



Améliorer la trajectoire de soins des personnes avec des besoins complexes utilisant fréquemment les services de santé pour réduire les consultations évitables à l'urgence

Rapport d'évaluation du projet-pilote d'implantation de l'approche V1sages

Présenté au ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec

Octobre 2023

Équipe de recherche

Chercheuses responsables

Catherine Hudon | MD, CCFP, PhD

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

Maud-Christine Chouinard | RN, PhD

Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Co-chercheurs

Grégory Moullec | PhD

Département de médecine sociale et préventive | École de santé publique
Université de Montréal

Lourdes Rodriguez del Barrio | PhD

École de travail social
Université de Montréal

Chargée de projet

Catherine Maisonneuve | Dt.P., M.Sc.

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

Professionnels de recherche responsables de l'évaluation

Émilie Angrignon-Girouard | PhD

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

Mathieu Bisson | M.Sc

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

Patients partenaires

André Gaudreau

Marie-Dominique Poirier

Équipes d'implantation

Gestionnaires

Emmanuelle Britton | MDCM, CCFP

Directrice adjointe de la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique
CISSS de l'Outaouais

Édith Chartier | M.Sc.

Cheffe de service accès pertinence et première ligne
CISSS de l'Outaouais

Chantal Lapierre | Dt.P.

Cheffe d'administration de programme
Centre Jean-Jacques Gauthier | CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Giovanni Miliani | inf., MAP, Adm. A

Coordonnateur des services de santé en milieu carcéral et maladies chroniques
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Professionnels et cliniciens

Marie-Thérèse Cazalais

Agente de planification, de programmation et de recherche
CISSS de l'Outaouais

Sonia Tatta

Infirmière clinicienne
Centre Jean-Jacques Gauthier | CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

David Gourdes

Infirmier clinicien
Centre Jean-Jacques Gauthier | CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Problématique actuelle

Près de 80 % des coûts des soins de santé (331 milliards au Canada et 75 milliards au Québec en 2022)¹ sont attribuables à 10 % de la population. Plusieurs de ces personnes, âgées ou non, utilisent fréquemment les ressources du système de santé, dont les services d'urgence. Elles présentent des besoins de santé complexes, c'est-à-dire une combinaison de maladies chroniques physiques, de troubles de santé mentale, et une précarité socio-économique. Au Québec, 5 % des usagers comptent pour 36 % des visites à l'urgence.² Malgré leur utilisation fréquente des services de santé et des coûts importants, ils ont souvent des expériences de soins négatives, des résultats de santé défavorables, et un taux de mortalité élevé.³ Le grand défi d'organisation et de prestation de soins et services pour ces usagers est d'améliorer les transitions, la coordination, et l'intégration des soins et services entre les différents professionnels de santé physique, de santé mentale et le réseau communautaire pour réduire les consultations évitables à l'urgence et les hospitalisations.

Solution pour y remédier

Les données probantes soutiennent clairement les modèles d'intégration des soins et services, incluant la gestion de cas, pour améliorer l'expérience de ces usagers et des professionnels, les indicateurs de santé, et l'efficacité du système.⁴⁻⁸ La gestion de cas est d'ailleurs implantée dans plusieurs régions du Québec pour les personnes âgées en perte d'autonomie.⁹

L'approche V1SAGES

Une innovation développée au Québec pour cette population

L'équipe des professeures Catherine Hudon (Université de Sherbrooke) et Maud-Christine Chouinard (Université de Montréal), financée par les Instituts de recherche en santé du Canada, le Fonds de recherche du Québec en santé, le ministère de l'Économie et de l'Innovation, ainsi que de nombreux autres partenaires, travaille activement depuis 2012 avec plusieurs acteurs clés – décideurs, gestionnaires, professionnels de la santé et des services sociaux, patients et chercheurs – de différentes provinces canadiennes afin de développer et évaluer l'approche V1SAGES (<https://v1sages.recherche.usherbrooke.ca>). Cette approche vise à intégrer des gestionnaires de cas d'établissement (CIUSSS ou CISSS) et des intervenants pivots en groupe de médecine de famille (GMF) dans le suivi des personnes utilisant fréquemment les services de santé et ayant des besoins de santé complexes. Leurs travaux ont fait l'objet de nombreuses publications et présentations.

Un projet-pilote d'implantation, financé par le ministère de la Santé et des Services Sociaux de 2021 à 2023, a été déployé dans deux établissements du Québec en préparation à la mise à l'échelle de l'approche V1SAGES dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux québécois.

Objectifs

Le projet-pilote visait les objectifs suivants :

- Implanter l'approche V1SAGES dans deux établissements de santé et de services sociaux (CIUSSS ou CISSS) ;
- Identifier les facteurs ayant entravé et facilité l'implantation de l'approche dans ces organisations ;
- Émettre des recommandations pour faciliter sa mise à l'échelle.

En quoi consiste l'approche V1SAGES

L'approche V1SAGES a été développée et évaluée au fil des 12 dernières années en cohérence avec les standards de pratique du Réseau national de gestion de cas du Canada¹⁰ et de la Société américaine de gestion de cas¹¹, et les six caractéristiques d'intégration proposées pour considérer l'expérience de l'utilisateur.¹² Son objectif est de mieux coordonner et personnaliser la trajectoire de soins des personnes avec des besoins complexes qui utilisent fréquemment les services de santé. Elle vise à améliorer leur expérience de soins et leur santé ainsi qu'à favoriser le travail d'équipe, la satisfaction des professionnels, et l'efficacité du système de santé et de services sociaux, tout en promouvant l'équité.¹³

Les rôles des gestionnaire de cas et des intervenants pivots s'articulent autour de quatre activités principales : 1) l'évaluation des besoins et du projet de vie de la personne et de sa famille ; 2) le co-développement et le suivi d'un plan de services individualisé, élaboré conjointement avec la personne, sa famille, ainsi qu'avec les partenaires de son groupe de médecine de famille (GMF), de l'établissement de santé et des services sociaux, et du réseau communautaire ; 3) la coordination des services entre tous les partenaires ; et 4) l'éducation et le soutien à l'autogestion de la personne et de sa famille (pour une description plus complète de ces rôles, voir Danish et al.¹⁴).

Tout le matériel clinique et de formation nécessaire est disponible sur demande et a déjà été utilisé dans des projets de recherche antérieures et en clinique. La boîte à outils inclut la formation pour les professionnels impliqués (modules web autoportants), l'outil de repérage CONECT-6, un standard de soins, et plusieurs outils cliniques.

Établissements participants

Le projet-pilote s'est déroulé dans deux établissements québécois et leur réseau territorial de services (RTS), soit au Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM) et au Centre intégré de santé et services sociaux de l'Outaouais (CISSSO). Ces établissements ont été choisis car ils avaient manifesté leur intérêt à implanter l'approche et étaient prêts à mobiliser les ressources nécessaires. Le choix de ces milieux urbains apparaissait aussi intéressant compte tenu des expériences d'implantation antérieures de l'approche V1SAGES dans des milieux semi-urbains ou ruraux.

