

# L'approche



**Améliorer la trajectoire de soins des personnes avec besoins complexes utilisant fréquemment les services de santé pour réduire les consultations évitables à l'urgence et les hospitalisations : expériences du CISSS de l'Outaouais et du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal**

Midi-conférence – Recherche du CISSS de l'Outaouais  
18 novembre 2025

**Catherine Hudon** MD, PhD, CMFC

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

Professeure titulaire

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

**Maud-Christine Chouinard** inf., PhD

Professeure titulaire

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal



CHAIRE DE RECHERCHE DU CANADA SUR LA  
MISE EN ŒUVRE DE SOINS INTÉGRÉS  
POUR LES PERSONNES AVEC DES BESOINS COMPLEXES



Université de  
Sherbrooke



Université  
de Montréal



Santé  
et Services sociaux  
Québec

# Partenaires – développement de l'approche



©Hudon C & Chouinard MC (2025)



- Se familiariser avec l'approche V1SAGES
- Mieux comprendre le processus utilisé pour sa mise en œuvre
- Explorer les facteurs facilitants et obstacles rencontrés lors du projet-pilote ainsi que les stratégies potentielles pour assurer le succès de la mise en œuvre



M. Pierre Côté

Homme | 54 ans



## Services en place

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



## Santé physique

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



## Situation sociale

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



## Au cours de la dernière année

7 hospitalisations  
124 visites à l'urgence



## Santé psychologique



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

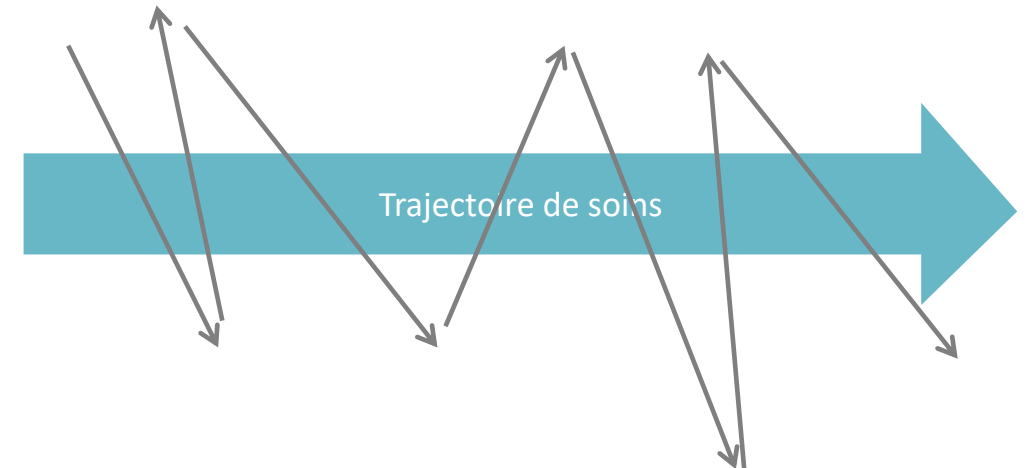


# Pourquoi M. Côté retourne fréquemment à l'urgence ?



©Hudon C & Chouinard MC (2025)

