

L'approche



Mise à l'échelle de l'approche V1SAGES pour améliorer l'intégration des services et l'efficacité du système de santé

Présentation Santé Québec

14 janvier 2025

Catherine Hudon MD, PhD, CMFC

Chaire de recherche du Canada de niveau 1 sur la mise en œuvre de soins intégrés

Professeure titulaire

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

Médecin conseil, ministère de la Santé et des Services sociaux

Maud-Christine Chouinard inf., PhD

Professeure titulaire

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal



Présentateurs



©Hudon C & Chouinard MC (2024)

Catherine Hudon

Chaire de recherche du Canada de niveau 1 sur la mise en œuvre de soins intégrés

Professeure titulaire

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

Médecin conseil, ministère de la Santé et des Services sociaux

Denis Chênevert

Professeur Titulaire

Directeur du Pôle Santé HEC

Codirecteur de l'axe gestion du changement de l'Unité de Soutien SSA

Marie-Dominique Poirier

Patient-partenaire

Chaire de recherche du Canada de niveau 1 sur la mise en œuvre de soins intégrés

Université de Sherbrooke

Partenaires – développement de l'approche



©Hudon C & Chouinard MC (2024)



Partenaires - mise à l'échelle



©Hudon C & Chouinard MC (2024)



En préparation :



M. Pierre Côté



©Hudon C & Chouinard MC (2024)

Je suis insatisfait des soins que l'on m'offre, mais surtout de l'attitude qu'ont les équipes soignantes envers moi.

M. Pierre Côté

Homme | 54 ans



Services en place

- ✓ Reçoit des services de 2 établissements limitrophes
- ✓ Inscrit en GMF



Santé physique

- Diabète de type 2
- Hypertension
- Infarctus x 8 ans
- Gastrostomie x 3 ans
- Douleur abdominale chronique
- MPOC



Situation sociale

- Réseau social limité
- Conjointe gravement malade
- Logement inadapté
- Récemment évincé
- Programme d'aide sociale
- Difficile à rejoindre



Au cours de la dernière année

7 hospitalisations

124 visites à l'urgence



Santé psychologique

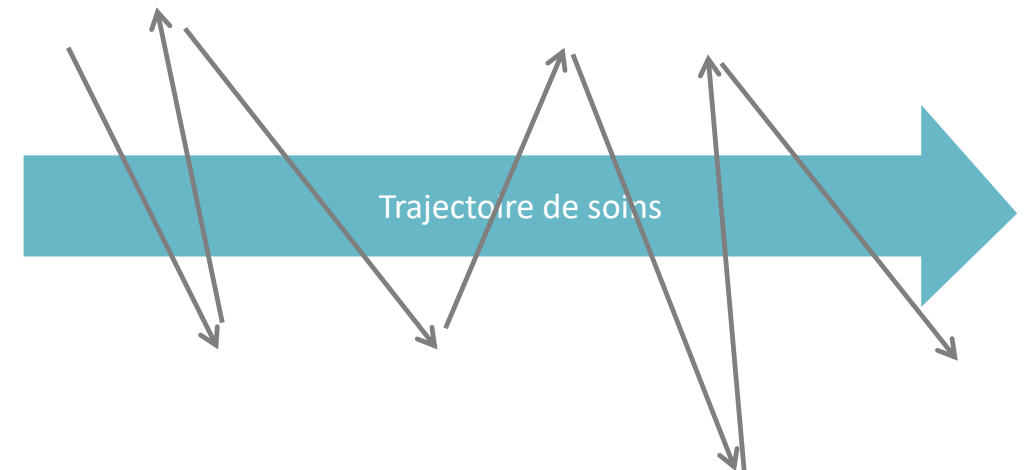
- Trouble factice suspecté
- Narco-dépendance
- Conflits avec plusieurs équipes soignantes, méfiance
- Refus de suivi psychiatrique

Pourquoi M. Côté retourne fréquemment à l'urgence ?



©Hudon C & Chouinard MC (2024)

- Plusieurs besoins non comblés puisque :
 - Situation très précaire
 - Défis pour entrer en contact avec le personnel de la santé qui se désinvestit
 - Tombe entre plusieurs « mailles du filet »
 - Sa santé globale se détériore
 - Se retrouve à l'urgence pour diverses raisons sans pouvoir répondre vraiment à ses besoins de base (qui ne sont pas évidents)
 - Cercle vicieux et phénomène de portes tournantes



Coordination des soins dans le réseau



©Hudon C & Chouinard MC (2024)

