

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR

JÉRÉMIE BEAUDIN

INF., BSc

ANALYSE D'IMPLANTATION DE LA GESTION DE CAS DES GRANDS
UTILISATEURS DE SERVICES DE SANTÉ DANS UN GROUPE DE MÉDECINE
FAMILIALE AU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

FÉVRIER 2019

Sommaire

Une faible proportion de la population génère une majeure partie des coûts de soins de santé. Souvent, cette population est caractérisée comme ayant des besoins complexes et compte des grands utilisateurs de services de santé (GU). Cette utilisation accrue des services engendre des soins non optimaux et des répercussions néfastes sur le système de la santé. Il importe donc de diriger cette population vers les services répondant à leurs besoins. La gestion de cas (GC) est une des interventions les plus efficaces pour prendre en charge les GU. À plusieurs égards, les bienfaits de cette intervention auprès des GU ont été prouvés dans la littérature. Dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLSJ), le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) a entrepris d'implanter cette intervention au sein de groupes de médecine de famille (GMF) lors de l'implantation d'une démarche intégrée de gestion des maladies chroniques en première ligne (DIMAC02, volet 2) en impliquant les infirmières et les travailleuses sociales (TS). Toutefois, implanter une telle innovation est un processus complexe impliquant plusieurs facteurs, à plusieurs niveaux. À ce sujet, la littérature reste succincte et peu d'éléments sont rapportés sur l'implantation de la GC des GU en première ligne. De plus, le partage du rôle de GC entre les infirmières et les TS est aussi peu documenté. Considérant le manque de connaissance sur les facteurs à considérer lors de l'implantation de la GC, il importe d'analyser cette implantation. Ce mémoire a donc pour but d'explorer l'implantation de la gestion de cas des GU de services hospitaliers au sein d'une dyade infirmière/travailleuse sociale dans un GMF impliqué dans le projet clinique DIMAC02 (volet 2) au SLSJ. Plus particulièrement, les objectifs sont de préciser les facteurs facilitants et les barrières à l'implantation et d'explorer le partage du rôle de GC dans la dyade infirmière/TS. Une étude de cas unique selon l'approche de Yin (2018) a été réalisée dans un GMF de la région du SLSJ. Plusieurs méthodes de collecte des données furent utilisées : entrevues individuelles; observation participante; analyse documentaire et tenue d'un journal de bord. Une analyse thématique mixte inductive-déductive à l'aide du cadre théorique de Chaudoir, Dugan et Barr (2013) a révélé plusieurs facteurs ayant influencé l'implantation. Les barrières à l'implantation ont été : le contexte sociopolitique (loi 10, loi 20 et le nouveau cadre de gestion des GMF); le défi de l'adhésion médicale et psychosociale; des lacunes au niveau des facteurs organisationnels (accès à l'information, communication, collaboration); et le manque de clarté du rôle. Du côté des facteurs facilitants, l'apport du gestionnaire de cas du CIUSSS a pallié plusieurs barrières et était essentiel à la GC des GU en GMF. Il a également été décrit parmi ceux-ci l'attitude positive des intervenants, la proximité des professionnels à l'intérieur du GMF, l'adoption d'une routine collaborative hebdomadaire et la présence d'expériences cliniques antérieures. Le partage des rôles entre l'infirmière et la TS s'est effectué autour du type de problématiques des GU et la complémentarité des rôles est à promouvoir. Améliorer l'implantation en considérant ces facteurs aura un impact sur son succès et optimisera le rôle de l'infirmière au sein de l'équipe interprofessionnelle.

Remerciements

Bien des encouragements et du soutien ont été nécessaires pour accomplir des études de deuxième cycle. Dans mon cas, ce parcours fut révélateur à plusieurs niveaux et bien des gens, à petites et grandes échelles, ont contribué à celui-ci. Tout d'abord, je remercie Pre Maud-Christine Chouinard, ma directrice principale, pour sa passion contagieuse et d'avoir été un mentor pour moi. Elle a su faire toute la différence dès le départ en me prenant sous son aile; en m'intégrant à son équipe de recherche sans la moindre hésitation; et en m'offrant plusieurs opportunités tout au long de ma maîtrise. Ensuite, pour ses judicieux conseils et son attitude posée à tout épreuve, je remercie Pre Catherine Hudon, ma codirectrice. Malgré la distance, le soutien était juste et constant.

Je tiens à remercier toute l'équipe de recherche VISAGES pour mon intégration et l'aide apportée tout au long de mon parcours et, plus personnellement, Mireille Lambert, pour son omniprésence rassurante. Je remercie aussi tous les partenaires du réseau au sein du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean ayant collaboré à l'avancement du projet, ainsi que les participants. Je tiens également à remercier les organismes subventionnaires ayant cru à mon projet de maîtrise par leur soutien financier.

Finalement, je remercie mes proches pour leur soutien inconditionnel et tous ceux qui m'ont encouragé. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir poussé à réaliser cette aventure.

Table des matières

Sommaire	ii
Remerciements	iii
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Liste des abréviations	ix
Introduction	1
Chapitre 1 : Problématique.....	4
But de l'étude	13
Chapitre 2 : Recension des écrits	14
Stratégies de recherche.....	15
Revue de la portée (<i>scoping review</i>)	15
Étape 1 : Identification de la question de recherche.	16
Étape 2 : Identification des études pertinentes.....	16
Étape 3 : Sélection des études.	17
Étape 4 : Organisation des données.	18
Étape 5 : Synthèse des résultats.	20
Définitions des concepts principaux	20
Grands utilisateurs de services de santé	21
Gestion de cas	22
Groupe de médecine de famille.....	24
Implantation d'innovations en santé	25
Cadre de référence.....	26
Dimension structurelle	29
Dimension organisationnelle.....	29
Dimension liée aux intervenants	29
Dimension liée aux patients	30
Dimension liée à l'innovation	30
Facteurs d'influence	30
Facteurs d'influence de la dimension structurelle.....	31

Facteurs d'influence de la dimension organisationnelle	32
Facteurs d'influence de la dimension des intervenants	34
Facteurs d'influence de la dimension des patients	35
Facteurs d'influence de la dimension de l'innovation	35
Questions de recherche	38
Chapitre 3 : Méthodologie	39
Devis	40
Milieu de l'étude et population cible	41
Échantillon	42
Collecte de données.....	43
Observation participante	43
Entrevues individuelles semi-dirigées	46
Journal de bord.....	47
Analyse documentaire.....	47
Plan d'analyse des données.....	48
Critères de scientificité.....	49
Considérations éthiques	51
Chapitre 4 : Résultats	54
Caractéristiques de l'échantillon et du milieu de l'étude	55
Caractéristiques de l'échantillon.....	55
Caractéristiques du milieu.....	56
Dimension structurelle	57
Contexte sociopolitique.....	57
Facteurs économiques et géographiques.....	59
Dimension organisationnelle.....	60
Accès à l'information.....	61
Collaboration et communication.....	62
Culture du GMF	65
Logistique de l'implantation	66
Leadership et soutien clinique.....	67
Dimension des intervenants	68

Adhésion professionnelle et médicale.....	69
Attitudes	70
Rôles.....	71
Formation, expérience et besoins.....	73
Charge de travail	74
Dimension des patients	76
Caractéristiques des GU et besoins.....	76
Responsabilisation aux soins	77
Dimension de l'innovation.....	77
Identification d'un GU	78
Outils de travail.....	79
Plan de service individualisé.....	80
Temps dédié à la GC.....	81
Dyade de GC infirmière-travailleuse sociale	82
Chapitre 5 : Discussion	85
Facteurs d'influence	86
Recommandations.....	91
Forces et limites de l'étude	94
Conclusion.....	96
Références.....	99
Appendices.....	111
Appendice A : Questionnaire sociodémographique.....	112
Appendice B : Grille d'observation	115
Appendice C : Guides d'entrevue	118
Appendice D : Formulaire d'information et de consentement.....	125
Appendice E : Documents analysés	134
Appendice F : Lettre d'approbation éthique	141

Liste des tableaux

Tableau 1. Études incluses dans la revue de la portée.....	19-20
Tableau 2. Facteurs d'influence recensés en fonction des dimensions de Chaudoir et al. (2013)	31

Liste des figures

Figure 1. *A multi-level framework predicting implementation outcomes*.....28

Liste des abréviations

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

GC : Gestion de cas

DIMAC02, volet 2 : Démarche Intégrée de réadaptation des Maladies Chroniques en première ligne, volet gestion de cas des grands utilisateurs de services de santé en GMF

ECR : Essai contrôlé randomisé

GMF : Groupe de médecine de famille

GU : Grands utilisateurs de services de santé

MC : Maladies chroniques

MD : Médecin

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

PSI : Plan de services individualisé

SLSJ : Saguenay-Lac-Saint-Jean

SPL : Services de première ligne

TS : Travailleuse sociale

Introduction

Au sein du système de santé québécois canadien, une faible proportion de la population utilise de manière plus importante que la moyenne les services de santé (Commission de la réforme des services publics de l'Ontario, 2012). Ces grands utilisateurs de services de santé (GU) présentent souvent un tableau complexe de problématiques à la fois physiques, mentales et sociales (Bodenmann et al., 2015). En lien avec ces problématiques, cette clientèle court un risque accru de rencontrer des problèmes dans l'intégration des services (Couturier, Bonin, & Belzile, 2016). Les problématiques de coordination et d'intégration des services de santé posent un réel défi pour la prise en charge des GU (Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Poremski et al., 2016).

Parmi les approches utilisées pour prendre en charge les GU et améliorer l'intégration de services, la gestion de cas (GC) est l'une des plus utilisées (Moe et al., 2016). Depuis quelques années, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLSJ) a entrepris d'implanter cette approche de GC au sein de ses établissements pour améliorer la prise en charge des GU et diminuer les visites aux urgences, ainsi que le nombre d'hospitalisations. Récemment, une approche de GC des GU en groupe de médecine de famille (GMF) chez des infirmières (inf.) et travailleuses sociales (TS) fut implanté dans cette même région lors d'une démarche intégrée de gestion des maladies chroniques en première ligne (D1MAC02, volet 2).

L'implantation d'une telle approche reste cependant complexe et demande l'implication de plusieurs ressources, à plusieurs niveaux (Campbell et al., 2007; Shepperd et al., 2009). L'efficacité de la GC pour cette clientèle semble intéressante dans les écrits (Raven, Kushel, Ko, Penko, & Bindman, 2016). Toutefois, peu d'écrits se sont intéressés au processus d'implantation de la GC des GU et aux facteurs pouvant influencer celle-ci. Une étude a donc été réalisée afin d'analyser l'implantation de la gestion de cas des GU de services hospitaliers au sein d'une dyade infirmière/travailleuse sociale dans un GMF du projet clinique DIMAC02 (volet 2) au SLSJ.

Ce mémoire se compose de plusieurs chapitres. D'abord, le premier chapitre explique la problématique. Par la suite, la recension des écrits est présentée et traite des thèmes suivants : les GU; la GC; les GMF; l'implantation d'innovations en santé; le cadre de référence et les facteurs pouvant influencer l'implantation de la GC des GU. Le troisième chapitre présente la méthodologie de la recherche. Le quatrième chapitre présente les résultats. Le cinquième chapitre présente la discussion, ainsi que les forces et limites de l'étude. Finalement, la conclusion est présentée.

Chapitre 1 : Problématique

Au Canada, il est observé que plus de 70 % des coûts de santé sont attribuables à seulement 10 % de population (Bodenheimer & Berry-Millett, 2009; Commission de la réforme des services publics de l'Ontario, 2012). De ce pourcentage, plusieurs personnes ont des besoins complexes et utilisent fréquemment les services de santé (Hayes et al., 2016). Ces grands utilisateurs de services (GU) fréquentent de façon plus importante que la population générale les services hospitaliers, particulièrement ceux de l'urgence, pour de multiples raisons : l'exacerbation de leurs maladies chroniques; la facilité d'accès aux services de l'urgence comparativement aux cliniques médicales; les suivis médicaux à l'urgence; la présence à l'urgence d'appareils diagnostiques et autres (Acosta & Lima, 2015; Kumar & Klein, 2012; Sun, Burstin, & Brennan, 2003). En plus d'utiliser les services hospitaliers, ces GU sont aussi enclin à utiliser davantage les services de première ligne que la population en général (Sun et al., 2003).

Les GU présentent souvent plusieurs problèmes de santé physique et mentale, ainsi que des problèmes socio-économiques et/ou psychosociaux, ce qui peut contribuer à la complexité de leurs besoins et augmenter leur utilisation des services hospitaliers, causant un fardeau financier pour le système de santé (Bodenmann et al., 2015; Boh et al., 2015; Hayes et al., 2016; Hunt, Weber, Showstack, Colby, & Callaham, 2006). Les GU présentent souvent certaines caractéristiques telles qu'un faible statut socioéconomique, la présence de plusieurs problématiques de santé physique et mentale et des besoins médicaux non comblés (Krieg, Hudon, Chouinard, & Dufour, 2016).

Le manque d'intégration des services de santé est une problématique qui touche autant les professionnels que les patients et qui interfère sur la qualité et l'efficacité des services dispensés (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Selon Hudon, Sanche et Haggerty (2016), des problèmes de coordination des soins de santé sont également susceptibles d'exacerber les visites à l'urgence. Plus spécifiquement, l'intégration des services s'avère un défi important dans la prise en charge des GU (Poremski et al., 2016). Couturier et al. (2016) définissent l'intégration des services comme étant :

Processus par lequel des acteurs professionnels et organisationnels coordonnent explicitement leurs interdépendances par l'implantation d'un ensemble de dispositifs techniques, informationnels, professionnels et managériaux permettant d'accroître la cohérence, l'efficacité et la qualité de leur intervention de manière que l'expérience de soin et de service soit plus positive du point de vue de l'utilisateur. (p. 74)

Plusieurs objectifs sont visés par l'intégration des services, mais surtout, elle permet de « corriger les lacunes du système de santé et de services sociaux quant à l'accessibilité et à la continuité des services offerts » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2004, p. 7). Son succès nécessite donc la contribution de plusieurs partenaires du système de santé et de services sociaux ainsi que du réseau communautaire (Unité de soutien SRAP du Québec, 2016). Plusieurs services peuvent simultanément prendre en charge un GU et cela peut confondre autant le patient que les soignants concernés (Poremski et al., 2016). Les programmes orientés vers l'intégration des services auront un impact positif sur la qualité des soins offerts (Ouwens, Wollersheim, Hermens, Hulscher, & Grol, 2005).

Plusieurs interventions ont été identifiées pour améliorer la prise en charge des GU : l'utilisation de plans de soins; des stratégies d'orientation vers d'autres services pour les cas non urgents ; des visites à domicile par un travailleur social ; la gestion de cas (GC) ; etc. (Moe et al., 2016). De tous ces moyens, la GC est l'intervention la plus fréquemment utilisée pour améliorer l'intégration des services pour les GU (Bodenheimer & Berry-Millett, 2009; Hudon, Chouinard, Lambert, Dufour, & Krieg, 2016; Kumar & Klein, 2012; Moe et al., 2016).

Le Réseau national de gestionnaires de cas du Canada (2009) définit la GC comme « un processus collaboratif et axé sur la clientèle pour la fourniture de services de santé et de soutien de qualité par l'utilisation efficace et efficiente des ressources » (p.7). La GC est une intervention regroupant plusieurs activités d'éducation, de coordination et de gestion des services autour d'une personne présentant des besoins complexes afin d'assurer une continuité de soins tout au long d'un continuum, adaptée aux besoins et sécuritaire (American Case Management Association, 2013). L'atteinte d'un état de santé optimal, d'une utilisation des services de santé axée sur les besoins de la personne, et d'un accès à des soins appropriés sont les objectifs visés de cette intervention (American Case Management Association, 2013 ; Réseau national des gestionnaires de cas du Canada, 2009). C'est dans un effort d'harmonisation et d'amélioration de la coordination des services que la fonction de gestionnaire de cas devient intéressante, surtout en première ligne (Baugh & Freeman, 2003; Hudon, Chouinard, Diadiou, Lambert, & Bouliane, 2015; Liaw, Moore, Iko, & Bazemore, 2015).

Pratiquée dans plusieurs pays, la GC a démontré son efficacité chez les GU : amélioration de la qualité de vie et la satisfaction des patients ; diminution des coûts de santé liés à une baisse de l'utilisation des services ; optimisation des soins et autres (Bodenmann et al., 2017; Kumar & Klein, 2012 ; Sweeney, Halpert, & Waranoff, 2007). Particulièrement, son efficacité à diminuer la fréquence des visites à l'urgence auprès d'une clientèle complexe, tels que les GU, est reconnue (Moe et al., 2016 ; Raven et al., 2016 ; Soril, Leggett, Lorenzetti, Noseworthy, & Clement, 2015a). De plus, une revue systématique de l'efficacité des interventions ciblant les GU a montré que la GC était la plus souvent utilisée et démontrait aussi des résultats positifs, tels qu'une diminution des coûts de santé et des bénéfices pour le patient (Althaus et al., 2011). D'un point de vue économique, la GC semble prometteuse, mais son coût/bénéfice reste toujours à démontrer (Bodenheimer & Berry-Millett, 2009; Kumar & Klein, 2012).

Au début des années 2000, aux États-Unis, ont émergé des équipes interdisciplinaires prodiguant des soins semblables à la GC tel que reconnue aujourd'hui. Le modèle de soins *Evercare* avait comme prémisse d'offrir des soins de première ligne d'intensité plus élevée afin de diminuer les hospitalisations chez une clientèle vulnérable vivant en résidence pour personnes âgées (Kane, Keckhafer, Flood, Bershadsky, & Siadat, 2003). Les résultats positifs, tels que la réduction de l'utilisation des services hospitaliers et des économies en coûts de soins de santé, ont également inspiré le Royaume-Uni. Se basant sur ce modèle, une réforme majeure du réseau de la santé britannique s'est déroulée en 2005 et a permis l'implantation de gestionnaires de cas, nommés « *community matrons* », dans la communauté (Lillyman, Saxon, & Treml, 2009),

soit des infirmières de pratique avancée exerçant la GC auprès d'une clientèle aux besoins complexes.

Différents professionnels peuvent effectuer le rôle de gestionnaire de cas, seuls ou en équipe (p. ex., infirmière, travailleuse sociale, éducateur spécialisé, psychologue, etc.) (de Stampa et al., 2014). La GC est souvent effectuée par des infirmières puisque ces dernières possèdent des compétences appropriées (M.-C. Chouinard et al., 2015; Smith, Mackay, & McCulloch, 2013; Sutherland & Hayter, 2009). La restructuration du système de santé québécois amorcée en 2000 a mené à la création des groupes de médecine de famille (GMF), où infirmières et médecins de famille collaborent et offrent des services de première ligne (Groupe de soutien à l'implantation des groupes de médecine de famille, 2006). Le ministère de la Santé et des Services Sociaux (2016b) (MSSS) a défini les activités professionnelles de l'infirmière clinicienne dans un guide d'intégration des professionnels en GMF notamment la prévention, la promotion, l'évaluation, le suivi, la coordination et une approche centrée sur le patient favorisant l'autogestion. Dans une récente analyse de la pratique infirmière en GMF, les activités de promotion, de prévention et d'éducation à la santé, ainsi que le soutien à l'autogestion, prédominaient (Poitras, Chouinard, Gallagher, & Fortin, 2018). Toujours en évolution, le rôle de l'infirmière en GMF est donc un atout favorable pour la gestion des GU, notamment par sa polyvalence et son champ d'activités professionnelles directement au sein de la clinique, à proximité des autres intervenants (Poitras et al., 2018).

Au Québec, une équipe de recherche (VISAGES) a implanté la GC de GU dans quatre GMF de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean entre 2012 et 2014. L'étude entreprise par cette équipe visait à évaluer les effets de la GC en première ligne. Plusieurs impacts positifs ont été notés : une amélioration de l'accès à l'information ; un meilleur soutien à l'autogestion ; une meilleure communication entre la famille, le patient et les services de santé ; une meilleure coordination et transition entre les professionnels et planification des soins ; une diminution de la détresse psychologique chez les GU ; et un plus grand sentiment de sécurité (Hudon et al., 2018; Hudon, Chouinard, Diadiou, Lambert, & Bouliane, 2015). Depuis quelques années, la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLSJ) a vu son offre de service en première ligne se transformer. D'abord l'Agence régionale de santé et de services sociaux du SLSJ, puis le CIUSSS du SLSJ ont implanté une Démarche intégrée en gestion des maladies chroniques (DIMAC-02) au sein des GMF de la région. La démarche se divisait en deux volets : 1) une intervention éducative par les professionnels sur la gestion des maladies chroniques (Fortin et al., 2013), et 2) un volet de GC des GU (Chouinard et al., 2013 ; Hudon et al., 2018).

Étant donné les multiples besoins des GU, il a été convenu au cours du déploiement du volet 2 de la démarche intégrée en maladies chroniques au sein du CIUSSS du SLSJ que la GC des GU se ferait désormais à partir d'une collaboration étroite entre l'infirmière et la travailleuse sociale du GMF dans une perspective d'intégration des services. Considérant les besoins complexes, autant physiques que psychosociaux (Bodenmann et al., 2015), et la présence d'infirmières et de travailleurs sociaux dans les GMF, il était censé d'amorcer la prise en charge des GU en dyade de professionnels.

Cependant, le déploiement d'une innovation complexe telle que celle-ci est fortement dépendant du contexte de son implantation (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004). Il importe donc d'explorer ce contexte par des études d'implantation. Selon Chaudoir, Dugan et Barr (2013), d'énormes sommes d'argent sont investies afin de supporter le développement de nouvelles pratiques, mais très peu d'entre elles finissent par être implantées de façon pérenne dans les milieux. Afin d'assurer la rentabilité et la pérennité des efforts et des investissements déployés, l'évaluation de l'implantation devient un incontournable.

Bien que plusieurs évidences scientifiques soutiennent l'efficacité de la GC dans la prise en charge des GU (Moe et al., 2016; Raven et al., 2016; Soril, Leggett, Lorenzetti, Noseworthy, & Clement, 2015b), très peu d'études se sont penchées sur le processus d'implantation de la GC auprès des GU. Considérant la complexité liée à la GC et aux GU, une évaluation approfondie du contexte d'implantation au sein d'un GMF pourrait révéler les barrières et les facteurs facilitant l'implantation de la GC. Une étude d'implantation renseignerait davantage sur la GC en dyade de professionnels et son fonctionnement, qui demeure à ce jour très peu répertoriée dans les écrits scientifiques. Approfondir les connaissances sur le sujet pourrait contribuer à mieux cerner les défis liés à l'implantation, ainsi que fournir des données essentielles aux décideurs et aux équipes cliniques pour implanter et améliorer les programmes de GC des GU en première ligne. Finalement, une telle évaluation pourrait guider l'amélioration du rôle infirmier en GC des GU et mieux cerner les facteurs à considérer pour optimiser ce rôle dans une équipe interprofessionnelle en première ligne.

Pour évaluer l'implantation de la GC chez les GU, un cadre théorique modélisant l'implantation d'innovations en santé selon cinq dimensions (structurelle, organisationnelle, en lien avec les intervenants, les patients et l'innovation) a été utilisé (Chaudoir et al., 2013). En se basant sur la définition de ce cadre théorique, la GC des GU est considérée comme une innovation en santé. La GC est une innovation complexe puisqu'elle est dépendante de plusieurs composantes interagissant entre elles et qu'elle est hautement dépendante de la population étudiée et du contexte (Campbell et al., 2007; Shepperd et al., 2009).

Les différentes dimensions décrites dans le modèle théorique de Chaudoir et al. (2013) englobent les facteurs qui peuvent influencer l'implantation d'une innovation. La dimension structurelle représente l'environnement et le contexte externe à l'organisation qui implante l'innovation. La dimension organisationnelle englobe l'organisation qui implante l'innovation (le GMF dans le cas présent). Les dimensions des intervenants et des patients englobent les facteurs propres aux individus concernés par l'innovation. Finalement, la dimension de l'innovation englobe les facteurs qui concernent la GC en elle-même. Ce cadre a permis de structurer la recension des écrits et les enjeux liés à l'implantation de la GC approfondis dans la collecte des données de ce mémoire.

Somme toute, la complexité des besoins des GU nécessite une prise en charge optimale par le système de santé pour plusieurs raisons d'ordres clinique et économique. Selon la littérature, la GC apparaît comme l'intervention de choix pour améliorer

l'intégration des services auprès de cette clientèle. Afin de mieux répondre aux besoins physiques et psychosociaux des GU, la GC en dyade infirmière/TS fut implantée dans certains GMF du SLSJ. Toutefois, l'implantation d'une telle innovation est un défi en soi et peu d'études ont recensé les facteurs à considérer lors de celle-ci. Une étude d'analyse permettrait alors d'identifier ces facteurs afin d'optimiser le rôle infirmier et améliorer son implantation.

Une étude qualitative de type étude de cas unique (Yin, 2018) a été entreprise pour analyser l'implantation de la GC des GU d'un GMF et comprendre quels sont les facteurs pouvant influencer son implantation. L'étude de cas unique a permis l'analyse de l'implantation sous plusieurs angles, de manière détaillée (Dahl, Larivière, & Corbière, 2014).

But de l'étude

Le but de cette étude était d'explorer l'implantation de la gestion de cas des GU de services hospitaliers par une dyade infirmière/travailleuse sociale dans un GMF dans le cadre du projet clinique D1MAC02 (volet 2) au SLSJ.

Chapitre 2 : Recension des écrits

Dans ce chapitre, la recension des écrits est présentée en deux parties. Dans un premier temps, les stratégies de recherche sont présentées. Puis, les principaux concepts sont définis, soit les GU, la GC, les GMF et l'implantation d'innovations en santé. Ensuite le cadre de référence choisi est présenté. Dans un deuxième temps, les résultats d'une revue de la portée sont présentés recensant les facteurs d'influence de l'implantation de la GC des GU.

Stratégies de recherche

Plusieurs stratégies de recherche documentaire ont été utilisées au cours de cette recension afin de définir les principaux concepts et d'approfondir les connaissances sur l'implantation de la GC des GU. Premièrement, une recherche exhaustive a été réalisée sous forme d'un examen de la portée. Puis, des recherches additionnelles ont été menées pour clarifier chacun des concepts importants à l'étude et les questionnements de l'étudiant chercheur tout au long de l'élaboration de la méthodologie, de la collecte et de l'analyse des données (Fortin & Gagnon, 2016).

