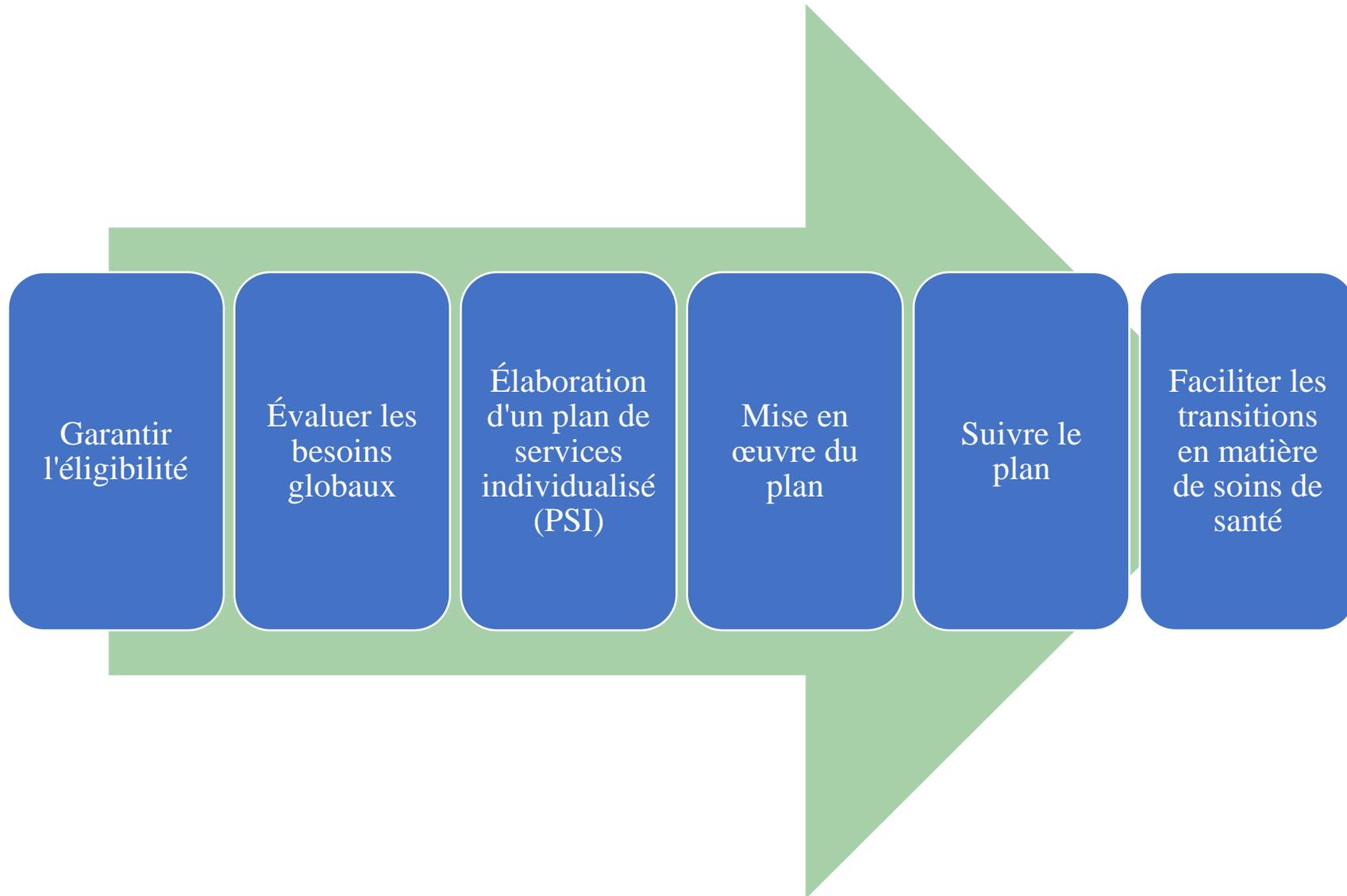




## Réunions

|           |  |
|-----------|--|
| Objectif  | Planifier le projet, obtenir un retour d'information du terrain et éliminer les obstacles.   |
| Fréquence | 1h à chaque 2 semaines pendant l'implantation  |
| Membres   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2-5 gestionnaires</li> <li>• 1 patiente partenaire</li> <li>• 1 coordonnatrice de recherche</li> <li>• 2 chercheures</li> </ul> |