Infirmière clinicienne gériatrie

**Infirmière clinicienne
responsable de la gestion de
cas volet intrahospitalier**

Infirmière pivot en oncologie

Intervenant-pivot DI-TSA-DP

Équipe des SPFV

SIM ou SIV

**Intervenant réseau (santé
physique/santé mentale)**

Intervenant-pivot SAD

Équipe de soins du milieu de vie

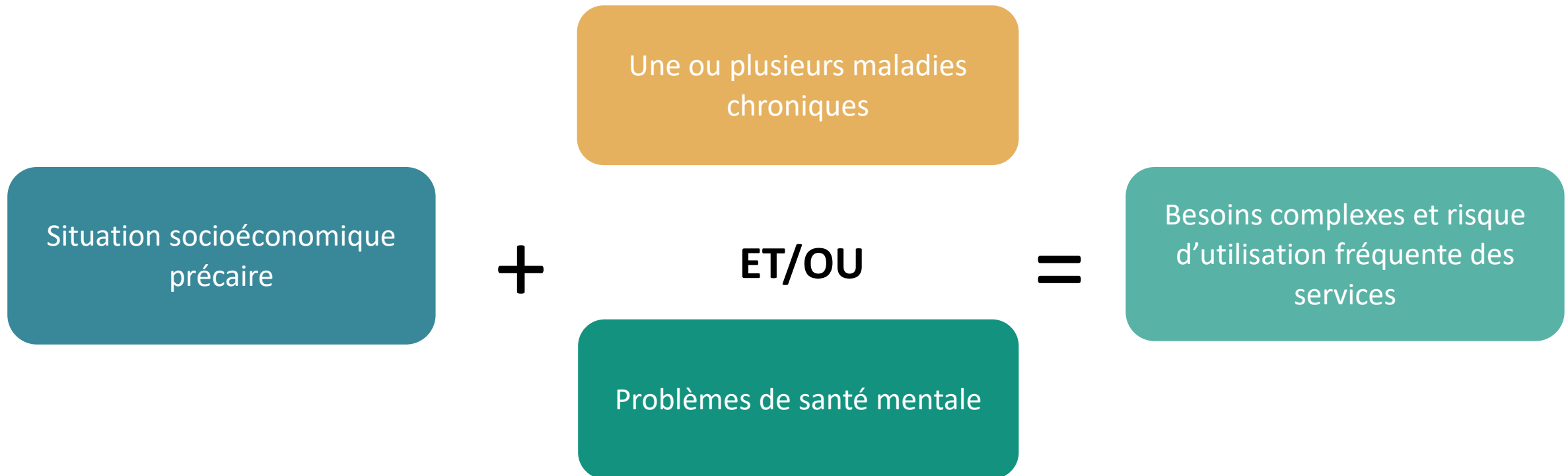
- Clientèles spécifiques avec critères d'inclusion restrictifs
- Services offrant souvent des suivis à court terme seulement ET/OU
- Ciblent une seule dimension de la santé
- Relevant d'une seule direction

Constat : besoin d'une coordination plus globale et d'une gouvernance appropriée

Besoins complexes et utilisation fréquente des services



©Hudon C & Chouinard MC (2024)

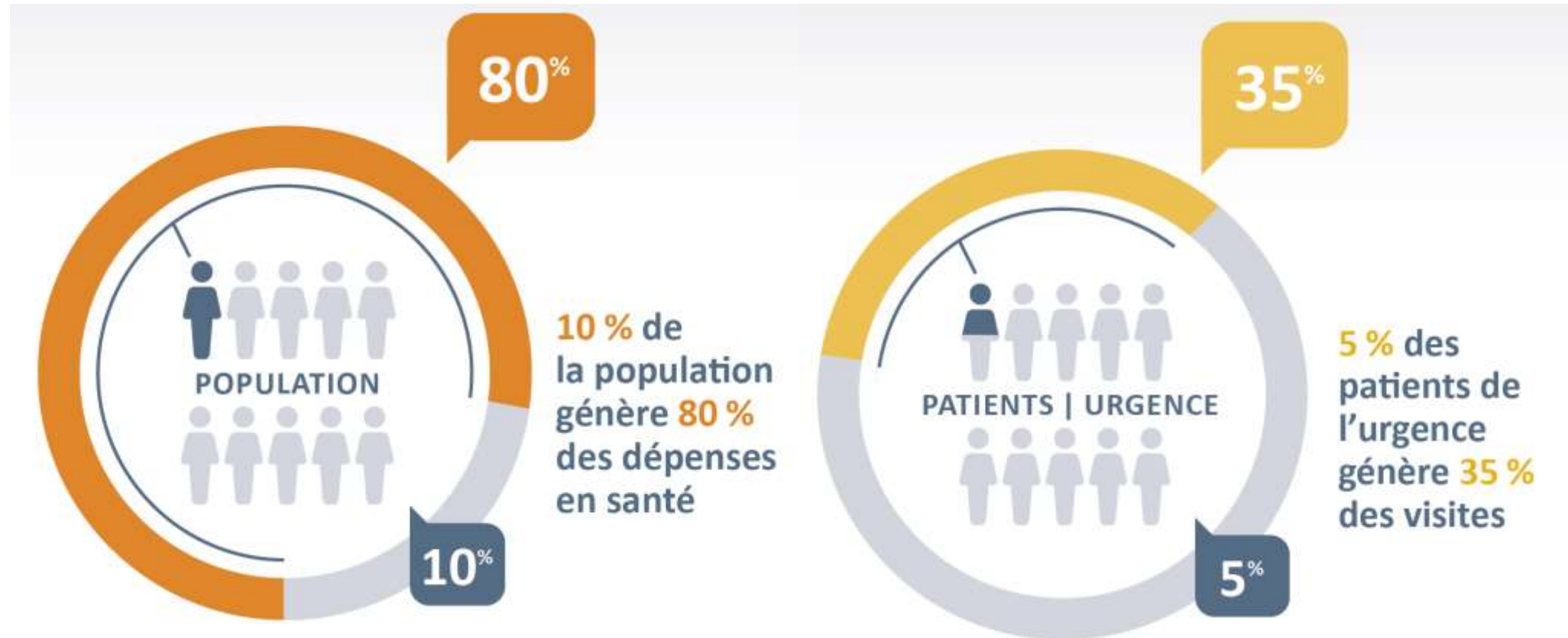


Source: [Olivera et al \(2020\)](#)

Utilisation fréquente des services & engorgement



©Hudon C & Chouinard MC (2024)



Sources: [ICIS \(2021\)](#); [Wodchis \(2012\)](#); [Hudon et al \(2020\)](#)

Approche V1SAGES



©Hudon C & Chouinard MC (2024)