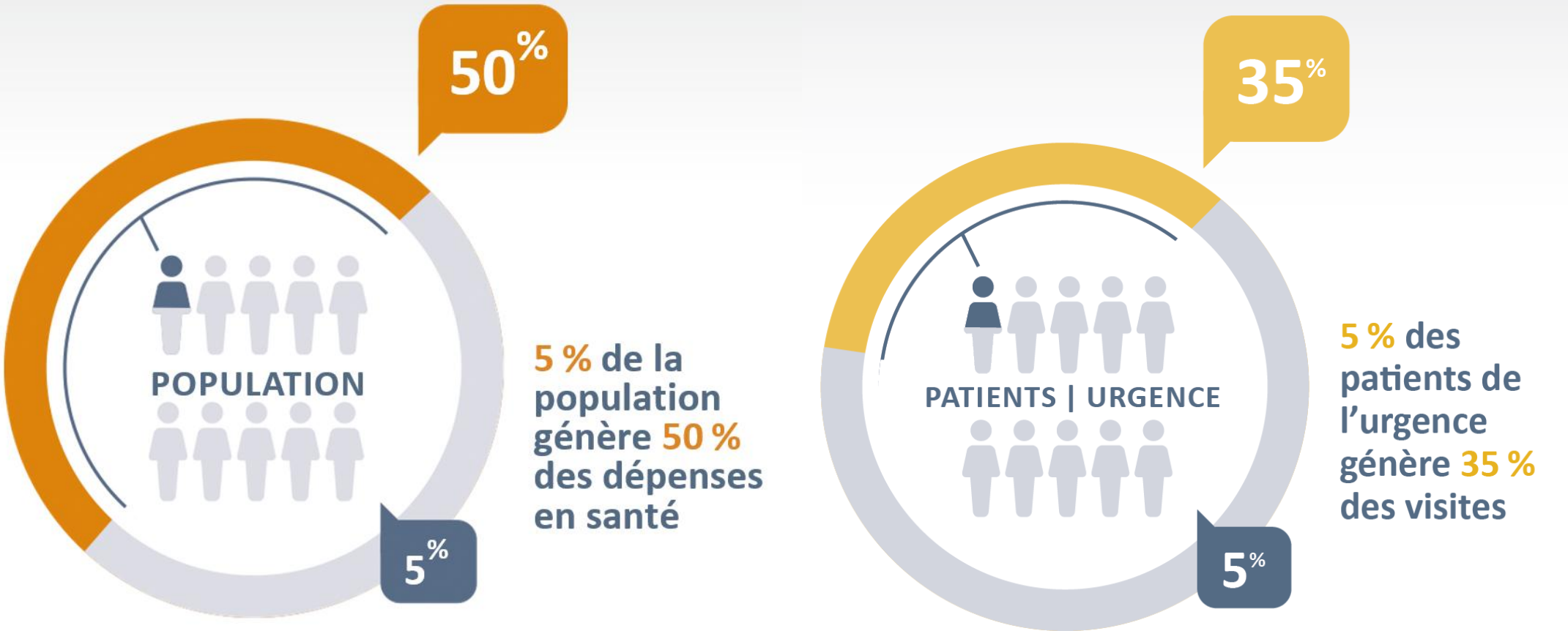
- Plusieurs besoins non comblés puisque :
  - Situation très précaire
  - Défis pour entrer en contact avec le personnel de la santé qui se désinvestit
  - Tombe entre plusieurs « mailles du filet »
  - Sa santé globale se détériore
  - Se retrouve à l'hôpital pour diverses raisons sans pouvoir répondre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



# Conséquence de ces trajectoires fragmentées



©Hudon C & Chouinard MC (2025)