Étapes de l'implantation de l'approche V1SAGES

- 1** **Analyse des éléments de contexte spécifiques de l'établissement et de la région où l'approche est implantée** avec les gestionnaires afin de s'assurer de leur prise en compte dans les étapes subséquentes.
- 2** **Rencontres régulières d'un comité opérationnel entre chefs de service et gestionnaires de cas** pour veiller à ce que l'implantation soit effectuée en conformité avec les principes de l'approche et que l'arrimage entre l'approche et les services existants soit facilité.
- 3** **Mise en place des équipes responsables de l'implantation**, soit : personne chargée de projet, gestionnaire de cas (un par établissement même si la mise à l'échelle prévoit un plus grand nombre de gestionnaires de cas par établissement à partir d'un ratio tenant compte de la taille de la population desservie), adjointe administrative, patient(s) partenaire(s) et formation des comités de gouvernance.
- 4** **Le cas échéant, présentations de l'approche aux groupes de médecins de famille (GMF et GMF-U)** pour évaluer leur intérêt à déployer le rôle d'intervenant pivot.
- 5** **Témoignage d'une patiente partenaire** soulignant les bénéfices de l'approche V1SAGES auprès des professionnels.
- 6** **Formation de 4 heures** (modules web) dédiée aux gestionnaires de cas et aux intervenants pivots des GMF.
- 7** **Création d'un comité de liaison GMF entre l'équipe de gestion des GMF** (par exemple les chefs GMF ou les infirmières cliniciennes assistantes au supérieur immédiat (ICASI)), chefs de programme, et gestionnaires de cas pour faciliter l'implantation de l'approche dans les GMF et la collaboration avec l'établissement.
- 8** **Développement de la méthode de repérage des personnes ciblées** par l'approche (au moins 6 visites à l'urgence dans la dernière année).
- 9** **Adoption du standard de soins** (Annexe 1) **et d'un logigramme** pour l'orientation des patients qui utilisent fréquemment les services (Annexe 2) par l'organisation.
- 10** **Rencontres de soutien clinique hebdomadaires ou bimensuelles entre gestionnaires de cas et experts de l'approche** pour offrir du soutien et des conseils cliniques aux gestionnaires de cas par rapport à leur nouveau rôle et à leur accompagnement auprès des intervenants pivots.
- 11** **Accompagnement des intervenants pivots** par la gestionnaire de cas d'établissement par l'animation d'une communauté de pratique et des suivis individuels au besoin.
- 12** **Prise de contact, premières évaluations, et interventions** auprès de la clientèle ciblée par la gestionnaire de cas et les intervenantes pivots.
- 13** **Mobilisation de divers partenaires et promotion de l'approche** par la mise en œuvre d'un plan de communication solide.
- 14** **Suivis de certains indicateurs d'évaluation** au cours de l'implantation.

Méthodologie de l'évaluation

Devis

Pour évaluer l'implantation de l'approche V1SAGES au CIUSSS NIM et au CISSSO, une étude de cas multiples a été effectuée.¹⁵

Collecte de données

La collecte de données qualitative a reposé sur deux méthodes. 1) De l'observation participante a été effectuée par des membres de l'équipe de recherche à toutes les étapes du projet. Leur présence aux rencontres des comités opérationnels et de liaison, ainsi que lors de rencontres de soutien clinique formelles et informelles, a permis de recueillir de nombreuses informations sur les enjeux de l'implantation. 2) Des entrevues semi-dirigées et des groupes de discussion ont été effectués auprès des 37 principaux acteurs de l'implantation (à l'exception d'une gestionnaire de cas en établissement que nous n'avons pu rencontrer en entrevue), soient 15 gestionnaires, 1 gestionnaire de cas d'établissement, 11 intervenantes pivots, 2 chargées de projet, 4 autres professionnels de la santé collaborant à l'approche, ainsi que 4 médecins responsables des GMF participants. Ces entrevues visaient à recueillir leur point de vue sur les défis rencontrés et les recommandations pour faciliter la mise à l'échelle. Deux patients ont été rencontrés en entrevue afin de connaître leurs besoins en matière de santé. Le niveau de complexité des besoins des patients ayant bénéficié de l'approche a été un frein important à l'obtention de leur consentement à la recherche. Les guides d'entrevue ont été élaborés à partir de méthodes d'évaluation de programmes en collaboration avec les patients partenaires de l'équipe de recherche.

Afin de décrire la portée de l'implantation, certains indicateurs ont été retenus, tels que le nombre de rencontres tenues par les équipes œuvrant à l'implantation au sein des organisations et le nombre de rencontres auprès des partenaires externes, le personnel formé par l'approche, le nombre de patients ciblés, et la nature des interventions effectuées auprès d'eux. Les indicateurs pour mesurer les effets de l'approche sur les patients ciblés n'ont pas été accessibles lors de l'évaluation.

Résultats

Premier cas



Particularités du territoire desservi

Le territoire du CIUSSS NIM s'étend sur 88 km² et se situe dans la partie nord de l'Île-de-Montréal. Il dessert totalement ou partiellement la population d'Ahuntsic et de Cartierville, de Montréal-Nord, de Saint-Laurent, de Villeray ainsi que de La Petite-Patrie, qui compte 446 800 personnes. Il offre des services spécialisés et surspécialisés à 1,8 millions de Québécois de différentes régions.¹⁶

Ce territoire se distingue par une population plus jeune que celle de la moyenne nationale des autres régions. La présence des moins de 15 ans est plus marquée alors que celle des 65 ans et plus est moindre. La population y est moins vieillissante que dans d'autres CISSS et CIUSSS.

L'indice de défavorisation matérielle est plus élevé sur ce territoire, tandis qu'il se situe dans la moyenne sur le plan social. Néanmoins, on observe une grande hétérogénéité sur le territoire, marquée par des écarts importants de défavorisation, que ce soit matérielle, sociale, ou liées aux habitudes de vies selon les zones desservies par le CIUSSS NIM. Le bilan de santé populationnel est inégal sur le territoire. Plus particulièrement, le réseau local de santé (RLS) d'Ahuntsic et Montréal-Nord présente des taux élevés d'hypertension, de diabète, d'asthme et de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), ainsi qu'une espérance de vie plus faible. Le territoire du CIUSSS-NIM compte l'une des plus fortes proportions de personnes issues de l'immigration et de nouveaux arrivants dans la province.¹⁷



Lieu du projet-pilote

Le projet-pilote avait principalement lieu dans un centre spécialisé en maladie chronique de première ligne. Deux GMF-U et deux GMF ont participé au projet. Ces quatre cliniques de première ligne sont situées dans différents quartiers du Nord-de-l'Île-de-Montréal, ce qui offre une portée géographique diversifiée du territoire couvert dans le CIUSSS NIM, bien que certains quartiers n'aient pas eu de GMF participant.



Gouvernance

L'implantation de l'approche V1SAGES a été portée par une petite équipe, incluant la gestionnaire de cas, un expert en santé respiratoire en soutien à la gestion de cas, une gestionnaire d'administration de programme, et un coordonnateur de services. Cette équipe a été soutenue par une chargée de projet travaillant avec l'équipe de recherche. Cette dernière a apporté du soutien à la mise en place de l'approche lors de plus de 20 rencontres de soutien clinique hebdomadaires ou bimensuelles conjointement avec les expertes de l'approche (CH et MCC). Ces rencontres avaient pour but de former de nouvelles infirmières, des travailleuses sociales et autres professionnels des cliniques, effectuer des suivis post formations auprès des intervenantes pivots et offrir un accompagnement à la demande de ces dernières. Le comité opérationnel composé de l'équipe d'implantation et des expertes a tenu 8 rencontres. Le comité de liaison GMF composé de chefs d'administration de programmes du CIUSSS et des GMF s'est rencontré à 15 reprises. Des suivis ponctuels et des rétroactions avec l'équipe de recherche (MCC et CH) étaient également encouragés. Les directions de l'organisation ont joué un rôle limité dans l'implantation.