# Étapes de l'intervention de GC intégrée



# Collecte de données selon une méthode mixte

Entretiens  
individuels et  
groupes de  
discussion

Notes de terrain

Questionnaires

Visites aux  
urgences

- Étude approuvée par le comité d'éthique

## Description

## Résultats

### Morbidité

Version française du  
Disease Burden  
Morbidity  
Assessment (21  
items)

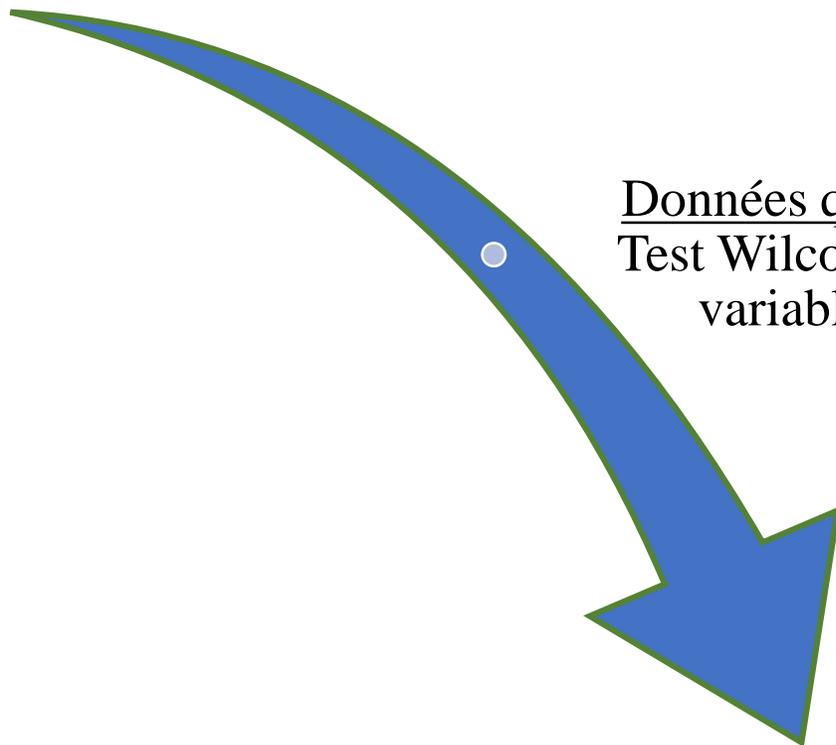
### Intégration des soins

Version française  
du Patient  
Experience of  
Integrated Care  
Scale (13 items)

### Autogestion

Version française  
du Partners in  
Health Scale (12  
items)

Données qualitatives: Analyse thématique  
déductive et inductive



Données quantitatives:  
Test Wilcoxon pour les  
variables continues

Comparaison et fusion des résultats qualitatifs et  
quantitatifs pour chaque cas. Rapport et comparaison  
des 4 cas.