Gouvernance, tables de concertation, outils standardisés

Faire les choses autrement

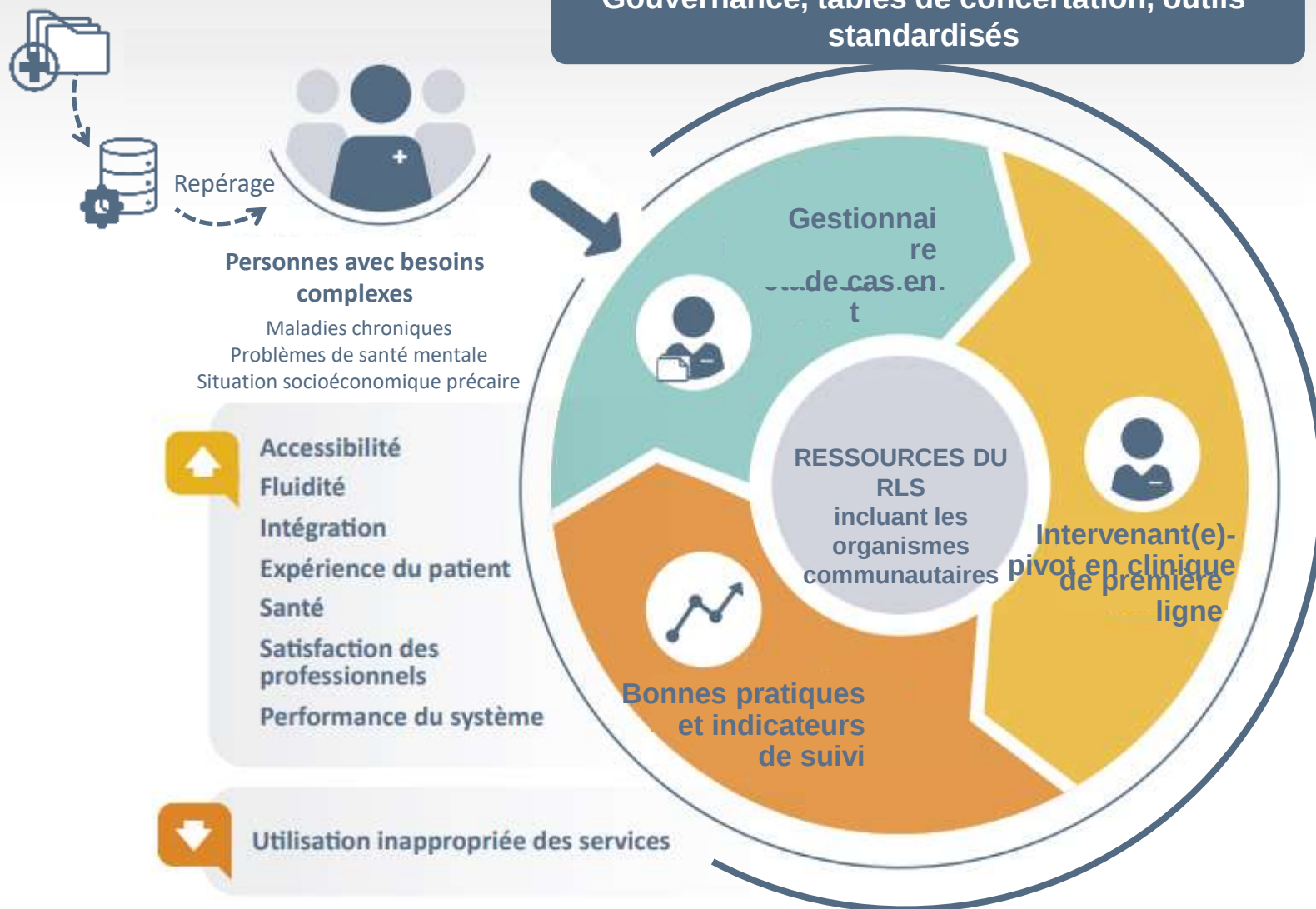
Centrée sur le projet de vie et l'**expérience patient**

Complémentaire aux trajectoires et programmes existants

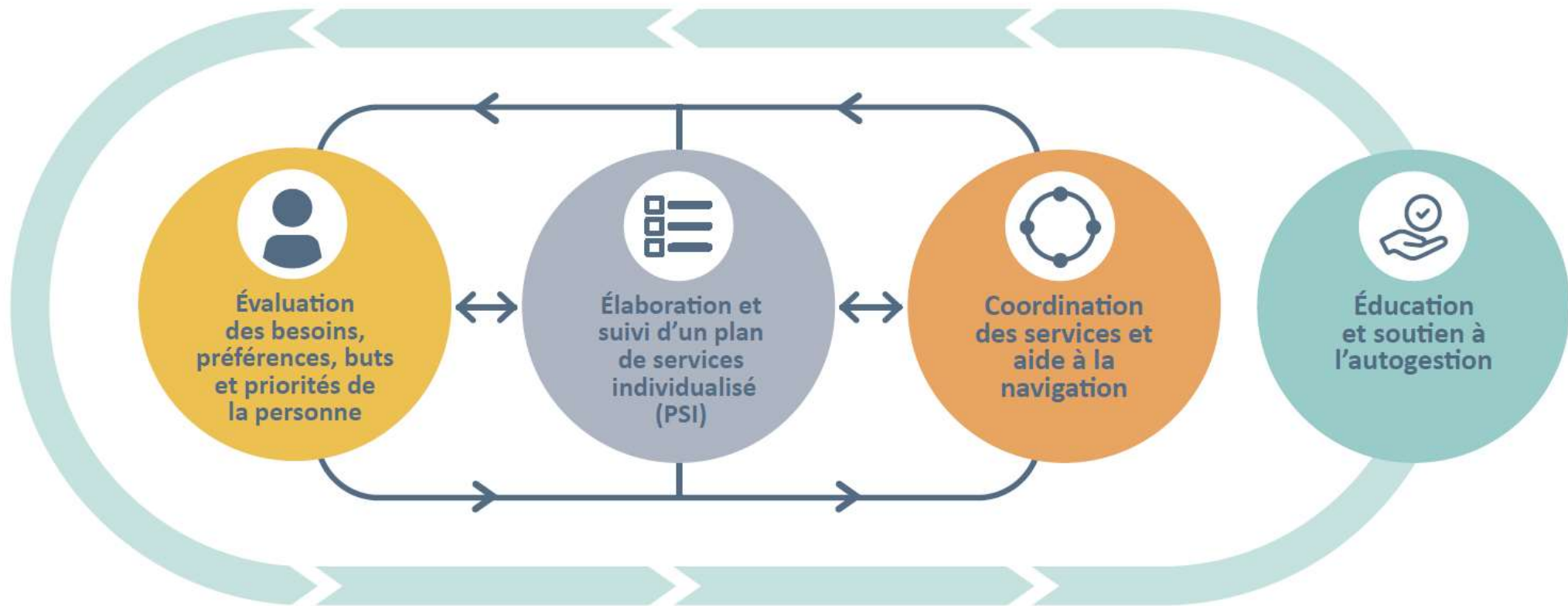
Collaboration interprofessionnelle et intersectorielle