Profil et rôle de la gestionnaire de cas

La gestionnaire de cas d'établissement, située dans le centre de prévention de première ligne des maladies chroniques, a joué un rôle clé dans le projet. Sélectionnée notamment pour sa riche expérience de proximité avec les patients, elle a exercé pendant de nombreuses années comme infirmière à domicile. Outre son vécu professionnel, ses compétences relationnelles, son sens de l'initiative et sa capacité de collaboration ont été déterminants dans le choix de son recrutement. Dans un premier temps, elle a consacré 3 à 4 jours par semaine pour ses tâches de gestionnaire de cas, puis un temps plein à partir de mai 2022. Parmi ses nombreuses responsabilités, elle a développé des outils cliniques, contribué activement au développement du logigramme d'orientation des patients, et présenté l'approche à différents professionnels et gestionnaires, tant au sein du CIUSSS qu'à l'externe. Elle a également soutenu les intervenantes pivots des GMF participants, participé à l'extraction des données patients, animé une communauté de pratique, et assuré la prise en charge de plusieurs patients suivant les quatre niveaux d'intervention de l'approche V1sages. Par ailleurs, une adjointe administrative l'a épaulée, notamment dans l'identification des grands utilisateurs de services.



Implantation

L'implantation de l'approche V1SAGES a requis des rencontres d'introduction et de présentation entre l'équipe de recherche et des gestionnaires et professionnels du milieu, c'est-à-dire avec 5 chefs de programme des GMF participants, 5 médecins responsables, et 5 membres du personnel des GMF dont le personnel infirmier. Outre la gestionnaire de cas d'établissement, dix intervenantes pivots ont été recrutées dans les GMF participants et formées. Une douzaine de personnes ayant des besoins de santé complexes avaient été contactées pour bénéficier de l'intervention au moment de la collecte des données.

Résultats

Premier cas (suite)



Bons coups

Tout d'abord, les compétences exceptionnelles et l'engagement de la gestionnaire de cas ont été un atout majeur dans l'implantation de l'approche. Les relations solides établies entre la gestionnaire de cas et les patients pris en charge ont contribué à instaurer un climat de confiance et de compréhension, ce qui a favorisé une meilleure coordination de leurs soins.

Le soutien qu'elle a offert aux intervenantes pivots a renforcé leur engagement dans le projet. La mise en place d'une communauté de pratique a permis un échange continu d'expériences et de connaissances, renforçant ainsi la cohésion et la confiance dans l'application de l'approche. Des suivis individuels et personnalisés ont permis de répondre aux questions et aux besoins des intervenantes pivots en temps opportun. En outre, la gestionnaire de cas a réussi à transmettre sa confiance dans l'approche aux intervenantes pivots en GMF.

Le leadership de l'équipe d'implantation a permis de bien rejoindre les collaborateurs dans l'organisation et les partenaires hors de l'organisation. La formation ainsi que l'approche centrée sur la personne ont été généralement appréciée par les intervenantes pivots. Selon les professionnelles formées, elle permet de répondre à certaines lacunes observées dans leur milieu, comme le manque de communication et le travail en silos. Elles ont souligné que l'approche favorisait une meilleure communication interdisciplinaire et intersectorielle, une meilleure collaboration interprofessionnelle et permettrait une plus grande responsabilisation de la part des parties prenantes (c'est-à-dire les cliniciens, les professionnels, les gestionnaires, les organisations, et les patients).



Barrières rencontrées

L'accès à l'information des patients s'est avéré problématique. Le processus d'identification des patients aux besoins complexes a été entravé par la nécessité d'utiliser une quinzaine de logiciels pour obtenir les diverses informations nécessaires à leur suivi, ce qui demandait beaucoup de manipulations et de temps afin de colliger les données cliniques de ces patients. De plus, les règles entourant l'accès aux renseignements sur la santé et les services des patients ont entravé la fluidité des échanges entre le CIUSSS et les GMF.

Un plan de communication intra et extra-organisationnel pour faire connaître l'approche n'a pas été formalisé en amont, ce qui a limité la sensibilisation des partenaires et collaborateurs à l'approche V1SAGES. Ce faisant, la gestionnaire de cas devait justifier son rôle vis-à-vis chaque nouvel interlocuteur, professionnel ou gestionnaire, avec qui elle devait collaborer pour la coordination des soins de ses patients.

Un manque de priorisation ou d'engagement s'est également fait sentir par certains acteurs, et ce à divers niveaux de l'organisation. Cette situation a occasionné un manque de fluidité dans la communication intra-organisationnelle et a ralenti le processus d'implantation de l'approche.



Pérennité

En dépit de ces barrières, les réussites tangibles et la persévérance de l'équipe ont jeté les bases de l'approche V1SAGES au CIUSSS-NIM. La gestionnaire de cas poursuit son travail en ce sens et continue d'accompagner les GMF qui souhaitent adopter l'approche.

Success Story

Mme Deneault (nom fictif) éprouvait divers problèmes de santé et sa situation de santé s'était graduellement dégradée sur les plans physique, mental et social. Elle avait visité l'urgence plus de 100 fois dans la dernière année lorsqu'elle a été repérée par la gestionnaire de cas. Le personnel de l'urgence la connaissait très bien, mais constatait que leurs services n'étaient pas adéquats pour ses besoins. Plusieurs membres du personnel de l'urgence ressentaient de l'impuissance face à sa situation. Mme Deneault avait développé une forte méfiance envers les soignants et les services proposés.

Par son ouverture, son écoute, sa compréhension de la complexité des enjeux rencontrés par cette patiente et en restant centrée sur le projet de vie de Mme Deneault, la gestionnaire de cas a réussi à obtenir sa collaboration et à développer une relation de confiance avec elle en dépit de sa méfiance initiale. Ce lien de confiance lui a permis de découvrir que ses nombreuses visites à l'urgence étaient principalement motivées par des menaces d'expulsion de son logement et une situation de querelles dans son voisinage qui provoquaient anxiété et craintes à sa sécurité. La gestionnaire de cas a également découvert qu'au-delà de l'anxiété provoquée par les rendez-vous avec les services de première ligne, Mme Deneault avait un problème de mobilité rendant son accès à ceux-ci quasi impossible.

À travers plusieurs interventions, la gestionnaire de cas a contribué à trouver un endroit adapté à sa condition physique pour séjourner en attendant la réhabilitation de sa situation de logement. Elle a aussi coordonné l'obtention d'un service de transport adapté afin qu'elle puisse se rendre à ses rendez-vous de soins de santé en première et deuxième lignes. En l'espace de quelques semaines, Mme Deneault a cessé de visiter l'urgence et a pu être intégrée à une trajectoire de soins adaptée, grâce au plan de services individualisé réalisé en collaboration avec des professionnels intervenant dans différents secteurs de soins requis pour sa situation. Elle a pu être mieux accompagnée dans ses problématiques de santé et a peu à peu retrouvé confiance face aux services lui étant proposés.

Résultats

Deuxième cas



Particularités du territoire desservi

Le CISSSO dessert une population qui dépasse les 385 000 habitants, dont plus de 72 % vivent à Gatineau, ce qui constitue un environnement de forte densité démographique. De par sa situation de région limitrophe avec la capitale nationale d'Ottawa, son offre de service s'est construite en complémentarité avec l'offre de services ontarienne.¹⁸ Cette proximité entraîne une forte compétitivité des marchés d'emploi, exacerbant la pénurie d'employés qui prévaut au Québec et dans le système de santé.