# Caractéristiques des cliniques de chaque dyade

## Clinique A

- 1 site
- Externe à l'hôpital
- 14 000 patients enregistrés

## Clinique B

- 1 site
- Interne à l'hôpital
- 15,000 patients enregistrés

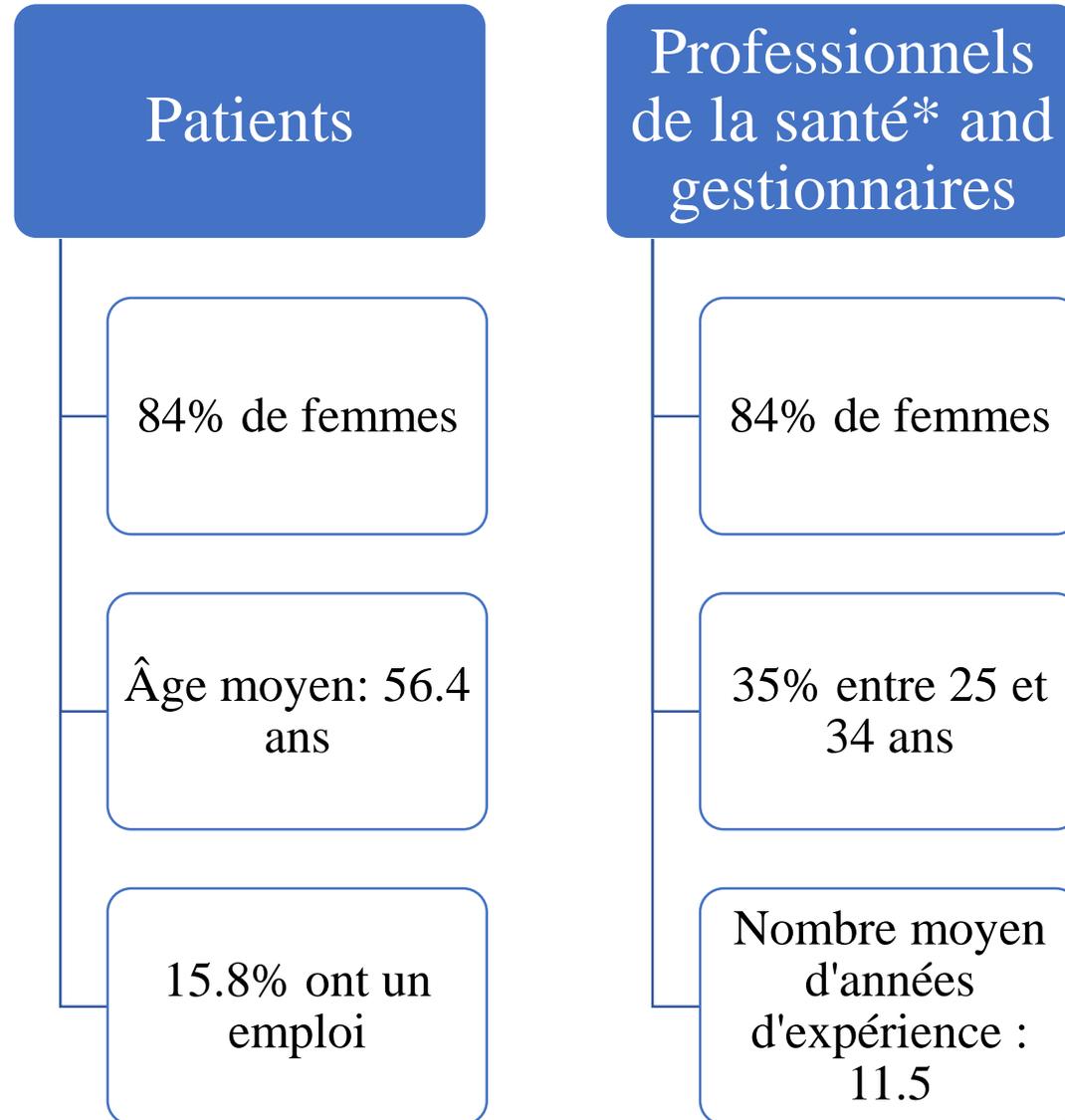
## Clinique C

- 4 sites (1 participant)
- Interne à l'hôpital
- 27,000 patients enregistrés

## Clinique D

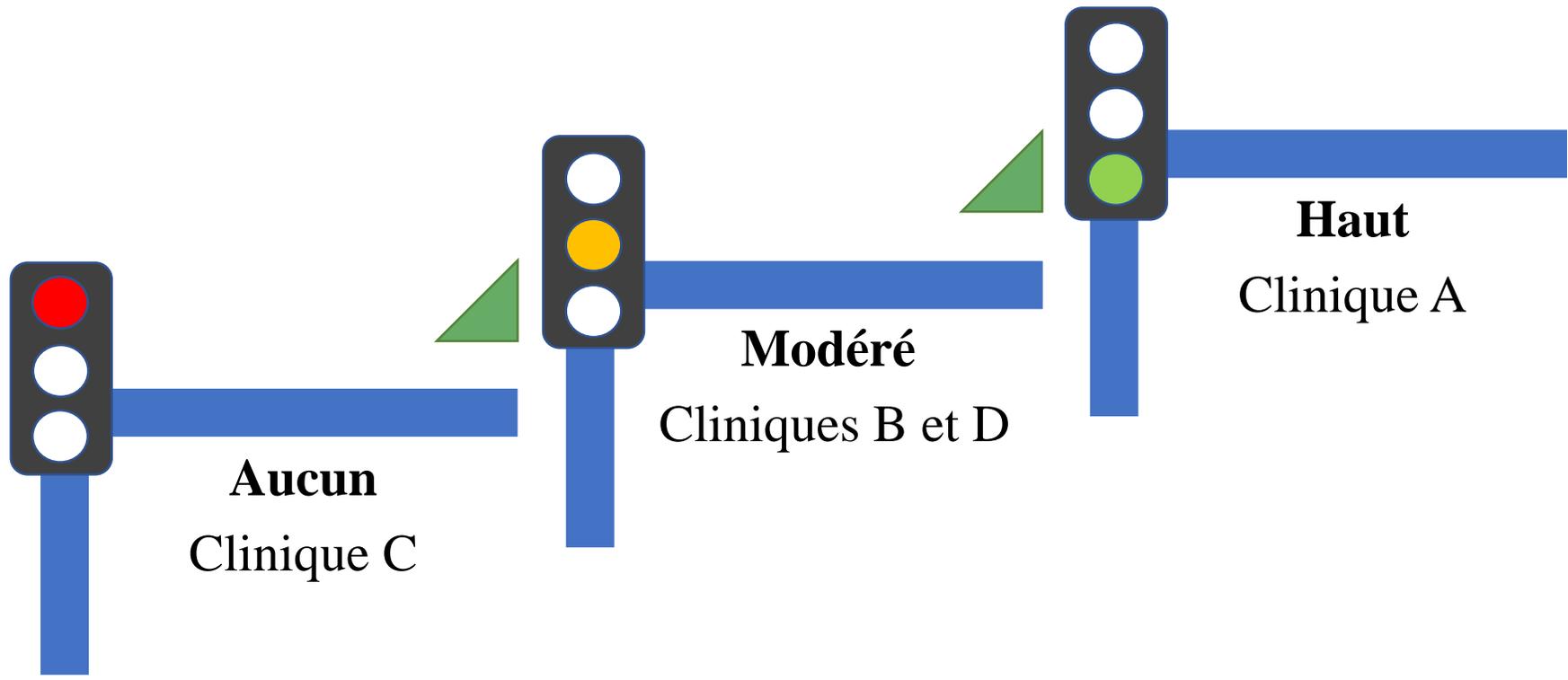
- 5 sites
- Externe à l'hôpital
- 22,000 patients enregistrés

# Caractéristiques des participants aux entretiens et groupe de discussion

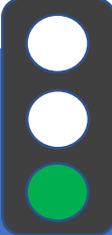
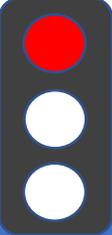


\*Comprenant les gestionnaires de cas des hôpitaux, les infirmières de soins primaires, les médecins de famille et d'autres professionnels de la santé.