Durée de la prise en charge de la personne avec besoins complexes : environ 1 an

Types d'interventions : **intervention, organisation des soins et services et gouvernance** ([INESSS, 2024](#))



Gestion de cas et intervention-pivot



Caractéristiques de l'intervention selon le titre du ou de la professionnel(le)



©Hudon C & Chouinard MC (2024)

Titre	Gestionnaire de cas (établissement) 	Professionnel(le) pratiquant l'intervention-pivot (GMF) 
Clientèle	- Besoins très complexes OU - Besoins complexes sans MD dont la clinique a intégré l'approche	- Besoins complexes ET - Ayant un MD dont la clinique a intégré l'approche
Type de poste	Poste dédié	Rôle intégré
Type de professionnel	Varié (avec rôles complémentaires)	Varié (avec rôles complémentaires)
Portée de la coordination	- Plusieurs programmes en établissement - Partenaires intersectoriels - Partenaires communautaires	- Plusieurs intervenants en 1^{re} ligne - Quelques partenaires en établissement - Partenaires communautaires

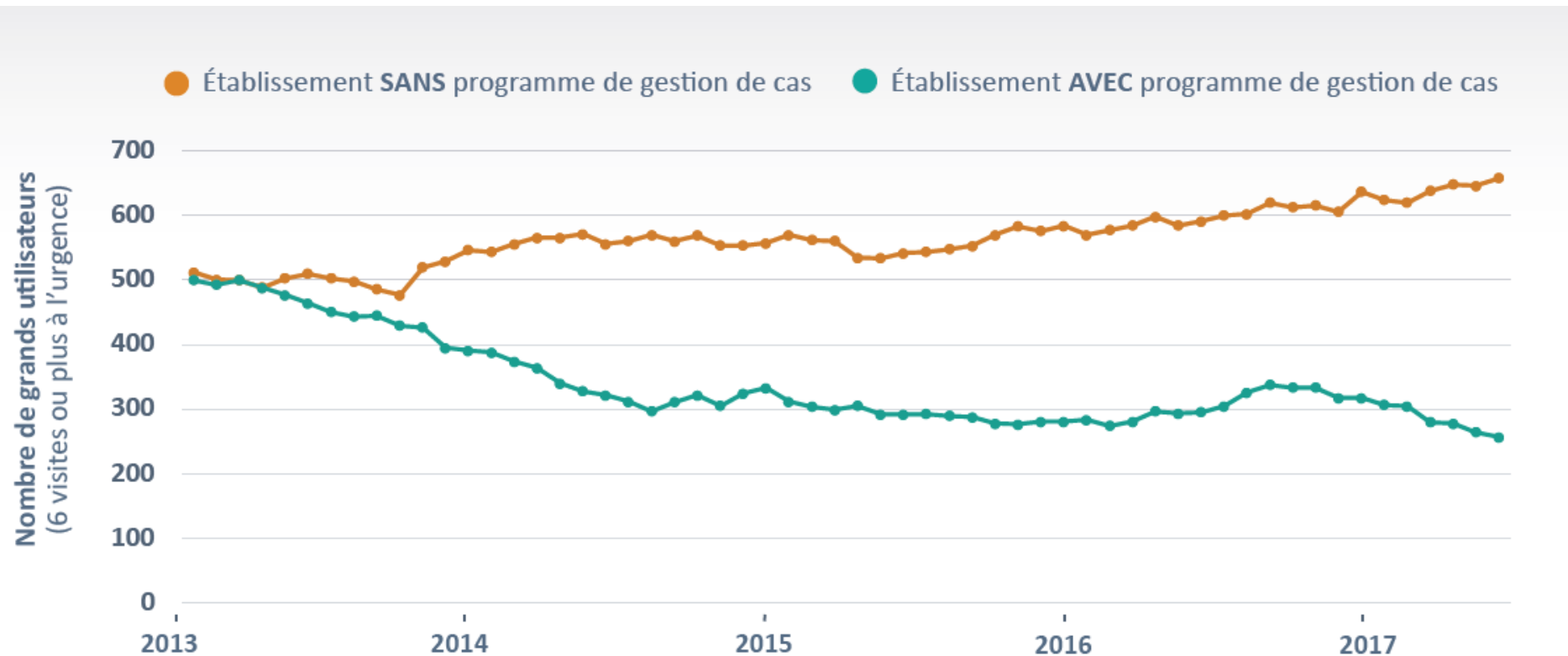
Valeur ajoutée de l'approche



©Hudon C & Chouinard MC (2024)

- Fondée sur différents types de **données probantes** : 1) littérature scientifique et grise; 2) études menées par l'équipe de recherche; 3) données recueillies dans les milieux de soins et services; 4) auprès des personnes concernées
- **Amélioration continue** de l'approche via plusieurs évaluations sur une période de 12 ans
- **Boîte à outils** disponible (formation et outils cliniques)
- Présence d'un accompagnement en **gestion du changement et d'un soutien clinique**
- **Repérage** facilité
- Structure de **gouvernance** établie en amont tant au niveau provincial que dans chacun des établissements
- Implication de diverses **parties prenantes** pour faciliter l'arrimage de l'approche aux programmes et services existants
- Engagement de **patients-partenaires** tout au long de la démarche
- **Réponse à plusieurs enjeux** organisationnels (p.ex. collaborations interdirections et intersectorielles, accès à l'information, priorisation des clientèles, optimisation des ressources, expérience patient)
- **Indicateurs de suivis** pour permettre une amélioration continue et une pérennisation de l'approche

