

V1sages – Implantation et évaluation pragmatique d'une intervention de gestion de cas et de soutien à l'autogestion pour les personnes grandes utilisatrices de services atteintes de maladies chroniques en première ligne



Maud-Christine Chouinard^{1,2}, Catherine Hudon^{3,4}, Marie-France Dubois⁵, Pasquale Roberge³, Christine Loignon³, Éric Tchouaket⁶, Éva-Marjorie Couture²

¹Département des sciences de la santé, Université du Québec à Chicoutimi, Québec, Canada; ²Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Québec, Canada; ³Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke, Québec, Canada; ⁴Centre de recherche du centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Québec, Canada; ⁵Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke, Québec, Canada; ⁶Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, Québec, Canada.

CONTEXTE

- ❖ 80% des coûts de santé sont attribuables à 10% de la population¹ en raison de maladies chroniques multiples, de troubles de santé mentale et de vulnérabilité psychosociale qui occasionnent des risques accrus d'incapacités et de mortalité.
- ❖ Devant les besoins non comblés et les défis soulevés par cette clientèle vulnérable ayant un état de santé complexe, l'Agence de santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean et deux CSSS partenaires de la région (Chicoutimi et Lac-Saint-Jean Est), avec la contribution de chercheurs de l'Université du Québec à Chicoutimi et de l'Université de Sherbrooke ont proposé d'implanter et d'évaluer une intervention pragmatique novatrice.

DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

- ❖ Le projet V1sages visait à implanter au sein de 4 GMF du Saguenay-Lac-Saint-Jean (Québec, Canada) une intervention pragmatique intégrant la gestion de cas par une infirmière en vue de favoriser un suivi interdisciplinaire centré sur la personne et du soutien à l'autogestion² pour des personnes atteintes de maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, maladie musculo-squelettiques et/ou douleur chronique) présentant une grande vulnérabilité³.

PRINCIPALES ACTIVITÉS ET DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

Gestion de cas : 4 composantes principales

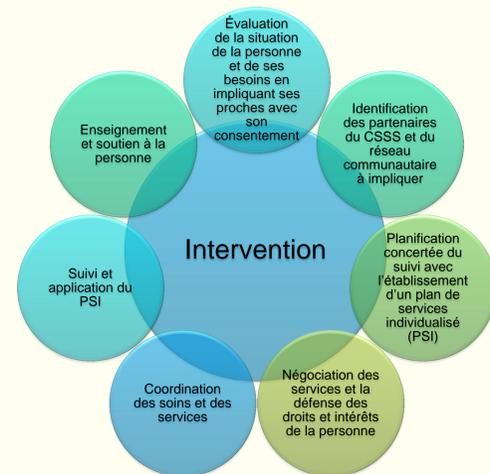
1. Évaluation en profondeur des besoins et des ressources du patient

2. Établissement et suivi d'un plan de services individualisé (PSI) centré sur le patient

3. Coordination des services entre les partenaires

4. Augmentation de la capacité d'autogestion du patient et de ses proches

Fonctions de l'infirmière gestionnaire de cas



Groupes de soutien à l'autogestion

❖ 28 participants du groupe expérimental ont complété le programme de Stanford (au moins 4 sessions sur 6 complétées). Sessions de 2,5 heures animées par 2 pairs aidants atteints de maladies chroniques⁴.

❖ Perception des différents acteurs (11 patients, 1 coordonnatrice et 7 pairs aidants) :

- Participants ont noté un impact positif sur les connaissances, la motivation et le sentiment d'auto-efficacité
- Principale raison d'abandon: trop d'hétérogénéité entre les membres d'un groupe
- Éléments facilitateurs: accessibilité (lieu, horaire...); contenu pratique; groupes assez homogènes

DEVIS MIXTE

- ❖ Évaluation réaliste de l'implantation à partir des résultats d'entrevues individuelles et de groupes de discussion auprès des acteurs-clés (patients, proches, infirmières gestionnaires de cas, médecins de famille, gestionnaires, pharmaciens, représentants d'organismes communautaires), avant et à la fin de l'intervention (n = 74) et des résultats de l'essai clinique.
- ❖ Essai clinique randomisé (n = 247) avec des questionnaires pré et post intervention (durée 6 mois) et intervention différée pour le groupe témoin.