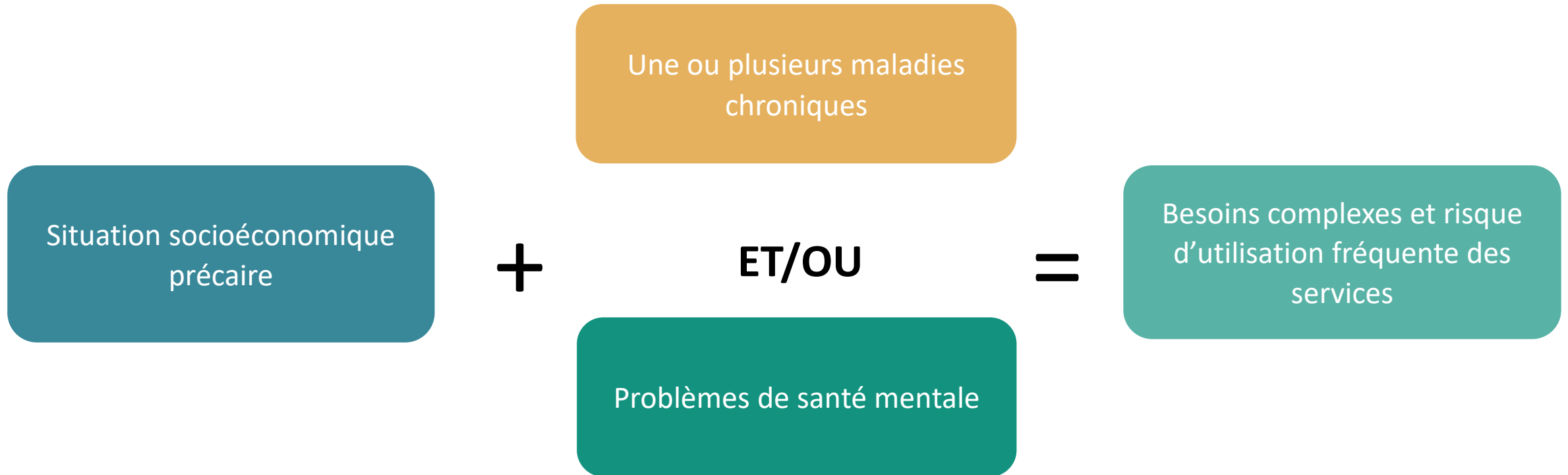


Sources: [Wodchis \(2016\)](#); [Pritchard \(2016\)](#); [Hudon et al \(2020\)](#)

# Besoins complexes et utilisation fréquente des services



©Hudon C & Chouinard MC (2025)



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

# Coordonner la coordination



©Hudon C & Chouinard MC (2025)

**Infirmière clinicienne gériatrie**

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

**Infirmière pivot en oncologie**

**Intervenant-pivot DI-TSA-DP**

**Équipe des SPFV**

**SIM ou SIV**

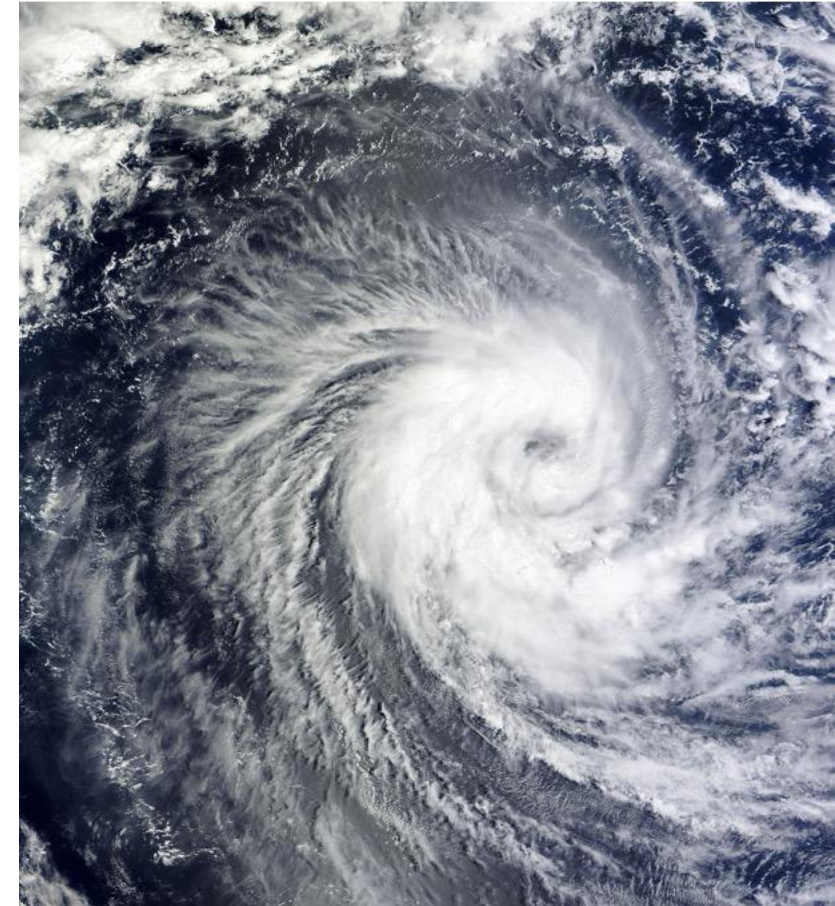
**Intervenant réseau (santé  
physique/santé mentale)**