Revue de la portée (*scoping review*)

Débutée en octobre 2016, une démarche systématique selon Arksey et O'Malley (2005), complétée par les recommandations de Levac, Colquhoun et O'Brien (2010), a été utilisée pour mener une revue de la portée. Les revues de la portée servent à « cartographier rapidement les concepts clés qui sous-tendent un domaine de recherche et

les principales sources et types de preuves disponibles, et peuvent être entreprises en tant que projets indépendants, en particulier lorsqu'un domaine est complexe ou n'a pas été examiné de manière exhaustive avant » [traduction libre] (Arksey & O'Malley, 2005, p. 21). Cinq étapes ont été suivies : 1) l'identification de la question de recherche ; 2) l'identification des études pertinentes ; 3) la sélection des études ; 4) l'organisation des données ; et 5) la synthèse des résultats (Tricco et al., 2016). Pour cette recension des écrits, la revue de la portée était justifiée par plusieurs facteurs. Premièrement, compte tenu l'expertise des directrices de l'étudiant dans le domaine de la GC, il était connu au préalable que peu d'études existaient sur les facteurs d'implantation de la GC. Ensuite, la revue de la portée permet de d'explorer un large éventail d'écrits lors d'une revue de littérature, tout en gardant un caractère systématique, ce qui assure la reproductibilité de la recherche. Finalement, une autre méthode de recherche, telle qu'une revue systématique, aurait nécessité davantage de ressource et de temps, ce qui ne cadrerait pas avec le projet de l'étudiant-chercheur. La revue de la portée était donc une méthode adéquate et versatile pour le projet de recherche.

Étape 1 : Identification de la question de recherche. La question de recherche était la suivante : « Quels sont les facteurs pouvant influencer l'implantation d'une intervention de gestion de cas (GC) pour les GU? ».

Étape 2 : Identification des études pertinentes. Une stratégie de recherche a été développée avec l'aide d'une bibliothécaire en sciences de la santé de l'Université du Québec à Chicoutimi, en octobre 2016, dans les bases de données CINAHL et MEDLINE,

pour trouver des articles en français ou anglais, publiés entre 1977 (année de l'article le plus ancien apparaissant lors de la recherche préliminaire) et 2016. Compte tenu des mots clés recherchés et du domaine de recherche, il a été convenu avec la bibliothécaire que ces banques de données seraient suffisantes pour la revue de la portée. La stratégie de recherche couvrait deux thèmes principaux : les GU et la GC. Les mots-clés, ainsi que les opérateurs booléens suivants ont été utilisés : (*frequent use* OR frequent attend* OR frequent consult* OR frequent utiliz* OR high utiliz* OR high consult* OR high use* OR repeat* use* OR repeat* consult* OR Repeat* attend* OR frequent flyer* OR heavy use* OR revolving door OR Misuse OR hyperuse OR health services need* and demand* OR health services use* OR health services misuse* OR complex need* OR complex health need**) AND (*case management OR "case management" OR (MH"Case management") OR patient care management*). Un total de 2137 articles a été obtenu : 834 articles pour CINAHL et 1303 articles pour MEDLINE.

Dans un deuxième temps, une revue de la littérature utilisant ces mots-clés fut réalisée afin d'actualiser la recension des écrits entre 2016 et 2019 et de discuter des résultats obtenus.

Étape 3 : Sélection des études. Après le retrait des doublons, 1756 articles ont été triés par l'étudiant (JB) à partir des titres et des résumés pour exclure les articles non admissibles en se basant sur les critères d'inclusion et d'exclusion. Dans le doute, l'article complet était révisé par un second chercheur. Les critères d'inclusion étaient : articles en anglais ou français; discutant de l'implantation (les résultats ou le processus

d'implantation) de la GC chez des GU. Les critères d'exclusion étaient : articles ciblant une population spécifique (p. ex., clientèle gériatrique, pédiatrique, psychiatrique, sans-abris, etc.); ciblant des problèmes de santé spécifiques (ciblant seulement une maladie chronique, VIH/SIDA, santé mentale uniquement) ou traitant de protocoles de recherche. Quarante-sept articles ont été retenus pour une évaluation plus approfondie faite par deux membres de l'équipe (JB et CH). Afin d'éliminer toute ambiguïté, une troisième personne a été sollicitée en cas de doute afin d'avoir consensus (MCC). De ces articles, 34 ont été rejetés : cinq ne traitaient pas de GC; 25 traitaient d'une population spécifique et quatre étaient des protocoles de recherche. Au total, 13 articles ont été inclus dans cette revue de la portée.

Étape 4 : Organisation des données. L'information a été extraite à l'aide d'une grille d'extraction des données (voir Tableau 1).

Tableau 1

Études incluses dans la revue de la portée

Auteurs, année et pays	Devis	Milieux	Population
Baugh et al. (2003) É-U	Revue de la littérature	Variés	Patients à haut risque d'utilisation accrue de services.
Bee et al. (2006) R-U	Étude avant-après	SPL	Adultes avec une MC et trois hospitalisations ou plus/année.
Dodd et al. (2011) R-U	Étude avant-après	SPL	GU de 18 ans ou plus, aux besoins médicaux et sociaux complexes, à risque d'hospitalisations.
Edgren et al. (2016) Suède	ERC	SPL	GU ayant trois visites et plus à l'urgence dans les six derniers mois, à risque d'utilisation soutenue des services de santé. Exclus : dément; mourant; trouble sévère de l'audition et/ou psychotique.
Hammer (2001) É-U	Étude avant-après	SPL	GU présentant certaines problématiques : physiques; mentales; comportementales; déficits cognitifs; limitations fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne; absence de proche-aidant; seul ou présentant un faible statut socioéconomique.
Hudon et al. (2015) Canada	Étude qualitative descriptive	GMF	GU identifiés par MD de famille de 18-80 ans, avec au moins une MC.
Kahan et al. (2016) Canada	Étude qualitative descriptive	Urgence, SPL	GU présentant aussi des problématiques de santé mentale et de dépendances.
Liaw et al. (2015) É-U	Analyse d'implantation	SPL	GU
Pope et al. (2000) Canada	Étude avant-après	Urgence	GU avec deux critères ou plus : condition médicale chronique ou complexe, et/ou la présence de comportements toxicomane, violent ou abusif.

Tableau 1

Études incluses dans la revue de la portée (suite)

Auteurs, années et pays	Devis	Milieus	Population
Poremski et al. (2016) Canada	Étude qualitative descriptive	Urgence	GU avec au moins cinq visites ou plus/année, 18 ans ou plus et ayant visité l'urgence au moins une fois pour des problématiques de santé mentale/dépendance.
Segal et al. (2004b) Australie	ERC	Hôpital	GU des services d'hospitalisations.
Segal et al. (2004a) Australie	Analyse secondaire d'un ERC	Hôpital	GU des services d'hospitalisations.
Smith et al. (2013) R-U	Étude qualitative descriptive	SPL	GU avec des conditions chroniques et besoins complexes.

ERC : Essai clinique randomisé. É-U : États-Unis. MC : maladie chronique. MD : médecin. R-U : Royaume-Uni. SPL : services de première ligne.

Étape 5 : Synthèse des résultats. L'analyse a été faite selon une analyse thématique mixte, inductive et déductive (Miles, Huberman, & Saldaña, 2014), basée sur le cadre de référence de Chaudoir et al. (2013). Les thèmes clés de cette analyse ont été catégorisés selon les cinq dimensions du cadre de référence et sont présentés plus bas.

Définitions des concepts principaux

En recherche qualitative, il importe de bien définir les concepts majeurs à l'étude afin qu'ils soient compréhensibles, justes et précis (Fortin & Gagnon, 2016). Pour respecter la nature qualitative du projet, une définition opérationnelle des concepts n'est

pas nécessaire puisque l'expérience de la situation sur le terrain est préconisée plutôt que de baliser les concepts et limiter l'investigation de ceux-ci (Grove, Burns, & Gray, 2013). Dans les sections suivantes, les définitions conceptuelles retenues pour l'étude sont mentionnées. À la suite, le cadre de référence et les résultats de la revue de la portée sont présentés.

Grands utilisateurs de services de santé

Encore à ce jour, la définition d'un GU est très variable dans la littérature. Malgré l'absence de consensus franc sur une définition standardisée, les auteurs s'entendent qu'un des critères déterminants pour les identifier est la fréquence de leurs visites à l'urgence, variant de quatre à sept visites et plus à l'urgence, par année (Boh et al., 2015 ; Doupe et al., 2012 ; Krieg et al., 2016 ; Kumar & Klein, 2012 ; van Tiel et al., 2015). Pour le CIUSSS du SLSJ, un GU devait cumuler six visites ou plus à l'urgence et/ou trois hospitalisations dans la dernière année. Ce patient devait également présenter des caractéristiques de vulnérabilité, tels que des facteurs sociaux (p. ex., pauvreté, faible éducation et/ou autres), physiques (p. ex., maladies chroniques), mentaux (p. ex., problèmes de santé mentale), comportements (p. ex., consommation d'alcool/drogue), nécessitant un suivi par un gestionnaire de cas (Bodenmann et al., 2015 ; Manning & Gagnon, 2017). Cette définition fut établie par le CIUSSS afin d'avoir des critères quantifiables pour mieux cibler un GU. Cette définition faisait donc consensus auprès des différents acteurs du projet. Plusieurs moyens ont été utilisés pour cibler ce GU : référence par le gestionnaire de cas du CIUSSS; identification directement au sein du GMF ou par d'autres intervenants du CIUSSS. Pour la GC en GMF, le GU devait être suivi par un

médecin du GMF. Finalement, les GU déjà suivis principalement dans un autre service (soins à domicile, santé mentale, etc.) ont poursuivi leur suivi avec le gestionnaire de cas de ce service et ont été exclus de la GC en GMF.

Gestion de cas

La GC se définit comme un « processus collaboratif et axé sur la clientèle pour la fourniture de service de santé et de soutien de qualité par l'utilisation efficace et efficiente des ressources » (Réseau national des gestionnaires de cas du Canada, 2009, p. 7). L'équipe de recherche VISAGES, ainsi que le CIUSSS du SLSJ ont adopté cette définition pour la GC. Il s'agit d'une intervention qui englobe six normes essentielles à son application : 1) l'identification du client et la vérification de son admissibilité aux services de GC en sondant les besoins du client et les comparant aux critères d'admissibilité du programme; 2) l'évaluation du GU (processus dynamique et continu d'évaluation de plusieurs composantes, telles que les buts, les forces et les ressources du client); 3) la planification d'un plan de services individualisé (PSI) en fonction des besoins du GU et des ressources ciblées pour sa condition; 4) la mise en œuvre des services (le gestionnaire de cas veille à l'application du PSI et du travail collaboratif entre les partenaires impliqués); 5) le contrôle (processus de suivi et de réévaluation périodique du PSI et des besoins actuels du client); et 6) la transition (transfert vers d'autres services lorsque la situation du GU s'est stabilisée) (Réseau national des gestionnaires de cas du Canada, 2009).

Le rôle de gestionnaire de cas peut être effectué par plusieurs professionnels, autant en équipe interdisciplinaire que de manière autonome (Soril et al., 2015a). Pour la GC des GU, l'infirmière est fréquemment citée comme étant bien placée pour ce rôle (Berry-Millett & Bodenheimer, 2009 ; McCarthy, Ryan, & Klein, 2015), tant pour ses compétences cliniques qu'administratives. Smolowitz et al. (2015) décrivent qu'en contexte de soins préventifs, en gestion des maladies chroniques et en gestion de soins, incluant entre autres le rôle de gestionnaire de cas, l'infirmière détient les compétences et les connaissances requises pour faciliter la collaboration interprofessionnelle et l'administration des soins de santé aux patients.

Peu d'écrits ont recensé la GC des GU en dyade infirmière-travailleuse sociale. À ce sujet, une revue de littérature a recensé les bienfaits d'une GC des GU en dyade directement à l'urgence : une augmentation de la satisfaction des patients et des intervenants, une diminution des coûts, une prévention des hospitalisations inappropriées et une amélioration de la planification des soins au retour à domicile (Bristow & Herrick, 2002). Ces auteurs discutent aussi du rôle de chacun. Plusieurs rôles sont attribués à cette dyade de gestionnaires de cas et ils doivent être pourvus de compétences multiples. L'infirmière et la TS travaillent de concert selon leur champ d'exercice respectif, où la première se démarque particulièrement dans une prise en charge plus clinique et médicale des soins. Pour sa part, la TS se distingue par la gestion des crises psychosociales et son rôle de liaison vers les différentes ressources disponibles. Dans une équipe de GC en dyade, les rôles ont tendance à se chevaucher et les soins prodigués seront variables selon les besoins du client. Finalement, selon Bristow et Herrick (2002), la collaboration, la

flexibilité et la présence de facilitateurs seront extrêmement importants pour la GC des GU. Dans un contexte de clinique de première ligne, aucune étude n'a traité d'une dyade inf./TS pour effectuer la GC jusqu'à maintenant.

Groupe de médecine de famille

Les groupes de médecine de famille sont des regroupement de médecins de famille travaillant en étroite collaboration avec plusieurs professionnels (infirmières, travailleuses sociales et autres) au sein d'une même clinique (Groupe de soutien à l'implantation des groupes de médecine de famille, 2006; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Ils permettent une accessibilité accrue à un médecin et aux services de première ligne, l'amélioration de la prise en charge des usagers, l'amélioration de la qualité des soins prodigués et une complémentarité avec les services des centres de santé et de services sociaux (Groupe de soutien à l'implantation des groupes de médecine de famille, 2006; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, 2016b).

Le MSSS (2016b) a défini les activités professionnelles de l'infirmière clinicienne dans un guide d'intégration des professionnels en GMF notamment la prévention, la promotion, l'évaluation, le suivi, la coordination et une approche centrée sur le patient favorisant l'autogestion. Plus précisément chez la clientèle ayant des maladies chroniques, le rôle de l'infirmière en GMF se déploie en cinq grands domaines d'activités : évaluation globale de la condition du patient; promotion de la santé; gestion des soins et gestion de cas; collaboration infirmière-médecin; organisation et planification de l'offre de services

des patients atteints de maladies chroniques (Poitras, 2016; Poitras, Chouinard, Gallagher, & Fortin, 2018).

Implantation d'innovations en santé

L'implantation d'innovations en santé se définit comme un ensemble de processus pour intégrer une nouvelle pratique dans une organisation (Damschroder et al., 2009; Durlak & DuPre, 2008). Elle représente la fenêtre temporelle, ainsi que les moyens utilisés, entre le moment où une organisation décide d'adopter une nouvelle pratique et son utilisation bien ancrée dans la routine des gens qui y travaillent (Damschroder et al., 2009). Enfin, l'implantation peut être divisée en huit aspects distincts offrant une compréhension plus appliquée : 1) la fidélité; 2) le dosage; 3) la qualité; 4) la réponse des participants; 5) la différenciation du programme; 6) la surveillance; 7) la portée du programme; et 8) l'adaptation (Durlak & DuPre, 2008). La science de l'implantation étudie les diverses méthodes d'interventions mises en place (cliniques, organisationnelles, administratives, etc.) pour transposer les innovations dans la pratique usuelle (Implementation Science, 2016).

Plusieurs auteurs du domaine de la santé s'entendent pour dire que l'implantation d'innovations est un processus complexe et difficilement mesurable, puisque plusieurs variables sont à considérer à différents niveaux (Greenhalgh et al., 2004 ; Grol, Bosch, Hulscher, Eccles, & Wensing, 2007 ; Shortell, 2004). Ensuite, la typologie très variée du domaine de l'implantation, l'hétérogénéité des modèles théoriques existants et l'absence de modèle prédisant les résultats d'implantation contribuent à complexifier la tâche des

chercheurs à mesurer et diriger l'implantation d'innovations en santé (Chaudoir et al., 2013; Damschroder et al., 2009; Grol et al., 2007; Squires et al., 2011).

Cadre de référence

Le cadre de référence choisi pour ce mémoire de maîtrise est le modèle théorique d'implantation d'innovations en santé de Chaudoir et al. (2013). Quelques cadres théoriques existent dans le domaine de l'implantation d'innovations en santé, mais les plus fréquemment cités forment la base théorique du cadre choisit. Plusieurs raisons ont motivé ce choix, tant au plan de son utilité pour conduire le projet proposé qu'au plan de sa souplesse. Dans cette section, l'utilisation de ce modèle pour le projet de maîtrise sera justifiée et ses composantes seront définies.

Au Québec, la discipline infirmière est en constante évolution depuis quelques années avec les réformes législatives, accordant de plus en plus d'autonomie aux infirmières en élargissant leur champ d'exercice (Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec, 2016a). De plus, depuis juillet 2016, l'entrée en vigueur de la prescription infirmière vient élargir la pratique de certaines infirmières (Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec, 2016b). Par ailleurs, de nouveaux rôles infirmiers émergent dans la pratique : infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale ; infirmière gestionnaire de cas ; infirmière praticienne spécialisée ; etc. Il devient donc important d'encadrer l'implantation de ces nouveaux rôles dans la pratique en offrant le soutien nécessaire aux professionnels, (Wutzke, Benton, & Verma, 2016). Bien que le cadre théorique de Chaudoir et al. (2013) ne soit pas issu du domaine infirmier, il reste tout de même très

important pour la discipline infirmière. Un cadre théorique, tel que celui proposé ici, est nécessaire pour guider l'implantation de tels rôles. Il pourra contribuer à identifier adéquatement les facteurs responsables des résultats post-implantation et donnera des indicatifs sur quels éléments travailler.

Le modèle proposé pour modéliser l'implantation s'inspire de trois grands modèles théoriques issus de la recherche. Dans un premier temps, pour constituer les cinq dimensions, le modèle prend racine dans deux grandes études : le « *Consolidated Framework for Implementation Research* » (CFIR) de Damschroder et al. (2009), conçu grâce à une revue de 19 modèles théoriques d'implantation, et l'« *Ecological Framework for Understanding Effective Implementation* » de Durlak et DuPre (2008), fruit d'une revue de méta-analyses et de rapports quantitatifs traitant des facteurs pouvant influencer l'implantation. Encore à ce jour, le CFIR reste très utilisé et contribue à l'avancement de la science de l'implantation. Kirk et al. (2016) ont tout récemment publié une revue systématique sur l'utilisation du CFIR dans la littérature et ont démontré une multitude d'applications de ce modèle et des recommandations pour les recherches futures, dont sa pertinence lors d'identification de barrières à plusieurs moments d'une implantation. Pour ce qui est des résultats d'implantation, Chaudoir et al. (2013) se sont appuyés sur la taxonomie proposée par Proctor et al. (2011) pour désigner leurs concepts. Ce modèle conceptuel a comme motif de modéliser cinq dimensions pouvant influencer l'implantation. Considérant sa solide base théorique et ses concepts clairs et simplifiés, le cadre théorique de Chaudoir et al. (2013) s'est avéré approprié au besoin du présent projet de recherche.

Dix concepts principaux sont à la base de ce cadre, divisés en deux catégories. Dans un premier temps, cinq facteurs causals présentés sont susceptibles d'influencer l'implantation. Les cinq facteurs sont abordés dans ce projet comme des dimensions d'implantation. D'entrée de jeu, Chaudoir et al. (2013) ont clarifié que ces facteurs sont tous inter reliés entre eux et qu'ils ont un lien causal direct de produire ou prédire les résultats d'implantation qui sont décrits par la suite (Chaudoir et al., 2013). Les cinq dimensions décrites sont : structurelle, organisationnelle, en lien avec les intervenants, avec le patient et l'innovation [traduction libre] (voir figure 1).

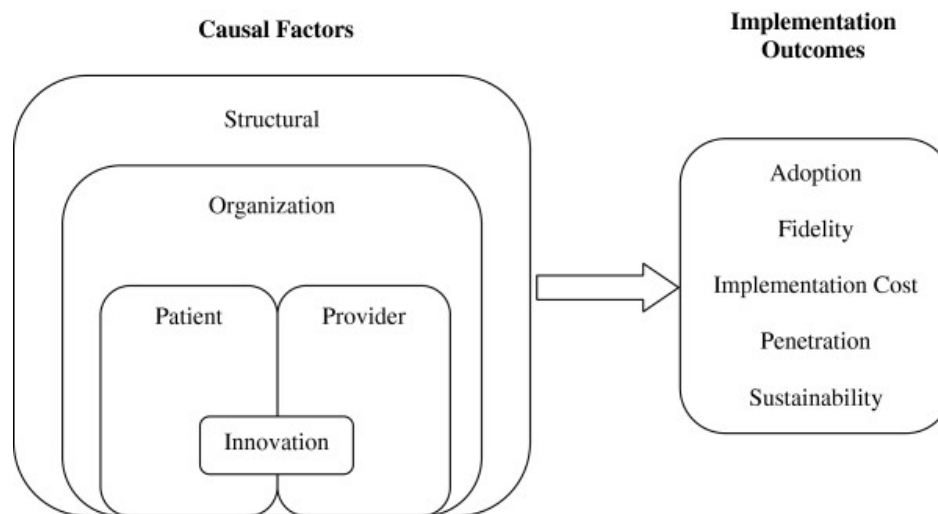


Figure 1. A multi-level framework predicting implementation outcomes (Chaudoir et al., 2013).¹

¹ Le journal BioMed Central Ltd. permet la reproduction, distribution et l'utilisation sans restriction des figures à condition que celles-ci soient citées correctement.

Dimension structurelle

La dimension structurelle englobe les facteurs traitant des « caractéristiques environnementales ou structurelles externes du contexte socioculturel ou communautaire de l'organisation dans laquelle l'innovation est implantée » [traduction libre] (Chaudoir et al., 2013, p. 2). Concrètement, il s'agit ici d'aspects physiques à l'extérieur de l'établissement où se déroule l'implantation (p. ex., accès physique difficile pour les personnes handicapées), de politiques, de lois, du climat politique ou socioéconomique ou lié à l'infrastructure même du bâtiment (Chaudoir et al., 2013).

Dimension organisationnelle

Cette dimension englobe les facteurs qui « représentent les aspects organisationnels à l'intérieur desquels l'innovation est implantée » [traduction libre] (Chaudoir et al., 2013, p. 3). Ces aspects font notamment référence au climat qui règne au sein de l'organisation, à la culture du milieu, à la satisfaction et au moral des employés, ainsi qu'à l'efficacité du leadership exercé dans l'organisation.

Dimension liée aux intervenants

Cette dimension englobe les facteurs qui « représentent l'individu qui implante l'innovation » [traduction libre] (Chaudoir et al., 2013, p. 3). Tout comme Durlak et DuPre (2008) l'ont définie, cette dimension traite des attitudes de toutes les personnes responsables de prodiguer l'intervention au patient, peu importe qu'il soit clinicien, gestionnaire, médecin ou autres (Chaudoir et al., 2013).

Dimension liée aux patients

Cette dimension est définie par les facteurs qui englobent « les caractéristiques pouvant affecter les résultats de l'implantation, telles que les croyances, la motivation et les traits de personnalité » des patients [traduction libre] (Chaudoir et al., 2013, p. 3), puisque ceux-ci sont directement impliqués dans l'innovation et qu'ils sont responsables d'une part du succès de l'implantation (Chaudoir et al., 2013 ; Damschroder et al., 2009).

Dimension liée à l'innovation

Cette dernière dimension se définit comme « les facteurs qui englobent les aspects liés à l'innovation qui doit être implantée » [traduction libre] (Chaudoir et al., 2013, p. 3). Il s'agit des avantages et désavantages à implanter l'innovation, les données probantes à son sujet et ses caractéristiques.

Facteurs d'influence

Le dernier concept majeur retrouvé dans ce mémoire concerne les facteurs d'influence (facilitants et les barrières) à l'implantation de la GC des GU. Le cadre théorique de Chaudoir et al. (2013) ne définit pas explicitement de facteurs facilitants ou de barrières, mais traite plutôt de facteurs généraux. En lien avec l'implantation de la GC des GU, la revue de la portée a révélé plusieurs facteurs couvrant les cinq dimensions du cadre de référence pouvant influencer l'implantation de la GC des GU (voir Tableau 2).

Tableau 2

Facteurs d'influence recensés en fonction des dimensions de Chaudoir et al. (2013)

Structurelle	Organisationnelle	Intervenants	Patients	Innovation
Politique	Collaboration interorganisationnelle	Choix du gestionnaire de cas	Considération des besoins des patients	Définition de la GC
Géographique	Collaboration interprofessionnelle	Formation	Approche holistique qui promeut l'autonomie	Plan de services individualisé
Économique	Financement et coûts liés à la GC pour les organisations			Systèmes de références et d'identification des GU
	Stratégies organisationnelles			Description de tâches des gestionnaires de cas
	Soutien organisationnel			Accès à la GC
	Systèmes de communication et d'accès à l'information			Continuum de soins
				Culture de soins

Facteurs d'influence de la dimension structurelle

La dimension structurelle est présentée autour de trois thèmes principaux : l'aspect politiques, géographique et économiques. Les politiques en faveur d'une plus grande intégration des services de santé et des services sociaux favoriseraient l'implantation de la GC (Kahan et al., 2016 ; Segal, Dunt, Day, et al., 2004). Du point de vue géographique, la centralisation des services offerts et leur proximité dans une même infrastructure aurait un impact favorable (Kahan et al., 2016 ; Smith et al., 2013). Parmi les facteurs

économiques, une réforme dans le système de paiement qui promeut l'amélioration de la qualité des soins, plutôt que la quantité, et qui favorise les initiatives à plus petites échelles, telles que la GC, pourrait inciter une organisation à implanter une telle innovation (Liaw et al., 2015 ; Segal, Dunt, & Day, 2004). De plus, une meilleure compréhension du fonctionnement du système économique, incluant le financement des établissements de santé, de la part de l'organisation faciliterait son implantation (Segal, Dunt, & Day, 2004).

Facteurs d'influence de la dimension organisationnelle

Les facteurs organisationnels sont présentés autour de six thèmes principaux : la collaboration interorganisationnelle; la collaboration interprofessionnelle; le financement et les coûts liés à la GC pour les organisations; les stratégies organisationnelles; le soutien organisationnel et les systèmes de communication et d'accès à l'information.

Concernant la collaboration interorganisationnelle, plusieurs écrits ont soulevé l'importance de l'engagement et de construire sur des partenariats établis, de développer une communication efficace et une prise de décision partagée entre les organismes externes et l'organisation qui implante la GC (Baugh & Freeman, 2003 ; Kahan et al., 2016 ; Pope, Fernandes, Bouthillette, & Etherington, 2000 ; Poremski et al., 2016 ; Smith et al., 2013). En ce qui a trait à la collaboration interprofessionnelle, la présence de réseaux de communication et l'établissement de relations collaboratives solides au sein de l'organisation et de ses équipes de soins sont des facteurs importants (Baugh & Freeman, 2003 ; Dodd et al., 2011 ; Poremski et al., 2016 ; Smith et al., 2013). La proximité

physique du gestionnaire de cas auprès des autres professionnels impliqués serait aidante en ce sens (Hudon et al., 2015 ; Smith et al., 2013).