# Niveau d'implantation



# Résultats qualitatifs dans chaque clinique

| Résultats                                  | A  | B  | C  | D  |
|--|---|---|---|---|
| Accès plus facile et plus rapide aux soins | ✓   | ✓   | -   | ✓   |
| Rassurance du patient                      | ✓   | ✓   | -   | ✓   |
| Meilleure autogestion                      | (+/-)   | ✓   | -   | ✓   |
| Meilleure gestion des patients             | ✓   | ✓   | -   | ✓   |
| Moins de visites aux urgences              | ✓   | ✓   | -   | ✓   |
| Satisfaction globale de l'intervention     | ✓   | ✓   | -   | ✓   |

# Résultats quantitatifs dans chaque dyade

| Résultats                    | A<br>N=8<br> | B<br>N=12<br> | C<br>N=2<br> | D<br>N=11<br> |
|------------------------------|---|--|---|--|
| <b>Intégration des soins</b> |   |  |   |  |
| Moyenne au départ (É-T)      | 31.1 (6.4)  | 36.6 (6.7)   | 37.0 (4.2)  | 32.3 (7.5)   |
| Moyenne après 6 mois (É-T)   | 43.6 (3.1)  | 39.3 (5.7)   | 43.0 (1.4)  | 37.6 (6.0)   |
| P                            | 0.01*   | 0.28   | 0.18  | 0.15   |
| <b>Autogestion</b>           |   |  |   |  |
| Moyenne au départ (É-T)      | 73.9 (9.0)  | 76.2 (8.6)   | 87.0  | 74.2 (12.8)  |
| Moyenne après 6 mois (É-T)   | 81.1 (5.1)  | 76.4 (10.7)  | 77.5  | 75.3 (7.3)   |
| P                            | 0.06  | 0.48   | -   | 0.67   |
| <b>Visites aux urgences</b>  |   |  |   |  |
| Moyenne au départ (É-T)      | 5.4 (2.1)   | 3.3 (2.8)  | 3.0 (4.2)   | 2.7 (2.0)  |
| Moyenne après 6 mois (É-T)   | 1.9 (3.7)   | 1.9 (2.0)  | 3.5 (3.5)   | 1.5 (1.4)  |
| P                            | 0.06  | 0.14   | 0.32  | 0.08   |

# Histoires de cas



A

- **Excellent leadership de toute l'équipe**
- Excellente collaboration avec le gestionnaire de cas de l'hôpital
- Résultats qualitatifs et quantitatifs
- Motivation pour continuer



B

- **Difficulté à identifier les patients**
- **Bon soutien du gestionnaire de cas de l'hôpital**
- Résultats qualitatifs
- Poursuivre si l'évaluation de l'éligibilité des patients est plus facile