Impact – Gestion de cas



≈ 403,50 \$
pour chaque
visite à
l'urgence¹

Source: [Hudon, Chouinard et al \(2022\)](#)

Pour plus de détails, consulter : soinsintegres.ca

¹En appliquant l'indice des prix à la consommation au niveau d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU) pour les urgences de 2014-2015

Diminution des visites à l'urgence et des coûts associés

Estimation de coût (visites à l'urgence et hospitalisations) pour la situation de M. Côté

	Nb visites urgence	Coût visite urgence ¹	Total	Nb hospitalisations	Coût hospitalisation ¹	Total	
Année 1	124	403,50 \$	50 034,00 \$	7	7 292,89 \$	51 050,23 \$	↓ 84 885 \$
Année 2	4		1 614,00 \$	2		14 585,78 \$	
TOTAL	-120		48 420,00 \$	-5		36 464,45 \$	

Estimation de coût (visites à l'urgence et hospitalisations) pour une autre situation

	Nb visites urgence	Coût visite urgence ¹	Total	Nb hospitalisations	Coût hospitalisation ¹	Total	
Année 1	52	403,50 \$	20 982,00\$	4	7 292,89 \$	29 171,56 \$	↓ 42 054 \$
Année 2	2		807,00 \$	1		7 292,89 \$	
TOTAL	-50		20 175,00 \$	-3		21 878,67 \$	

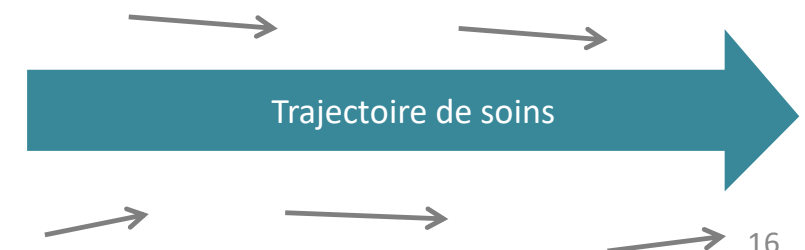
¹En appliquant l'indice des prix à la consommation au niveau d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU) pour les urgences de 2014-2015 et à celui de pour les hospitalisations de 2018-2019

Valeur multidimensionnelle

DIMENSIONS ([INESSS, 2024](#))

	DIMENSION POPULATIONNELLE	↓ visites non appropriées à l'urgence = meilleure utilisation des ressources et diminution des délais de prise en charge
	DIMENSION CLINIQUE	↓ des rendez-vous en cliniques de première ligne = ↑ sentiment de sécurité et de l'expérience de soins ↓ détresse psychologique ↑ potentielle de la santé à moyen et long terme
	DIMENSION ORGANISATIONNELLE	↑ coordination et satisfaction des intervenants ↓ des rendez-vous non appropriés à divers intervenants
	DIMENSION ÉCONOMIQUE	↓ le coût des visites à l'urgence et des hospitalisations
	DIMENSION SOCIOCULTURELLE	↑ réponse aux besoins bio-psycho-sociaux

En cohérence avec les
4 priorités :
Accès, humain,
efficacité, causes



Mise à l'échelle provinciale



©Hudon C & Chouinard MC (2024)



Pour plus de détails sur les projets de recherche: <https://soinsintegres.ca/>

Ce qui a été fait



©Hudon C & Chouinard MC (2024)

✓ **Plan de mise à l'échelle**, incluant :

- Analyse des enjeux et forces potentiels
- Clarification de la gouvernance
- Démarches pour confirmation de ressources
- Arrimages ministériels
- Séquence de déploiement
- Plan de communication
- Précision des indicateurs de suivi

✓ **Préparation** :

- Boîte à outils cliniques et guide d'implantation développés (≈37 outils)
- Parties prenantes consultées
- Appui des décideurs obtenu
- CdP mises en place
- Soutien clinique et accompagnement à la gestion du changement organisés

- **Formation** *Coordination des soins pour les personnes avec des besoins complexes utilisant fréquemment les services de santé selon l'approche V1SAGES:*
 - 5 modules de formation sur l'ENA provincial (<https://fcp.rtss.qc.ca/course/view.php?id=15698>)
 - Pour les gestionnaires de cas et les intervenants-pivots
 - Version anglaise disponible sur demande
 - Module complémentaire sur la douleur chronique (<https://fcp.rtss.qc.ca/course/view.php?id=16723>)
- **Outils cliniques** : standard de soins, CONECT-6, [capsule](#), PORTRAIT-10, évaluation initiale, plan de services individualisé, score de l'expérience d'intégration des services...