Au sein de l'organisation, la planification du financement et des coûts associés à la GC devrait être considérée. Le principal enjeu soulevé par plusieurs est l'équilibre entre les investissements et les économies (Baugh & Freeman, 2003 ; Hudon et al., 2015 ; Liaw et al., 2015 ; Segal, Dunt, Day, et al., 2004 ; Segal, Dunt, & Day, 2004). Par exemple, un investissement initial insuffisant pourrait nuire à l'implantation de la GC, au même titre qu'un investissement trop considérable pourrait nuire à l'obtention d'économies à moyen terme. D'où la pertinence de bien estimer le budget dont l'organisation dispose (Baugh & Freeman, 2003) et de trouver la bonne stratégie pour financer la GC (Kahan et al., 2016 ; Liaw et al., 2015).

Parmi les stratégies organisationnelles mentionnées, la présence d'un plan opérationnel stratégique détaillé (Bee & Clegg, 2006), ayant pour but d'unifier et d'intégrer les services entre eux (Dodd et al., 2011), ainsi que l'intégration de la GC au sein de ce plan (Baugh & Freeman, 2003) peuvent favoriser son implantation. Ces stratégies peuvent être en lien étroit avec les orientations dictées par les aspects politiques.

Le soutien clinique et des systèmes de rétroaction, de communication et d'accès à l'information (Baugh & Freeman, 2003 ; Bee & Clegg, 2006 ; Edgren et al., 2016 ; Kahan et al., 2016 ; Liaw et al., 2015 ; Poremski et al., 2016 ; Segal, Dunt, Day, et al., 2004 ; Segal, Dunt, & Day, 2004) favorisant des échanges dynamiques et l'amélioration de la

GC en temps réel étaient des éléments majeurs du soutien organisationnel notés pouvant influencer l'implantation, ainsi que le leadership exercé par l'organisation (Kahan et al., 2016).

Facteurs d'influence de la dimension des intervenants

Ces facteurs étaient davantage orientés vers le gestionnaire de cas, entre autres, le choix du gestionnaire de cas (Dodd et al., 2011 ; Hammer, 2001 ; Pope et al., 2000 ; Segal, Dunt, Day, et al., 2004 ; Smith et al., 2013), et sa formation (Baugh & Freeman, 2003 ; Bee & Clegg, 2006 ; Dodd et al., 2011 ; Hudon et al., 2015 ; Kahan et al., 2016 ; Liaw et al., 2015 ; Segal, Dunt, Day, et al., 2004 ; Smith et al., 2013).

Une majorité des gestionnaires de cas étaient des infirmières (Baugh & Freeman, 2003 ; Dodd et al., 2011 ; Hammer, 2001 ; Hudon et al., 2015 ; Smith et al., 2013). D'autres professionnels étaient parfois également recrutés : éducateur spécialisé ; travailleur social et médecin (Dodd et al., 2011 ; Pope et al., 2000 ; Segal, Dunt, Day, et al., 2004). Plusieurs facteurs peuvent influencer le choix d'un gestionnaire de cas, outre sa formation professionnelle initiale. Posséder certaines compétences, telles qu'un leadership clinique, de la créativité, de la flexibilité, une pensée critique, des qualités interpersonnelles et une expérience clinique pertinente a été mentionnés comme des caractéristiques favorisant l'implantation de la GC (Baugh & Freeman, 2003 ; Dodd et al., 2011 ; Smith et al., 2013).

Plusieurs aspects ont émergé concernant la formation du gestionnaire de cas : la formation continue, en allouant temps et argent pour former les gestionnaires de cas (Bee & Clegg, 2006); l'apprentissage par « *action learning* » entre intervenants (Edgren et al., 2016 ; Hudon et al., 2015 ; Smith et al., 2013) grâce aux expériences de chacun et dans une visée d'améliorer la GC; et la planification et le développement de la relève (Smith et al., 2013). Une campagne de recrutement réussie du gestionnaire de cas, incluant une publicité efficace du poste de gestionnaire de cas, pourrait influencer positivement l'implantation de la GC (Bee & Clegg, 2006 ; Smith et al., 2013). Quelques mises en garde ont par ailleurs été soulevées. Entre autres, il s'agirait de porter attention à la charge de cas (*caseload*) du gestionnaire de cas, en évitant la surcharge de travail (Segal, Dunt, Day, et al., 2004) et la confusion des rôles entre les intervenants (Baugh & Freeman, 2003).

Facteurs d'influence de la dimension des patients

Peu de facteurs ont été soulevés dans les écrits pour cette dimension. L'attention portée aux besoins des patients, selon une approche holistique (Hudon et al., 2015 ; Segal, Dunt, Day, et al., 2004) et qui promeut l'autonomie (Hammer, 2001), est à considérer lors d'implantation de la GC chez cette clientèle.

Facteurs d'influence de la dimension de l'innovation

Les principaux facteurs identifiés en lien avec l'innovation sont la définition de la GC, l'utilisation de plans de services individualisé (PSI) et les systèmes de référence et d'identification des GU, la description de tâches des gestionnaires de cas, l'accès à la GC, le continuum de soins et la culture de soins.

Une définition claire de la GC et la définition de la pratique du gestionnaire de cas sont à promouvoir (Baugh & Freeman, 2003 ; Hudon et al., 2015 ; Smith et al., 2013). En ce sens, la pratique de la GC dans les études était très hétérogène et la manière de l'effectuer était propre à chaque organisation. Certains écrits ont souligné que la présence de visites à domicile (Hudon et al., 2015 ; Smith et al., 2013) et qu'une GC adaptée aux besoins de la population (Baugh & Freeman, 2003) pourraient avoir un impact sur l'implantation de la GC. À cette pratique, certaines études ont souligné l'importance des PSI proactifs et l'intégration de ces plans à la pratique des intervenants (Dodd et al., 2011 ; Hudon et al., 2015 ; Pope et al., 2000 ; Segal, Dunt, Day, et al., 2004).

Les systèmes de référence et d'identification ont été des aspects majeurs pour une implantation efficace de la GC. La mise en place de critères et de processus clairs qui permettent d'identifier un GU et de favoriser une meilleure intégration au système actuel sont tous des facteurs favorables lors de l'implantation (Baugh & Freeman, 2003 ; Kahan et al., 2016 ; Segal, Dunt, & Day, 2004 ; Smith et al., 2013). Il est à noter que la durée du suivi peut avoir un impact sur les résultats de l'intervention et doit donc être considérée lors de l'implantation (Poremski et al., 2016). L'identification d'un GU avec justesse, ni trop malade (phase terminale par exemple), ni trop en santé, à haut risque, est importante (Segal, Dunt, Day, et al., 2004 ; Smith et al., 2013). Pour ce faire, l'utilisation de diverses méthodes d'identification (quantitatives et qualitatives) d'un GU est à considérer (Baugh & Freeman, 2003 ; Edgren et al., 2016 ; Segal, Dunt, & Day, 2004). Les méthodes quantitatives comprennent l'utilisation de données administratives, notamment sur

l'utilisation des services de santé (urgences, soins de première ligne ou autres) et autres informations pertinentes (Baugh & Freeman, 2003 ; Edgren et al., 2016 ; Hammer, 2001 ; Kahan et al., 2016) et l'information médicale au dossier du patient (Edgren et al., 2016). L'utilisation de listes de GU (Kahan et al., 2016), d'un système de repérage automatique intégré aux systèmes d'information clinico-administratifs en place (Kahan et al., 2016) et d'outils d'évaluation du risque d'utilisation des services (Baugh & Freeman, 2003 ; Segal, Dunt, Day, et al., 2004) sont tous des moyens de repérer un GU. Les méthodes qualitatives réfèrent pour la plupart à l'évaluation faite par les différents professionnels de la santé, incluant le gestionnaire de cas (Baugh & Freeman, 2003 ; Edgren et al., 2016).

Pour l'accès à la GC, des éléments soulevés peuvent influencer l'implantation de la GC. La présence d'une liste d'attente (Kahan et al., 2016) peut restreindre l'accès aux services de GC. De plus, les heures d'ouverture du service de GC (Kahan et al., 2016) et l'endroit physique pour accéder au gestionnaire de cas sont à considérer (Kahan et al., 2016 ; Smith et al., 2013).

Pour le continuum et la culture de soins, l'intégration d'éléments facilitants et le remaniement des processus en place entourant la communication, ainsi que la continuité des soins sont tous des facteurs à considérer lors de l'implantation (Baugh & Freeman, 2003 ; Liaw et al., 2015 ; Poremski et al., 2016). Une meilleure utilisation des ressources communautaires (Pope et al., 2000), en prenant garde de ne pas avoir trop d'intervenants autour du gestionnaire de cas et du patient (*overconnectedness*) (Poremski et al., 2016),

est souhaitable. Adopter une approche centrée sur le patient pourrait avoir un impact positif sur l'implantation de la GC (Kahan et al., 2016).

Questions de recherche

À la lumière de cette recension des écrits, il apparaît que l'implantation de la GC des GU est un processus complexe et représente un défi de taille impliquant plusieurs éléments. La structure des GMF, actuellement implantés au Québec, constitue un terrain fertile pour l'implantation de ce nouveau rôle, puisque plusieurs éléments favorables s'y retrouvent. Néanmoins, aucune étude n'a été entreprise sur l'implantation d'un tel rôle dans un GMF. Plus spécifiquement, aucune étude n'existe sur les facteurs pouvant influencer l'implantation de la GC des GU dans un GMF ainsi que sur le partage des rôles entre l'infirmière et la travailleuse sociale dans ce contexte.

Par conséquent, ce mémoire veut répondre aux deux questions suivantes :

1. Quels sont les facteurs facilitants et les barrières à l'implantation de la GC des GU en GMF ?
2. Comment se partagent les rôles de l'infirmière et de la travailleuse sociale lors de la GC de GU en GMF ?

Chapitre 3 : Méthodologie

Ce chapitre vise à décrire le déroulement de l'étude. Tel qu'abordé au cours de la problématique, le projet de l'étudiant chercheur s'imbrique dans un projet de plus grande envergure, en cours au Saguenay-Lac-Saint-Jean, qui sera présenté dans cette section. Les sections suivantes sont ensuite présentées : le devis ; la description du milieu de l'étude ; la collecte des données ; le plan d'analyse des données ; les critères de scientificité ; et les considérations éthiques.

Devis

Un devis qualitatif de type étude de cas unique exploratoire, selon l'approche de Yin (2018), a été utilisé. L'étude de cas est un devis de recherche qui permet de comprendre et d'analyser des situations complexes, dans leur contexte respectif (Dahl et al., 2014). Tel qu'expliqué plus haut, l'implantation d'innovations en santé est étroitement liée au contexte et que plusieurs facteurs à plusieurs niveaux sont à considérer. Le devis d'étude de cas se distingue par son analyse en profondeur d'un cas et de son contexte inséparable (Hentz, 2012). Pour un mémoire de maîtrise, la charge de travail exigée pour l'étude d'un cas unique convenait amplement, comparativement à une étude de cas multiples. De plus, le caractère exploratoire d'un devis qualitatif, tel que l'étude de cas unique, permettait de répondre le plus justement aux questions de recherche. Finalement, considérant le faible nombre d'infirmières œuvrant en GMF au SLSJ impliquées dans DIMAC02 volet 2, il aurait été difficile de mener d'autres types d'études qualitatives,

telle qu'une étude qualitative descriptive interprétative (Thorne, 2016). Également, ce type d'étude qualitative ne permet pas d'évaluer le contexte en profondeur.

Néanmoins, ce type de devis comporte des limites. D'abord, l'étude d'un seul cas, au lieu de plusieurs, rend difficile la généralisation des données obtenues et diminue la triangulation des données entre les cas. Ensuite, dans une étude de cas, le chercheur demeure le principal outil de collecte de données. Cela peut occasionner une variabilité dans la constance des données collectées. Finalement, ce type de devis nécessite un temps considérable et une implication approfondie du chercheur (Merriam, 2009).

Son utilisation permet donc d'explorer comment s'implante la GC des GU en GMF et le contexte environnant de cette démarche. Yin (2018) présente cinq types d'étude de cas unique : critique, inhabituel, commun, révélateur et longitudinal [traduction libre]. Pour le projet de l'étudiant chercheur, le type qui concorde le mieux est le commun. Le type commun représente un cas typique parmi d'autres et son objectif est de capturer l'essentiel d'un contexte pour ainsi en apprendre davantage sur ce qui constitue la normalité (Yin, 2018). La compréhension à un niveau théorique d'un cas commun peut permettre de tirer des conclusions quant à son fonctionnement, dans son contexte.

Milieu de l'étude et population cible

Le cas étudié dans cette étude est un des GMF participant à l'implantation de la GC dans le cadre du projet clinique DIMAC02 volet 2. Des critères d'inclusion ont été discutés avec les gestionnaires du CIUSSS du SLSJ impliqués dans le projet, la

coordonnatrice des gestionnaires de cas des GU et des partenaires du terrain afin de décider quel GMF serait étudié. Plus particulièrement, les critères d'inclusion du cas ont été les suivants : 1) faire partie de la région du SLSJ; 2) être un GMF ayant accepté d'implanter la GC des GU; et 3) être un des milieux qui était le plus avancé dans l'implantation de la GC. Pour une population cible de onze GMF sur le territoire du SLSJ au moment du recrutement, une population accessible de cinq GMF ont accepté d'implanter la GC des GU dans leur GMF. Afin de préserver l'anonymat et protéger la confidentialité, il est statué que le cas choisi est un GMF sur le territoire du SLSJ, sans spécification additionnelle.

Échantillon

L'échantillon (n=5) de cette étude comprend des participants provenant du GMF et du CIUSSS. Tel qu'expliqué, le GMF n'est pas une entité du CIUSSS, mais plutôt une clinique médicale autonome dans laquelle des professionnels sont employés pour y offrir des services par le CIUSSS du SLSJ. Puisque l'implantation de la GC des GU en GMF est une initiative du CIUSSS, ce sont des gestionnaires du CIUSSS qui sont en charge de l'implantation. Il était donc essentiel d'inclure ces acteurs importants à l'implantation, même s'ils ne font physiquement pas partie du GMF.

L'échantillonnage s'est fait par choix raisonné, étant donné le milieu spécifiquement choisi et les différents types de participants recherchés (Fortin & Gagnon, 2016). Toujours dans un souci d'anonymat et de confidentialité, le féminin a été employé pour nommer les différents titres d'emploi des participantes. Les participantes ont été

identifiées lors des rencontres du comité de pilotage du projet DIMAC02 volet 2, impliquant les gestionnaires responsables de l'implantation de la GC des GU en GMF au SLSJ, les chercheurs de l'équipe VISAGES et d'autres invités au besoin. Toutes les participantes ont été contactées par divers moyens (courriels, téléphones, en personne) et toutes ont consenti à participer au projet. Le consentement libre, éclairé et continu a été obtenu auprès de toutes les participantes, au moment des rencontres planifiées pour la collecte des données.

Collecte de données

Pour la collecte de données, l'utilisation de plusieurs méthodes est recommandée lors d'une étude de cas (Yin, 2018). Pour ce mémoire, l'observation participante, l'entrevue individuelle semi-dirigée, l'analyse documentaire et la tenue d'un journal de bord ont été menées (Holloway & Wheeler, 2010). La collecte des données s'est échelonnée sur plus d'une année, débutant à la fin 2016 jusqu'à mars 2018, pour l'observation participante, l'analyse documentaire et la tenue du journal de bord. Pour ce qui est des entrevues, la collecte des données s'est effectuée de novembre 2017 à février 2018. Un questionnaire sociodémographique simple était complété par les participantes lors de l'entrevue (voir Appendice A).

Observation participante

Des observations participantes ont été réalisées lors de diverses situations cliniques et administratives pour étudier le contexte et les interactions, avec une participation minimale de l'étudiant chercheur pour éviter d'influencer la situation (Dahl et

al., 2014). Toujours selon ces auteurs, l'observation participante peut s'effectuer de plusieurs manières (allant d'observateur non participant au participant actif) et il est important de justifier l'implication du chercheur dans le milieu observé. Cette méthode de collecte de données permet aussi une vision macroscopique du contexte et un approfondissement de certains éléments observés dans les entrevues (Wolf, 2012). Deux types d'observations ont eu lieu lors du projet.

Dans un premier temps, l'étudiant chercheur a pris part aux rencontres (n = 13) du comité de pilotage du projet DIMAC02 volet 2. Ces rencontres ont eu lieu approximativement aux 4 à 6 semaines et avaient pour but de superviser l'implantation. Lors de ces rencontres, les participants travaillaient de pair avec l'équipe de recherche et l'étudiant chercheur pour planifier le déploiement de l'intervention de GC dans les GMF participants ainsi que l'évaluation de l'implantation. L'équipe de recherche agissait à titre de consultante auprès des gestionnaires du CIUSSS. Afin de bien cerner le projet de recherche de l'étudiant chercheur, une mise en contexte, le but et les objectifs de l'étude ont été présentés aux participants des réunions. L'étudiant chercheur était un membre régulier de ces rencontres. Lors de ces rencontres, l'étudiant a effectué une observation participante. D'un côté, il prenait des notes au journal de bord afin de comprendre le contexte administratif et clinique entourant l'implantation de la GC. D'un autre côté, à l'occasion, l'étudiant-chercheur questionnait et commentait sur des points spécifiques en lien avec le GMF étudié afin d'approfondir sa compréhension du contexte. Cette participation a permis de comprendre plusieurs éléments sur le contexte socio-politique

entourant l'organisation du CIUSSS du SLSL et des GMF de la région, tant au niveau administratif que clinique.

Dans un deuxième temps, une séance d'observation en milieu clinique a été effectuée pour mieux comprendre le contexte au sein du GMF et le travail effectué par les participantes, lors de la GC des GU. Cette séance d'observation était une rencontre impliquant deux gestionnaires de cas, soit une du GMF et celui du CIUSSS pour discuter de GC des GU. L'étudiant-chercheur était un membre observateur lors de cette rencontre. À la fin de cette rencontre, des questions fut posé afin de mieux comprendre la dynamique autour de leur collaboration. Au départ, l'intention était d'observer également l'élaboration d'un PSI avec un GU et une rencontre entre l'infirmière et la travailleuse sociale. Néanmoins, aucune de ces deux situations ne s'est réalisée et aucun PSI ne fut élaboré lors de la collecte de données. De plus, l'inf. et la TS se rencontrait informellement seulement de courtes périodes de temps, ce qui rendait l'observation participante difficile. Une grille d'observation (voir Appendice B) se basant sur les dimensions du cadre de référence fut utilisée en appui afin de catégoriser les observations et permettre une certaine structure lors de l'analyse. Puisqu'il est important de savoir quoi observer et d'éviter de recueillir inutilement des données lors de ces séances, la grille a servi de point de repère (Holloway & Wheeler, 2010). La grille d'observation fut créée pour faciliter l'observation et la prise de note. Aussi, l'équipe de recherche et le comité DIMAC volet 2 ont validé la grille. Les participants présents lors des observations ont tous été contactés individuellement afin d'obtenir leur consentement verbal. Les contacts initiaux pour ces observations ont été faits à l'aide d'appels téléphoniques effectué par l'étudiant-chercheur.

Entrevues individuelles semi-dirigées

Des entrevues individuelles semi-dirigées (n=5) auprès de l'échantillon de participantes du cas ont été réalisées. D'une durée approximative d'une heure, ces entrevues ont eu lieu à des endroits variés au choix des participantes, dans le but de maximiser leur confort et leur ouverture. Les participantes ont été contactées par courriel ou par téléphone par l'étudiant chercheur afin de fixer la date et l'heure de l'entrevue. Pour le guide d'entrevue (voir Appendice C), un guide d'entrevue utilisé antérieurement par l'équipe de recherche VISAGES (Hudon et al., 2015) a servi de canevas de départ. Il a ensuite été retravaillé à l'aide des résultats de la revue de la portée effectuée lors de la recension des écrits pour identifier les thèmes à aborder et du cadre de référence pour catégoriser ces thèmes. De cette manière, il était possible pour l'étudiant-chercheur d'orienter les participantes au besoin sur des thèmes moins abordés tout en gardant une question ouverte qui laisse place à la discussion. Par la suite, ce guide a été validé par l'équipe de recherche et le comité DIMAC02 volet 2 pour confirmer les thèmes importants à aborder. Pour la première entrevue, l'étudiant chercheur a été accompagné d'une professionnelle de recherche de l'équipe de recherche VISAGES, avec l'accord du participant, dans un souci de rétroaction constructive. Les entrevues ont toutes été enregistrées par deux enregistreuses audionumériques et retranscrites intégralement. Des ajustements furent apportés au guide d'entrevue au fur et à la mesure des entrevues.

Journal de bord

Un journal de bord a été rédigé tout au long de la collecte de données et de l'analyse pour noter les réflexions de l'étudiant chercheur et enrichir la collecte de données, en appui aux entrevues et observations (Holloway & Wheeler, 2010). La tenue du journal de bord a débuté en même temps que les observations participantes des rencontres du comité de pilotage, soit à la fin de l'automne 2016 jusqu'à la toute fin du projet. La tenue du journal était pertinente afin de trianguler l'information des différentes sources de données et de retracer précisément dans le temps les éléments du projet. Au final, deux années de notes d'observations et de réflexions furent consignées au journal de bord.

Analyse documentaire

L'analyse de documents pertinents au projet utilisés par les participantes a été faite lors de l'observation participante. Les documents retenus (voir Appendice E) étaient au nombre de quatre : un dépliant d'information sur la GC des GU en GMF; un formulaire de consentement à la GC commun; un outil de collecte de données initiale conçu par l'équipe du GMF; et un standard de pratique de la GC des GU en GMF développé par le CIUSSS. L'analyse de ces documents a permis d'approfondir et de trianguler certaines observations et propos des participantes lors de l'analyse des données. Cette méthode de collecte de données permet de décrire et d'expliquer des éléments qui ne peuvent être répondus par des questions en entrevue ou par de l'observation (Holloway & Wheeler, 2010).

Plan d'analyse des données

Pour l'analyse des données, une méthode d'analyse thématique mixte (déductive et inductive) a été utilisée, selon Miles, Huberman et Saldana (2014), incorporant certaines stratégies d'analyse des données proposées par l'auteur du devis (Yin, 2018). Selon Yin (2018), l'analyse des données est la partie la moins développée du devis d'étude de cas et offre beaucoup de latitude aux chercheurs. Pour cette étude, certaines recommandations ont été considérées avant d'entreprendre l'analyse des données. En gardant le cadre théorique de Chaudoir et al. (2013) comme structure pour organiser les facteurs facilitants et les barrières à l'implantation (partie déductive), l'étudiant chercheur a gardé une ouverture à d'autres facteurs et domaines émergents (partie inductive).

L'analyse des données s'est faite en trois étapes (Miles et al., 2014) : 1) condensation des données; 2) présentation des données et mise en relation des thèmes; et 3) élaboration de conclusions et validation. Le traitement des données provenant de différentes sources s'est effectué grâce au logiciel informatique NVivo 11. L'analyse s'est déroulée tout au long de la collecte de données, afin de respecter le processus dynamique de l'analyse de données qualitatives (Fortin & Gagnon, 2016).

Dans un premier temps, la condensation des données consistait à regrouper les données provenant de différentes sources (Gallagher, 2014). Une base de données NVivo fut bâtie avec les données recueillies. Les transcriptions complètes des entrevues (n = 5) ont été importées dans le logiciel NVivo. Pour ce qui est des notes de terrain provenant

des observations participantes et du journal de bord, des mémos ont été créés dans la base de données pour chacune des situations observées en les classant par date et par situation.

Pour la présentation des données et la mise en relation des thèmes, le codage de toutes les données fut exécuté en utilisant les cinq dimensions du cadre de référence comme canevas de présentation des données. Les données ont été codifiées en faisant ressortir les facteurs facilitants et les barrières à l'implantation de la GC des GU en GMF. Ensuite, une triangulation des différentes sources de données s'est effectuée lors de l'analyse, ainsi qu'une mise en relation des différents thèmes émergents.

Une condensation des thèmes émergents s'est effectuée en rapatriant les facteurs facilitants et les barrières d'un thème sous un même code. L'élaboration de conclusions s'est produite en révisant les données codifiées et en en faisant ressortir les facteurs d'influence majeurs. Par la suite, une partie des entrevues (n = 3) a été validée (MCC et MEP, respectivement directrice de mémoire et membre de l'équipe de recherche du projet DIMAC02 volet 2). Une discussion et une comparaison des thèmes émergents de ces entrevues ont été réalisées à la suite de ces validations.

Critères de scientificité

Afin d'assurer une rigueur à l'étude, quatre critères de scientificité ont été respectés grâce à diverses stratégies : crédibilité; fiabilité; confirmabilité et transférabilité (Dahl et al., 2014 ; Fortin & Gagnon, 2016 ; Yin, 2018).

La crédibilité « renvoie à l'accord entre les vues des participants et la représentation que le chercheur se fait d'elles » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 377). Une triangulation des sources de données a assuré celle-ci en utilisant plusieurs méthodes de collecte (entrevues individuelles semi-dirigées, observations participantes, journal de bord et analyse documentaire) et types de participantes ayant différents points de vue de l'implantation de la GC. Une triangulation des chercheurs (JB, MCC, CH, équipe de recherche VISAGES et cochercheurs de l'équipe DIMA-02 volet 2) a assuré une crédibilité et une fiabilité à l'étude. De plus, l'engagement prolongé de l'étudiant chercheur au sein du milieu de recherche, sa connaissance du réseau régional de la santé et des services sociaux (à titre d'infirmier clinicien au CIUSSS depuis 2012) et sa participation au sein des rencontres impliquant les gestionnaires et les chercheurs responsables de l'évaluation de l'implantation de la GC ont permis d'assurer la crédibilité du projet. Toujours pour ce critère, la vérification auprès d'experts (directrices de recherche et cochercheurs du projet) à plusieurs moments de l'étude a assuré cette rigueur.

La fiabilité « renvoie à la stabilité des données dans le temps et dans les conditions » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 377). La fiabilité a été assurée grâce à la triangulation des chercheurs durant tout le processus. De plus, elle a aussi été assurée par une documentation rigoureuse de toutes les étapes du projet au moyen du journal de bord.

La confirmabilité « renvoie au lien entre les données, les résultats et l'interprétation » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 377). Elle a été assurée par l'utilisation des transcriptions détaillées pour appuyer les résultats, une description transparente et

détaillée du processus et la vérification auprès des chercheurs et décideurs des résultats obtenus.

Finalement, la transférabilité « renvoie à l'exactitude de la description servant à juger de la similarité avec d'autres situations de telle sorte que les résultats peuvent être transférés » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 377). Elle a été assurée par la description étoffée du contexte étudié et des participantes impliquées dans l'implantation de GC des GU en GMF.