**Intervenant-pivot SAD**

**Équipe de soins du milieu de vie**

- OK pour clientèles spécifiques avec critères d'inclusion précis
- Services offrant souvent des suivis à court terme ET/OU ciblant une seule dimension de la santé
- Relevant souvent d'une seule direction

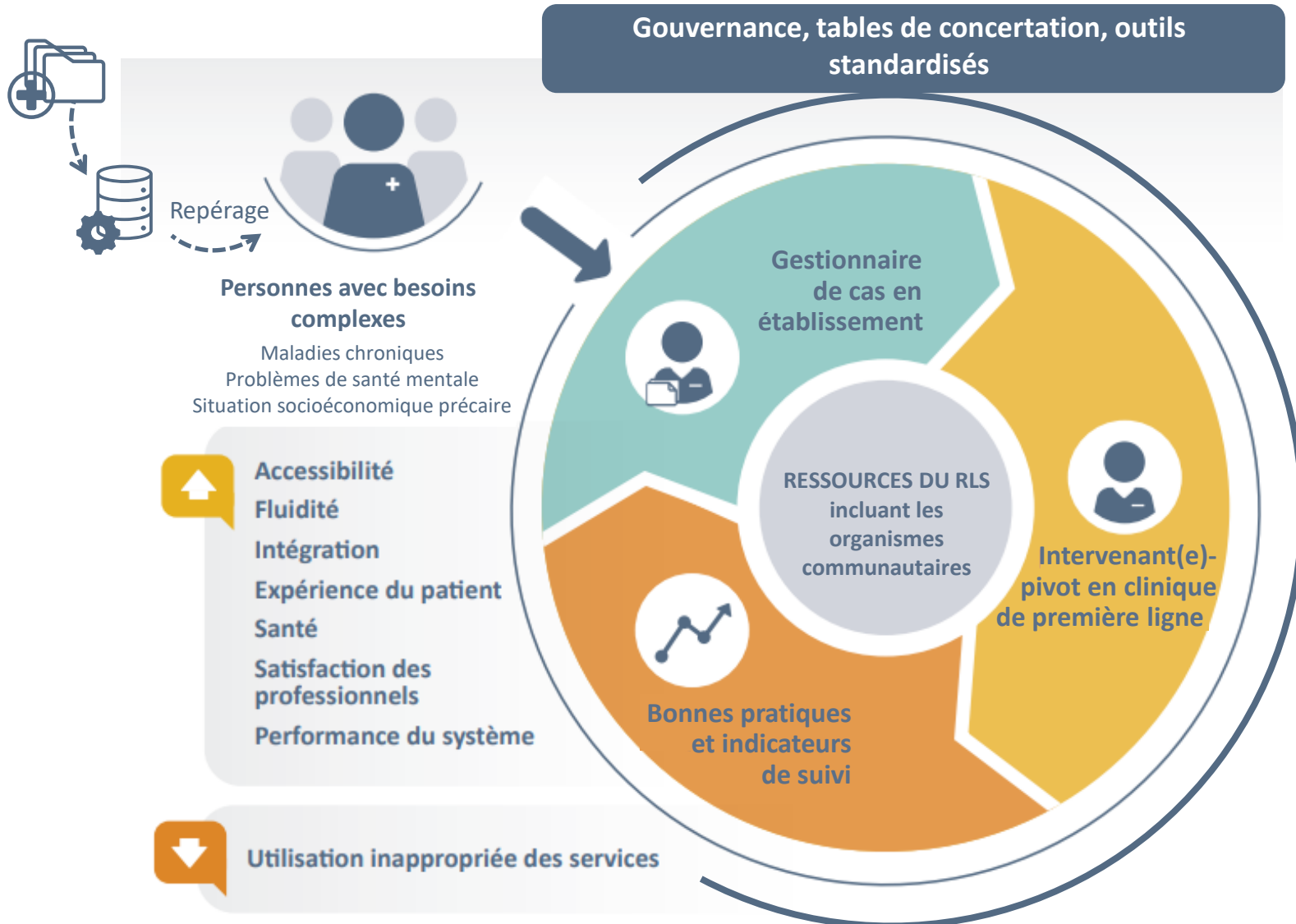
**Constat** : besoin d'une coordination plus globale avec gouvernance appropriée