M. Gabriel St-Pierre

Homme | 58 ans

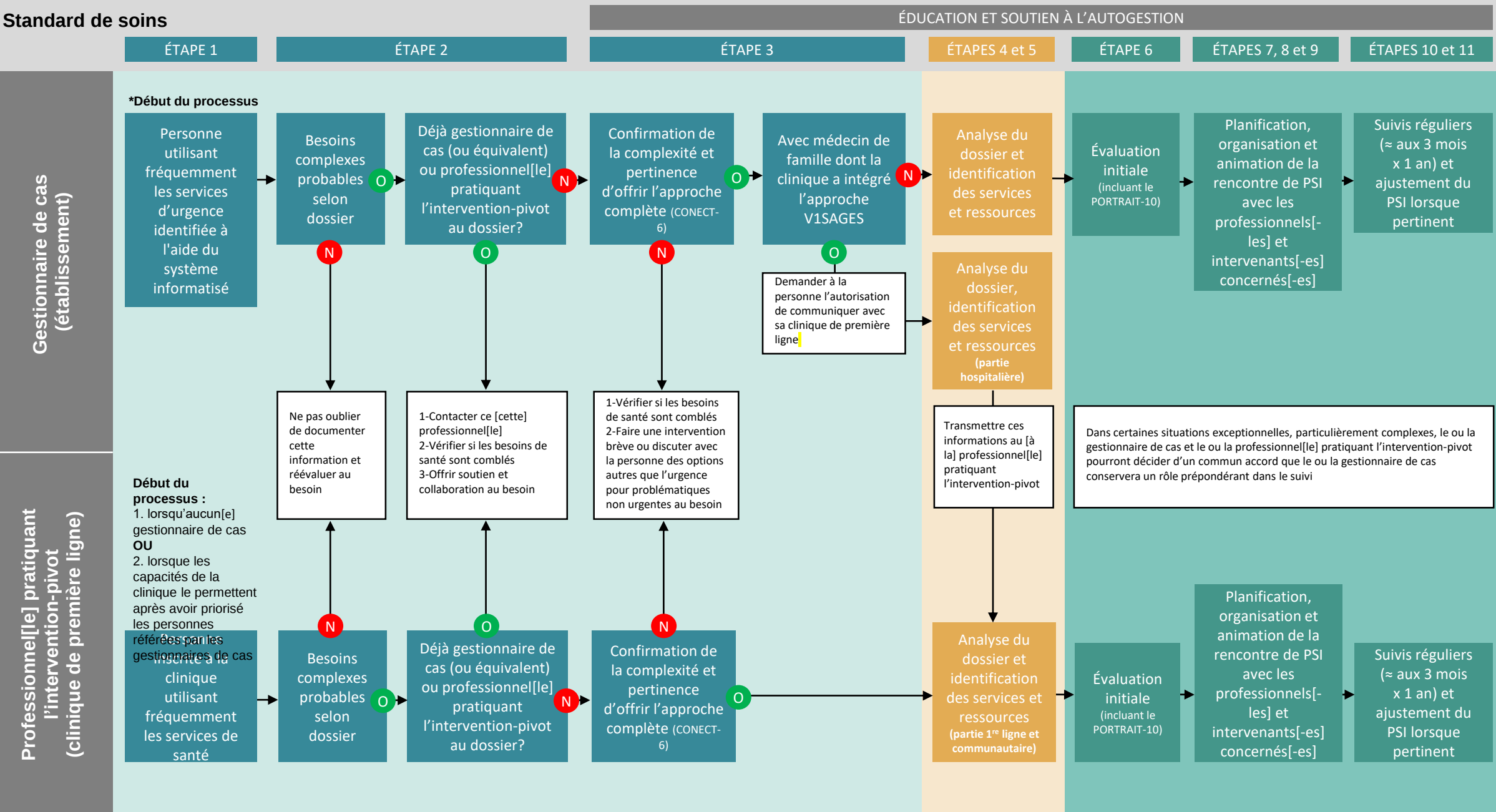


Mme Lucie Martin

Femme | 52 ans



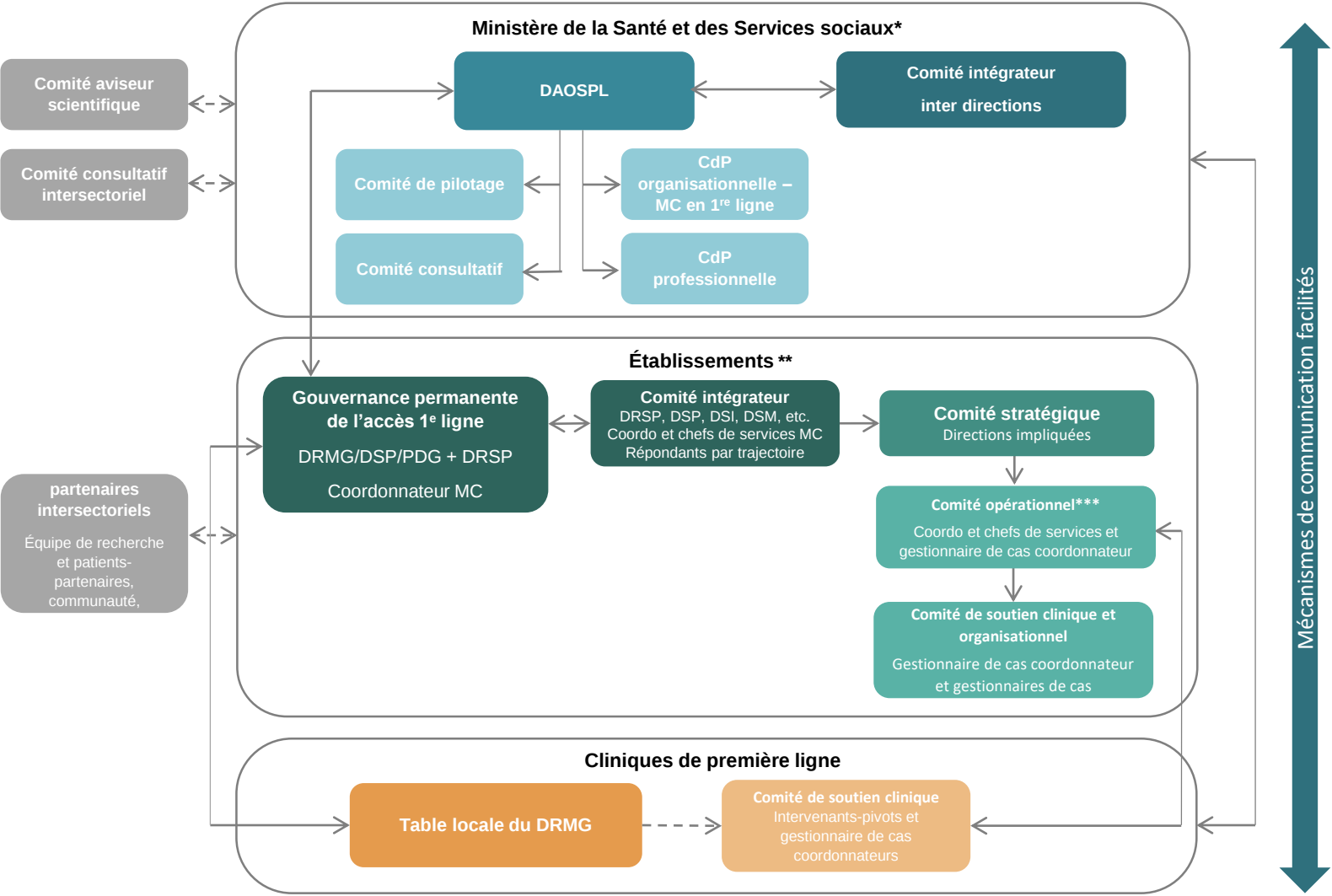
LOGIGRAMME DES ÉTAPES DE GESTION DE CAS ET D'INTERVENTION-PIVOT POUR LES PERSONNES AVEC BESOINS COMPLEXES UTILISANT FRÉQUEMMENT LES SERVICES DE SANTÉ – © APPROCHE V1SAGES - Hudon C et Chouinard MC (2023)