Considérations éthiques

L'approbation éthique du projet DIMAC02, volet 2, fut octroyée par le Comité éthique de la recherche CIUSSS du SLSJ, en vertu de l'Entente UQAC et CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean qui fait en sorte que l'approbation éthique de projets de recherche émanant de chercheurs ou d'étudiants de l'UQAC par ce Comité du CIUSSS est reconnue. D'abord, la participation des participantes du cas était volontaire et leur consentement a été obtenu avant de les intégrer au projet. Un droit de retrait était possible tout au long de la collecte de données, tel que stipulé au formulaire de consentement. Le formulaire de consentement (voir Appendice D), approuvé par le Comité d'éthique, comprenait plusieurs composantes essentielles recommandées afin de les informer sur le projet (Fortin & Gagnon, 2016) : le but et les objectifs de la recherche; le déroulement de la recherche; la constitution; la conservation et l'accès aux données; les inconvénients et les avantages de la recherche; le consentement; la possibilité de retrait; la confidentialité; le financement de la recherche; la compensation; les droits des participants à la recherche; la liste des

personnes-ressources et la surveillance des aspects éthiques. L'explication en détails du projet et une transparence face aux démarches, ainsi qu'aux but et objectifs ont été priorisées auprès des participants pour un consentement libre et éclairé.

Pour ce projet, deux grands principes sont à la base des aspects éthiques considérés : le respect des personnes et la préoccupation pour leur bien-être (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, & Instituts de recherche en santé du Canada, 2014 ; Fortin & Gagnon, 2016 ; Holloway & Wheeler, 2010). Certains risques et inconvénients mineurs en lien avec l'étude étaient possibles. Un stress aurait pu être ressenti lors des activités d'observation et des entrevues par les participantes. De plus, le temps alloué à collaborer à la collecte de données fut minimisé en rassemblant les observations et autres activités de recherche à des moments condensés, au choix de la participante. Les participantes auraient pu se sentir vulnérables et jugées lors de la collecte des données (Dahl et al., 2014 ; Holloway & Wheeler, 2010). Cela fut évité en clarifiant le rôle de l'étudiant chercheur, en établissant une relation de confiance et en précisant le but de la recherche qui consistait à évaluer le processus d'implantation, et non pas leur capacité à effectuer la GC des GU.

Un autre enjeu a été le respect de la confidentialité et l'anonymat tout au long du processus, puisqu'il s'agit d'une étude d'un cas unique (Munhall, 2012 ; Yin, 2018). Il a été primordial d'établir une stratégie avec l'équipe de recherche afin de diminuer le risque d'identifier une participante tout au long du processus, à partir de la collecte de données

jusqu'à la publication des résultats. La dénominalisation des données et l'utilisation de stratégies pour éviter de cibler une participante et le cas étudié ont été appliquées. En ce sens, les extraits retenus et présentés dans la section des résultats n'ont pas été identifiés aux participants les ayant exprimés. En ce sens, la nature exacte de certaines données a été gardée confidentielle lors de la diffusion des résultats (sexe, âge exact, etc.). L'archivage des données a été fait de façon sécuritaire dans les bureaux de recherche de l'équipe au CIUSSS, afin de préserver la confidentialité, et seuls les membres de l'équipe de recherche VISAGES, ainsi que l'étudiant chercheur et ses directrices y ont eu accès. Finalement, la relation entre l'étudiant chercheur et les participantes est importante à mentionner (Holloway & Wheeler, 2010). Il a été nécessaire que l'étudiant chercheur mentionne sa position lors de l'étude, étant donné son rôle d'infirmier clinicien dans le CIUSSS du SLSJ et ses liens professionnels avec les participantes, lorsque nécessaire.

En contrepartie de ces risques et inconvénients, la participation au projet de recherche présentait des avantages (Fortin & Gagnon, 2016). Premièrement, en collaborant à l'évaluation de l'implantation de la GC des GU dans leur GMF, les participantes ont pris part à l'amélioration de la GC dans leur milieu et aidé à informer d'autres milieux dans le futur. Un sentiment de devoir accompli a pu émaner de cette collaboration. Les participantes ont pu bénéficier, lors de la collecte de données, d'un moment privilégié pour verbaliser, se sentir écoutées et ventiler certains irritants de leur quotidien.

Chapitre 4 : Résultats

Ce chapitre présentera les résultats de l'étude. Une structure linéaire-analytique standard est utilisée à cette fin, telle que suggérée par Yin (2018). Les facteurs majeurs ayant influencé l'implantation de la GC des GU dans le GMF qui constitue le cas sont présentés en dénotant les facilitateurs, ainsi que les barrières, afin de répondre à la question de recherche : Quels sont les facteurs facilitateurs et les barrières à l'implantation de la GC des GU en GMF? Une synthèse des résultats est présentée au Tableau 3. Le cadre de référence est utilisé afin de présenter les résultats. Ensuite, une seconde partie est consacrée à répondre à la deuxième question de ce projet de maîtrise : Comment se partage le rôle de gestionnaire de cas des GU au sein d'une équipe de GC en dyade inf./TS?

Caractéristiques de l'échantillon et du milieu de l'étude

Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon étudié lors des entrevues et de l'observation dans le milieu clinique de cette étude de cas s'est élevé au nombre de cinq participantes. L'échantillon était composé d'une infirmière et d'une travailleuse sociale du GMF ciblé effectuant la GC, de la personne gestionnaire de cas du territoire où se trouve le GMF ciblé ainsi que des membres de la direction des soins infirmiers (n = 2). Toutes les participantes avaient plus d'une dizaine d'années d'expérience dans le réseau de la santé et des services sociaux. Chaque participante détenait un rôle différent au sein de l'organisation, ce qui permettait d'avoir une vision globale de l'implantation. La majorité était sous la gouvernance de la Direction des soins infirmiers du CIUSSS de SLSJ. Cependant, la Direction des services

multidisciplinaires, incluant les professionnels, tels que les TS et autres, était aussi représentée dans le projet par un professionnel.

L'échantillon étudié lors des observations du comité de pilotage du projet incluait plusieurs participants, soit des gestionnaires responsables de l'implantation de la GC des GU en GMF au SLSJ, des chercheurs de l'équipe VISAGES et d'autres invités au besoin. Les caractéristiques sociodémographiques de ces participantes ne sont pas présentées par soucis de confidentialité.

Caractéristiques du milieu

Le GMF étudié fait partie de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, dans un des arrondissements du Saguenay. Cette clinique comprend cinq médecins, une infirmière à temps complet, une travailleuse sociale, une nutritionniste à temps partiel, ainsi que des secrétaires. Loin d'être récente, cette clinique médicale s'est affiliée comme GMF il y a quelques années seulement. La clinique est ouverte du lundi au vendredi : les lundis et jeudis de 8h00 à 18h00; les mardis et mercredis de 8h00 à 21h00; et de 8h00 à 16h30 les vendredis. La clinique médicale demeure fermée les fins de semaine. Physiquement, le GMF est constitué d'une salle d'attente classique où deux secrétaires travaillent derrière une vitrine. Une porte sépare la salle d'attente d'un long couloir où sont situés tous les bureaux des médecins et des professionnels œuvrant dans le GMF. Tout est situé sur le même étage et les bureaux sont tous à proximité.

Au CIUSSS du SLSJ, plusieurs services emploient des gestionnaires de cas pour la clientèle complexe et les GU. Ces services, tels que les soins à domicile, la santé mentale et d'autres, prennent en charge ces patients aux besoins complexes. Plus spécifiquement aux GU, certains centres hospitaliers de la région emploient des gestionnaires de cas dédiés aux GU de services hospitaliers, où la gestion des visites à l'urgence et des hospitalisations fréquentes sont priorisées par ces professionnels. Ces gestionnaires de cas sont des infirmières ou des travailleuses sociales. Dans le centre hospitalier situé dans le même territoire que le GMF étudié, un gestionnaire de cas y travaille à temps complet depuis quelques années.

Dimension structurelle

Dans la dimension structurelle, trois facteurs ont influencé l'implantation de la GC des GU dans le GMF : le contexte sociopolitique, des facteurs économiques et des facteurs géographiques.

Contexte sociopolitique

Cités par plusieurs participants et soulevés lors de plusieurs rencontres, trois changements législatifs majeurs depuis 2014 ont grandement influencé l'implantation de la GC des GU en GMF : les dépôts des projets de loi 10 (Assemblée Nationale du Québec, 2014) et 20 (Assemblée Nationale du Québec, 2015) par le gouvernement québécois, et le nouveau cadre de gestion des GMF et des GMF-U (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, 2016a). Dans un premier temps, les effets de la réorganisation majeure du système de santé québécois par le projet de loi 10, incluant l'abolition de l'agence de santé

régionale et la fusion de l'ensemble des centres de santé et des services sociaux (CSSS) pour créer le Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) a été ressenti au niveau administratif tout au long de la période étudiée. Cette réorganisation avait pour but de « simplifier l'accès aux services à la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficience et l'efficacité du réseau » (Assemblée Nationale du Québec, 2014, p. 2). Encore à ce jour, cette restructuration engendre une mobilité accrue des gestionnaires, des postes temporairement non comblés et l'apprentissage de nouvelles responsabilités administratives.

Dans un deuxième temps, depuis son adoption en date du 10 novembre 2015, le « Projet de loi n°20 : Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée », communément appelé projet de loi 20, a été reçu difficilement par le corps médical en médecine de famille de la région. En somme, ce projet de loi a pour visée d'encadrer la médecine de famille en obligeant notamment d'assurer le suivi médical d'un nombre minimal de patients et d'augmenter la disponibilité des médecins dans les cliniques (Assemblée Nationale du Québec, 2015). Imposée aux médecins de la province du Québec, selon les propos des participantes, cette loi a engendré du mécontentement et une pression chez les médecins de famille, notamment dans la région du SLSJ. En ce sens, l'implantation de nouvelles mesures émanant du CIUSSS en GMF, telle que l'implantation de la GC, a été difficilement reçue, puisque perçue comme émanant du MSSS. Ensuite, les nouveaux cadres de gestion des GMF et GMF-U ont aussi

été un facteur d'influence sur l'implantation de la GC en GMF. Se voulant plus souple d'application en termes de modalités de financement et d'allocation de ressources, l'application de ces cadres de gestion est survenue en même temps que le projet de loi 20, ainsi que le début du projet DIMAC02 volet 2. En introduisant de nouvelles ressources professionnelles en GMF, l'entente a forcé la délocalisation de travailleuses sociales œuvrant au sein du CIUSSS du SLSJ vers les GMF de la région. Tous ces éléments combinés ont contribué à créer un contexte sociopolitique difficile pour l'implantation d'une nouvelle pratique au sein du GMF.

C'est parce que cela a bougé beaucoup dans la dernière année, puis je dirais que l'esprit n'était pas tant là que sur – qui va arriver dans notre clinique, est-ce qu'on a des enjeux. C'était plus à ce niveau-là. Mais les discussions avec les médecins, puis un peu les infirmières parce que là maintenant, il y avait les nouvelles collègues qui intégraient dans l'équipe, tu sais, les discussions avec les médecins. C'est beaucoup aussi, fallait répondre au cadre de gestion des GMF, cela fait que là, il fallait intégrer, oui, des travailleuses sociales, mais ce n'était pas ma partie mais des professionnels aussi, cela fait que quel type de professionnels on intègre, qu'est-ce que ce professionnel-là va faire, l'organisation du travail ? Puis là, on arrivait pour discuter de la gestion de cas complexe, fait que c'était un peu un défi supplémentaire, la priorité n'était pas là-dessus nécessairement.

Facteurs économiques et géographiques

D'un point de vue économique, le financement obtenu par les chercheurs pour l'évaluation de DIMAC02 volet 2, semble avoir eu un double impact sur l'implantation de la GC des GU en GMF. D'un côté, ce financement externe a servi de stimulant positif afin d'accélérer le rythme d'implantation auprès des gestionnaires et de prioriser la GC en GMF. Néanmoins, les échéances découlant de ce financement externe ont pu causer une pression d'implanter prématurément dans des milieux saturés par d'autres changements, alors que certaines ressources manquaient à ce moment.

Finalement, concernant les facteurs géographiques, malgré l'éloignement géographique entre le GMF et l'établissement territoriale du CIUSSS, les lieux physiques de la clinique, condensés sur un étage, ont facilité l'accès et la collaboration interprofessionnelle. En augmentant les opportunités de croiser un collègue médecin ou une autre professionnelle, les possibilités de discuter de manière informelle ont été accrues :

C'est vraiment facilitant, effectivement, on n'a pas deux étages [rires]. Non mais c'est naïf, mais c'est parce qu'on les voit les gens. Moi, c'est pour cela que j'ai une super communication avec les médecins, puis les intervenants, je les vois, le même médecin, je peux le voir 20 fois dans la journée, ça me donne 20 occasions de lui parler.

Dimension organisationnelle

La dimension organisationnelle regroupe le plus grand nombre de facteurs d'influence lors de la collecte des données. Cela peut s'expliquer du fait que l'implantation de la GC des GU constitue une innovation complexe qui mobilise un grand nombre d'aspects au sein d'une organisation. Sous ce thème, il est question des facteurs qui concernent le GMF et les processus qui s'y intègrent. Les éléments majeurs qui ont influencé l'implantation sont : l'accès à l'information; la collaboration; la communication; la culture au sein du GMF; le financement de la GC des GU en GMF; la logistique d'implantation; le leadership; et le soutien clinique.

Accès à l'information

L'accès à l'information concernant un GU, qu'il s'agisse de son dossier clinique, de ses statistiques d'utilisation des services ou autres, s'est avéré fort utile pour accomplir la GC. En ce sens, il a été pratiquement unanime chez tous les acteurs de ce projet que l'accès à l'information limité a constitué une barrière à l'implantation optimale de la GC en GMF. L'accès à l'information du CIUSSS concernant un GU est impossible à partir du GMF, puisqu'il s'agit d'une clinique médicale privée. Des aspects légaux interdisent aux professionnels du GMF de consulter directement l'information concernant un patient sans son consentement. Cet aspect a affecté grandement le travail du gestionnaire de cas en GMF :

L'accès à l'information est vraiment une barrière. [...] La barrière ou la limite, c'était vraiment comment qu'on peut faire de la gestion de cas en n'ayant pas accès à bien analyser le dossier, puis à bien faire une analyse.

Plus qu'accessoire, l'accès à l'information globale concernant la situation de santé d'un patient et les services qu'il a reçus constitue un outil de travail en soi et il était clair qu'avoir cet accès constituerait un facteur facilitant important:

C'est sûr que tu sais, en ayant accès nous-mêmes aux consultations de l'urgence, cela faciliterait beaucoup, beaucoup, beaucoup notre travail. Comment je pourrais dire, je serais capable de voir la personne, pourquoi elle a consulté. Je pourrais mettre un délai dans lequel la rappeler.

Bien qu'il soit souhaitable d'avoir accès à l'information dans le GMF, des mesures pour pallier cette barrière existent. L'utilisation d'un formulaire de consentement commun, pour obtenir l'accord du client, permet désormais le partage d'information entre le CIUSSS et le GMF. Sans permettre l'accès à l'information directement à partir du GMF,

le gestionnaire de cas du CIUSSS pouvait transmettre certaines informations du dossier médical du CIUSSS. Sa participation était nécessaire au transfert d'information :

[...] il y avait tous les enjeux de consentement, mais on a comme trouvé un peu une formule pour s'en sortir avec ça. On a changé un peu le processus, c'est-à-dire que le gestionnaire de cas va contacter le patient, puis c'est lui qui va, avec son accord, faire un résumé de dossier, puis qui va le remettre aux intervenants du GMF [...]. Il est légitimé de communiquer cette information-là au GMF.

Cette barrière était connue des gestionnaires et plusieurs démarches ont été faites dès le début du projet afin d'entériner une entente pour permettre un transfert d'information. Ce sujet était récurrent dans les rencontres. Néanmoins, cette barrière dépassait l'autorité des gestionnaires impliqués et ce sont des barrières légales qui mettaient un frein à l'accès à l'information dans le GMF.

Collaboration et communication

Les concepts de communication et de collaboration avaient une grande importance et semblaient indissociables l'un de l'autre. Une bonne collaboration allait souvent de pair avec une bonne communication. Des moyens facilitants pour mieux collaborer et communiquer ont ressorti : effectuer des rencontres entre intervenants; entretenir de bonnes relations; et être disponibles. Tous étaient d'accord que de bonnes relations, respectant l'autonomie de chacun, entre intervenants constituaient aussi un élément gagnant. Il est à noter qu'une plus grande récurrence des rencontres est à promouvoir :

Oui, qu'il y ait un travail d'équipe régulier, pas deux fois par année. Il faut quelque chose de constant, puis en continu [...], presque à chaque semaine ou aux deux semaines.

À ce sujet, les gestionnaires de cas du GMF et du CIUSSS ont mis en place certaines routines afin de se rencontrer hebdomadairement pour la GC des GU en GMF. Sans nécessairement se rencontrer longtemps, une fréquence plus rapprochée des rencontres facilitait la collaboration et la communication et permettait de se mettre à jour régulièrement. Il était toutefois plus difficile pour l'ensemble des participants et les médecins d'avoir ce type de rencontres fréquentes. Enfin, un point positif, relevé lors de l'observation, fut la volonté positive et la collaboration de la part du CIUSSS et de sa haute direction d'implanter une telle innovation.

Plusieurs éléments ont été soulevés comme barrières à la communication et la collaboration : l'organisation du travail plus individuelle, en silo; le temps de présence dans le milieu restreint des différents participants; les différents mandats des directions (des soins infirmiers, des services professionnels et des services multidisciplinaires); l'absence de comités ou de tables de concertation centraux pour discuter. Également, l'organisation du travail en GMF pose parfois un problème lorsqu'il s'agit de collaborer et communiquer avec le corps médical :

On fait beaucoup de travail autonome dans le sens où on a chacun nos clients, on a chacun nos horaires, ce n'est pas un horaire 8 à 4 standard. Les médecins font de la garde, tu sais, ils ne sont pas là, ils sont là. Nous, on est là, on n'est pas là, eux travaillent de soir, nous on travaille de jour, donc, au niveau de l'organisation du travail, c'est vraiment difficile ça.

Malgré les absences et horaires irréguliers, l'environnement du GMF reste tout de même propice aux échanges et il a été noté que le fait d'être une petite équipe contribuait à mieux collaborer et communiquer.

Plusieurs participants ont soulevé l'importance d'un discours et d'un espace de communication communs, où des discussions constructives permettaient une réelle collaboration. Dans un premier extrait, il est question de discussions de cas entre professionnels et, dans un deuxième extrait, il est question de discussions à un niveau plus organisationnel :

Cela prendrait beaucoup plus de discussions, parce que, on est toutes des professionnelles, qu'on a une bonne évaluation, je pense, de la situation, mais on n'a pas d'espace pour en parler, pour tu sais, c'est en étant ensemble aussi qu'on réfléchit. [...] Si on pouvait en discuter de tout cela, on pourrait amener chaque personne ailleurs dans son évolution.

Si on avait une table qui fonctionnait, ou en tout cas, si on avait une tribune, un espace de communication avec [les différentes directions], de façon récurrente, peut-être aux trois mois, six mois, on en reparle puis on dit qu'est-ce qu'on fait et tout ça, ça serait facilitant. [...] Faut qu'on ait un discours commun.

Plus spécifiquement sur les moyens de communiquer, la technologie assurait une communication constante entre les différents gestionnaires de cas du GMF et du CIUSSS. Cependant, une diversité de moyens facilitait la communication : notes manuscrites; discussions informelles dans le corridor; appels téléphoniques; messagerie texte; rencontres; et autres. Néanmoins, la communication par téléphone pouvait s'avérer parfois un défi, faute d'avoir une boîte vocale dédiée par intervenant, et une rencontre en personne semblait plus efficace.

Finalement, la collaboration interorganisationnelle entre le CIUSSS du SLSJ et l'équipe de recherche en charge de l'évaluation s'est avérée être un motivateur et un bel

exemple de collaboration et de communication constante, avec des rencontres du comité de pilotage mensuelles.

Je pense que, le fait qu'il y a des rencontres fréquentes quand même, des rencontres assez régulières entre l'équipe de recherche puis c'est vraiment aidant que, bien personne tombe de sa chaise, puis tout le monde est au courant quand même.

Je pourrais dire qu'un des points qu'on pourrait peut-être, que je garde dans mon tiroir en arrière mais, pour l'avoir rencontré, c'était quand même facilitant qu'il y ait la recherche dans ce projet-là. Toutes les idées qui ressortent et tout.

Culture du GMF

Le changement de culture est un concept qui ressortait dans les discussions tant comme un besoin qu'une transition déjà en cours. La GC des GU en GMF a certainement des impacts positifs en termes de changement dans les pratiques et d'ouverture du GMF sur le monde externe :

Cela [en parlant de la GC] ouvre sur la collaboration, parce que ce n'est pas juste l'infirmière en silo, puis la travailleuse sociale en silo. Cela fait qu'elles n'ont pas le choix, à un moment donné, c'est souvent les composantes multiples des grands utilisateurs, cela fait qu'elles ont à travailler en interdisciplinarité.

Au moment des entrevues, les participantes sentaient un changement de culture faisant en sorte qu'elles sont plus conscientisées vers les GU et la collaboration. Néanmoins, il reste encore du chemin à faire afin d'établir une pratique optimale de collaboration et une organisation du travail propice à la GC des GU. Le modèle de pratique médicale des GMF, axé davantage sur la performance, implique un travail en silo et des horaires différents :

Mais comme je te disais, au niveau du travail en GMF, je pense que ça, c'est un grand problème du fait que l'organisation de travail n'a pas d'espace pour

ça. En CLSC, on se rencontrait en équipe, on avait des réunions, on avait des moments. Ici, ça n'existe pas, puis ce n'est pas demain la veille que ça va changer.

La mouvance et la constante réorganisation dans le milieu des GMF au SLSJ posent des défis au changement de culture.

Logistique de l'implantation

Le plan de communication en lien avec l'implantation, le « *timing* » de celle-ci et le financement de la GC des GU en GMF ont tous eu un impact. Certaines recommandations ont été soulevées pour la logistique d'implantation. D'abord, planifier un plan de communication plus étoffé au sein du CIUSSS et du GMF aurait facilité son intégration. Dans ce sens, un dépliant riche d'information fut produit à la fin de 2017 pour informer les professionnels des autres départements du CIUSSS sur l'offre de services en GC (voir Appendice E). La disponibilité plus précoce de ce dépliant dans le processus d'implantation aurait été bénéfique. Ensuite, informer les professionnels et les médecins du GMF dès le départ en mettant en place des moyens pour communiquer (p. ex., table ronde) aurait facilité la communication :

Bien établir la collaboration, je pense qu'on a sous-estimé le temps que ça prenait à vraiment établir une équipe qui travaille ensemble. Une des étapes que peut-être on a sous-estimé, ou on a mis pas assez d'importance, c'est l'adhésion des médecins, beaucoup de communications, défaire des mythes aussi de leur côté, de leur dire comment ça allait se passer.

Certaines barrières étaient toutefois présentes lors de l'implantation. Dans le même sens que le contexte sociopolitique peu favorable, le « *timing* » d'implantation ne facilitait pas l'implantation. Pendant l'étude, plusieurs projets ont été implantés et sont entrés en

compétition avec la GC dans le GMF. Par exemple, un plus grand délai entre l'arrivée des travailleurs sociaux en GMF et l'implantation de la GC aurait été souhaitable :

Il y aurait dû avoir peut-être les transferts de ressources, que les gens soient un petit peu plus adaptés à leur milieu, pour que ça soit, on aurait gagné du temps je pense, à long terme. À attendre un petit peu que cela fonctionne mieux.

Leadership et soutien clinique

Le leadership et le soutien clinique apporté ont été deux aspects majeurs lors de l'implantation. Observée par plusieurs, la capacité d'exercer un leadership fort est un facteur important à considérer et nécessaire. Un appui des gestionnaires et de la haute direction a aidé à implanter la GC des GU en GMF. Les médecins-gestionnaires de GMF étaient aussi des partenaires importants. Pour une implantation harmonieuse et une meilleure collaboration, une cogestion entre gestionnaire des GMF et médecin-gestionnaire est nécessaire :

Le médecin a le droit de regard, il a l'autorité fonctionnelle qu'on dit, donc qu'est-ce qui se passe dans la clinique, il veut porter un regard sur cela, donc oui, on peut avoir des bonnes discussions là-dessus quand on dit c'est important, faut vraiment se positionner comme direction.

Le gestionnaire de cas du CIUSSS était particulièrement bien placé pour exercer un rôle de soutien clinique et de leader auprès de l'équipe. La présence de soutien clinique permet un renfort aux équipes de GC en GMF. La coordonnatrice clinique, l'assistante-infirmière-chef et la gestionnaire ont également toutes contribué à offrir un soutien à l'équipe clinique du GMF. Il a néanmoins été soulevé qu'il était difficile de soutenir rapidement l'équipe en raison du mandat du gestionnaire qui s'étale sur tout le territoire.

Au niveau des barrières, une certaine instabilité résiduelle suivant la restructuration du système de la santé (changement fréquent de gestionnaires) semble avoir diminué le leadership de ces derniers :

Actuellement, au niveau du CIUSSS, c'est sûr que ça brasse un peu, au niveau des gestionnaires; on change souvent de gestionnaire.

Un autre élément difficile pour plusieurs était le manque de cohérence au niveau des directions. Certaines semblaient avoir des priorités et des mandats différents, ce qui influençait le travail des professionnels et l'engagement à intégrer la GC des GU dans la pratique. De plus, il était difficile pour eux de s'entendre, puisqu'aucune instance de communication n'existait pour stimuler la discussion :

Une des difficultés, c'est qu'on est dans des directions qui sont différentes aussi. Donc là, les priorités peuvent ne pas être les mêmes. Les communications ne sont pas toujours données non plus, ou l'importance des dossiers n'est peut-être pas toujours donnée à même hauteur selon les directions.

Bien que la motivation de chacun soit variable, la participation, la concertation et la communication entre les directions demeurent toutes essentielles à l'implantation de cette innovation.

Dimension des intervenants

La dimension des intervenants regroupe tous les éléments en lien directement avec les participants concernés par la GC des GU en GMF, autant les gestionnaires que les intervenants. Un aspect important de cette dimension, qui concernait toutes les directions, était le concept d'adhésion à la GC des GU et à son implantation au sein du GMF. Ensuite,

plusieurs éléments faisaient référence aux aspects professionnels et personnels de chacun : l'attitude; le rôle; la formation; l'expérience; la charge de travail; et les besoins.