C

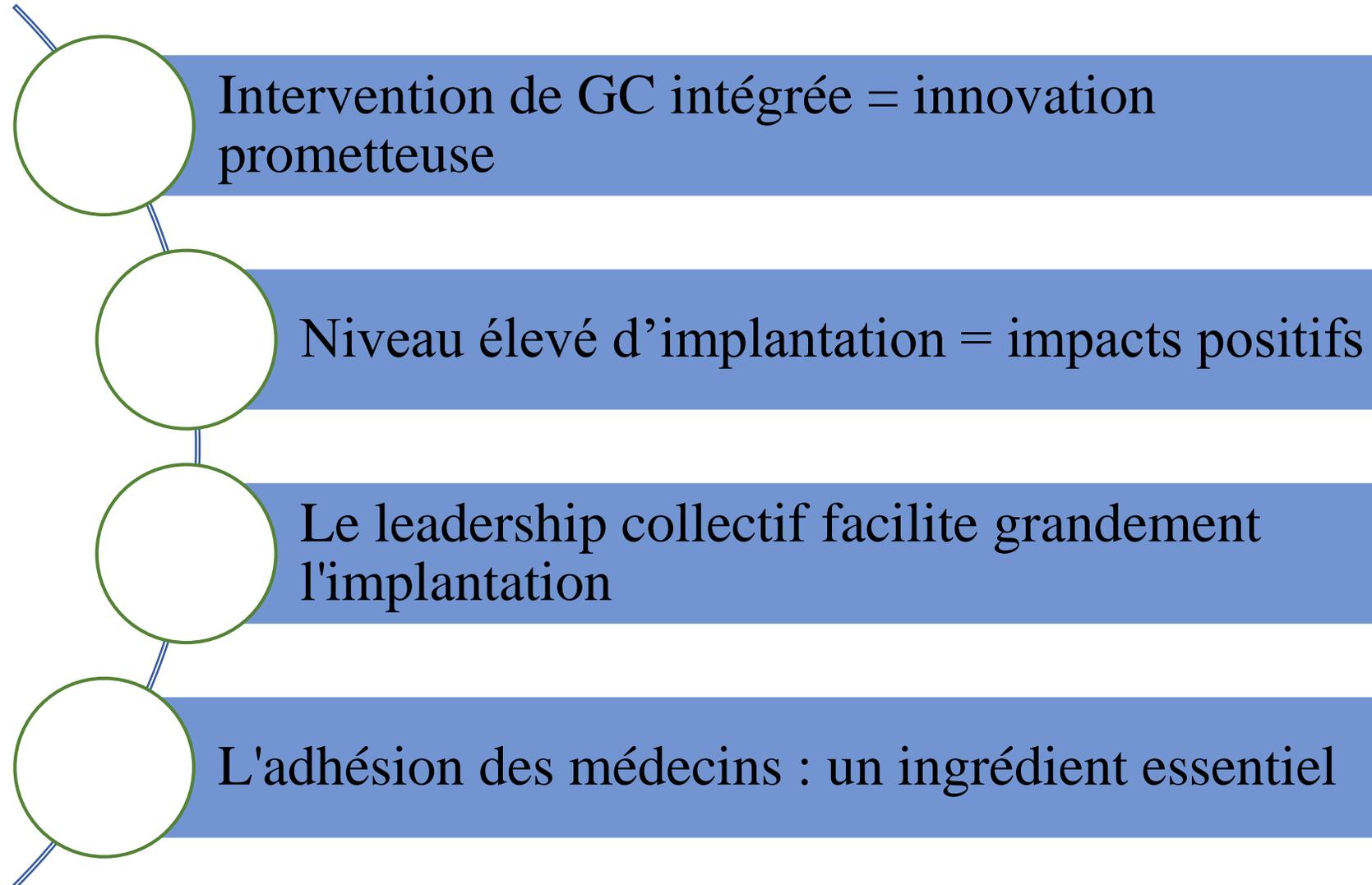
- **Pas d'adhésion du médecin responsable**
- Presque aucune implantation
- Pas de résultats



D

- **Manque d'adhésion de la part de l'équipe médicale au début, mais grand leadership du médecin responsable.**
- Bon soutien du gestionnaire de cas de l'hôpital
- Perception positive de l'intervention par les infirmières de soins primaires.
- Résultats qualitatifs
- Motivation à poursuivre

# Messages clés



- Chan BT, Ovens HJ. Frequent users of emergency departments. Do they also use family physicians' services? *Can Fam Physician*. 2002;48:1654-60.
- Ruger JP, Richter CJ, Spitznagel EL, Lewis LM. Analysis of costs, length of stay, and utilization of emergency department services by frequent users: implications for health policy. *Acad Emerg Med*. 2004;11(12):1311-7.
- Lee KH, Davenport L. Can case management interventions reduce the number of emergency department visits by frequent users? *Health Care Manag (Frederick)*. 2006;25(2):155-9.
- Joo JY, Liu MF. Case management effectiveness in reducing hospital use: a systematic review. *Int Nurs Rev*. 2017;64(2):296-308.
- Soril LJ, Leggett LE, Lorenzetti DL, Noseworthy TW, Clement FM. Reducing frequent visits to the emergency department: a systematic review of interventions. *PLoS One*. 2015;10(4):e0123660.
- Althaus F, Paroz S, Hugli O, Ghali WA, Daepfen JB, Peytremann-Bridevaux I, et al. Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: a systematic review. *Ann Emerg Med*. 2011;58(1):41-52 e42.
- Hudon C, Chouinard M C, Dubois M F, Roberge P, Loignon C, Tchouaket E, et al. Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services: A Mixed Methods Study. *Ann Fam Med*. 2018;16(3):232-9.
- Hudon C, Chouinard MC, Lambert M, Diadiou F, Bouliane D, Beaudin J. Key factors of case management interventions for frequent users of healthcare Services : a thematic analysis review. *BMJ open*. 2017;2(10):e017762.