Gouvernance proposée



©Hudon C & Chouinard MC (2024)



* Santé Québec sera ajouté à cette structure lorsque possible.
** Cette structure de gouvernance n'est pas finale et sera adaptée au contexte de chaque établissement.
*** Certains comités pourraient être intégrés à d'autres (p. ex. un **comité de discussion de cas**, composé de chefs de services ou leur représentant, gestionnaire de cas coordonnateur et gestionnaires de cas sera intégré au comité opérationnel).

- ✓ **Déploiement de la 1re cohorte** de 4 établissements et 1 en préparation :
 - Rencontre du comité de pilotage (>55)
 - Rencontres des établissements avec le comité de pilotage $\approx 1 \times / 1 - 2$ mois (4; 5; 6; 2; $x \approx 16$ acteurs)
 - Présence d'une patiente-partenaire aux diverses rencontres (>15)
 - Accompagnement par le Pôle Santé HEC (9; 4; 5; 0)
 - Plan d'action développé par chaque établissement
 - Gestionnaires de cas embauchés : 13 gestionnaires de cas en poste (3; 6; 3; 1)
 - Repérage et prise en charge de personnes avec besoins de santé complexes débutés

- ✓ **Partage d'expériences, enjeux vécus et stratégies mises en place via les CdP :**
 - Rencontres de la CdP professionnelle aux 3 semaines
 - Divers sujets abordés x 7 rencontres (arrivée en poste, rôles et responsabilités, prise de contact avec les patients, perspective d'une patiente-partenaire, optimisation des procédés administratifs et de la technologie, santé mentale, gestion du changement, milieu communautaire, ...)

- Plan d'implantation, incluant la structure de gouvernance et le plan de communication
- Nombre de personnes utilisant fréquemment les services d'urgence de votre établissement (≥ 6 visites) dans la dernière année
- Nombre de visites à l'urgence moyen par personne utilisant fréquemment les services d'urgence dans la dernière année
- Nombre de gestionnaires de cas (ETC)
- Nombre de personnes repérées par les gestionnaires de cas
- Nombre de personnes admissibles (CONNECT-6 positifs)
- Score moyen des PORTRAIT-10 complétés par GC (complexité et lourdeur du cas)
- Nombre de personnes prises en charge (≥ 1 PSI rédigé)
- Nombre de conduites cliniques
- Nombre de PSI révisés
- Nombre de personnes repérées non prises en charge : décédées, non complexes, non-joignables, ayant refusé ou s'étant désistés de l'approche
- Score de l'expérience d'intégration des personnes ayant bénéficié de l'ensemble des étapes de gestion de cas durant au moins une année
- Auto-évaluation par les gestionnaires de cas : format à valider avec équipe du SJSJ

Contexte :

Entrée en fonction de la nouvelle équipe : septembre 2024

Début des prises en charge des premières personnes aux besoins complexes : novembre 2024

Données chiffrées :

36 personnes prises en charge selon l'approche V1SAGES, totalisant dans les 12 mois précédents leurs prise en charge en gestion de cas:

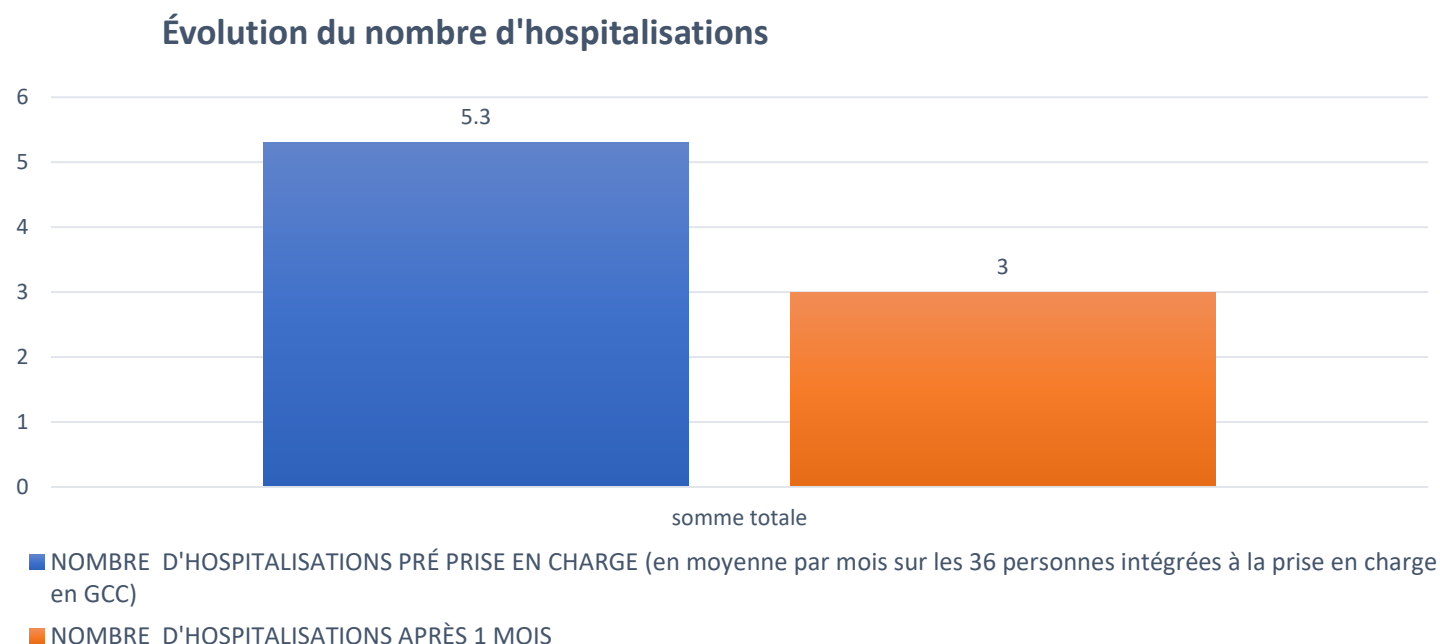
- **371 prises en charge à l'urgence**
(en moyenne 30,9 visites par mois)
- **63 hospitalisations**
(1,4 hospitalisation par mois)