Adhésion professionnelle et médicale

L'adhésion des différents professionnels et des médecins est de loin le facteur le plus cité du projet, tant dans les entrevues que lors des observations participantes. Son importance était unanime parmi les participants et capitale au bon fonctionnement de la GC des GU en GMF. La participation de tous est nécessaire à la prise en charge optimale de la clientèle des GU. La durée de la période d'étude du cas s'est avérée trop courte pour observer une pleine adhérence de l'équipe médicale. Une certaine résistance au changement a même été observée, souvent liée à une certaine incompréhension et à un contexte socio-politique particulier. L'observation participante a d'ailleurs mis en lumière, dès le début du projet d'implantation, que l'adhésion médicale se révélerait être un défi lors de l'implantation compte tenu de ce contexte. Il était clair aussi qu'une meilleure adhérence médicale affecterait positivement l'implantation d'une telle innovation.

Quelques recommandations ont été faites pour améliorer celle-ci : solliciter les médecins par une approche personnalisée; informer davantage les médecins sur la GC des GU; engager un discours à partir d'expériences positives et des avantages à faire la GC (p. ex., amélioration du taux d'assiduité). Cibler un médecin champion pour promouvoir la GC des GU au sein de son équipe a été soulevé à plusieurs reprises comme une stratégie

porteuse. À titre d'influenceur et motivateur, les professionnels semblent porter ce chapeau sans le savoir :

Tu sais, ils n'ont pas de formation [sur la GC], on les influence là, on en parle verbalement mais ils n'ont pas de formation en tant que telle. Cela tient beaucoup sur les épaules des professionnels, d'aller influencer le médecin.

L'adhérence des professionnels était tout aussi importante. En équipe, l'infirmière et la TS jouent un rôle important au bon fonctionnement de la GC et elles s'influencent mutuellement. Le contexte sociopolitique et la délocalisation récente des TS en GMF n'ont pas contribué favorablement à l'adhésion des professionnelles du domaine psychosocial au projet de GC des GU en GMF. L'arrivée récente des TS en GMF et les changements de pratiques engendrés en découlant ont été des barrières à l'implantation considérant le nouveau rôle à s'approprier dans cette nouvelle structure :

C'était une grosse année aussi, dans la dernière année, il y a eu l'intégration des professionnels en GMF. Cela ne fait pas des années que les travailleuses sociales sont arrivées dans les GMF. Cela fait qu'il y avait à s'approprier tout le travail, une nouvelle pratique.

Attitudes

Beaucoup d'aspects positifs ont ressorti au niveau des attitudes des intervenants et des gestionnaires lors du projet. Notamment, les attitudes adoptées par les intervenants, telles qu'une volonté de faire avancer le projet, une motivation, un intérêt et une grande ouverture, ont contribué positivement à l'implantation de la GC et dans le travail à accomplir. Même que pour une participante, l'implantation de la GC des GU en GMF a eu un effet très positif dans un tournant de carrière :

Bien moi, je pense que c'est un beau défi. Moi, ça m'a stimulée de savoir qu'on était pilote, personnellement, parce que j'étais en changement un peu

de pratique, même si je restais dans le même réseau, la même clientèle, pour moi c'était un step, de changer de travail comme ça. Puis je pensais que je n'avais pas le « guts » de recommencer à démêler des choses, puis au contraire, ça m'a allumée. Je pense même que ça m'a aidée à avoir le goût d'être ici, c'est peut-être drôle à dire, mais, parce que je suis quelqu'un qui aime ça comprendre, analyser. Cela fait que, puis je pense qu'à long terme, il y a vraiment quelque chose de bon qui va ressortir de tout ça.

Somme toute, adopter une attitude positive a eu un impact favorable sur l'implantation d'une telle innovation. Toutefois, il y a toujours un risque de résistance au changement et il est important d'envisager du soutien en conséquence :

Il peut y avoir de la résistance sur le terrain comme intervenant là. [...] Je pense que s'il y a des bonnes conditions gagnantes, puis que la direction les appuie, cela peut aider à diminuer les résistances des intervenants.

Rôles

Un sujet récurrent lors de l'implantation et de l'étude était la notion de rôle. Depuis l'introduction d'un gestionnaire de cas des GU dans le CIUSSS du SLSJ, il y a quelques années, d'autres programmes ont, pour leur part, intégré ce nouveau rôle, notamment les services de soins à domicile et de santé mentale. Avec l'intégration de la GC de GU en GMF, une confusion des rôles professionnels était appréhendée et la majorité des participants ont exprimé avoir encore du mal à bien comprendre le rôle de chacun :

Délimiter, peut-être, qu'est-ce qui appartient aussi au gestionnaire de cas de l'hôpital puis qu'est-ce qui appartient à la gestion de cas de GMF, cela aussi ça peut être un défi ou quelque chose à éclaircir. Puis là, il y a des gestionnaires de cas au SAPA, donc, il y a un risque de confusion.

Un autre facteur influençant l'implantation d'un tel rôle en GMF est la grande variabilité dans les pratiques des professionnels d'un endroit à un autre. Il devient donc difficile

d'implanter une pratique uniforme, claire et précise pour tout le monde lorsqu'il y a autant de pratiques différentes :

On ne se connaît pas, on n'a pas les mêmes pratiques non plus, on n'a pas les mêmes compétences, on n'a pas les mêmes champs de pratique. Cela fait que ça, ça été un défi. [...] Puis le fait qu'en GMF, personne ne fait la même affaire. On veut implanter un programme comme ça, qui est un petit peu plus universel peut-être, dans une structure où il n'y a pas personne qui fait la même chose, cela fait que ça va être un élément qui va tout le temps, je pense, amener une embûche.

Évidemment, la clarification des rôles de chacun et la délimitation de l'offre de services ont été recommandées. À cela, d'autres facilitants ont contribué à mieux distinguer la GC des GU et le rôle de chacun pour les gestionnaires de cas du GMF : la familiarité avec la GC des GU déjà détenue par le gestionnaire de cas du CIUSSS ainsi que la collaboration entre intervenants. Cette collaboration a permis de mieux connaître l'étendue du champ de pratique de chacun et mettre des balises pour distinguer l'offre de services :

Je pense qu'elle n'avait pas idée de tout ce que je pouvais faire. Fait que, à quelque part, elle me le dit souvent : eille, c'est hot, c'est le fun, je ne le savais pas que tu pouvais faire ça, fait qu'on est en train de développer un petit peu la connaissance de ce que chacun fait [...]. Puis avec le temps, cela va nous amener à développer des services autres mais on est encore en phase d'évaluation de tout ça, puis d'apprendre à travailler ensemble.

Puis, en ayant une plus grande connaissance sur le champ de pratique du gestionnaire de cas, la compréhension du rôle et de son intégration au sein du rôle professionnel des participants étaient plus cohérentes :

J'ai plus l'impression que, au niveau de la gestion de cas, c'est plus un titre qui est donné pour les gens avec des cas complexes qui consultent beaucoup finalement, qui ont beaucoup de besoins, puis qui n'ont pas nécessairement les services, ou qui ne vont pas d'eux-mêmes chercher les services dans leur clinique. Mais tu sais, gérer ça ou gérer des otites pour l'enfant, c'est la même affaire [en parlant de son travail professionnel].

Il est donc important de considérer des moyens pour clarifier les rôles des intervenants, ainsi que les offres de services, et ce, dès le début d'une implantation, que ce soit par de la publicité, des brochures d'information ou une formation.

Formation, expérience et besoins

Durant toute la durée de l'implantation de la GC dans le milieu à l'étude, l'offre d'une formation dédiée aux gestionnaires de cas, spécifiquement sur la GC des GU et l'élaboration d'un PSI, était un sujet fréquemment abordé lors des rencontres. Cependant, plusieurs difficultés administratives ont mis un frein à cette initiative et retardé celle-ci. Parmi ces difficultés, il y a eu principalement le manque de ressources pour offrir et diriger la formation et pour libérer les intervenants pour la formation. Quelques formations ont été données plus tard durant l'implantation. Les opinions étaient variables quant au moment idéal pour offrir cette formation, soit en début ou pendant l'implantation. Certains auraient préféré avant et d'autres en cours d'implantation, de manière plus spécifique ou personnalisée :

J'ai été témoin, dans le fond, de la formation plus sur le standard de la gestion de cas en GMF, j'ai senti que ça peut être permis de mettre la table là, ou au moins de, qu'ils en entendent parler un peu, [...] cela a semé des graines, je crois, d'entendre du vocabulaire qui touche à ça, tu sais des fois, à force d'entendre parler.

S'il faut qu'on en fasse puis qu'on vienne vraiment, comme tu dis, des vrais gestionnaires de cas en GMF, puis de faire des cas complexes de GMF qui consultent en GMF, bien c'est sûr que oui ça serait utile [recevoir de la formation]. Puis sinon, puis que ça demeure [le gestionnaire de cas du CIUSSS] le pivot de tout ça, puis que ce n'est pas moi qui va initier ça les PSI, je pense pas que ça peut m'aider.

Somme toute, il semble pour plusieurs que d'offrir davantage de formation axée sur la GC des GU en GMF, avec des formateurs ayant une expérience pertinente, aurait facilité son implantation. Il est également noté qu'évaluer adéquatement les besoins des intervenants et d'y répondre est important dans un processus d'implantation.

Additionnée à la formation, l'expérience professionnelle a eu un impact positif dans l'intégration de la GC dans une pratique professionnelle :

Je te dirais qu'une chance que j'ai de l'expérience un peu là, cela m'a aidée à avoir une vision globale, parce que, si on veut avoir quelque chose de pointu, je ne m'aurais pas vue faire ça voilà 10-12 ans, avec peu d'expérience parce que j'aurais eu de la misère à avoir une vision de, je n'aurais pas pu te raconter tout ça ce matin, c'est parce que j'ai une vision du réseau.

L'infirmière a été la professionnelle la plus sollicitée dans la GC, en raison des problèmes souvent médicaux présentés par la clientèle. L'infirmière et son champ d'exercice font du sens aux yeux des participants comme gestionnaire de cas principal :

Ça [la GC] respecte vraiment le champ de pratique d'une infirmière clinicienne.

C'est sûr que c'est très médical souvent, parce que le patient qui se rend à l'urgence, ce n'est pas la travailleuse sociale qu'il veut voir, c'est un médecin, c'est une infirmière, c'est quelqu'un qui va pouvoir lui donner des soins médicaux.

Charge de travail

La charge de travail était un sujet névralgique souvent nommé au cours du projet. Au début, chez plusieurs intervenants, l'implantation de la GC des GU en GMF évoquait surtout la crainte d'une surcharge de travail. Puis, les observations et les entrevues ont

révélé que cette crainte était souvent plus grande que la réalité, alors que la charge de travail était moins grande que celle envisagée. Au niveau de la charge de travail, il semblait évident aux yeux de plusieurs que la charge de travail en GMF est grande et que les intervenants sont sollicités :

La surcharge de travail de la GMF, je pense, l'infirmière voit quand même des clients, je ne sais pas, très régulièrement, énormément, la travailleuse sociale, je pense que c'est la même chose, donc, c'est ça.

Au niveau de notre GMF, bien, on a encore à s'adapter dans tout ça, puis à apporter des changements [...]. On est en surcharge, mais en général, cela se passe bien.

La charge de travail était donc sur l'infirmière pour ce qui est de la GC des GU en GMF. La présence à temps partiel de la TS en GMF et la nature des problèmes des GU expliquaient entre autres cela. Cependant, il est possible d'y remédier et cela nécessiterait une collaboration et une répartition de la charge de travail :

Je m'aperçois, on parle des infirmières, on parle des infirmières, mais, alors que ce n'est pas supposé d'être juste les infirmières, puis c'est supposé d'être la travailleuse sociale, cela fait que je pense qu'on a besoin [...] qu'on sente l'implication, pas juste des travailleurs sociaux comme intervenantes mais au niveau de l'organisation, au niveau gestion, au niveau de la direction que, qu'ils soient impliqués dans ce projet-là ou dans cette approche-là, puis tout en ayant aussi de la collaboration médicale.

Finalement, le problème semblait résider davantage dans la grande charge de travail des intervenants avant l'introduction de la GC et l'implantation de la GC en GMF fut influencée par la peur d'être en surcharge de travail.

Dimension des patients

Dans cette dimension, peu d'éléments ont ressorti, étant donné le stade encore précoce de la GC des GU en GMF et l'absence de témoignage d'un GU. Néanmoins, certaines leçons ont été tirées de l'étude, débutant par le besoin d'interroger les GU dans l'avenir.

Caractéristiques des GU et besoins

À titre de GU, ceux-ci étaient décrits comme une clientèle complexe aux prises avec des problématiques surtout physiques, de santé mentale ou reliées à une faible littératie en santé :

Il y a beaucoup de problèmes santé, même si on dit que c'est les problèmes anxieux qui nous amènent à l'urgence, bien il y a une connotation santé, on parle de maladies chroniques [...] c'est 80 [%] physique, je pense.

Il semblait clair pour la plupart que la prise en charge de cette clientèle représentait un défi pour les professionnels et qu'elle nécessitait un suivi serré :

Souvent, il y a un portrait de, c'est souvent, moi je trouve à mon avis, je me trompe peut-être, mais c'est souvent des gens qui ont beaucoup d'anxiété ou bien non, des gens de faible littératie, des gens que, on dirait qu'ils ont quand même besoin de beaucoup d'encadrement [...]. C'est des cas complexes, puis ils ont beaucoup de problèmes de santé qui des fois, c'est ça, ils ont souvent des médecins spécialistes autour, puis c'est ça, c'est complexe, c'est compliqué.

Un facteur qui faciliterait leur prise en charge, notamment par la GC, est d'orienter les soins selon leurs besoins.

Responsabilisation aux soins

Lors de la prise en charge des patients, il semble que le réseau actuel soit toujours dans une ancienne mentalité qui gagnerait à être changée :

On est beaucoup encore dans les vieilles idées que le paternaliste, le patient est passif dans le bureau, puis il attend les consignes, puis c'est confortable pour tout le monde être là-dedans.

Beaucoup d'efforts sont mis pour faire participer davantage les GU et les responsabiliser dans leurs soins :

Il y en a des gens qui ont juste besoin un petit peu d'être guidés, ils ne voient pas de solution puis, c'est ça, qui les aide un petit peu. Puis des fois, juste de se sentir un petit peu pris en charge puis écoutés, bien, oups, ils s'occupent de leurs affaires, puis ça va mieux, oui.

Pour responsabiliser de plus en plus les gens, parce que, il y a des choses-là, ils ont des moyens mais c'est juste qu'ils ne les utilisent pas. Puis nous, en amont, en GMF, bien si [...] on commence à la responsabiliser face à son problème, on va pouvoir le travailler encore plus pointu, puis je pense qu'on aurait des meilleurs résultats à long terme.

Une autre approche soulevée pour aider autant les GU que l'équipe de soins était la présence d'un patient-partenaire :

Je pense que les équipes, cela ferait bien qu'ils la rencontrent aussi [en parlant de la patiente partenaire], parce que des fois, ça remet les choses en perspective, elle est quand même, on a accès à une très bonne ressource, puis ça pourrait influencer sûrement positivement les équipes à adhérer à une démarche comme ça.

Dimension de l'innovation

Cette dimension englobe les facteurs d'influence directement en lien avec la GC et ses composantes directes. Lors de l'étude, les principaux facteurs soulevés ont été :

l'accès aux intervenants; l'identification d'un GU; les outils de travail; les PSI; le rôle du gestionnaire de cas; et le temps dédié à la GC.

Identification d'un GU

Le processus d'identification d'un GU en GMF était directement lié à la capacité des intervenants à accéder à l'information du CIUSSS. Tel qu'abordé plus haut, l'accès au dossier du client de manière autonome, directement à partir du GMF, n'était pas possible. L'identification d'un GU et l'information qui était rapportée aux gestionnaires de cas du GMF passaient donc impérativement par le gestionnaire de cas du CIUSSS. À ce niveau, la collaboration était excellente et un processus dynamique s'est établi. Cette collaboration constante était nécessaire à la GC en GMF. Donc, dès qu'un GU était ciblé à l'hôpital, une référence était faite aux intervenantes en GMF et les interventions débutaient. Un bémol fut soulevé quant à l'évaluation plus subjective faite par d'autres professionnels que les gestionnaires de cas :

C'est sûr que c'est teinté. Je ne sais pas comment te l'expliquer, mais ça part d'une perception d'une personne qui est liée à une raison de consultation, puis comment elle [la gestionnaire de cas du CIUSSS] a vu la personne à l'urgence, puis qu'elle lui a parlé. Mais moi je pense que c'est teinté un petit peu. Des fois, ça peut sembler urgent de rencontrer la personne dans la semaine, puis finalement, ça ne l'est pas du tout.

Une méthode d'évaluation ou de référence plus objective, axée sur la complexité, a été soulevée lors des observations. Selon les participants, cela pourrait améliorer l'évaluation et mieux diriger le client par la suite.

Ensuite, un enjeu majeur dans la GC des GU concernait les listes de GU, fournies par les archives de l'hôpital, qui ciblaient les GU de l'urgence. Fournies au GMF par l'entremise du gestionnaire de cas du CIUSSS, tous s'y réfèrent. Toutefois, les listes étaient parfois désuètes et peu représentatives de l'utilisation actuelle des GU :

Sont pas représentatives effectivement, ils vont avoir presque [...] deux ans, cela fait que c'est sûr qu'ils ne veulent pas travailler avec cette liste-là [...]. C'est un obstacle effectivement.

Tu sais, les gens ne voient pas leur rôle quand on leur donne une liste de grands utilisateurs, la personne a consulté 25 fois en 2016, c'est un peu gênant [...]. Si on avait un moyen de sortir ces listes-là ou des cohortes, à chaque mois ou s'il y avait quelqu'un de l'urgence qui pourrait faire un téléphone.

Bien entendu, l'utilisation d'une liste dynamique et à jour aiderait l'implantation de la GC des GU en GMF. Dans l'étude, la présence du gestionnaire de cas du CIUSSS pour travailler ces listes et les fournir était facilitant pour les intervenants du GMF :

La gestionnaire de cas [du CIUSSS] se fait comme une liste [...] en temps réel, [...] à jour pour le GMF, [...] bien préparée, puis plus à jour. Cela fait que l'infirmière de GMF qui a sa liste personnalisée de son GMF a déjà eu un travail de fait par le gestionnaire de cas, puisqu'il est à jour. Cela fait que ça c'est sûr oui, c'est une condition gagnante si le gestionnaire de cas est comme, si c'est le gestionnaire de cas qui est responsable des listes.

On collabore avec [la gestionnaire de cas du CIUSSS] [c'est elle] qui gère, qui est l'instigatrice de ça ici [...] au niveau des cas complexes, qui est un peu le pivot avec l'urgence, que c'est d'elle un peu que notre liste a parti, liste de patients qui consultaient beaucoup, puis qui ont des besoins.

Outils de travail

Un outil standardisé fut élaboré par le CIUSSS pour effectuer la GC d'un GU en GMF. Conçu par des experts dans le domaine de la GC des GU, ce standard de pratique contenait dix étapes très détaillées sur l'accomplissement de la GC et orientait les

professionnels. Cet outil aurait pu bénéficier d'une formation plus exhaustive et aurait servi à mieux orienter les intervenants tant dans leur pratique que dans le départage des rôles. Considérant le travail accompli et les efforts consacrés à développer cet outil, un travail d'intégration à la GC des GU de manière plus concrète et pratique, de l'expliquer et l'utiliser davantage aurait certainement amélioré l'application de la GC et son implantation en GMF. En lien avec cet outil standardisé, d'autres outils d'évaluation étaient en production. La lourdeur administrative et l'uniformisation de la documentation au sein du CIUSSS furent des barrières à ce niveau. Pendant la durée de l'étude, ces outils étaient toujours en production, donc les intervenants n'y avaient pas accès. Afin de remédier à cette situation, l'équipe inf./TS du GMF a réalisé un outil maison, contenant des éléments de collecte de données autant au plan physique que psychosocial et utilisé conjointement pour mieux collaborer :

On essaie d'avoir quelque chose qui est semblable pour tous les patients, puis qui est autant infirmier que TS [...]. [II] fallait essayer d'avoir quelque chose de standard, pour avoir un portrait un moment donné.

Plan de service individualisé

L'élaboration de PSI était souvent un point central des discussions sur la GC. Les observations participantes, ainsi que les entrevues, ont permis d'identifier un lien entre le rôle de GC et l'élaboration de PSI. Beaucoup d'insistance était mise par les décideurs sur l'élaboration de PSI. Par ailleurs, les participantes ont soulevé que plusieurs interventions étaient faites avant d'en arriver à l'élaboration d'un PSI et que cela était plus une mesure de dernier recours :

Quand qu'on te parle qu'il faut faire des PSI, oui ok, il faut vraiment que cela soit utile pour le patient avant de dire de faire des PSI, parce qu'à un moment donné, on a senti une pression, qu'il fallait donc faire des PSI. Mais tu sais, faut que ça soit utile. Si ce n'est pas utile, ça ne rentre pas dans les besoins de la personne, bien on n'en fera pas.

Considérant le grand nombre de ressources déployées pour un PSI, les participantes jugeaient souhaitable de tenter d'autres interventions en premier lieu. Pour les intervenants du GMF, il était difficile d'initier une rencontre interdisciplinaire pour élaborer un PSI, faute de formation sur les PSI et de temps :

C'est au moins 2h de temps minimum un plan d'intervention là, ça hypothèque les journées beaucoup.

Bien qu'il y ait eu deux tentatives infructueuses d'initier un PSI à partir du GMF en raison de refus et situations complexes, le gestionnaire de cas du CIUSSS était le facteur facilitant pour plusieurs raisons : il initiait souvent les PSI; agissait à titre de leader; et de formateur pour les PSI.

Temps dédié à la GC

Le temps dédié exclusivement à la GC des GU en GMF chez les participants étaient liés à plusieurs éléments. Le rôle de gestionnaire de cas était additionnel à leurs tâches connexes n'impliquant pas de GU. Le temps dédié à exercer ce nouveau rôle était dépendant de quelques facteurs déjà abordés plus haut, soient la surcharge de travail actuelle, les différentes priorités des directions et les autres projets en implantation au sein de GMF. Tous ces facteurs ont donc contribué à réduire le temps disponible pour exercer

la GC des GU. De plus, le régime de travail rapide ne concorde pas avec le travail complexe à accomplir chez les GU :

Interviewer : [...] C'est toujours vite, vite, vite.

Participante : Oui, puis c'est correct mais pour ce type de travail [la GC], ça nuit [en parlant du travail à accomplir qui demande du temps].

D'un autre côté, certains facilitants ont amélioré le temps alloué à la GC des GU au sein du GMF. Le premier moyen était de bloquer des espaces à l'horaire hebdomadairement pour rencontrer les intervenants, en équipe :

J'ai des plages-horaires de 15 minutes pour retour d'appel [...]. Comme à chaque semaine, c'est cédulé, j'appelle [la gestionnaire de cas du CIUSSS]. À chaque semaine, une fois par semaine, c'est cédulé, je vois [la TS] pour ça, puis après ça, le reste du temps dans mon horaire, les petites plages-horaires de libres pour les retours d'appel, [...] en général, dans mon horaire, j'ai toujours de la place dans la même semaine pour voir les gens, pour le moment. Le jour que mon horaire sera tellement plein, probablement que je me garderai au moins une plage-horaire par semaine.

La flexibilité d'horaire du gestionnaire de cas du CIUSSS contribuait aussi à faire des rencontres plus facilement.

Dyade de GC infirmière-travailleuse sociale

Dans cette section, tel que visé par le deuxième objectif de l'étude, le fonctionnement de la dyade de GC infirmière-travailleuse sociale est exploré ainsi que le partage des rôles au sein du GMF. D'entrée de jeu, le dépliant d'information sur la GC des GU en GMF décrivait très bien l'offre de service de cette dyade :

La complémentarité de leur rôle permet d'intervenir sur les aspects physiques et sociaux de la santé de la personne. En collaboration avec le médecin de famille, l'infirmière et la travailleuse sociale agissent en tant qu'intervenantes pivots pour le suivi de la personne. Elles assurent également la coordination

des soins et services afin de diriger la personne vers les meilleures ressources possibles pour répondre à ses besoins.

En accord avec cette description, l'infirmière et la TS ont rapidement modulé leur pratique professionnelle pour travailler davantage en interdisciplinarité pour le dossier des GU. Une dynamique d'équipe s'est installée et une complicité régnait au sein de la dyade. Un travail collaboratif avait cours entre l'infirmière et la travailleuse sociale, où une ouverture à la pratique et aux compétences professionnelles de l'autre permettait des échanges constructifs :

Ce qu'on a mis en place [...] c'est qu'on pouvait aussi rencontrer les gens ensemble. [...] on est très ouvertes à toutes sortes de façons de faire. On n'a pas de ligne genre – toi tu fais ça, moi je fais ça, puis je pense aussi qu'on a l'intérêt, toutes les deux, de mieux comprendre ce que fait l'autre.

De plus, ce type de travail permettait de cerner les forces de chacune et facilitait avec le temps la GC :

On a essayé de voir c'est quoi nos forces, c'est sûr que moi mes forces organisationnelles, de structure, c'est naturel, c'est dans moi. Puis, [nom de l'intervenante] elle, ses forces sont dans d'autres choses.

Il était habituel que l'infirmière agisse davantage à titre d'intervenante pivot au sein du GMF, pour plusieurs raisons. Premièrement, la présence à temps complet de l'infirmière la rendait davantage disponible que la TS à temps partiel. Ensuite, les besoins plus médicaux que psychosociaux de la clientèle GU impliquaient l'infirmière dans pratiquement tous les dossiers. Étant donné qu'il était plus facile d'accéder à l'infirmière, elle était souvent ciblée comme personne de référence au départ. Afin de mieux collaborer, un certain processus s'est installé au sein de la dyade afin de partager le travail. Il a été

clair que l'infirmière était l'intervenante qui était sollicitée en premier à intervenir auprès des clients :

Au départ, on avait convenu que moi je faisais une évaluation physique et psychologique, quand que je jugeais qu'il y avait des besoins au niveau psychologique, je réfèrais à la travailleuse sociale. [...] les gens ici sont informés que nous, on s'en parle, parce que c'est rare que quelqu'un a juste quelque chose de psychologique puis qu'il n'y a rien de physique ou vice-versa. Souvent, ça va ensemble, puis c'est des cas complexes, on ne se le cachera pas. Cela fait qu'on a besoin de travailler ensemble.

Bien, c'est vraiment à en discutant, moi et [l'infirmière], tu sais, ce qu'on se rend compte souvent, c'est que oui il y a un problème de santé, mais il y a souvent un problème d'anxiété, un problème familial, il y a souvent un problème connexe qui est vraiment psychosocial. On se rend compte que la plupart du temps, à moins que ce soit vraiment un problème chronique, le rôle de la travailleuse sociale est là, mais il ne sera pas là au départ.