# Approche V1SAGES



©Hudon C & Chouinard MC (2025)



**Faire les choses autrement**

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

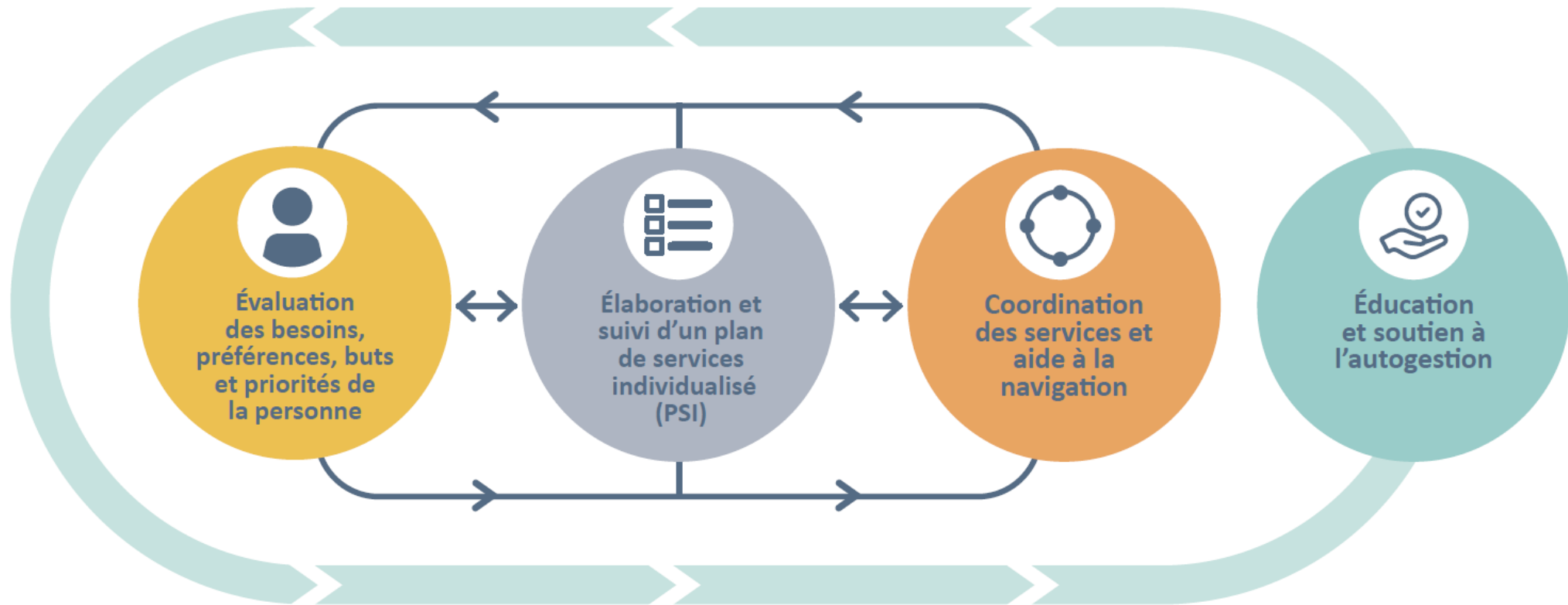
Complémentaire aux trajectoires et  
programmes existants