La population desservie est croissante et vieillissante. Elle comporte des indices de défavorisation matérielle marquée dans plusieurs RLS, soient Pontiac, Vallée-de-la-Gatineau et, dans une moindre mesure, Vallée-de-la-Lièvre et Petite-Nation. Le bilan de santé populationnelle de la région est moins favorable que dans le reste de la province, particulièrement en ce qui a trait à l'espérance de vie à la naissance, au taux de mortalité, aux cancers, et aux maladies de l'appareil circulatoire et celles de l'appareil respiratoire.¹⁸

Le CISSSO dessert une population autochtone en communauté et hors communauté correspondant à 5 % de la population totale et une population issue de l'immigration correspondant à 9 % de la population, ce qui l'amène au 4^e rang des régions d'accueil au Québec.¹⁸



Lieu du projet-pilote

Le projet-pilote avait principalement lieu dans l'hôpital où travaillait la gestionnaire de cas. Un GMF-U et un GMF ont participé au projet, tous deux situés dans la ville de Gatineau. Ainsi, le projet s'est principalement déroulé dans la zone urbaine de la région de l'Outaouais.



Gouvernance

La structure de gouvernance a été élaborée par un comité stratégique sur les « grands utilisateurs » déjà existant dans l'organisation. Cette instance comprenait les directions des services professionnels et de la pertinence clinique, de la santé mentale et dépendances, des soins infirmiers, des services multidisciplinaires et à la communauté, et de la qualité, évaluation, performance et éthique. Les directeurs et directrices ont mandaté un chef de service de leur équipe pour siéger sur le comité opérationnel. La coordination a été confiée à une chargée de projet dans l'organisation, soutenue par la chargée de projet de l'équipe de recherche V1SAGES. Une présentation à ce comité stratégique par l'équipe de recherche a eu lieu au début de l'implantation, suivie de 12 rencontres du comité opérationnel dédié à l'implantation du programme de gestion de cas, d'une rencontre en comité de discussion de cas inter-établissement, et d'une rencontre avec les responsables en santé mentale et en soins à domicile pour discuter des arrimages possibles avec leurs services. Un comité de liaison GMF a été créé, mais aucune rencontre n'a eu lieu. Huit réunions de soutien clinique ont permis à la gestionnaire de cas, à la chargée de projet CISSSO, à la chargée de projet V1SAGES et à l'une des expertes de l'approche (MCC) d'échanger sur les différents enjeux et stratégies en lien avec l'implantation de l'approche.



Profil et rôle de la gestionnaire de cas

Le choix de la gestionnaire de cas s'est appuyé sur ses compétences de gestion des lits, son expérience auprès des patients en contexte hospitalier et sa vaste connaissance du réseau de la santé en Outaouais. Compte tenu d'un manque de ressources, elle n'a pu consacrer qu'un maximum de deux jours par semaine à la gestion de cas, tandis que la majorité de son temps était investi dans ses responsabilités de gestionnaire de lits. Cette répartition des tâches a limité son efficacité à titre de gestionnaire de cas, malgré son expertise. Des infirmières en retrait préventif ont été assignées en soutien administratif pour alléger sa charge de travail. Elles ont participé à des tâches de suivis des patients afin de lui permettre de mieux se concentrer sur les aspects complexes de la gestion de cas.



Implantation

Des présentations ont été faites par les expertes de l'approche (CH et MCC) aux responsables des GMF. Un GMF-U et un GMF privé ont accepté de participer à l'implantation où 18 infirmières et autres professionnels de la santé ont été formés.

Résultats

Deuxième cas (suite)



Bons coups

La structure de gouvernance favorisant la concertation entre les directions a permis de consolider une vision commune de la gestion de cas et de mettre en branle un chantier sur les trajectoires des patients vivant avec des besoins complexes. L'élaboration d'un énoncé de projet détaillé approuvé par le Comité de direction a permis de légitimer les démarches d'implantation dans l'organisation. La collaboration transversale entre les directions a facilité la mise en place de solutions novatrices et le travail intersectoriel tout au long de l'implantation. La gouvernance dans ce projet a été caractérisée par une culture d'amélioration continue, une facilitation par la concertation intra organisationnelle et une confiance établie en l'approche.



Barrières rencontrées

Les dossiers n'étant pas informatisés au CISSSO, la gestionnaire de cas devait se rendre aux archives des différents centres hospitaliers afin d'avoir accès aux dossiers des patients. Les procédures administratives d'accès aux dossiers ont complexifié la tâche. Des discussions ont eu lieu avec les responsables des archives et une procédure a été mise en place pour faciliter l'accès aux informations. Plus précisément, la gestionnaire de cas devait communiquer avec eux 24 à 48 h avant de se rendre sur place pour marquer les sections pertinentes des dossiers, afin qu'elles soient numérisées et lui soient transmises par la suite. La gestionnaire de cas a constaté que cette procédure était peu efficace et a plutôt fait du repérage auprès des utilisateurs fréquents des services hospitaliers dans son propre établissement de travail.

Le fait qu'aucun budget ne soit ajouté pour l'embauche de la gestionnaire de cas, jumelé à la situation de pénurie du personnel clinique, a été une barrière majeure dans la poursuite de l'implantation du projet. La gestionnaire de cas n'a pu être libérée pour se consacrer adéquatement à sa tâche. Une nouvelle candidate pour la gestion de cas a été recrutée par les gestionnaires impliquées, mais un événement imprévu (accident) a rendu impossible son entrée en poste. Les suivis des patients ciblés par l'approche ont dû être répartis dans les directions impliquées.

La gestionnaire de cas était très à l'aise avec la structure organisationnelle du CISSSO et la gestion hospitalière, mais moins familière avec les trajectoires en santé mentale et avec les services de proximité. Ce profil de compétence n'a pas favorisé des interactions optimales avec les GMF et les organismes communautaires.



Pérennité

Les gestionnaires et professionnels de l'organisation ont souligné la pertinence de l'approche et réitéré leur intérêt envers la gestion de cas pour les patients aux besoins complexes. Cependant, afin de poursuivre l'implantation de l'approche V1SAGES dans cette organisation, les directions impliquées ont constaté qu'il sera nécessaire de mandater une direction responsable, que la gestionnaire de cas d'établissement devrait interagir davantage avec les services de proximité, et que le ou la candidate en poste devrait être à temps complet.

Recommandations

Nos recommandations pour implanter l'approche V1SAGES dans la perspective d'une mise à l'échelle sont présentées dans les tableaux « Gestion de cas en établissement » et « Intervention pivot en GMF ».