Le partage du travail a donc été basé davantage selon le besoin primaire du client et sa problématique majeure. Les GU avec problématiques physiques étaient orientés vers l'infirmière et tout ce qui concernait les problématiques de santé mentale et psychosociale évaluées par la TS. Toutefois, la complexité des besoins nécessitait la plupart du temps une intervention des deux intervenantes. Finalement, l'infirmière agissait comme intervenante pivot au sein du GMF pour répondre aux demandes initiales.

Chapitre 5 : Discussion

L'étude de l'implantation de la GC des GU dans un GMF de la région du SLSJ a permis d'identifier plusieurs facteurs facilitants, ainsi que des barrières. Dans cette section, les principaux résultats sont discutés pour en faire ressortir les points majeurs, ainsi que des recommandations. La dyade inf./TS est discuté par la suite. Enfin, les forces et les limites de l'étude sont présentées.

Facteurs d'influence

La GC des GU constitue une innovation complexe et l'analyse de son implantation implique plusieurs facteurs, à plusieurs niveaux. Les barrières ayant le plus affecté l'implantation de la GC des GU dans le GMF étaient le contexte sociopolitique (loi 10; 20 et nouveau cadre de gestion des GMF), les défis de l'adhésion médicale, ainsi que plusieurs facteurs organisationnels, tels que l'accès à l'information, la collaboration, la communication et la notion de rôle.

Tout au long du projet, le « timing » d'implantation fut un élément crucial. Tel qu'expliqué plus haut, le contexte sociopolitique n'était pas optimal pour l'arrivée d'une nouvelle innovation au sein du GMF. Wankah et al. (2018) décrivent aussi l'importance et l'influence du contexte et des facteurs sociopolitiques sur l'implantation d'innovations dans le domaine en santé. Dans leur étude de cas multiples, il a été rapporté que les lois et les politiques mises en place par le gouvernement pouvaient autant faciliter que ralentir l'implantation d'innovations. Dans ce sens, un projet qui ne cadrerait pas dans les priorités

ministérielles pourrait être plus difficile à implanter dans un milieu. Bien que le contexte sociopolitique de restructuration soit une variable difficilement contrôlable, il en est autrement de la gestion du changement.

Dans une vision plus large que seulement la gestion de cas, l'implantation d'innovations et l'intégration des services en première ligne doivent se faire dans un contexte favorable. Une étude de cas sur la gestion de changement en contexte de réforme importante de la première ligne d'une durée de cinq ans a permis de mettre en lumière certains facteurs importants à mettre en place : établir clairement les objectifs et le rationnel de ladite réforme; aller chercher l'engagement de tous les acteurs clés impliqués; et établir une communication claire, incluant des stratégies pour y parvenir (Javanparast et al., 2018). Certes, l'adhésion des équipes médicales, incluant médecins et autres professionnels, et leur engagement sont primordiaux (Kadu & Stolee, 2015). Finalement, un leadership fort, axé sur la gestion de changement, sera déterminant et il importe d'y porter une attention particulière pour une implantation réalisable d'innovation dans un système de santé complexe (Boomer & McCormack, 2010 ; Chu & Cheung, 2018).

La notion de clarification du rôle de gestionnaire de cas fut abordée à plusieurs reprises. L'omniprésence des gestionnaires de cas dans plusieurs milieux cliniques a semblé susciter une confusion au sein des équipes, en ce qui a trait aux rôles de ceux-ci et comment s'est délimité leur champ de pratique. Somme toute, le manque de clarté concernant le rôle n'est pas nouveau à cette étude. À ce sujet, dans une revue intégrative de la littérature, Smith (2011) rapporte aussi que les infirmières nouvellement

gestionnaires de cas peuvent s'attendre à vivre des ambiguïtés et des conflits au niveau du rôle lors de l'implantation de celui-ci.

Dans une revue de la portée effectuée sur la GC effectuée par des infirmières aux États-Unis, deux barrières majeures ont été soulevées sur la notion de rôle : l'absence d'une définition claire et consistante de la GC; et le manque de description explicite du rôle (Joo & Huber, 2017b). L'absence de définition claire pourrait s'expliquer notamment par la présence de la GC dans plusieurs disciplines et organisations. Plusieurs grandes organisations (p. ex., American Nurses Association, Commission for Case Manager Certification, Case Management Society of America) ont défini ce rôle, mais ne s'entendent pas en tous points. Bien que plusieurs définitions théoriques existent sur la GC, le manque de description tangible sur des aspects spécifiques au rôle entraîne aussi une confusion. En lien avec ces spécificités, certaines barrières devraient être considérées lors de l'implantation de services intégrés, telle que la GC : une charge de cas élevée; une mauvaise compréhension des responsabilités du gestionnaire de cas; et l'intensité de la GC (Threapleton et al., 2017). En somme, une description spécifique du rôle appuyée d'une base théorique générale serait un atout majeur pour l'uniformisation du rôle (Joo & Huber, 2017b, 2017a)

Afin d'être réalisée à son plein potentiel, la GC des GU en GMF nécessite une pratique collaborative au sein de l'équipe clinique. La GC en GMF permet une proximité physique avec le médecin traitant et les différents professionnels, favorisant la collaboration interprofessionnelle. Lors de l'étude, des barrières à l'implantation à ce

niveau ont été soulevées. La littérature nous démontre également certains facteurs similaires. Une étude mixte a permis de mettre en lumière qu'une communication efficace serait associée avec des résultats positifs sur les soignants, dont la communication entre les professionnels de la santé et les gestionnaires de cas (Khanassov, Vedel, & Pluye, 2014). L'absence d'une approche collaborative et de dialogue résulterait en une résistance au changement, et des interactions régulières amélioreraient les relations de travail entre collègues (Elvey et al., 2018). Finalement, ne pas tenir compte de l'environnement et ne pas créer d'espaces collaboratifs où les professionnels puissent échanger de l'information sont des barrières à l'implantation (Lipschitz et al., 2017).

Une autre barrière importante à l'implantation fut la notion d'accès à l'information au sein du GMF. Le manque d'information sur les GU soignés au sein du GMF, quant à leur historique médicale, les intervenants au dossier et autres, était une barrière à pleinement effectuer la GC. L'absence d'un dossier clinique informatisé central regroupant les établissements liés au réseau de la santé et le GMF était une barrière pendant l'implantation et l'implication d'une tierce personne (gestionnaire de cas du CIUSSS) était nécessaire. Elvey et al. (2018) abondent en ce sens en notant que le partage d'information est un défi imposant, que ce soit au niveau de l'uniformisation du système d'information, de son utilisation, et des multiples problèmes techniques pouvant surgir. La présence de technologie de l'information efficace au sein des organisations serait donc un facteur favorable lors de l'implantation (Breland, Asch, Slightam, Wong, & Zulman, 2016).

À plusieurs égards, lors de l'étude, les barrières ont été balancées par la présence d'éléments facilitants. Un élément majeur et primordial dans la réussite de l'implantation de ce projet était la présence du gestionnaire de cas du CIUSSS. Son implication a permis de pallier plusieurs barrières nommées : en améliorant l'accès à l'information; en favorisant le soutien et le coaching des gestionnaires de cas du GMF et en favorisant la communication et la collaboration. Ensuite, la proximité professionnelle incitait à la communication et à la collaboration. Dans ce sens, certaines routines collaboratives ont contribué à l'implantation, telle que des rencontres hebdomadaires entre gestionnaires de cas du GMF et du CIUSSS. L'expérience clinique facilitait l'appropriation du rôle de gestionnaire de cas. Adopter certaines attitudes, telles qu'un positivisme, une ouverture, une proactivité, était un facteur facilitant important. Enfin, d'autres attitudes sont cités comme des facilitants à la GC de GU : l'empathie, le respect d'autrui et l'authenticité (Grinberg, Hawthorne, LaNoue, Brenner et Mautner, 2016).

Beaucoup d'interventions ont pu être réalisées grâce à la présence du gestionnaire de cas du CIUSSS. Sa présence physique, sa flexibilité d'horaire et son leadership ont permis de pallier plusieurs barrières lors de l'implantation. Un meilleur accès à l'information, ainsi qu'une collaboration et une communication constante se sont établis entre les gestionnaires de cas impliqués. Son soutien à l'équipe en tant que coach et leader positif était un élément facilitant à l'implantation. Son implication concrète permettait d'améliorer notamment l'identification des GU par l'apport d'une liste de GU à jour au GMF, et de soutenir les PSI. Cette étude semble être la première à discuter d'une telle collaboration entre gestionnaires de cas pour cette clientèle. D'autres auteurs couvrent cet

aspect et discutent du rôle de soutien et coaching qu'exerce le gestionnaire de cas auprès des équipes cliniques. Dans une étude qualitative auprès de patients complexes, le gestionnaire de cas était une référence auprès des équipes, ainsi que chez le patient, pour soutenir, naviguer dans le système de santé et régler des problèmes (Sandberg, Jakobsson, Midlöv, & Kristensson, 2014). L'implication d'un spécialiste à titre de coach en soutien à l'équipe contribuerait favorablement à l'implantation de l'innovation dans le milieu clinique (Kadu & Stolee, 2015). Ces mêmes auteurs indiquent aussi que l'attitude des participants est déterminante lors de l'implantation.

Il s'agit d'une des premières études décrivant le partage des rôles dans une dyade infirmière-travailleuse sociale. Ce partage a mis en évidence la place de l'infirmière comme gestionnaire de cas des GU dans son GMF. Une ligne de conduite était claire chez les participantes que l'infirmière constituait l'intervenante de référence au sein de la clinique, tant pour la coordination des soins que pour l'évaluation initiale (Poitras et al., 2018), tout en planifiant la formation nécessaire, du temps réservé et les outils de travail adéquats. Toutefois, la présence d'une travailleuse sociale pour la prise en charge des problèmes psychosociaux dans le cas de patients complexes semble nécessaire au sein d'une équipe interdisciplinaire (Chang et al., 2017).

Recommandations

Cette étude permet de tirer des recommandations pour l'implantation de la GC des GU en GMF, au niveau clinique et de la gestion. Pour une implantation réussie de la GC

des GU en GMF, il serait important en tout premier lieu d'établir un plan d'implantation clair, mettant de l'avant un plan de communication auprès des cliniciens et supervisé par un gestionnaire responsable du projet du début à la fin. Afin d'augmenter l'adhésion des professionnels à la GC des GU, il faudrait travailler à vulgariser davantage les données scientifiques en lien avec l'efficacité de celle-ci lors de sa promotion et démontrer concrètement comment cette innovation pourra améliorer la pratique des cliniciens. Bien que certains facteurs sociopolitiques puissent être imprévisibles ou hors de portée d'agir, incorporer des notions de gestion de changement et se préparer aux impondérables seraient essentiels. Ils faciliteront l'implantation en contexte de changement. Ensuite, mettre en place des moyens de communiquer régulièrement et de collaborer entre les différentes directions et les cliniques implantant la GC, que ce soit par le biais de réunions ou autres, est nécessaire. À ce niveau, il est important d'impliquer tous les professionnels, incluant le corps médical, puisque leur présence est indispensable à l'accomplissement d'une GC efficace. L'obtention d'un engagement clair de la part de tous les acteurs est souhaitable.

D'un point de vue opérationnel, pour effectuer une GC efficace, il est important d'outiller adéquatement les professionnels dans l'accomplissement de cette tâche. Prévoir une offre de formation adaptée aux besoins et organiser des ressources pour soutenir les équipes. S'assurer qu'une définition claire du rôle de gestionnaire de cas soit établie au sein du milieu clinique et définir le champ de pratique afin d'éviter toute ambiguïté. À titre de coach, un gestionnaire de cas du CIUSSS pourrait aisément offrir ce soutien, que ce soit pour la mise en place de PSI, de pourvoir des listes de GU et d'accompagner les

équipes cliniques du GMF à débiter la GC. L'accès à l'information (p. ex., dossier clinique, liste de GU, liste des intervenants actuellement au dossier en dehors du GMF) et aux différentes plateformes électroniques en dehors de la clinique (p. ex., dossier clinique informatisé, plateforme clinico-administrative) est indispensable pour exercer pleinement le rôle de GC des GU. Finalement, l'humeur et l'attitude de tous et chacun sont des éléments importants lors d'un tel changement de pratique. Y porter une attention particulière pourrait être bénéfique, tel qu'en s'attardant au bien-être de l'équipe, en diminuant le risque d'épuisement et en adaptant la charge de travail des professionnels.

Plusieurs recommandations de cette étude concordent avec les écrits sur le sujet. Afin de faciliter la travail entre professionnels en GMF, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux a mis à disposition un guide faisant la promotion des conditions gagnantes à la collaboration interprofessionnelle (Ministère de la santé et des services sociaux, 2017). Plusieurs éléments soulevés lors de l'étude font écho aux conditions gagnantes de ce guide : préciser la cogestion entre gestionnaire du CIUSSS et médecin-gestionnaire; que ceux-ci exercent un leadership auprès de l'équipe en GMF; préciser les moyens de communiquer efficacement; planifier et coordonner les activités d'intégration des nouveaux professionnels en GMF; et établir une collaboration professionnelle respectueuse, notamment en assurant une compréhension commune des rôles. Plus largement, une étude ayant recensé aux États-Unis dix-neuf programmes d'intégration des services de santé dans un système complexe a identifié cinq éléments clés auxquels les décideurs devraient porter attention : 1) prôner la vision d'un système intégré; 2)

développer une approche viable pour financer l'intégration des services; 3) utiliser les systèmes d'accès à l'information disponibles et harmoniser son utilisation au sein de l'organisation; 4) favoriser la collaboration en clarifiant les rôles, mettant en place une pratique collaborative (par ex., proximité, espaces de communication, temps alloué pour communiquer); et 5) s'attarder aux besoins de formations des membres de l'équipe (Clark et al., 2017).

Pour la discipline infirmière, certaines orientations cliniques seraient bénéfiques pour mieux outiller les futures infirmières à effectuer la GC de GU. D'abord, offrir une formation axée sur la GC et l'intégration de services dans un cursus d'apprentissage permettrait de sensibiliser la relève infirmière à cette réalité. D'un point de vue clinique, inciter les infirmières à collaborer et exercer davantage un leadership auprès du corps médical et des autres professionnels permettrait de mieux promouvoir le rôle infirmier et son champ d'exercice. Finalement, d'un point de vue organisationnel, assurer le soutien des nouvelles infirmières en GMF, mettre en place les facteurs à succès nécessaire permettrait une GC efficace et assurerait une pérennité du service de GC en formant davantage d'infirmières à ce rôle.

Forces et limites de l'étude

Cette étude figurait parmi les premières sur les facteurs pouvant influencer l'implantation de la GC en dyade inf./TS des GU en GMF. L'implication prolongée de l'étudiant chercheur pendant tout le processus d'implantation de la GC en GMF et sa

compréhension approfondie du réseau de la santé constituent étaient des forces de l'étude. Elles ont permis d'analyser avec justesse le cas et son contexte. La présence de différents types de professionnels et gestionnaires ont permis une triangulation entre les différents points de vue et les observations. L'utilisation de plusieurs sources de données tout au long de l'étude constitue aussi une force à l'étude. Puis, les résultats ont été présentés aux gestionnaires lors d'une dernière réunion du projet DIMAC02 volet 2, et une approbation fut reçue de leur part quant à l'analyse du cas. Finalement, le cadre de référence (Chaudoir et al., 2013) utilisée à grandement aidé à structurer la recension des écrits, ainsi que l'analyse et la présentation des données.

Il importe de spécifier les limites liées à l'étude et les difficultés rencontrées lors de sa réalisation. Le projet d'évaluation du projet DIMAC02, débuté à l'été 2016, a connu plusieurs difficultés au fil de l'étude. L'étude comporte un faible échantillon ($n = 5$). L'absence de témoignage de médecins ou de GU représente une limite et il serait important de les intégrer lors d'une prochaine étude d'implantation. Ensuite, le peu d'observation participante en clinique constitue aussi une limite à l'étude. Il aurait été intéressant d'observer davantage de situations cliniques afin d'enrichir les données sur les facteurs propres à l'innovation et ce qui concerne l'aspect plus pratique de l'implantation. Ensuite, tel qu'abordé, la singularité du cas et son contexte limitent la transférabilité des résultats à des milieux comparables. Finalement, la saturation des données n'ayant pas été atteinte, il est prudent d'affirmer que ces résultats constituent une liste non exhaustive des facteurs à considérer lors de l'implantation de la GC des GU en GMF et que plusieurs des concepts pourront émerger lors d'études subséquentes.

Conclusion

La GC des GU est à plusieurs égards une intervention de choix pour la prise en charge d'une telle clientèle. Toutefois, l'implantation de celle-ci dans un GMF représente un défi de taille nécessitant la participation de plusieurs acteurs, autant au niveau clinique qu'administratif. Dans la littérature, peu de données figuraient sur les facteurs d'influence à considérer lors d'implantation de cette intervention. De plus, la GC en dyade inf./TS reste encore peu étudiée et le partage du rôle de GC entre ces deux types d'intervenants reste à déterminer. Considérant la complexité de la GC des GU et de son implantation, une étude de cas unique fut entreprise dans un GMF implantant cette innovation afin d'étudier les facteurs facilitants et les barrières à l'implantation, ainsi que d'explorer le partage du rôle de GC entre l'infirmière et la TS.

Cette étude a permis d'identifier plusieurs facteurs importants à considérer dans le processus d'implantation. Une telle innovation complexe requiert l'implication de tous les acteurs concernés afin qu'elle soit optimale et que son implantation soit réussie. Améliorer l'adhésion médicale et des professionnels impliqués à l'aide d'une approche personnalisée est nécessaire. Quelques facteurs incontrôlables ont influencé grandement l'implantation de la GC en GMF. L'adoption des lois 10 et 20, ainsi que le nouveau cadre de gestion des GMF ont engendré un contexte difficile où les milieux étaient plutôt réfractaires à l'implantation d'une innovation en GMF. Néanmoins, la présence du gestionnaire de cas du CIUSSS a permis l'accomplissement de plusieurs étapes importantes à l'implantation et la réalisation de la GC des GU en GMF. Plusieurs recommandations ont été faites pour

optimiser l'implantation de la GC : avoir un plan d'implantation clair, incluant un plan de communication bien défini, et supervisé par un seul gestionnaire du début à la fin; établir des moyens de communiquer régulièrement et de collaborer entre les différentes instances impliqués dans l'implantation de la GC; solliciter et impliquer tous les professionnels et gestionnaires dans tout le processus d'implantation; outiller adéquatement les professionnels, par le biais de formations et d'outils de travail; offrir un soutien aux professionnels, tel que du coaching clinique; adopter des attitudes positives; considérer le risque d'épuisement professionnel; et définir les rôles des gestionnaires de cas en GMF et en CIUSSS, ainsi que leurs champs de pratique. La présence du gestionnaire du CIUSSS, par sa présence et son soutien clinique, a facilité en plusieurs points l'implantation, tels que la communication, l'accès à l'information, l'identification des GU. Quant au partage du rôle entre l'infirmière et la travailleuse sociale, l'infirmière constituait l'intervenante principale pour l'évaluation initiale et une bonne part de la coordination des soins. L'apport de la TS pour les problématiques psychosociales demeure important dans une GC en dyade. Enfin, une collaboration interprofessionnelle inf.-TS est à promouvoir.

Pour les sciences infirmières, ce rôle émergent représente une occasion d'améliorer la prise en charge d'une clientèle complexe et l'utilisation optimale du champ d'exercice. En améliorant les conditions d'implantation de ce rôle, plusieurs retombées positives pourraient être observées autant auprès du patient qu'auprès des cliniciennes. Mettre en place des conditions favorables à l'implantation de la GC des GU pourrait améliorer le travail effectué par les infirmières.

Références

- Acosta, A. M., & Lima, M. A. D. da S. (2015). Frequent users of emergency services: Associated factors and reasons for seeking care. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 23(2), 337-344.
- Althaus, F., Paroz, S., Hugli, O., Ghali, W. A., Daeppen, J.-B., Peytremann-Bridevaux, I., & Bodenmann, P. (2011). Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: A systematic review. *Annals of Emergency Medicine*, 58(1), 41-52.e42. doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.03.007
- American Case Management Association. (2013). *Standards of practice & scope of services: For health care delivery system case management and transitions of care (TOC) professionals*. Little Rock, AR: American Case Management Association. Repéré à <https://www.acmaweb.org/section.aspx?mn=&sn=&wpg=&sid=22>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Assemblée nationale du Québec. (2014). Projet de loi n°10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1.html>
- Assemblée nationale du Québec. (2015). Projet de loi n°20 : Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-20-41-1.html>
- Baugh, R. F., & Freeman, M. (2003). Ingredients of a successful case management program. *Physician Executive*, 29(2), 30-33.
- Bee, A., & Clegg, A. (2006). Community matron implementation: Meeting the challenge in Leeds. *British Journal of Community Nursing*, 11(2), 64-67.
- Berry-Millett, R., & Bodenheimer, T. S. (2009). Care management of patients with complex health care needs. *The Synthesis Project. Research Synthesis Report*, (19).
- Bodenheimer, T., & Berry-Millett, R. (2009). Follow the money — Controlling expenditures by improving care for patients needing costly services. *New England Journal of Medicine*, 361(16), 1521-1523.
- Bodenmann, P., Velonaki, V. S., Griffin, J. L., Baggio, S., Iglesias, K., Moschetti, K., ... Daeppen, J. B. (2017). Case Management may reduce emergency department frequent use in a universal health coverage system: A randomized controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, 32(5), 508-515. doi.org/10.1007/s11606-016-3789-9

- Bodenmann, Patrick, Baggio, S., Iglesias, K., Althaus, F., Velonaki, V.-S., Stucki, S., ... Daepfen, J.-B. (2015). Characterizing the vulnerability of frequent emergency department users by applying a conceptual framework: A controlled, cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 14, 146-146. doi.org/10.1186/s12939-015-0277-5
- Boh, C., Li, H., Finkelstein, E., Haaland, B., Xin, X., Yap, S., ... Ong, M. E. (2015). Factors contributing to inappropriate visits of frequent attenders and their economic effects at an emergency department in Singapore. *Academic Emergency Medicine*, 22(9), 1025-1033. doi.org/10.1111/acem.12738
- Boomer, C.A., & McCormack, B. (2010). Creating the conditions for growth: A collaborative practice development programme for clinical nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 18(6), 633-644. doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01143.x
- Breland, J. Y., Asch, S. M., Slightam, C., Wong, A., & Zulman, D. M. (2016). Key ingredients for implementing intensive outpatient programs within patient-centered medical homes: A literature review and qualitative analysis. *Healthcare (Amsterdam, Netherlands)*, 4(1), 22-29. doi.org/10.1016/j.hjdsi.2015.12.005
- Bristow, D. P., & Herrick, C. A. (2002). Emergency department case management: The dyad team of nurse case manager and social worker improve discharge planning and patient and staff satisfaction while decreasing inappropriate admissions and costs: A literature review. *Lippincott's Case Management*, 7(3), 121-128.
- Campbell, N. C., Murray, E., Darbyshire, J., Emery, J., Farmer, A., Griffiths, F., ... Kinmonth, A. L. (2007). Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ*, 334(7591), 455. doi.org/10.1136/bmj.39108.379965.BE
- Chang, E. T., Raja, P. V., Stockdale, S. E., Katz, M. L., Zulman, D. M., Eng, J. A., ... Asch, S. M. (2017). What are the key elements for implementing intensive primary care? A multisite Veterans Health Administration case study. *Healthcare (Amsterdam, Netherlands)*, 6(4), 231-237. doi.org/10.1016/j.hjdsi.2017.10.001
- Chaudoir, S. R., Dugan, A. G., & Barr, C. H. (2013). Measuring factors affecting implementation of health innovations: A systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implementation Science*, 8, 22. doi.org/10.1186/1748-5908-8-22
- Chouinard, M. C., Hudon, C., Dubois, M. F., Roberge, P., Loignon, C., Tchouaket, E., ... Sasseville, M. (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*, 13, 49. doi.org/10.1186/1472-6963-13-49

- Chouinard, M. C., Lavoie, M., Gagnon, C., Leclerc, N., Larouche, A., Bouchard, N., & Lafleur, G. (2015). Gestionnaire de cas: Un modèle en clinique de maladies neuromusculaires. *Perspective infirmière*, 12(5), 51-56.
- Chu, K. W. K., & Cheung, L. L. W. (2018). Incorporating sustainability in small health-care facilities: An integrated model. *Leadership in Health Services (1751-1879)*, 31(4), 441-451. doi.org/10.1108/LHS-07-2017-0043
- Clark, K. D., Miller, B. F., Green, L. A., de Gruy III, F. V., Davis, M., Cohen, D. J., & de Gruy, F. V. (2017). Implementation of behavioral health interventions in real world scenarios: Managing complex change. *The Journal of Collaborative Family HealthCare*, 35(1), 36-45. doi.org/10.1037/fsh0000239
- 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*. Ontario, ON.
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, & Instituts de recherche en santé du Canada. (2014). *Énoncé de politique des trois Conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains, 2014* ([Version révisée]). Ottawa : Secrétariat interagences en éthique de la recherche.
- Couturier, Y., Bonin, L., & Belzile, L. (2016). *L'intégration des services en santé: une approche populationnelle*. Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.
- Dahl, K., Larivière, N., & Corbière, M. (2014). L'étude de cas: Illustration d'une étude de cas multiples visant à mieux comprendre la participation au travail de personnes présentant un trouble de la personnalité limite. Dans M. Corbière & N. Larivière (Éds), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes* (pp. 73-96). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50-50. doi.org/10.1186/1748-5908-4-50
- de Stampa, M., Vedel, I., Buyck, J.-F., Lapointe, L., Bergman, H., Beland, F., & Ankri, J. (2014). Impact on hospital admissions of an integrated primary care model for very frail elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58(3), 350-355. doi.org/10.1016/j.archger.2014.01.005
- Dodd, J., Taylor, C. E., Bunyan, P., White, P. M., Thomas, S. M., & Upton, D. (2011). A service model for delivering care closer to home. *Primary Health Care Research & Development*, 12(2), 95-111. doi.org/10.1017/S1463423610000356