Résultats préliminaires – CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de- Montréal



©Hudon C & Chouinard MC (2024)

*Premières données sur l'évolution du nombre **d'hospitalisations** des personnes prises en charge dans le cadre du déploiement de l'approche V1SAGES*



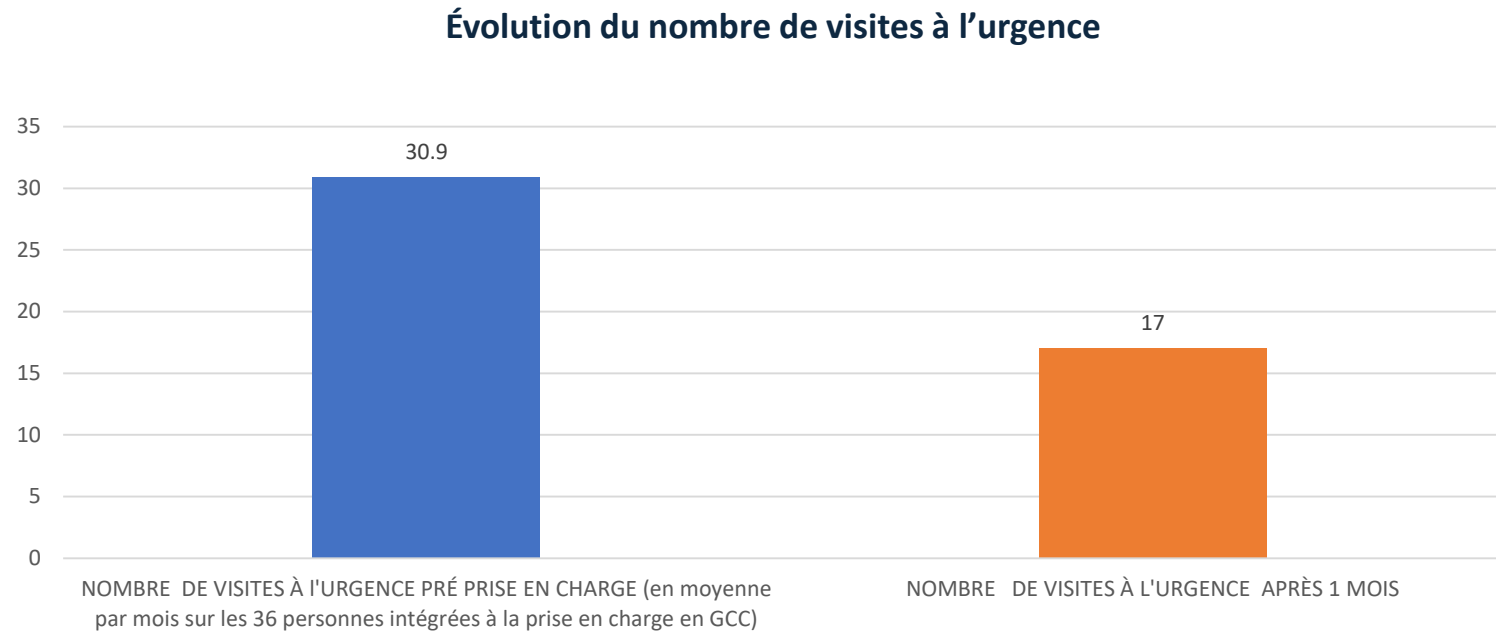
20 des 36 personnes concernées ont eu une ou plusieurs hospitalisations dans les 12 mois précédant le début de la prise en charge par un GCC. Seules 2 d'entre elles ont été hospitalisées dans le premier mois suivant le début de la prise en charge avec l'approche V1SAGES.

Résultats préliminaires – CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de- Montréal



©Hudon C & Chouinard MC (2024)

*Premières données sur l'évolution du nombre de visites à **l'urgence** des personnes prises en charge dans le cadre du déploiement de l'approche V1SAGES*



12 des 36 personnes concernées n'ont aucune visite à l'urgence dans le un mois de prise en charge avec l'approche V1sages

- Positionnement de V1SAGES au sein de Santé Québec (coordination) ?
- Planification de stratégies pour assurer la pérennité
 - Consolidation de postes (optimisation de certaines ressources de coordination)
 - Stratégies d'amélioration continue de la qualité avec les Directions de la qualité, évaluation, performance et éthique?
- Soutenir les établissements et cliniques de première ligne de la 1^{re} cohorte
- Dans un 2^e temps, déployer dans les autres établissements et cliniques de première ligne de la province

Merci ! Questions ? Discussion

...