Gestion de cas en établissement

Enjeux	Recommandations
Gouvernance	
Concertation et légitimation du rôle des gestionnaires de cas et intervenants pivots	Engager la direction générale pour en faire une priorité organisationnelle claire et développer une vision commune dans l'organisation, à l'aide d'un plan d'implantation approuvé par le comité de direction
	Bien organiser la gouvernance (capacité de rapporter les enjeux nécessitant une décision aux instances requises et de former un comité inter-directions)
	Développer un plan de communication pour partager la vision du changement, soutenir la légitimité des gestionnaires de cas, et partager les succès
	Assurer la pérennité des structures nécessaires pour pallier l'instabilité des équipes (le déploiement ne doit pas reposer sur les personnes en place, mais sur les structures/processus)
	Stabiliser et former l'équipe de gestionnaires de cas avant de déployer dans les GMF
Ressources humaines	
Description d'emploi qui répond aux besoins du poste de gestionnaire de cas	Privilégier l'embauche des gestionnaires de cas basée sur la compétence plutôt que l'ancienneté
	Rechercher le bon profil de compétences : leadership et capacités communicationnelles ; relation d'aide, empathie, ouverture, humanisme, attitude positive ; détermination et persévérance ; bonne connaissance du réseau de santé et services sociaux ainsi que des ressources communautaires
Connaissance et aisance en santé mentale de la part des professionnels	Permettre les déplacements (au domicile des personnes suivies, dans des organisations externes ou d'autres établissements et centres de santé)
	Offrir un module de formation complémentaire en santé mentale et soutenir le développement des capacités en communauté de pratique
	Travailler en dyade infirmière/travailleur social (prévoir les ressources et formations en conséquence)
Charge de travail	
Charge de travail pour le gestionnaire de cas	Développer le rôle de gestionnaire de cas comme un poste dédié
	Prévoir une agente administrative dans les CISSS/CIUSSS pour soutenir l'extraction de données
	Prévoir une charge de cas d'environ 30 patients par gestionnaire de cas pour une durée d'un an
	Quantifier la complexité des cas (PORTRAIT-10)
	Répartir les cas très complexes entre les différents gestionnaires de cas. Prise en charge par la gestionnaire de cas dans un premier temps, puis orienter prise en charge vers le GMF dans un second temps, le suivi devant ultimement être au GMF pour les personnes inscrites
Rôle et définitions des tâches	
Délimitation et appropriation des rôles de gestionnaire de cas et d'intervenant pivot	Développer un guide d'implantation pour uniformiser la mise en œuvre avec description claire des rôles
	Offrir aux gestionnaires de cas du soutien clinique individuel et de groupe (communauté de pratique professionnelle)

Recommandations



Gestion de cas en établissement (suite)

Enjeux	Recommandations
Identification et évaluation des patients ciblés	
Efficience des systèmes informatiques	Déployer une plateforme de repérage et y inclure un tableau de bord éventuellement
	Améliorer l'interface entre les diverses plateformes technologiques
	Comptabiliser les visites dans toutes les urgences fréquentées
Suivi des patients par les urgences et les ressources appropriées	
Connaissance par les équipes des urgences de la présence du gestionnaire de cas et de son travail	Informar les urgences et ressources appropriées qu'une personne donnée est suivie par un gestionnaire de cas afin d'assurer la cohérence avec le plan de services individualisé (PSI) et d'éviter de dédoubler les soins
Référence systématique par les équipes des urgences vers le gestionnaire de cas	Assurer que la personne identifiée soit référée au gestionnaire de cas par les équipes des urgences et que toute nouvelle information la concernant soit transférée au gestionnaire de cas – le consentement du patient ayant été obtenu au préalable
Communication inter-organisationnelle	
Communications auprès des organisations à l'extérieur du CISSS/CIUSSS (autres CISSS/CIUSSS, organismes communautaires, GMF privés)	Planifier des stratégies pour bien les rejoindre et les engager : plan de communication ; tables de concertation avec les organisateurs communautaires ; etc. Créer des corridors de communication inter-CISSS/CIUSSS ; identifier les patients et leur gestionnaire de cas (ou intervenante pivot) dans plusieurs CISSS/CIUSSS (avec consentement du patient) et rendre accessible le plan de services individualisés ; créer une communauté de pratique de gestionnaires de cas inter-CIUSSS
Coordination	
Coordination potentielle entre plusieurs gestionnaires de cas d'un même établissement	Nommer un gestionnaire de cas « chef des gestionnaires de cas » responsable de la coordination et du soutien clinique des gestionnaires de cas
Accès aux services	
Accès aux services de deuxième et troisième ligne	Développer des corridors de services entre première, deuxième et troisième ligne pour prioriser les personnes ayant des besoins complexes et hausser leur niveau de priorité en leur conférant un statut particulier
Partenariat patient	
Compréhension de la réalité des patients	Impliquer des patients partenaires dans les communautés de pratique
Suivi et évaluation	
Suivi de l'impact de l'approche et ses résultats dans le temps	Évaluer en continu les résultats selon des indicateurs quantitatifs (coûts et ressources) et qualitatifs (patient)
	Établir des livrables (indicateurs) de manière que les dirigeants et les gestionnaires de cas soient imputables
Terminologie et culture organisationnelle	
Création d'un lien de confiance et de respect avec les patients	Éviter le terme « grand utilisateur » car trop péjoratif. Alternative : « personne avec besoins complexes » ; changer la perception au sein du réseau pour éviter un traitement inéquitable ; adopter une terminologie positive pour engager davantage les professionnels et les patients

Recommandations



Intervention pivot en GMF

Enjeux	Recommandations
Rôle et définitions des tâches	
Implantation du rôle d'intervenant pivot en GMF	Offrir du soutien clinique et l'accompagnement d'un gestionnaire de cas pour assurer un coaching individuel et de groupe (communauté de pratique); identifier une personne responsable de la formation des équipes cliniques, de l'accompagnement, de l'accès aux données et l'obtention des listes ; nommer une personne en soutien à l'intérieur des GMF (p. ex. soutien aux activités cliniques (SAC) ou ICASI)
	Sensibiliser les médecins et autres professionnels au rôle d'intervenante pivot et à ses bénéfices pour l'équipe du GMF, le système de santé et le patient; s'assurer de l'appui des supérieurs (médecin responsable du GMF et gestionnaire clinique) et du temps requis pour mener à bien l'intervention
	Permettre une flexibilité quant au mode d'implantation de l'approche selon les besoins des milieux et leur contexte particulier (par exemple, l'usage des ressources ou le mode de gouvernance peuvent être différents d'un milieu à l'autre selon les modes de fonctionnement déjà en place) ; s'assurer d'avoir une vision commune de l'approche avec les GMF et favoriser une culture collaborative visant la prise en charge des patients
	Prioriser les patients suivis dans l'approche V1SAGES ; mais permettre aussi le suivi de personnes ciblées par le GMF ayant besoin d'une coordination par l'intervenant pivot (trouble neurocognitif majeur, cancer, ou autre problématique) pour éviter des complications et une utilisation des services non optimale ; assurer une continuité de services
	Clarifier les rôles des travailleuses sociales et des infirmières lorsqu'elles travaillent en collaboration pour un même suivi
	Clarifier le rôle des intervenantes pivots lorsque des patients sont déjà suivis par des intervenantes pivots externes ou suivis de longue date par des services spécialisés
Engagement	
Engagement des équipes GMF	Planifier des stratégies d'information et de « marketing » en amont (bénéfices de l'approche, impacts sur les équipes et sur les patients, etc.); organiser des activités de transfert de connaissances avec les équipes cliniques pour promouvoir les bénéfices (p. ex. amélioration du taux d'assiduité et impact positif sur le financement).
	Accompagner et former régulièrement les équipes (dont médecins et intervenantes pivots) par des experts du milieu (CIUSSS) et experts externes
Surcharge	
Opportunité de développer le rôle d'intervenante pivot dans un climat de travail déjà surchargé	Bien expliquer qu'une bonne partie du rôle se fait déjà; changement dans la façon de travailler (plutôt qu'ajout net); développement des compétences des gestionnaires de cas dans un premier temps pour soutenir le développement de l'intervention pivot en GMF
	Déterminer un nombre d'heures dédié par les intervenantes pivots
	Repérage des patients par les gestionnaires de cas de l'établissement
	Commencer des suivis avec quelques patients seulement et augmenter progressivement
	Déployer les ressources nécessaires pour pallier le roulement de personnel (l'équivalent de 0,5 ETP répartis sur quelques professionnels)