Collaboration interprofessionnelle et  
intersectorielle

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

Différents types de professionnels ayant  
des rôles complémentaires peuvent être  
appelés à faire de la gestion de cas (poste  
dédié) ou à pratiquer l'intervention-pivot  
(tâche intégrée)



# Gestion de cas et intervention-pivot



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



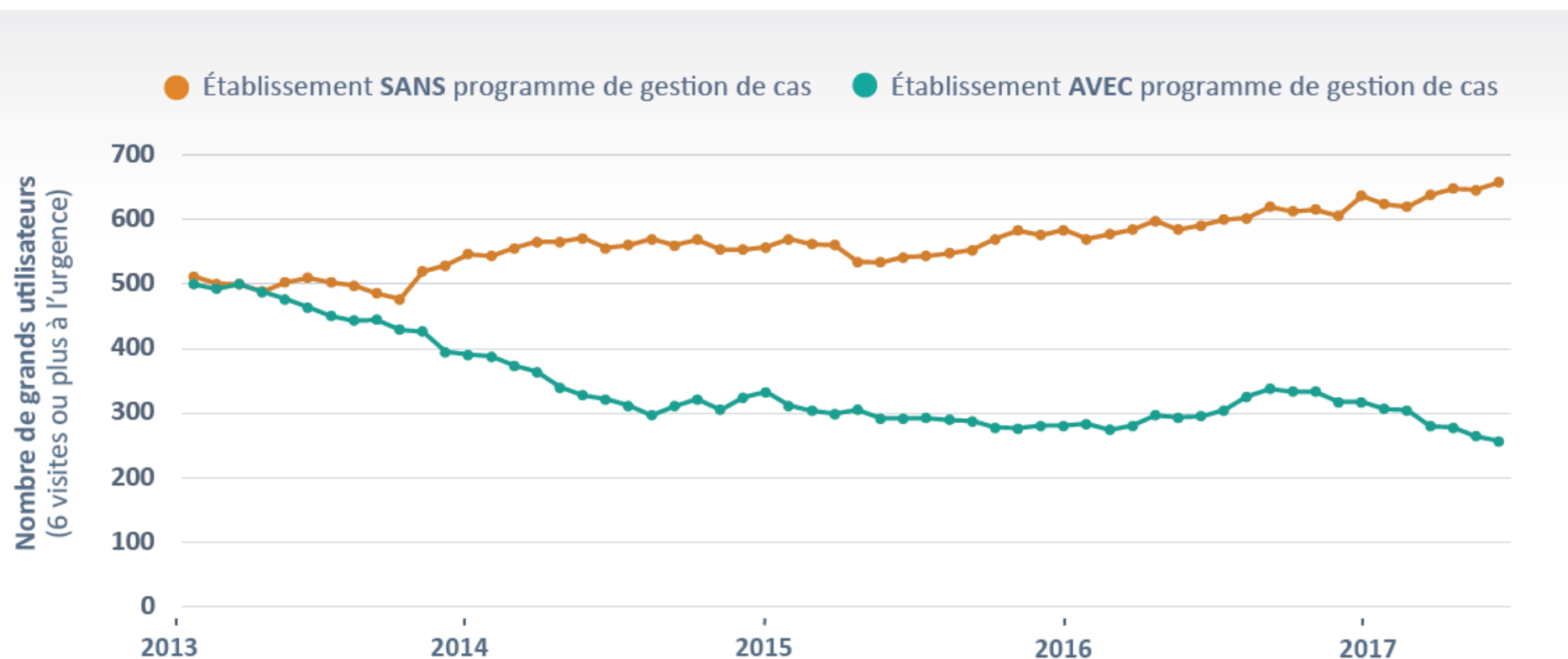
©Hudon C & Chouinard MC (2025)