RÉSULTATS QUANTITATIFS

❖ Activation

Groupe	Mesure d'activation du patient		*p
	Moyenne (écart-type) Temps 0	Moyenne (écart-type) Temps 2	
Exp. (n = 126)	60,5 (15,1)	65,1 (15,7)	0,60
Tém. (n = 121)	63,0 (15,6)	64,4 (16,2)	

*ANCOVA sur le score T2 ajusté pour score T0

❖ Détresse psychologique

16	Présence de détresse psychologique				IC 95%
	Temps 0 N (%)	Temps 2 N (%)	p*	Rapport de cotes	
Exp.	33 (26,2)	20 (15,9)	0,058	2,04	0,977 - 4,27
Tém.	35 (28,9)	31 (25,6)			

* Régression logistique à T2 (variables ajustées pour la valeur à T0)

❖ Sentiment d'auto-efficacité

Groupe	Auto-efficacité pour gérer les maladies chroniques		*p
	Moyenne (écart-type) Temps 0	Moyenne (écart-type) Temps 2	
Exp. (n = 126)	6,6 (2,0)	7,0 (1,8)	0,057
Tém. (n = 121)	6,2 (2,0)	6,4 (1,9)	

*ANCOVA sur le score T2 ajusté pour score T0

ÉVALUATION QUALITATIVE

- ❖ Les résultats des entrevues et des groupes de discussion démontrent des perceptions très positives chez la majorité des acteurs interrogés dont 25 patients, 7 proches, 6 infirmières gestionnaires de cas, 20 médecins de famille, 9 gestionnaires, 3 pharmaciens et 4 représentants d'organismes communautaires (n = 74)⁵.

- Perceptions très positives de la gestion de cas dans l'ensemble
- Amélioration de l'accessibilité qui augmente la sécurité
- Amélioration de la coordination
- Amélioration du soutien à l'autogestion
- Amélioration de l'autogestion de la santé:
 - Connaissances
 - Conscientisation
 - Sentiment d'auto-efficacité
 - Motivation
 - Comportements de santé (alimentation, activité physique, tabac...)

APPRENTISSAGES ET LIMITES

- ❖ Grands utilisateurs: clientèle complexe, participants complexes, défis complexes.
- ❖ La gestion de cas en GMF est une intervention potentiellement efficace pour assurer une meilleure prise en charge des patients vulnérables.
- ❖ Intervention de gestion de cas en GMF:
 - besoin de temps pour bien intégrer le rôle (infirmières);
 - importance d'un bon plan de communication au départ;
 - effets quantitatifs (sentiment auto-efficacité et détresse psychologique) à évaluer sur gestion de cas seulement;
 - probablement besoin d'une intervention plus longue (12 mois).
- ❖ Le recrutement des patients pour l'essai clinique s'est avéré plus difficile que prévu car il s'agit d'une clientèle complexe, ce qui a occasionné un léger manque de puissance (N visé = 400, N randomisé = 247).

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement tous les partenaires qui ont collaboré à ce projet : l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, les CSSS de Chicoutimi et de Lac-Saint-Jean Est, les GMF participants, les infirmières V1sages, les partenaires du réseau local de services, dont les gestionnaires et tout particulièrement madame Myriam-Nicole Bilodeau, les bénévoles des groupes de soutien à l'autogestion, les patients ainsi que les membres de l'équipe de recherche.

RÉFÉRENCES

1. Commission de la réforme des services publics de l'Ontario. (2012). Des services publics pour la population ontarienne: cap sur la viabilité et l'excellence. Ottawa: Gouvernement de l'Ontario
2. American Nurses Association. (2010). Nursing's social policy statement. Silver Spring: MD: ANA.
3. Chouinard MC, Hudon C, Dubois MF, et al. (2013). 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;13:49.
4. Hudon C, Chouinard MC, Diadiou F, Bouliane D, Lambert M, Hudon M. The Chronic Disease Self-Management Program : the experience of frequent users of health care services and peer leaders. Fam Pract 2016; 33 (2): 167-71
5. Hudon C, Chouinard MC, Diadiou F, Lambert M, Bouliane D, Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases : A Qualitative Study of Patient and Family Experience. Ann Fam Med 2015; 13 : 523-8