American Nurses Association. Nursing's social policy statement. Silver Spring: MD: American Nurses Association (ANA); 2010.

Bodenmann P, Velonaki VS, Griffin JL, Baggio S, Iglesias K, Moschetti K, et al. Case Management may Reduce Emergency Department Frequent use in a Universal Health Coverage System: a Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med.* 2016;32(5):508-15.

Crane S, Collins L, Hall J, Rochester D, Patch S. Reducing utilization by uninsured frequent users of the emergency department: combining case management and drop-in group medical appointments. *J Am Board Fam Med.* 2012;25(2):184-91.

Grover CA, Crawford E, Close RJ. The Efficacy of Case Management on Emergency Department Frequent Users: An Eight-Year Observational Study. *J Emerg Med.* 2016;51(5):595-604.

Pillow MT, Doctor S, Brown S, Carter K, Mulliken R. An Emergency Department-initiated, web-based, multidisciplinary approach to decreasing emergency department visits by the top frequent visitors using patient care plans. *J Emerg Med.* 2013;44(4):853-60.

Segal L, Dunt D, Day SE, Day NA, Robertson I, Hawthorne G. Introducing co-ordinated care (1): a randomised trial assessing client and cost outcomes. *Health policy.* 2004;69(2):201-13.

Shah R, Chen C, O'Rourke S, Lee M, Mohanty SA, Abraham J. Evaluation of care management for the uninsured. *Med Care.* 2011;49(2):166-71.

Sledge WH, Brown KE, Levine JM, Fiellin DA, Chawarski M, White WD, et al. A randomized trial of primary intensive care to reduce hospital admissions in patients with high utilization of inpatient services. *Dis Manag.* 2006;9(6):328-38.

Yin RC. Case study research: Design and methods. 5th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2014.

Gerring J. Case study research: principles and practices. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.

Hudon C, Chouinard MC, Lambert M, Dufour I, Krieg C. Effectiveness of case management interventions for frequent users of healthcare services: a scoping review. *BMJ open*. 2016;6(9).

Gaudet S, Robert D. Choisir des outils pour réaliser un terrain de recherche. *L'aventure de la recherche qualitative. Du questionnement à la rédaction scientifique*: University of Ottawa Press; 2018. p. 81-122.

Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Fam Med*. 2004;36(8):588-94.

Hudon E, Hudon C, Lambert M, Chouinard MC. Validation of a French-language version of a patient-reported measure of integrated care. *North American Primary Care Research Group Annual Meeting*. 2016.

Bayliss EA, Ellis JL, Steiner JF. Subjective assessments of comorbidity correlate with quality of life health outcomes: Initial validation of a comorbidity assessment instrument. *Health and Quality of life Outcomes*. 2005;3:51.

Poitras M-E, Fortin M, Hudon C, Haggerty J, Almirall J. Validation of the disease burden morbidity assessment by self-report in a French-speaking population. *BMC Health Service Research*. 2012;12:35.

Smith D, Harvey P, Lawn S, Harris M, Battersby M. Measuring chronic condition self-management in an Australian community: factor structure of the revised Partners in Health (PIH) scale. *Qual Life Res*. 2017;26(1):149-59.

Hudon E, Hudon C, Lambert M, Chouinard MC. Measuring self-management of patient with chronic disease in primary care: Validation of a French-language version of the Partner in Health Scale. North American Primary Care Research Group Annual Meeting. 2016.

Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. Qualitative Data Analysis : A methods sourcebook. 3e ed. London: Sage Publications Inc; 2014.

Pluye P, Bengoechea E, Granikov V, Kaur N, Tang D. A World of Possibilities in Mixed Methods: Review of the Combinations of Strategies Used to Integrate Qualitative and Quantitative Phases, Results and Data. Int J Mult Res Approaches 2018;10:41-56.

Korstjens I, Moser A. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. Eur J Gen Pract. 2018;24(1):120-4.