Recommandations



Intervention pivot en GMF (suite)

Enjeux	Recommandations
Intégration aux cadres ministériels	
Présence du rôle d'intervenante pivot dans le cadre GMF	Intégrer le rôle d'intervenante pivot dans le cadre GMF
Compatibilité du cadre de pratique des travailleuses sociales avec le rôle d'intervenante pivot	Intégrer la coordination (intervention pivot) dans le cadre de pratique des travailleuses sociales en GMF
Fluidité administrative et adaptabilité des formulaires et outils	Laisser de la flexibilité dans l'usage des formulaires ; possibilité d'adapter ou fusionner les outils des organisations avec les outils V1SAGES
Évaluation de l'environnement du patient et accompagnement dans des activités essentielles	Inclure dans la description de tâche des intervenantes pivots la possibilité de se déplacer chez le patient et de l'accompagner aux endroits pertinents leur permettant de mieux intervenir auprès de ce dernier
Implications médecins	
Présence des médecins aux rencontres de plans de services individualisés dans la mesure du possible	Planifier un mode de rémunération cohérent
Implication des médecins dans le suivi de l'implantation et dans la prise en charge de leurs patients	<p>Intégrer davantage les médecins dans le processus d'implantation ; les former et les informer régulièrement sur l'approche; leur communiquer qui sont leurs patients pour qu'ils soient priorisés ; implanter un comité de discussion de cas incluant intervenantes pivots, soutien aux activités cliniques ou infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat, et médecins idéalement ;</p> <p>Créer des partenariats avec DRMG pour promouvoir le déploiement et faciliter l'adhésion/ l'engagement des milieux ; que le DRMG exerce un leadership d'influence</p> <p>Informar la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et échanger avec eux avant la mise à l'échelle en GMF</p> <p>Voir section « engagement »</p>
Accès aux services	
Accès des patients au GMF	<p>Donner des directives claires aux agentes administratives pour qu'elles permettent aux personnes suivies par les intervenantes pivots de prendre des rendez-vous en 24 h ; priorisation à l'interne ; accès à une ligne téléphonique ou un numéro permettant à la personne d'accéder directement à son intervenant pivot</p> <p>Renforcer l'accès adapté et la collaboration interprofessionnelle pour augmenter la pertinence des rendez-vous et l'utilisation efficace des ressources</p> <p>S'allier avec le Guichet d'accès à la première ligne (GAP) pour rejoindre les patients grands utilisateurs orphelins</p>
Accès des patients à la deuxième ligne	Développer des trajectoires de soins prioritaires pour ces patients ainsi que des corridors de communication directs entre les intervenants pivots et les personnes responsables nommées dans chaque direction pour faciliter l'accès à la deuxième ligne

Les messages clés

L'implantation de l'approche V1SAGES dans deux organisations situées en contextes aux réalités différentes a permis d'identifier une variété de facteurs facilitant et entravant cette innovation complexe. En somme, la mise à l'échelle de l'approche V1SAGES requiert :

- **Une gouvernance appropriée** légitimée par la direction générale et un soutien à la coordination;
- **Un plan de communication en amont** intra et extra organisationnel;
- **Une sélection de gestionnaires de cas compétents;**
- **Une pérennisation des processus** ne reposant pas uniquement sur les personnes en place;
- **La clarification des rôles** via un cadre ministériel;
- **Une optimisation des systèmes informatiques** pour améliorer les interfaces et simplifier l'accès et le transfert de données;
- **L'implication des patients-partenaires;**
- **Une évaluation continue;**
- **L'engagement des professionnels;**
- **Du soutien aux professionnels** avec des communautés de pratique et l'accès à des experts, particulièrement en santé mentale et dépendance;
- **Des outils adaptables** selon les contextes.

Remerciements

L'équipe de recherche tient à remercier les gestionnaires et cliniciens du CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal et du CISSS de l'Outaouais pour leur engagement et leur soutien à la mise en œuvre du projet. Elle tient également à souligner l'apport essentiel des professionnels qui ont été impliqués dans l'implantation de l'approche V1SAGES. Enfin, elle tient à remercier le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) pour son soutien financier dans la réalisation de ce projet-pilote.

Approbation éthique

Ce projet-pilote a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Références

- 1 | Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé. Accessed October 11, 2023. <https://www.cih.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante>
- 2 | Hudon C, Courteau J, Chiu YM, et al. Risk of Frequent Emergency Department Use Among an Ambulatory Care Sensitive Condition Population: A Population-based Cohort Study. *Med Care*. 2020;58(3):248-256. doi:10.1097/MLR.0000000000001270
- 3 | Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Pierson R, New AS. survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Aff Millwood*. 2011;2011;30(12):2437-48. doi:10.1377/hlthaff.2011.0923
- 4 | Soril LJJ, 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. doi:10.1371/journal.pone.0123660
- 5 | Althaus F, Paroz S, Hugli O, et al. Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: a systematic review. *Ann Emerg Med*. 2011;58(1):41-52.e42. doi:10.1016/j.annemergmed.2011.03.007
- 6 | Kumar GS, Klein R. Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: a systematic review. *J Emerg Med*. 2013;44(3):717-729. doi:10.1016/j.jemermed.2012.08.035
- 7 | Moe J, Kirkland S, Ospina MB, Campbell S, Long R, Davidson A. Mortality, admission rates and outpatient use among frequent users of emergency departments: a systematic review. *Emerg Med J*. 2016;33(3):230-236. doi:10.1136/emered-2014-204496
- 8 | Raven MC, Kushel M, Ko MJ, Penko J, Bindman AB. The Effectiveness of Emergency Department Visit Reduction Programs: A Systematic Review. *Ann Emerg Med*. 2016;68(4):467-483. doi:10.1016/j.annemergmed.2016.04.015
- 9 | Daviau J, Couturier Y, Gagnon D. La gestion de cas. Cadre de référence. Published online 2013. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2320067>
- 10 | National Case Management Network of Canada. Canadian standards of practice in case management. Connect, collaborate and communicate the power of case management. Published online 2009. Accessed October 10, 2023. <https://web.persi.or.id/images/e-library/ncmn.pdf>
- 11 | Case Management Society of America. What is a Case Manager? - CMSA. Published April 19, 2023. Accessed October 10, 2023. <https://cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/>
- 12 | National Collaboration for Integrated Care and Support. Integrated Care: Our Shared Commitment. GOV.UK. Accessed October 10, 2023. <https://www.gov.uk/government/publications/integrated-care>
- 13 | Équipe de recherche V1SAGES. V1SAGES – Pour mieux soigner les patients aux besoins complexes. Accessed October 10, 2023. <http://v1sages.recherche.usherbrooke.ca/>
- 14 | Danish A, Chouinard MC, Aubrey-Bassler K, et al. Protocol for a mixed-method analysis of implementation of case management in primary care for frequent users of healthcare services with chronic diseases and complex care needs. *BMJ Open*. 2020;10(6):e038241. doi:10.1136/bmjopen-2020-038241
- 15 | Merriam SB, Tisdell EJ. *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation*. 4th ed. San Francisco, CA: Wiley; 2015.
- 16 | Centre intégré universitaire de santé, et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal. CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal | Portrait de l'établissement. CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Published September 20, 2023. Accessed October 10, 2023. <https://www.ciuissnordmtl.ca/a-propos/qui-sommes-nous/portrait-de-l-etablissement/>
- 17 | Ministère de la santé et des services sociaux. Portraits de santé des CIUSSS de Montréal - 2021 | EMIS. Accessed October 10, 2023. <https://emis.santemontreal.qc.ca/sante-des-montreal/portrait-global/portraits-de-sante-des-ciuiss-de-montreal-2021/>
- 18 | Centre de santé et de services sociaux de l'Outaouais. Portrait de la population. CISSS de l'Outaouais. Accessed October 10, 2023. <https://ciiss-outaouais.gouv.qc.ca/mon-ciiss/portrait-de-sante-de-la-population/>

Annexe 1

Standard de soins

APPROCHE V1SAGES © — STANDARD DE SOINS

Les étapes suivantes sont généralement réalisées par le gestionnaire de cas en établissement

Étape 1 : Identification de la personne – repérage 1^{re} partie

1.1 Identification de la personne parmi celles qui utilisent le plus fréquemment les services d'urgence de l'établissement.