- Doupe, M. B., Palatnick, W., Day, S., Chateau, D., Soodeen, R.-A., Burchill, C., & Derksen, S. (2012). Frequent users of emergency departments: Developing standard definitions and defining prominent risk factors. *Annals of Emergency Medicine*, *60*(1), 24-32. doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.11.036
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, *41*(3-4), 327-350. doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0
- Edgren, G., Anderson, J., Dolk, A., Torgerson, J., Nyberg, S., Skau, T., ... Öhlen, G. (2016). A case management intervention targeted to reduce healthcare consumption for frequent Emergency Department visitors: Results from an adaptive randomized trial. *European Journal of Emergency Medicine*, *23*(5), 344-350. doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000280
- Elvey, R., Bailey, S., Checkland, K., McBride, A., Parkin, S., Rothwell, K., & Hodgson, D. (2018). Implementing new care models: Learning from the Greater Manchester demonstrator pilot experience. *BMC Family Practice*, *19*(1), 89-89. doi.org/10.1186/s12875-018-0773-y
- Fortin, M., Chouinard, M.-C., Bouhali, T., Dubois, M.-F., Gagnon, C., & Bélanger, M. (2013). Evaluating the integration of chronic disease prevention and management services into primary health care. *BMC Health Services Research*, *13*, 132. doi.org/10.1186/1472-6963-13-132
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal, QC : Chenelière éducation.
- Gallagher, F. (2014). La recherche descriptive interprétative: Description des besoins psychosociaux de femmes à la suite d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage du cancer du sein. Dans M. Corbière & N. Larivière (Éds), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes: Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (pp. 5-28). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, *82*(4), 581-629. doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x
- Grinberg, C., Hawthorne, M., LaNoue, M., Brenner, J., & Mautner, D. (2016). The core of care management: The role of authentic relationships in caring for patients with frequent hospitalizations. *Population Health Management*, *19*(4), 248-256.
- Grol, R. P., Bosch, M. C., Hulscher, M. E., Eccles, M. P., & Wensing, M. (2007). Planning and studying improvement in patient care: The use of theoretical perspectives. *The Milbank Quarterly*, *85*(1), 93-138. doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00478.x

- Groupe de soutien à l'implantation des groupes de médecine de famille. (2006). Devenir un groupe de médecine familiale (GMF) - guide d'accompagnement. Repéré à http://pro.santemontreal.qc.ca/fileadmin/asssm/Medecins/1_gerer_ma_pratique/3_pratique_en_GMF/Guide_accompagnement__MAJ_mai_2009_.pdf
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2013). *The practice of nursing research : Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7e éd.). St. Louis, MO : Elsevier/Saunders.
- Hammer, B. J. (2001). Community-based case management for positive outcomes. *Geriatric Nursing*, 22(5), 271-275.
- Hayes, S. L., Salzberg, C. A., McCarthy, D., Radley, D. C., Abrams, M. K., Shah, T., & Anderson, G. F. (2016). High-need, high-cost patients: Who are they and how do they use health care? A population-based comparison of demographics, health care use, and expenditures. *Issue Brief (Commonwealth Fund)*, 26, 1-14.
- Hentz, P. (2012). Case study: The method. Dans P. L. Munhall (Éd.), *Nursing research: A qualitative perspective* (5e éd., pp. 491-502). Sudbury, MA : Jones & Bartlett Learning.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare* (3e éd.). Ames, IA : Wiley-Blackwell.
- Hudon, C., Chouinard, M.-C., Diadiou, F., Lambert, M., & Bouliane, D. (2015). Case management in primary care for frequent users of health care services with chronic diseases: A qualitative study of patient and family experience. *Annals of Family Medicine*, 13(6), 523-528. doi.org/10.1370/afm.1867
- Hudon, C., Chouinard, M.-C., Dubois, M.-F., Roberge, P., Loignon, C., Tchouaket, É., ... Bouliane, D. (2018). Case management in primary care for frequent users of health care services: A mixed methods study. *Annals of Family Medicine*, 16(3), 232-239. doi.org/10.1370/afm.2233
- Hudon, C., Sanche, S., & Haggerty, J. L. (2016). Personal characteristics and experience of primary care predicting frequent use of emergency department: A prospective cohort study. *Plos One*, 11(6), e0157489-e0157489. doi.org/10.1371/journal.pone.0157489
- Hunt, K. A., Weber, E. J., Showstack, J. A., Colby, D. C., & Callahan, M. L. (2006). Characteristics of frequent users of emergency departments. *Annals of Emergency Medicine*, 48(1), 1-8. doi.org/10.1016/j.annemergmed.2005.12.030
- Implementation Science. (2016). About. Repéré à <http://implementationscience.biomedcentral.com/about>

- Javanparast, S., Maddern, J., Baum, F., Freeman, T., Lawless, A., Labonté, R., & Sanders, D. (2018). Change management in an environment of ongoing primary health care system reform: A case study of Australian primary health care services. *International Journal of Health Planning & Management*, 33(1), e76-e88. doi.org/10.1002/hpm.2413
- Joo, J. Y., & Huber, D. L. (2017a). Barriers in case managers' roles: A qualitative systematic review. *Western Journal of Nursing Research*, 40(10), 1522-1542. doi.org/10.1177/0193945917728689
- Joo, J. Y., & Huber, D. L. (2017b). Scoping review of nursing case management in the United States. *Clinical Nursing Research*, 27(8), 1002-1016. doi.org/10.1177/1054773817717861
- Kadu, M. K., & Stolee, P. (2015). Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: A systematic review. *BMC Family Practice*, 16, 12-12. doi.org/10.1186/s12875-014-0219-0
- Kahan, D., Leszcz, M., O'Campo, P., Hwang, S. W., Wasylenki, D. A., Kurdyak, P., ... Stergiopoulos, V. (2016). Integrating care for frequent users of emergency departments: Implementation evaluation of a brief multi-organizational intensive case management intervention. *BMC Health Services Research*, 16, 156-156. doi.org/10.1186/s12913-016-1407-5
- Kane, R. L., Keckhafer, G., Flood, S., Bershadsky, B., & Siadaty, M. S. (2003). The effect of Evercare on hospital use. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(10), 1427-1434.
- Khanassov, V., Vedel, I., & Pluye, P. (2014). Barriers to implementation of case management for patients with dementia: A systematic mixed studies review. *Annals of Family Medicine*, 12(5), 456-465. doi.org/10.1370/afm.1677
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications - A discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(14), 1-6.
- Krieg, C., Hudon, C., Chouinard, M.-C., & Dufour, I. (2016). Individual predictors of frequent emergency department use: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 16(1), 594-594.
- Kumar, G. S., & Klein, R. (2012). Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: A systematic review. *Journal of Emergency Medicine*, 44(3), 717-729. doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.08.035
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5, 69. doi.org/10.1186/1748-5908-5-69

- Liaw, W., Moore, M., Iko, C., & Bazemore, A. (2015). Lessons for primary care from the first ten years of medicare coordinated care demonstration projects. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 28(5), 556-564. doi.org/10.3122/jabfm.2015.05.140322
- Lillyman, S., Saxon, A., & Treml, H. (2009). An evaluation of the role of the community matron: A literature review. *Journal of Health and Social Care Improvement*, (Nov), 1-11.
- Lipschitz, J. M., Benzer, J. K., Miller, C., Easley, S. R., Leyson, J., Post, E. P., & Burgess, J. F., Jr. (2017). Understanding collaborative care implementation in the Department of Veterans Affairs: Core functions and implementation challenges. *BMC Health Services Research*, 17(1), 691-691. doi.org/10.1186/s12913-017-2601-9
- Manning, E., & Gagnon, M. (2017). The complex patient: A concept clarification: The complex patient. *Nursing & Health Sciences*, 19(1), 13-21. doi.org/10.1111/nhs.12320
- McCarthy, D., Ryan, J., & Klein, S. (2015). Models of care for high-need, high-cost patients: An evidence synthesis. *Issue Brief (Commonwealth Fund)*, 31, 1.
- Merriam, S.B. (2009). *Qualitative research: A guide to design and implementation*. (3e éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis : A methods sourcebook* (3e éd.). Thousand Oaks, CA : SAGE.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec, QC : le Ministère, Direction des communications. Repéré à <http://bibvir2.uqac.ca/archivage/18368870.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). Cadre de gestion: Groupe de médecine de famille (GMF), Groupe de médecine de famille-Réseau (GMF-R). Repéré à http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/documents/demandes_acces/2015-2016/2015-2016-285-Document.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016a). Cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-924-04W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016b). Guide d'intégration des professionnels en GMF: Infirmière clinicienne. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-920-20W_infirmiere-clinicienne.pdf

- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2017). Guide d'intégration des professionnels en GMF: Collaboration: Conditions gagnantes. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001529/>
- Moe, J., Kirkland, S., Rawe, E., Ospina, M. B., Vandermeer, B., Campbell, S., & Rowe, B. (2016). Effectiveness of interventions to decrease emergency department visits by adult frequent users: A systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 24(1), 40-52. doi.org/10.1111/acem.13060
- Munhall, P. L. (2012). Ethical considerations in qualitative research. Dans P. L. Munhall (Éd.), *Nursing research: A qualitative perspective* (5e éd., pp. 491-502). Sudbury, MA : Jones & Bartlett Learning.
- Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec. (2016a). Champ d'exercice et activités réservées. Repéré à <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/champ-dexercice-et-activites-reservees>
- Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec. (2016b). Prescription infirmière. Repéré à <https://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/prescription-infirmiere>
- Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., & Grol, R. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: A review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(2), 141–146. doi.org/10.1093/intqhc/mzi016
- Postras, M.-E. (2016). *L'infirmière en GMF: Vers une meilleure connaissance des activités réalisées auprès des personnes atteintes de maladies chroniques*. Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC. Repéré à http://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/9761/Postras_Marie_Eve_PhD_2016.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Postras, M.-E., Chouinard, M.-C., Gallagher, F., & Fortin, M. (2018). Nursing activities for patients with chronic disease in primary care settings: A practice analysis. *Nursing Research*, 67(1), 35-42. doi.org/10.1097/NNR.0000000000000253
- Pope, D., Fernandes, C. M., Bouthillette, F., & Etherington, J. (2000). Frequent users of the emergency department: A program to improve care and reduce visits. *Canadian Medical Association Journal*, 162(7), 1017-1020.
- Poremski, D., Harris, D. W., Kahan, D., Pauly, D., Leszcz, M., Amp, ... Stergiopoulos, V. (2016). Improving continuity of care for frequent users of emergency departments: service user and provider perspectives. *General Hospital Psychiatry*, 40, 55-59. doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.01.004
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., ... Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health*, 38(2), 65-76. doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7

- Raven, M. C., Kushel, M., Ko, M. J., Penko, J., & Bindman, A. B. (2016). The effectiveness of emergency department visit reduction programs: A systematic review. *Annals of Emergency Medicine*, *68*(4), 467-483. doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.04.015
- Réseau national des gestionnaires de cas du Canada. (2009). Normes de pratique en gestion de cas au Canada: Connexion, collaboration et communication Le pouvoir de la gestion de cas. Repéré à http://www.ncmn.ca/Resources/Documents/standars_of_practices_french%202014.pdf
- Sandberg, M., Jakobsson, U., Midlöv, P., & Kristensson, J. (2014). Case management for frail older people - A qualitative study of receivers' and providers' experiences of a complex intervention. *BMC Health Services Research*, *14*, 14-14. doi.org/10.1186/1472-6963-14-14
- Segal, L., Dunt, D., & Day, S. E. (2004). Introducing coordinated care (2): Evaluation of design features and implementation processes implications for a preferred health system reform model. *Health policy*, *69*(2), 215-228. doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.02.001
- Segal, L., Dunt, D., Day, S. E., Day, N. A., Robertson, I., & Hawthorne, G. (2004). Introducing co-ordinated care (1): A randomised trial assessing client and cost outcomes. *Health policy*, *69*(2), 201-213. doi.org/10.1016/j.healthpol.2003.12.016
- Shepperd, S., Lewin, L., Straus, S., Clarke, M., Eccles, M., Fitzpatrick, R., ... Sheikh, A. (2009). Can we systematically review studies that evaluate complex interventions? *PLoS Medecine*, *6*(8), e1000086. doi.org/doi.org/10.1371/journal.pmed.1000086
- Shortell, S. M. (2004). Increasing value: A research agenda for addressing the managerial and organizational challenges facing health care delivery in the United States. *Medical Care Research and Review*, *61*(3 Suppl), 12s-30s. doi.org/10.1177/1077558704266768
- Smith, A. C. (2011). Role Ambiguity and Role Conflict in Nurse Case Managers. *Professional Case Management*, *16*(4), 182-196.
- Smith, A., Mackay, S., & McCulloch, K. (2013). Case management: Developing practice through action research. *British Journal of Community Nursing*, *18*(9), 452.
- Smolowitz, J., Speakman, E., Wojnar, D., Whelan, E.-M., Ulrich, S., Hayes, C., & Wood, L. (2015). Role of the registered nurse in primary health care: Meeting health care needs in the 21st century. *Nursing Outlook*, *63*(2), 130-136. doi.org/10.1016/j.outlook.2014.08.004
- Soril, L. J. J., Leggett, L. E., Lorenzetti, D. L., Noseworthy, T. W., & Clement, F. M. (2015). Reducing frequent visits to the emergency department: A systematic review of interventions. *Plos One*, *10*(4), 1-18. doi.org/10.1371/journal.pone.0123660

- Squires, J. E., Estabrooks, C. A., O'Rourke, H. M., Gustavsson, P., Newburn-Cook, C. V., & Wallin, L. (2011). A systematic review of the psychometric properties of self-report research utilization measures used in healthcare. *Implementation Science*, 6, 83. doi.org/10.1186/1748-5908-6-83
- Sun, B. C., Burstin, H. R., & Brennan, T. A. (2003). Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Academic Emergency Medicine*, 10(4), 320-328.
- Sutherland, D., & Hayter, M. (2009). Structured review: Evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. *Journal of Clinical Nursing*, 18(21), 2978-2992. doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02900.x
- Sweeney, L., Halpert, A., & Waranoff, J. (2007). Patient-centered management of complex patients can reduce costs without shortening life. *The American Journal of Managed Care*, 13(2), 84-92.
- Thorne, S. (2016). *Interpretive description: Qualitative research for applied practice*. (2e éd.). New York, NY: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Threapleton, D. E., Chung, R. Y., Wong, S. Y. S., Wong, E., Chau, P., Woo, J., ... Yeoh, E.-K. (2017). Integrated care for older populations and its implementation facilitators and barriers: A rapid scoping review. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(3), 327-334. doi.org/10.1093/intqhc/mzx041
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Kastner, M., ... Straus, S. E. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 16, 15. doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4
- Unité de soutien SRAP du Québec. (2016). Synthèse du Sommet santé-social: ensemble pour améliorer les soins et services des personnes ayant des besoins complexes. Communication présentée au Sommet santé-social.
- van Tiel, S., Rood, P. P. M., Bertoli-Avella, A. M., Erasmus, V., Haagsma, J., van Beeck, E., ... Polinder, S. (2015). Systematic review of frequent users of emergency departments in non-US hospitals: State of the art. *European Journal of Emergency Medicine*, 22(5), 306-315.
- Wankah, P., Couturier, Y., Belzile, L., Gagnon, D., & Breton, M. (2018). Providers' perspectives on the implementation of mandated local health networks for older people in Québec. *International Journal of Integrated Care*, 18(2), 1-17. doi.org/10.5334/ijic.3098
- Wolf, Z. R. (2012). *Ethnography: The method*. Dans *Nursing research: A qualitative perspective* (5e éd., pp. 285-338). Sudbury, MA : Jones & Bartlett Learning.

- Wutzke, S., Benton, M., & Verma, R. (2016). Towards the implementation of large scale innovations in complex health care systems: Views of managers and frontline personnel. *BMC Research Notes*, *9*, 327-327. doi.org/10.1186/s13104-016-2133-0
- Yin, R. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6e éd.). Thousand Oaks, CA : SAGE.

Appendices

Appendice A : Questionnaire sociodémographique

Fiche signalétique
INFIRMIÈRES, TRAVAILLEUSES SOCIALES, MÉDECINS DE GMF ET
AUTRES PROFESSIONNELS

Ces questions portent sur votre situation personnelle. *Cochez une seule réponse*

1. Êtes-vous :

- Une femme
 Un homme

2. Dans quelle catégorie d'âge vous situez-vous?

- 24 ans et moins
 De 25 à 34 ans
 De 35 à 44 ans
 De 45 à 54 ans
 De 55 à 64 ans
 De 65 à 74 ans
 75 et plus

3. À quel établissement êtes-vous affilié?

- Chicoutimi
 Jonquière
 Cléophas-Claveau
 Lac-Saint-Jean-Est
 Maria-Chapdelaine
 Autres (SVP indiquez le nom de l'établissement) : _____

4. Quelle est votre profession?

- Médecins
 Infirmier/infirmière
 Travailleur/travailleuse sociale
 Autres (SVP indiquez votre profession) : _____

5. Dans quel(s) secteur(s) d'activités/programmes/services exercez-vous votre profession?

6. Depuis combien d'années exercez-vous votre profession?

_____ ans

7. Depuis combien d'années travaillez-vous dans cette établissement?

_____ ans

Fiche signalétique GESTIONNAIRES

Ces questions portent sur votre situation personnelle. *Cochez une seule réponse*

1. Êtes-vous :

- Une femme
 Un homme

2. Dans quelle catégorie d'âge vous situez-vous?

- 24 ans et moins
 De 25 à 34 ans
 De 35 à 44 ans
 De 45 à 54 ans
 De 55 à 64 ans
 De 65 à 74 ans
 75 et plus

3. À quel établissement êtes-vous affilié?

- Chicoutimi
 Jonquière
 Cléophas-Claveau
 Lac-Saint-Jean-Est
 Maria-Chapdelaine
 Autres (SVP indiquez le nom de l'établissement) : _____

4. Présentement, quel est le titre exact de votre emploi?

5. Quel(s) secteur(s) d'activités/programmes/services sont sous votre responsabilité?

6. Depuis combien d'années travaillez-vous comme gestionnaire?

_____ ans

7. Depuis combien d'années êtes-vous gestionnaire dans cette organisation?

_____ ans

Appendice B : Grille d'observation

Grille d'observation par dimensions de Chaudoir¹

<p style="text-align: center;">Structurelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réforme politique • Cadres légaux professionnels • Accessibilité et environnement de travail 	<p style="text-align: center;">Organisationnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaboration interorganisationnelle • Communication • Accès à l'information • Leadership • Intégration de la GC dans le GMF • Climat de travail 	<p style="text-align: center;">Intervenants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attentes/appréhensions VS nouveau rôle • Charge de travail avec GC • Formation • Soutien clinique 	<p style="text-align: center;">Patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques complexes des patients 	<p style="text-align: center;">Innovation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Culture de soins • Continuum de soins • PSI • Système d'identification des GU et processus de référence • Intégration de la GC dans le GMF • GC en dyade • Rôle de la GC

1) Chaudoir, S. R., Dugan, A. G., & Barr, C. I. (2013). Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implementation Science: IS*, 822.

Notes :

Appendice C : Guides d'entrevue

**Analyse de l'implantation d'une fonction de gestionnaire de cas par une
dyade infirmière-travailleuse sociale en GMF.**

TEMPS 0

**GUIDE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE POUR LES INFIRMIÈRES ET
TRAVAILLEUSES SOCIALES GESTIONNAIRES DE CAS PENDANT
L'IMPLANTATION**

(Opinion sur le processus d'implantation, identification des obstacles et éléments favorables)

Numéro de référence du répondant: _____ Date : _____

Endroit : _____ Heure : _____

Votre Groupe de Médecine de Famille (GMF) participe actuellement à l'implantation d'une fonction de gestionnaire de cas au sein de GMF du Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLSJ). En tant que professionnels du GMF, vous avez été directement impliqués dans l'implantation du projet. Nous vous rencontrons pour mieux connaître votre opinion sur le déroulement de cette implantation.

INTRODUCTION

1. Mise en contexte : Que savez-vous sur la gestion de cas des grands utilisateurs de services actuellement en implantation au sein de votre GMF?
2. Question générale : D'une façon générale, où en êtes-vous avec l'implantation de la gestion de cas des grands utilisateurs de services dans votre GMF?
3. En tant que [infirmière ou travailleuse sociale] gestionnaire de cas, comment percevez-vous votre rôle au sein de l'équipe de votre GMF?
4. Quels sont les changements de pratique que vous avez observés dans le cadre de la gestion de cas des grands utilisateurs de services en GMF?
5. Quelles sont vos attentes et vos craintes face à l'implantation de ce nouveau rôle qu'est la gestion de cas?
6. Que pensez-vous de l'information reçue par le CIUSSS pour vous guider dans la gestion de cas des grands utilisateurs de services en GMF?

**ÉLÉMENTS FAVORABLES ET OBSTABLES À L'IMPLANTATION DE LA
GESTION DE CAS DES GRANDS UTILISATEURS DE SERVICES EN GMF**

Nous allons maintenant discuter des différents éléments favorables et des obstacles à l'implantation de la gestion de cas des grands utilisateurs de services en GMF.

7. Selon vous, quels sont les facteurs qui facilitent la gestion de cas dans votre GMF...
8. Selon vous, quels sont les facteurs qui entravent la gestion de cas dans votre GMF...

Note à l'intervieweur : approfondir la discussion en interrogeant le répondant selon les différents types de facteurs et en prenant appui sur les exemples du tableau ci-dessous.

Type de facteur	En gras : facteurs ciblés par les objectifs de l'évaluation	√
Innovation	<ul style="list-style-type: none"> • Définition du rôle de la gestion de cas (Est-ce clair?) • L'intégration de la fonction de gestionnaire de cas aux tâches professionnelles • La dyade infirmière-travailleuse sociale (départage des rôles) • Le processus de référence des grands utilisateurs (Qui est impliqué? Quelles sont les tâches associées à ce processus?) • Le système d'identification des grands utilisateurs (Quels sont les critères? Qui est ciblé?) • Le plan de services individualisés (PSI) 	
Organisationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration avec les autres professionnels • Liens avec le CIUSSS et les autres organismes externes • Communication entre les intervenants • Accès à l'information • Climat interne • Conditions de travail • Culture organisationnelle du GMF • Soutien clinique • Type de leadership 	
Intervenant	<ul style="list-style-type: none"> • Attitudes face à la transformation des pratiques • Capacité d'adaptation au changement • Niveau de confort face au nouveau rôle de GC • Formations (initiale ou continue) • Charge de travail 	
Patient	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau d'implication (prise de décision? Autogestion?) • Leur relation avec les patients/leurs familles • La considération des besoins des patients • Perception de la gestion de cas • Niveau de littératie des patients • Cas d'exception (Avez-vous eu besoin de l'intervention d'un gestionnaire du CIUSSS pour le suivi d'un patient?) 	

Structurel / environnemental	<ul style="list-style-type: none"> • Lieux physiques (disposition, accessibilité et proximité des professionnels) • Mandats attribués (gestion de cas (GC) volontaire ou imposée?) • Ressources allouées • Politiques gouvernementales (ex : création des CIUSSS, cadre GMF) 	
---------------------------------	--	--

9. Avant de terminer, de manière plus personnelle, quels sont les défis qui vous sont propres à votre rôle [d'infirmière ou de travailleuse sociale ou de gestionnaire de cas] dans le cadre de la gestion de cas des grands utilisateurs de services en GMF?
10. Est-ce qu'il y aurait des éléments qui n'ont pas abordés dont vous aimeriez discuter?

Je vous remercie de votre collaboration.

Analyse de l'implantation d'une fonction de gestionnaire de cas par une dyade infirmière-travailleuse sociale en GMF.

TEMPS 0

GUIDE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE POUR LES GESTIONNAIRES DU CIUSSS PENDANT L'IMPLANTATION

(Opinion sur le processus d'implantation, identification des obstacles et éléments favorables).

Numéro de référence du répondant : _____ Date : _____

Endroit : _____ Heure : _____

Le CIUSSS participe actuellement à l'implantation d'une fonction de gestionnaire de cas au sein de GMF du Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLSJ). En tant que gestionnaire du CIUSSS, vous avez été directement impliqués dans l'implantation du projet. Nous vous rencontrons pour mieux connaître votre opinion sur le déroulement de cette implantation.

INTRODUCTION

1. Tout d'abord, en tant que gestionnaire du CIUSSS, quel est votre rôle dans l'implantation de la gestion de cas des grands utilisateurs de services?
2. Question générale : Depuis que vous êtes impliqué dans l'implantation, comment se déroule la gestion de cas des grands utilisateurs de services dans les GMF?
3. Selon votre perception, où en êtes-vous avec l'implantation de la gestion de cas des grands utilisateurs de services dans votre GMF?
4. Quels sont les changements de pratique que vous avez observés dans le cadre de la gestion de cas des grands utilisateurs de services en GMF?
5. Quelles sont vos attentes et vos craintes face à l'implantation de ce nouveau rôle qu'est la gestion de cas?

ÉLÉMENTS FAVORABLES ET OBSTABLES À L'IMPLANTATION DE LA GESTION DE CAS DES GRANDS UTILISATEURS DE SERVICES EN GMF

Nous allons maintenant discuter des différents éléments favorables et des obstacles à l'implantation de la gestion de cas des grands utilisateurs de services en GMF.

6. Selon vous, quels sont les facteurs qui facilitent la gestion de cas dans votre GMF...

7. Selon vous, quels sont les facteurs qui entravent la gestion de cas dans votre GMF...

Note à l'intervieweur : approfondir la discussion en interrogeant le répondant selon les différents types de facteurs et en prenant appui sur les exemples du tableau ci-dessous.

Type de facteur		√
Innovation	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle • Culture de soins • Continuum de soins • PSI • Système d'identification des GU (repérage unique, centralisé et quotidien) • Intégration de la GC dans le GMF • GC en dyade 	
Organisationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Leadership • Soutien clinique • Collaboration interprofessionnel et interorganisationnelle • Logistique d'implantation • Intégration de la GC dans le GMF • Climat de travail • Circulation de l'information clinique (enjeux de confidentialité) 	
Intervenant	<ul style="list-style-type: none"> • Gouvernance du gestionnaire • Accompagnement dans la restructuration • Attitudes • Compétences • Disponibilité? 	
Structurel / environnemental	<ul style="list-style-type: none"> • Coût et financement de la GC • Accessibilité et environnement de travail • Réformes politiques • Cadres légaux professionnels • Gestion de l'offre de service • Reddition de compte • Pratique collaborative Gest./MD/haute direction (Relation avec les médecins responsables des GMF et adhésion au projet) 	

8. Avant de terminer, de manière plus personnelle, quels sont les défis qui vous sont propres à votre rôle dans le cadre de la gestion de cas des grands utilisateurs de services en GMF?
9. Est-ce qu'il y aurait des éléments qui n'ont pas abordés dont vous aimeriez discuter?

Je vous remercie de votre collaboration.