Titre	Gestionnaire de cas (établissement) 	Professionnel(le) pratiquant l'intervention-pivot (GMF) 
Clientèle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Besoins très complexes OU</li> <li>- Besoins complexes sans MD dont la clinique a intégré l'approche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Besoins complexes ET</li> <li>- Ayant un MD dont la clinique a intégré l'approche</li> </ul>
Type de poste	Poste dédié	Rôle intégré
Type de professionnel	Varié (avec rôles complémentaires)	Varié (avec rôles complémentaires)
Portée de la coordination	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plusieurs programmes en établissement</li> <li>- Partenaires intersectoriels</li> <li>- Partenaires communautaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plusieurs intervenants en 1<sup>re</sup> ligne</li> <li>- Quelques partenaires en établissement</li> <li>- Partenaires communautaires</li> </ul>

# Impact organisationnel



©Hudon C & Chouinard MC (2025)



≈ 403,50 \$ pour  
chaque visite à  
l'urgence<sup>1</sup>

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

Pour plus de détails, consulter : [soinsintegres.ca](http://soinsintegres.ca)

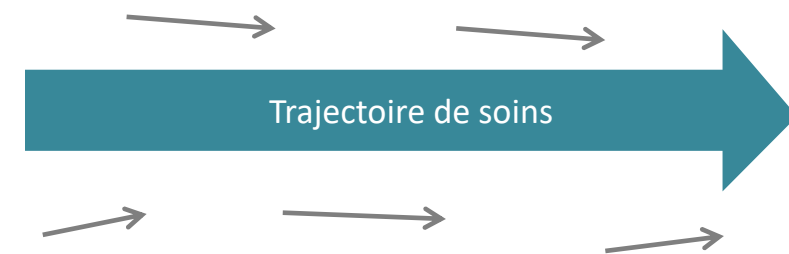
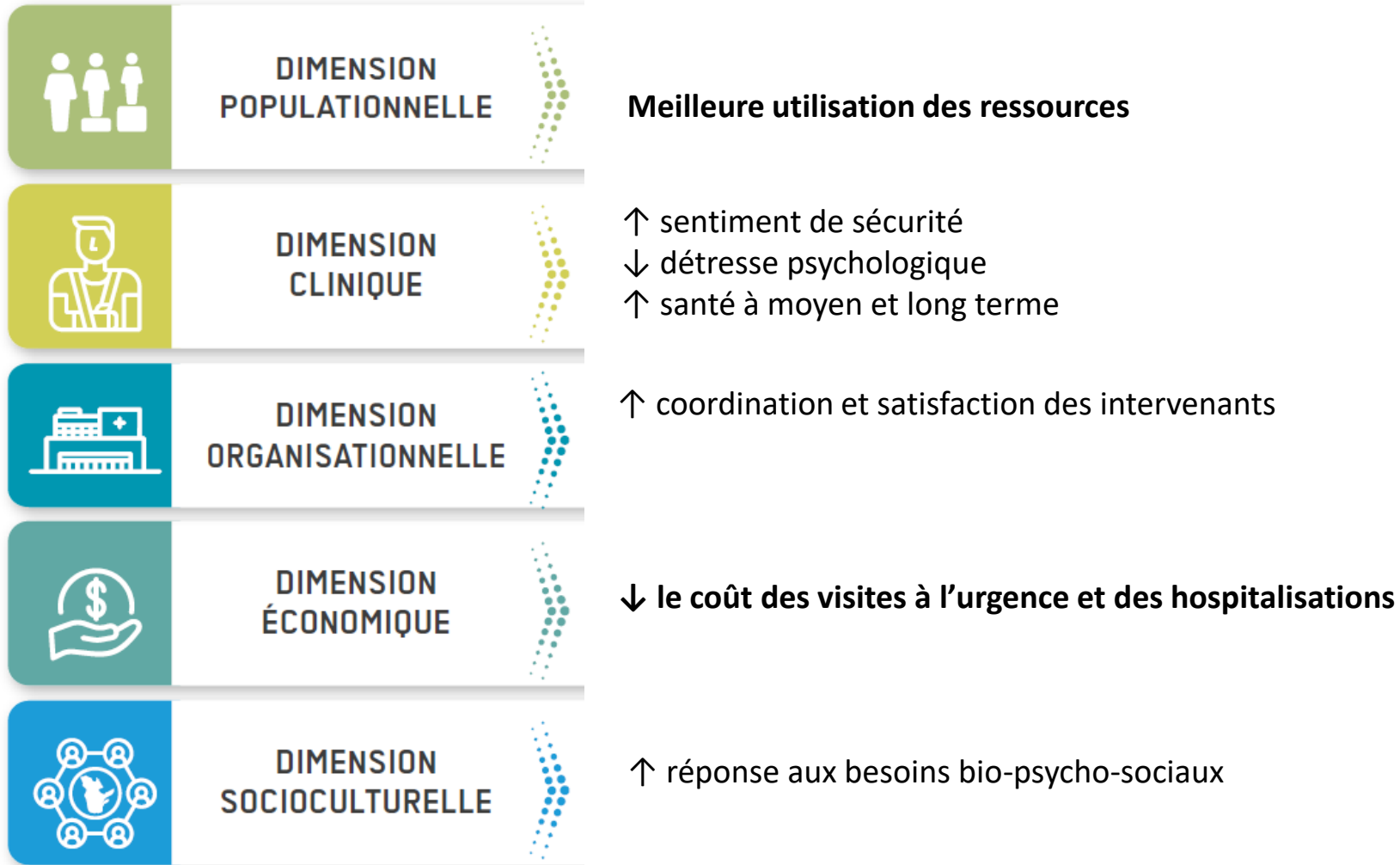
<sup>1</sup>En appliquant l'indice des prix à la consommation au niveau d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU) pour les urgences de 2014-2015