- En débutant, prioriser les personnes qui ont le plus grand nombre de visites à l'urgence.

Pour l'intervention-pivot seulement :

- Lorsqu'il n'y a pas de gestionnaire de cas dans l'établissement (situation exceptionnelle); OU
- Lorsque les capacités de la clinique le permettent après avoir priorisé les personnes référées par les gestionnaires de cas :
 - ➔ il est possible de travailler avec des membres de l'équipe clinique de première ligne pour identifier les personnes qui pourraient bénéficier de l'approche V1SAGES. Les médecins de famille et infirmières praticiennes spécialisées sont souvent bien positionnés pour identifier les personnes et les informer de l'approche, mais les infirmières et les autres membres de l'équipe clinique peuvent également prendre un rôle de leadership à l'étape de l'identification.

La personne ciblée devra être considérée par l'équipe clinique comme :

- utilisant fréquemment les services de santé (urgence, hospitalisation, soins de première ligne) ;
- ayant des besoins de santé complexes basés sur : (multiples problèmes de santé physique et/ou mentale avec suivi dans différents programmes, présence de douleur chronique, problème de dépendance, défavorisation matérielle et sociale, etc.).

Étape 2 : Vérification de la complexité des besoins – repérage 2^e partie (≈ 1 semaine¹)

2.1 Consulter le dossier clinique informatisé (pour la gestion de cas) ou le dossier médical (pour l'intervention-pivot) de la personne pour documenter s'il y a une utilisation fréquente liée à des besoins de santé complexes dans les 12 derniers mois :

- regarder les visites récentes à l'hôpital et/ou à la clinique ;
- déterminer si la personne est déjà connue du programme de gestion de cas (services en cours, terminés ou déjà offerts et refusés), si un professionnel pratiquant l'intervention-pivot en première ligne participe déjà à la coordination des soins et services de la personne ou si un gestionnaire de cas ou professionnel pratiquant l'intervention-pivot d'un autre programme participe déjà à la coordination des soins.
- identifier les problèmes de santé physique, mentale et sociale ;
- porter attention aux indices suggérant une utilisation fréquente liée à des besoins complexes (tels que définis à l'étape 1) ;
- Les personnes qui sont en attente ou sont en hébergement de longue durée ne sont pas candidats à l'approche V1SAGES.

Si des besoins complexes sont probables et qu'il n'y a aucun programme déjà en place ou pouvant répondre aux besoins : passer à la prochaine étape. Si un gestionnaire de cas (de l'établissement ou d'un autre établissement s'il y a lieu) ou un professionnel pratiquant l'intervention-pivot participe déjà à la coordination des soins et services, communiquer avec ce professionnel pour vérifier si tous les besoins de santé de la personne sont comblés et si votre collaboration serait souhaitée, selon les normes de confidentialité en vigueur.

Étape 3 : Confirmation de la complexité des besoins (≈ 2 semaines)

3.1 Contacter la personne² par téléphone ou lors d'une visite à l'urgence ou d'une hospitalisation pour confirmer si elle a :
1) des besoins complexes ; 2) de l'intérêt à bénéficier de l'approche :

- s'informer de la perception de la personne sur sa condition de santé et ses besoins ;
- lui offrir la possibilité de l'accompagner pour trouver des soins et services mieux adaptés à sa situation ;
 - Si la personne est intéressée : administrer le CONECT-6 pour confirmer la complexité des besoins.
 - ◇ Si deux « oui » ou plus, le résultat est positif pour la complexité : lui proposer l'ensemble des étapes de gestion de cas ou de l'intervention-pivot proposé par l'approche. Si la personne n'est pas intéressée par l'approche, le noter. Cette personne pourrait être recontactée dans un an si elle est toujours sur la liste des personnes utilisant fréquemment les services d'urgence.
 - ◇ Si moins de deux « oui », le résultat est négatif pour la complexité : vérifier si certains besoins sont non comblés. Au besoin, 1) faire une intervention brève, par exemple pour faciliter l'accès à une ressource, et/ou 2) discuter avec la personne des options autres que l'urgence pour des problématiques non urgentes. Si elle considère que ses besoins sont comblés, faire un rappel d'utiliser les services usuels si ses besoins changent.

3.2 Si la personne souhaite s'engager dans l'approche, il sera pertinent de communiquer avec sa clinique médicale (valider le nom du médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée et de la clinique)³.

Dans la situation exceptionnelle où vous êtes un professionnel pratiquant l'intervention-pivot, il sera pertinent de consulter le dossier clinique informatisé³.

¹ Les durées standards constituent un guide lorsque l'approche est complètement fonctionnelle avec les ressources requises. Elles peuvent varier dans certains cas plus complexes et selon la disponibilité des partenaires impliqués.

² Si la personne est reconnue inapte et ne peut consentir à l'approche V1SAGES, vous devez communiquer avec la personne qui peut consentir en son nom (p. ex. mandataire, tuteur/tutrice) ou, lorsque pertinent, faire une demande de consentement aux soins au Curateur public selon les normes en vigueur.

³ Selon les normes de confidentialité en vigueur.

Les étapes suivantes sont réalisées par :

- le **gestionnaire de cas** si la personne n'a pas de médecin de famille dont la clinique a intégré l'approche **OU**
- le **gestionnaire de cas (partie hospitalière) ET le professionnel pratiquant l'intervention-pivot (partie 1re ligne et communautaire)** si la personne a un médecin de famille dont la clinique a intégré l'approche.

Étape 4 : Analyse du dossier (≈ 2 semaines)

- 4.1 Finaliser l'analyse du dossier clinique informatisé de l'hôpital (pour la gestion de cas) débutée à l'étape 2 et/ou le dossier médical (pour l'intervention-pivot) de la personne (dans les 12 derniers mois) pour documenter les éléments pertinents en vue de votre rencontre d'évaluation avec la personne et le développement du plan de services individualisé (PSI) :
- regarder les visites récentes à l'hôpital et/ou à la clinique et toute source d'information pertinente (p.ex. DSQ, les autres bases de données mises à votre disponibilité)⁴;
 - identifier les problèmes de santé physique, mentale et sociale ;
 - préciser si la personne est déjà connue par d'autres programmes ou services.

Contactez les professionnels de la santé et intervenants concernés si besoin de renseignements supplémentaires⁴.

Étape 5 : Identification des services/ressources (≈ 2 semaines concomitantes avec l'étape 4)

- 5.1 Faire une liste des professionnels de la santé et intervenants qui sont présentement impliqués avec la personne et ceux qui pourraient éventuellement être impliqués. Noter les noms, les rôles et les coordonnées, ne pas oublier les organismes communautaires.