Appendice D : Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
INFIRMIÈRES, TRAVAILLEUSES SOCIALES, GESTIONNAIRES DU CIUSSS, MÉDECINS DE GMF ET
AUTRES PROFESSIONNELS

Titre du projet :	Analyse de l'implantation d'une fonction de gestionnaire de cas par une dyade infirmière-travailleuse sociale en GMF.
Chercheure responsable du projet de recherche :	Maud-Christine Chouinard, inf. Ph. D.
Cochercheures :	Catherine Hudon, M.D. Ph. D. CMFC Edith Ellefsen, inf. Ph. D. Christiane Bergeron Leclerc, Ph. D. Yves Couturier, Ph. D. Danielle Maltais, Ph. D. Danielle Poirier, inf. Ph. D. Marie-Eve Poitras, Ph. D. Martine Couture, inf. MAP, PDG du CIUSSS du SLSJ Julie Godbout, inf. MSc(c)
Organisme subventionnaire :	Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ)

1. Préambule

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche qui vise à analyser l'implantation d'une fonction de gestionnaire de cas par une dyade infirmière-travailleuse sociale de GMF au sein de cinq (5) Groupes de Médecine de Famille (GMF) du Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLSJ). Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheure responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche.

2. Nature et objectifs du projet de recherche

En soins de première ligne, certains patients atteints de maladies chroniques peuvent éprouver de nombreux besoins et être confrontés à plusieurs défis. Devant les besoins croissants et les défis soulevés en première ligne par des clientèles avec maladies chroniques, les chercheures du projet proposent d'implanter une intervention en première ligne afin de permettre à des patients atteints de maladies chroniques de bénéficier d'un suivi plus étroit sous la forme d'une gestion de cas par une dyade infirmière-travailleuse sociale au sein de leur GMF. Ce projet vise à analyser

l'implantation d'une fonction de gestionnaire de cas par une dyade infirmière-travailleuse sociale de GMF au sein de cinq (5) GMF du Saguenay-Lac-Saint-Jean afin de démontrer les impacts et les facteurs contextuels de cette intervention en GMF. Ces professionnels suivront des personnes atteintes de maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, maladies musculosquelettiques et/ou douleur chronique) présentant une plus grande vulnérabilité.

Pour ce projet de recherche, environ 10 infirmières, 10 travailleuses sociales, 10 gestionnaires du CIUSSS, 40 médecins et 30 professionnels du réseau local de services du SLSJ seront recrutés dans les GMF participants. Également, environ 40 patients âgés entre 18 et 75, atteints d'une ou de plusieurs maladies chroniques ciblées et présentant une plus grande vulnérabilité, participeront à ce projet de recherche.

3. Déroulement du projet de recherche

Nous sollicitons votre participation à ce projet parce que vous êtes un professionnel de la santé (infirmière, travailleuse sociale, médecin de famille ou autres) au sein d'un GMF ou un gestionnaire du CIUSSS ayant implanté ce suivi de gestion de cas au cours des derniers mois.

Si vous acceptez de prendre part à ce projet, vous remplirez un bref questionnaire sociodémographique. Aussi, vous participerez à une entrevue individuelle (pour les infirmières, travailleuses sociales et gestionnaires du CIUSSS) ou de groupe (pour les médecins de famille et autres professionnels) en cours d'implantation et/ou à la fin de celle-ci. Vos opinions permettront de documenter le processus d'implantation; l'identification des facteurs environnementaux, organisationnels, les facteurs en lien avec les intervenants, avec les patients et avec le programme; l'intégration des services; les effets sur les intervenants/organisations et sur les patients et votre satisfaction en regard de l'intervention. La discussion sera d'une durée approximative d'une (1) heure et sera enregistrée sur support audio. De plus, nous pourrions vous demander qu'un membre de l'équipe de recherche (chercheuse responsable ou son personnel) observe et prenne part, durant la durée du projet, à vos rencontres régulières de travail relatives à la gestion de cas des grands utilisateurs de services pour faire de l'observation participante. En lien avec les objectifs du projet de recherche, ces observations serviront à mieux comprendre le contexte d'implantation de la gestion de cas. Ces rencontres ne seront pas enregistrées, mais des notes manuscrites seront prises à partir d'une grille d'observation et ce, à des fins d'analyses.

4. Constitution, conservation et accès aux données

Les données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche seront conservées dans une banque. Les données de cette banque serviront à :

- A. mettre en commun les données collectées: les notes de terrain, les documents et le matériel collectés (transcriptions d'entrevues, notes d'observation et données quantitatives);
- B. réaliser d'autres projets en lien avec la gestion de cas des grands utilisateurs ou avec les maladies chroniques;

- C. permettre un accès à une partie des données à des étudiants gradués voulant exploiter ce matériel dans le cadre de leur projet d'études.

Ces études devront au préalable être évaluées et approuvées par le Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-St-Jean, Hôpital de Chicoutimi.

Les données seront conservées de façon sécuritaire dans les locaux de recherche en soins de première ligne du CIUSSS du SLSJ, Hôpital de Chicoutimi, situés au 225, rue Saint-Vallier, Pavillon des Augustines, à Chicoutimi par la chercheuse responsable, conformément à la Politique relative à la gestion des banques de données et de matériel biologique pour fins de recherche en vigueur au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-St-Jean, Hôpital de Chicoutimi. Afin de préserver votre identité ainsi que la confidentialité des données, vous ne serez identifié que par un numéro de code.

Les données recueillies dans le cadre de ce projet seront conservées pour une période de 25 ans et seront détruites par la suite.

Avec votre consentement, vos données pourraient également être utilisées pour d'autres études en lien avec la gestion de cas des grands utilisateurs ou avec les maladies chroniques. Ces études devront au préalable être évaluées et approuvées par le Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-St-Jean, Hôpital de Chicoutimi.

De plus, dans l'éventualité où nous voudrions conserver vos données pour une période excédant les 25 ans pour que d'autres études en lien avec la gestion de cas des grands utilisateurs ou avec les maladies chroniques puissent être faites ultérieurement et si vous avez au préalable consenti à cette possibilité, nous demanderons l'approbation du Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-St-Jean, Hôpital de Chicoutimi pour prolonger la période de conservation.

Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux données afin de réaliser l'étude en lien avec les objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

5. Inconvénients associés au projet de recherche

Il n'y a aucun inconvénient associé à cette étude si ce n'est le temps requis pour votre participation et vos déplacements.

Il est toutefois possible que vous puissiez ressentir une légère fatigue ou un stress pouvant être occasionnés par vos réponses aux questions de l'entrevue.

6. Avantages associés au projet de recherche

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances en soins de première ligne.

7. Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affecté au projet.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur votre relation avec la chercheuse responsable du projet et les autres intervenants.

La chercheuse responsable du projet de recherche, le Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-St-Jean, Hôpital de Chicoutimi ou l'organisme subventionnaire peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour rencontrer les exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

8. Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, la chercheuse responsable du projet, Maud-Christine Chouinard ainsi que son personnel, recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Ces renseignements peuvent comprendre les informations telles que les réponses que vous fournirez lors de l'entrevue individuelle ou de la rencontre de groupe ou les notes manuscrites obtenues lors de l'observation participante ainsi que votre nom, votre sexe, votre date de naissance, l'établissement à lequel vous êtes affilié, votre profession, votre secteur d'activité ainsi que le nombre d'année que vous exercez votre profession et que vous travaillez dans l'établissement.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable.

La chercheure responsable du projet utilisera les données de l'étude à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Également, les données du projet pourraient servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs. Par ailleurs, vos renseignements personnels, tels que votre nom ou vos coordonnées, seront conservés pendant 25 ans après la fin du projet par la chercheure responsable et seront détruits par la suite. Dans l'éventualité où nous voudrions conserver vos données pour que d'autres études puissent être faites ultérieurement après cette période excédant les 25 ans et si vous avez au préalable consenti à cette possibilité, nous demanderons l'approbation du Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-St-Jean, Hôpital de Chicoutimi pour prolonger la période de conservation.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-St-Jean, Hôpital de Chicoutimi ou par l'établissement ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire maintenu par la chercheure responsable ou par l'établissement.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier l'exactitude des renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la chercheure responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations.

9. Financement du projet de recherche

La chercheure responsable du projet a reçu un financement du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) pour mener à bien ce projet de recherche.

10. Compensation

Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation au projet de recherche.

11. Droits du participant au projet de recherche

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheuses, l'organisme subventionnaire ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

12. Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relier à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec les personnes suivantes :

Chercheure responsable du projet : Maud-Christine Chouinard, Ph. D. au 418 545-5011, poste 5344 (les jours ouvrables)

Coordonnatrice de recherche : Mireille Lambert au 418-541-1234, poste 3233 (les jours ouvrables)

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-St-Jean, aux numéros suivants :

- Installations de Chicoutimi au 418-541-7026;
- Installations de Jonquière au 418-695-7700, poste 2664;
- Installations de Lac-St-Jean-Est au 418-669-2000, poste 3352;
- Installations de Dolbeau-Mistassini au 418-276-1234, poste 4390.

13. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-St-Jean, Hôpital de Chicoutimi a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toutes les questions reliées à l'éthique, concernant vos droits ou concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du comité, Madame Christine Gagnon au 418 541-1234 poste 3294.

Consentement

Titre du projet : Analyse de l'implantation d'une fonction de gestionnaire de cas par une dyade infirmière-travailleuse sociale en GMF.

I. Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom et signature du participant au projet de recherche

Date

II. Autorisation d'être contacté

Acceptez-vous d'être contacté à nouveau pour participer à d'autres projets de recherche?

Oui Non

Nom et signature du participant au projet de recherche

Date

III. Utilisation secondaire et conservation des données

1) **Acceptez-vous** que vos données soient utilisées pour la réalisation d'autres études en lien avec la gestion de cas des grands utilisateurs ou avec les maladies chroniques pendant la période de conservation prévue, soit 25 ans?

Oui Non

2) **Acceptez-vous** que vos données soient conservées pour une période excédant les 25 ans prévus, sous réserve de l'approbation du Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean, Hôpital de Chicoutimi, pour que d'autres études en lien avec la gestion de cas des grands utilisateurs ou avec les maladies chroniques puissent être réalisées ultérieurement ?

Oui Non

Nom et signature du participant au projet de recherche

Date

IV. Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent de la chercheure responsable du projet de recherche

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

V. Signature et engagement de la chercheure responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.



02-01-2018

Nom et signature de la chercheure responsable du projet de recherche

Date

Appendice E : Documents analysés

IMPACTS DÉMONTRÉS DE LA GESTION DES GRANDS UTILISATEURS DE SERVICES

Amélioration de l'expérience des
soins des patients

Diminution de la charge de travail des
professionnels

Meilleur partage des tâches entre
professionnels

Meilleure coordination des
services entre les professionnels,
avec le système de santé et le milieu
communautaire

Diminution de l'utilisation des services
d'urgence et hospitaliers



**Pour plus d'information,
veuillez vous référer à
votre gestionnaire**

Septembre 2017

GESTION DES GRANDS UTILISATEURS DE SERVICES EN GMF





GESTION DES GRANDS UTILISATEURS DE SERVICES EN GMF

La gestion des grands utilisateurs de services en GMF est une approche de coordination des soins adaptés aux besoins des personnes. Le GMF représente le lieu de soin idéal car il rassemble plusieurs professionnels au même endroit et favorise la proximité des professionnels avec la personne et sa famille.

CLIENTÈLE VISÉE

- Personne adulte
- Inscrite en GMF
- Problèmes de santé complexes
- Grands utilisateurs de services d'urgence, hospitaliers et/ou en GMF

ACTIVITÉS DE GESTION DES GRANDS UTILISATEURS DE SERVICES

- Identification de la clientèle
- Analyse du dossier pour déterminer la pertinence de l'approche
 - Évaluation de la situation et du besoin de la personne
 - Planification et réalisation d'une rencontre interdisciplinaire (si besoin)
 - Rédaction du plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ou du plan de service individualisé (PSI)
 - Liaisons externes
 - Soutien à l'autogestion
- Évaluation, révision et ajustement du PII / PSI et suivi de la personne

COLLABORATION INFIRMIÈRE ET TRAVAILLEUSE SOCIALE

La gestion des grands utilisateurs de services en GMF est réalisée par l'infirmière et la travailleuse sociale*. La complémentarité de leur rôle permet d'intervenir sur les aspects physiques et sociaux de la santé de la personne. En collaboration avec le médecin de famille, l'infirmière et la travailleuse sociale agissent en tant qu'intervenantes pivots pour le suivi de la personne. Elles assurent également la coordination des soins et services afin de diriger la personne vers les meilleures ressources possibles pour répondre à ses besoins.



**L'emploi du féminin a été utilisé afin d'alléger le texte*

**Questionnaire d'évaluation pour rencontre avec un client
Liste haut consommateur de service**

Évaluation santé physique :

Problèmes de santé identifiés :

Les problèmes sont présents depuis combien de temps ?

Traitements :

Services déjà utilisés à la GMF :

Difficultés avec les services nommés par le client :

Raison de consultation à l'urgence :

Solutions trouvées à ce jour (urgence ou autre service) :

À quel niveau vous vous sentez capables de contrôler votre problème :

Services à mettre en place pour ne pas aller à l'urgence

Quoi faire avant de se rendre à l'urgence

Évaluation santé psychologique :

Problèmes de santé psychologique identifiés :

Symptômes

Physiologiques :

Étourdissements, palpitations, serremments dans la poitrine, difficultés à respirer, boule dans la gorge, céphalées, maux de cœur, diarrhée, tensions physiques, autres.

Affectifs :

Anxiété, inquiétudes, peur, oppressé, sensation d'irritabilité, humeur changeante, autres.

Cognitifs :

Trouble de l'attention, trouble de la concentration, peur de perdre le contrôle, de devenir fou, de s'évanouir, autres.

Comportementaux :

Attitudes crispées, agitation, tremblements des extrémités, évitement, isolement social, autres.

Conséquences néfastes de la situation vécue sur la vie du patient :

Au niveau individuel :

Diminution de l'estime de soi, difficultés au travail, difficulté à remplir mon rôle de conjoint, de parent, insécurité professionnelle, peur de ce que les autres vont penser de moi, autres.

Conjugale :

Augmentation des conflits dans le couple, présence de violence verbale ou physique, diminution du désir sexuel, problème de communication avec mon conjoint au sujet de mes difficultés actuelles, peur que mon conjoint me laisse, impression de ne plus vouloir être avec mon conjoint, autres.

Familiale : (famille immédiate ou élargie)

Augmentation des conflits avec les membres de ma famille, diminution des contacts positifs avec les membres de ma famille, violence verbale ou physique, peur de brimer mes enfants, autres.

Financière :

Peur de manquer d'argent, de perdre mes biens, de faire faillite, augmentation des dettes, ce n'est pas un problème, j'ai des économies, autres.

Est-ce qu'il y a des gens autour de vous pour vous supporter face à ce que vous vivez :

Comment percevez-vous l'avenir :

Qu'est-ce qu'il faudrait qui change en premier pour que vous vous sentiez mieux ?



Installation : La Baie

CONSENTEMENT DE L'USAGER À LA COMMUNICATION
RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

CH CLSC CHSLD

CONSENTEMENT

Dans le cadre de votre suivi, les établissements de santé ainsi que les organismes cités ci-dessous travailleront ensemble pour vous offrir des soins et des services de qualité.

Par conséquent, ces personnes devront partager des renseignements personnels vous concernant. La présente a pour but de nous autoriser à le faire.

J'autorise les professionnels de la santé et les personnes apparaissant au présent document à échanger **entre eux** les renseignements personnels, ainsi que la transmission des documents jugés pertinents me concernant et nécessaires pour m'assurer une continuité de soin et de services. Je comprends que ces équipes échangeront entre elles, dans la plus grande confidentialité, uniquement l'information nécessitée par mes soins et mes services **et/ou ceux de mon enfant**.

Je comprends que je peux résilier ce consentement en tout temps.

ÉTABLISSEMENT(S) DE SANTÉ ET ORGANISME(S) CONCERNÉ(S)

Professionnels de la santé

Établissement de santé concernés

Autres personnes

Organismes concernés

Je déclare :

Avoir eu l'occasion de poser toutes mes questions sur la communication des renseignements personnels me concernant (ou concernant l'utilisateur) et qu'on y a répondu à ma satisfaction;

Avoir disposé du temps nécessaire pour prendre ma décision sur le consentement à l'échange de ces renseignements;

Être libre d'accepter la communication de renseignements personnels me concernant (ou concernant l'utilisateur).

La durée prévue de l'épisode de services en cours est de : 6 mois 1 an 2 ans 3 ans

Au terme de ce délai, un nouveau consentement doit être obtenu de l'utilisateur ou de son représentant légal afin de permettre la poursuite des échanges d'information.

Signature de l'utilisateur

Date

Signature du représentant légal (s'il y a lieu)

Date

Signature du témoin à la signature
(nom, fonction, établissement)

Date

Appendice F : Lettre d'approbation éthique

Le 9 septembre 2015

Madame Maud-Christine Chouinard, Ph. D.
Module des sciences infirmières et de la santé
Département des sciences humaines
Université du Québec à Chicoutimi
555, boulevard Université
Chicoutimi (Québec) G7H 2B1

Objet : 2015-016 - Analyse de l'implantation d'une fonction de gestionnaire de cas par les infirmières de GMF

APPROBATION FINALE POUR LES INSTALLATIONS DE CHICOUTIMI ET DE DOLBEAU-MISTASSINI

Madame Chouinard,

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Hôpital de Chicoutimi a évalué votre projet de recherche à sa réunion plénière tenue le 8 juin 2015, à la salle F-5-022A au 5^e étage de l'aile administrative du Pavillon Saint-Vallier, situé au 305, rue Saint-Vallier à Chicoutimi. Lors de cette réunion, le comité a examiné les documents suivants :

- Lettre de Pre Maud-Christine Chouinard, Ph. D., datée du 12 mai 2015
- Liste de tous les documents soumis
- Formulaire de demande d'évaluation d'un projet de recherche et son annexe, signés le 12 mai 2015
- Protocole de recherche intitulé « Analyse de l'implantation d'une fonction de gestionnaire de cas par les infirmières de GMF » tel que soumis au Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) incluant le budget, et généré le 9 novembre 2014
- Formulaire d'information et de consentement pour les patients, version 1 reçue le 13 mai 2015 modifiée par le CÉR le 1^{er} juin 2015
- Formulaire d'information et de consentement pour les infirmières, médecins et professionnels, version 1 reçue le 13 mai 2015 modifiée par le CÉR le 1^{er} juin 2015
- Protocole relatif aux règles et procédures de fonctionnement de la banque de données, version reçue le 13 mai 2015
- Guides d'entrevue, versions reçues le 13 mai 2015 :
 - Guide d'entrevue individuelle pour les patients des GMF après l'implantation du projet
 - Guide d'entrevue individuelle pour les infirmières gestionnaires de cas des GMF après l'implantation du projet
 - Guide d'entrevue de groupe pour les médecins des GMF après l'implantation du projet

- o Guide d'entrevue de groupe pour les professionnels du RLS de Chicoutimi après l'implantation du projet
- Lettre d'acceptation du GMF-UMF de Chicoutimi (non datée)
- Lettre d'acceptation du GMF Maria-Chapdelaine (Dolbeau-Mistassini), datée du 2 mars 2015
- Lettre d'acceptation du GMF Alma, datée du 6 mai 2015
- Lettre d'acceptation du GMF Lac-Saint-Jean-Est (à venir)
- Lettre d'acceptation du GMF Cyriac (Jonquière), datée du 21 avril 2015
- Formulaire d'étude de la convenance institutionnelle du CSSS de Chicoutimi, signé le 12 mai 2015
- Lettre d'octroi du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), datée du 2 décembre 2014
- Formulaire de l'UQAC Autorisation - Accès au dossier, signé le 12 mai 2015
- Formulaire de l'UQAC Autorisation - Dépôt d'une demande de certification éthique (signature à venir)

Faisant suite à cette réunion, le comité vous a émis une approbation conditionnelle en date du 22 juin 2015. Conformément à nos demandes, vous nous avez soumis en date du 10 août 2015, les documents suivants :

- Document intitulé « Réponses aux demandes du comité scientifique »
- Document intitulé « Réponses aux questions et commentaires du comité d'éthique »
- Formulaire de consentement (patients et médecins et autres professionnels), version 2 datée du 10 août 2015
- Formulaire d'information et de consentement pour les patients, version 2 datée du 10 août 2015
- Formulaire d'information et de consentement pour les infirmières, médecins et professionnels, version 2 datée du 10 août 2015
- Quatre guides d'entrevue (patients, infirmières, médecins et professionnels RLS), version 2 datée du 10 août 2015
- Deux questionnaires sociodémographiques (patients et autres professionnels), version 1 datée du 10 août 2015
- Protocole relatif aux règles et procédures de fonctionnement de la banque de données, version 2 datée du 10 août 2015
- Lettre d'appui du GMF Lac-Saint-Jean-Est, datée du 28 avril 2015
- Autorisation - dépôt d'une demande de certification éthique signée par le doyen de la recherche et de la création de l'UQAC le 13 mai 2015
- Document intitulé « Analyse qualitative selon modèle de Chaudoir »
- Résumé du projet DIMAC02

Le 10 août 2015, vous avez répondu au commentaire du comité d'évaluation scientifique et les 19 août 2015 et 3 septembre 2015, nous avons reçu la confirmation du comité scientifique voulant qu'il ait jugé vos réponses satisfaisantes.

Le 18 août 2015, nous avons reçu copie de la lettre du comité de convenance institutionnelle autorisant le déroulement du projet au CIUSSS du SLSJ, Installations de Dolbeau-Mistassini.

Le 8 septembre 2015, nous avons reçu copie de la lettre du comité de convenue institutionnelle autorisant le déroulement du projet au CIUSSS du SLSJ, Installations de Chicoutimi.

Nous sommes toujours en attente de la lettre de convenue pour les installations de Jonquière et de Lac-St-Jean-Est. Dès que nous les recevrons, le projet de recherche pourra débuter dans ces installations.

Quelques modifications ont été apportées aux formulaires de consentement et au protocole relatif aux règles et procédures de fonctionnement de la banque de données (ces documents portent dorénavant la date du 8 septembre 2015).

Vos réponses et les modifications apportées à votre projet de recherche ont fait l'objet d'une évaluation accélérée. Le tout ayant été jugé satisfaisant, nous avons le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé à l'unanimité par le Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Hôpital de Chicoutimi.

Les documents que le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS du SLSJ, Hôpital de Chicoutimi a approuvés et que vous pouvez utiliser pour la réalisation de votre projet sont les suivants (lesquels sont joints à cette lettre) :

- Protocole de recherche intitulé « Analyse de l'implantation d'une fonction de gestionnaire de cas par les infirmières de GMF » tel que soumis au Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) incluant le budget, et généré le 9 novembre 2014
- Formulaire d'information et de consentement pour les patients, version 2 datée du 8 septembre 2015
- Formulaire d'information et de consentement pour les infirmières, médecins et professionnels, version 2 datée du 8 septembre 2015
- Quatre guides d'entrevue (patients, infirmières, médecins et professionnels RLS), version 2 datée du 10 août 2015
- Deux questionnaires sociodémographiques (patients et autres professionnels), version 1 datée du 10 août 2015
- Protocole relatif aux règles et procédures de fonctionnement de la banque de données, version 2 datée du 8 septembre 2015

Cette approbation éthique est valide pour un an à compter du 9 septembre 2015, date de l'approbation initiale pour les installations de Chicoutimi et de Dolbeau-Mistassini. Cette décision peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

Deux mois avant la date d'échéance, vous devrez faire une demande de renouvellement auprès du Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Hôpital de Chicoutimi, en utilisant le document du Comité prévu à cet effet accompagné du formulaire d'information et de consentement que vous utilisez.

Dans le cadre du suivi continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires du Comité prévus à cet effet :

- de soumettre, pour approbation préalable au Comité, toute demande de modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le Comité pour la réalisation de votre projet;
- de soumettre les incidents thérapeutiques graves, les réactions indésirables graves, les réactions indésirables et inattendues et les accidents observés en cours de recherche, dès que cela est porté à votre connaissance;
- de soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout nouveau renseignement sur des éléments susceptibles d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'accroître les risques et les inconvénients des sujets, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un sujet de recherche de poursuivre sa participation au projet;
- de soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies;
- de soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, la cessation prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente;
- de soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout problème identifié par un tiers, lors d'une enquête, d'une surveillance ou d'une vérification interne ou externe;
- de soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation;
- de soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthique ainsi que des résultats de la procédure.

Vous pouvez obtenir les formulaires du Comité téléchargeables à partir du site web à l'adresse suivante :

<http://www.cssschicoutimi.qc.ca/LeCSSSC/Lorganisation/Lecomitedethiquedelarecherche/Formulaires/tabid/3945/language/fr-FR/Default.aspx>

De plus, nous vous rappelons que vous devez conserver pour une période d'au moins un an suivant la fin du projet, un répertoire distinct comprenant les noms, prénoms, coordonnées, date du début et de fin de la participation de chaque sujet de recherche.

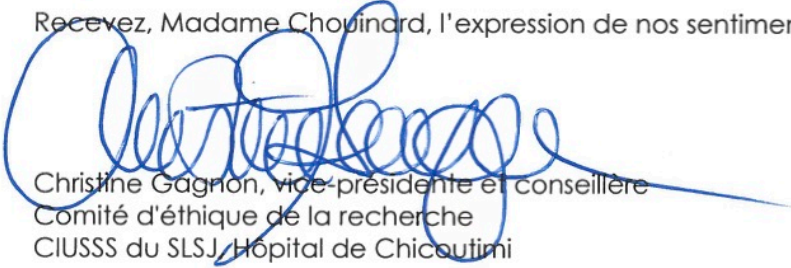
Nous vous demandons d'utiliser pour votre projet le numéro de référence suivant 2015-016 pour toute correspondance avec le Comité d'éthique de la recherche.

Nous vous confirmons qu'aucune des personnes qui ont procédé à l'évaluation n'était placée dans une situation de conflit d'intérêts. Le cas échéant, les chercheurs, cochercheurs et autres personnes liées se sont retirés lors des discussions, de la prise de décision et du vote du comité en regard du projet no 2015-016.

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Hôpital de Chicoutimi est désigné par le ministre de la Santé et des Services sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec et suit les règles émises par l'Énoncé de politique des trois conseils et les Bonnes

pratiques cliniques telles qu'élaborées par la Conférence internationale sur l'harmonisation (CIH).

Recevez, Madame Chouinard, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Christine Gagnon, vice-présidente et conseillère
Comité d'éthique de la recherche
CIUSSS du SLSJ, Hôpital de Chicoutimi

CG/ah

p. j. Documents approuvés par le CÉR

Lettre d'autorisation de la convenance institutionnelle (Installations de Dolbeau-Mistassini), datée du 18 août 2015

Lettre du comité de convenance (Installations de Chicoutimi), datée du 8 septembre 2015

c. c. Danielle Bouliane, coordonnatrice de recherche, par courriel seulement :
danielle.bouliane@usherbrooke.ca

Fatoumata Diadiou, professionnelle de recherche, par courriel seulement :
fatoumata.diadiou@USherbrooke.ca