Les étapes suivantes sont réalisées par le gestionnaire de cas OU le professionnel pratiquant l'intervention-pivot qui assurera le suivi auprès de la personne

Dans certaines situations exceptionnelles, particulièrement complexes, le gestionnaire de cas et le professionnel pratiquant l'intervention-pivot pourront décider d'un commun accord que le gestionnaire de cas conservera un rôle prépondérant dans le suivi.

Étape 6 : Évaluation de la situation avec la personne (≈ 2 semaines)

- 6.1 Rencontrer la personne pour évaluer la complexité des besoins à l'aide de l'outil PORTRAIT-10 et compléter le formulaire d'évaluation initiale en respectant le champ d'exercice de votre profession. Référez à d'autres professionnels pour pouvoir compléter l'évaluation au besoin.
- Vérifier si un proche est impliqué par rapport à la situation de santé de la personne et informer la personne de la possibilité d'inviter ce proche aux rencontres et de l'impliquer dans l'approche.
- 6.2 Explorer avec la personne les services et les ressources qu'elle reçoit déjà et/ou qui pourraient lui offrir un soutien en fonction de ses besoins.
- 6.3 Communiquer avec les intervenants et ressources qui ont été identifiées à l'étape 5⁴. Obtenir le consentement à : 1) la communication de renseignements personnels entre les professionnels de la santé et intervenants; 2) la présence des professionnels de la santé et intervenants cités lors de la rencontre pour développer le plan de service individualisé (PSI). Indiquer les consentements dans les notes au dossier.
- 6.4 Expliquer les prochaines étapes et encourager l'engagement de la personne dans le processus.

Étape 7 : Planification d'une rencontre pour développer le plan de services individualisé (PSI) (≈ 2 semaines)

- 7.1 Revoir la liste des professionnels de la santé et intervenants qui seront invités à la rencontre du PSI.
- Communiquer avec les professionnels de la santé et intervenants ciblés pour discuter des détails de la rencontre du PSI, déterminer la date, l'heure et le lieu de la rencontre (en personne, virtuelle ou téléphonique).
- Planifier une discussion téléphonique avec ceux dans l'impossibilité de participer à la rencontre du PSI.
- 7.2 Toujours valider avec la personne si elle est d'accord et documenter sa réponse avant d'ajouter d'autres intervenants à la rencontre.
- 7.3 Préparer l'ordre du jour de la rencontre du PSI.

Étape 8 : Animation de la rencontre

- 8.1 Rencontrer les professionnels de la santé et intervenants avant l'arrivée de la personne si besoin pour discuter d'enjeux organisationnels et d'accessibilité aux ressources en fonction du projet de vie de la personne et s'entendre sur les ressources et les services potentiels qui peuvent être proposés.
- Inviter la personne avec ou sans proche à se joindre à l'équipe au cours de la rencontre. Faire un tour de table pour que chacun se présente et un bref résumé de la situation en début de rencontre au besoin.
- 8.2 Faciliter la rencontre et développer un PSI avec la personne, les professionnels de la santé et intervenants (maximum 3-4 objectifs). Valider la compréhension.
- 8.3 Convenir des modalités de contact entre la personne et 1) le gestionnaire de cas ou le professionnel pratiquant l'intervention-pivot; 2) les autres ressources, s'il y a lieu.

⁴ Selon les normes de confidentialité en vigueur.

Étape 9 : Rédaction du PSI (≈ 1 semaine)

- 9.1 Rédiger le PSI en assurant la présentation des objectifs développés en partenariat avec la personne lors de la rencontre du PSI, et en utilisant un langage simple. Ce document pourra être partagé avec la personne, les professionnels de la santé et intervenants impliqués (avec le consentement de la personne) et inclus dans le dossier clinique informatisé et le dossier médical s'il y a lieu. Prévoir des mécanismes permettant aux intervenants de l'établissement et/ou de la clinique d'être informés que la personne est suivie dans le cadre de l'approche V1SAGES.

Étape 10 : Coordination des services (selon le PSI jusqu'à la révision de celui-ci après ≈ 3 mois)

- 10.1 Transmettre le PSI aux professionnels de la santé, aux intervenants et aux services d'urgence utilisés⁵.
- 10.2 Effectuer un suivi auprès du médecin de famille ou de l'infirmière praticienne spécialisée.
- 10.3 Établir et maintenir un contact avec les services prévus au PSI (organismes communautaires, soins à domicile, cliniques spécialisées, etc.).
- 10.4 Mettre en œuvre les stratégies spécifiées dans le PSI pour atteindre les objectifs de la personne.
- 10.5 Améliorer et faciliter l'accès aux ressources. Aider activement la personne à accéder aux ressources et à surmonter les obstacles spécifiques à l'accès. Accompagner et défendre les intérêts de la personne dans sa navigation à travers les différents services offerts.

Étape 11 : Évaluation et ajustement du PSI (≈ 2 semaines)

- 11.1 Assurer la mise en œuvre du PSI : contacter les intervenants impliqués dans le PSI ; vérifier l'atteinte des objectifs ; favoriser l'engagement de la personne.
- 11.2 Revoir le PSI et l'ajuster au besoin en fonction de l'évolution de la situation de la personne et des problèmes qui ont pu survenir (habituellement dans les 3 mois ou en cas de changement de situation).

À faire tout au long de l'intervention : éducation et soutien à l'autogestion

✓ Favoriser l'engagement dans la relation :

- garder une attitude ouverte, accueillir l'expérience de la personne avec le système de santé et favoriser la création d'une alliance thérapeutique avec elle ;
- soutenir le développement de l'efficacité personnelle.

Les principes de l'entretien motivationnel peuvent s'avérer utiles en ce sens.

✓ Soutenir le développement de la capacité de la personne à surveiller, prendre les mesures appropriées et savoir quand et comment demander de l'aide professionnelle (plan d'action) :

- évaluer les connaissances de la personne et ses besoins d'apprentissage ;
- fournir des informations spécifiques sur les risques pour la santé, les bénéfices du changement ainsi que des stratégies d'autogestion ;
- suggérer des outils d'autosurveillance ;
- aider la personne à se fixer des objectifs réalistes :
 - revoir les expériences antérieures, surtout les succès,
 - définir des étapes intermédiaires de succès.

✓ Offrir des rencontres de suivi/soutien pour revoir le plan d'action et accompagner la personne dans la résolution des problèmes rencontrés et souligner les succès, complets ou partiels.

En cas d'insuccès :

- rassurer la personne en mentionnant que cela survient couramment ;
- réajuster le plan d'action.

✓ Aider la personne à préparer ses rencontres avec les différents professionnels de la santé et intervenants, notamment avec son médecin de famille ou son infirmière praticienne spécialisée.

✓ Aider la personne à aller chercher l'aide de ses proches en leur faisant connaître sa réalité et ses problèmes de santé tout en respectant l'engagement possible de leur part.

Établir avec elle des moyens de communication efficaces avec ses proches pour :

- déterminer clairement les attentes envers eux ;
- établir un partage clair de tâches ;
- partager les succès ;
- préciser les attitudes attendues de la part des proches.

⁵ Selon les normes de confidentialité en vigueur.

Annexe 2

Logigramme des étapes de gestion de cas et d'intervention-pivot

LOGIGRAMME DES ÉTAPES DE GESTION DE CAS ET D'INTERVENTION-PIVOT POUR LES PERSONNES AVEC BESOINS COMPLEXES UTILISANT FRÉQUEMMENT LES SERVICES DE SANTÉ – APPROCHE VISAGES ©

Standard de soins

ÉDUCATION ET SOUTIEN À L'AUTOGESTION