# Valeur multidimensionnelle



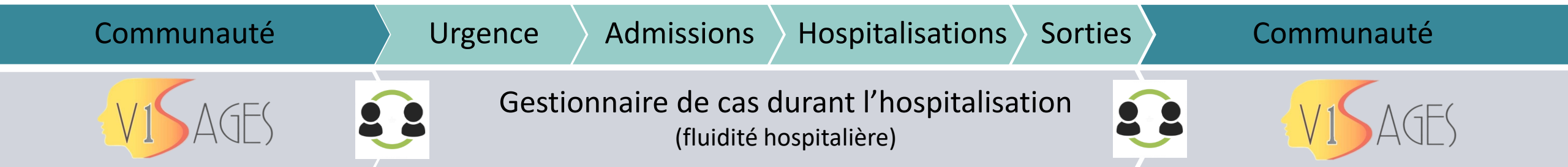
©Hudon C & Chouinard MC (2025)

## DIMENSIONS ([INESSS, 2024](#))



Sources : [Hudon, Chouinard et al. \(2020\)](#); [Soril et al. \(2015\)](#); [Althaus et al. \(2011\)](#); [Kumar et Klein \(2013\)](#); [Moe et al. \(2017\)](#) ; [Raven \(2016\)](#)

## Clientèle avec besoins de santé complexes qui utilisent fréquemment les services de santé



- Distinctes
- Complémentaires
- V1SAGES : agit en amont et en aval, **prévient et réduit les visites à l'urgence et les jours d'hospitalisations de cette clientèle**
- Potentiel de synergie +++

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



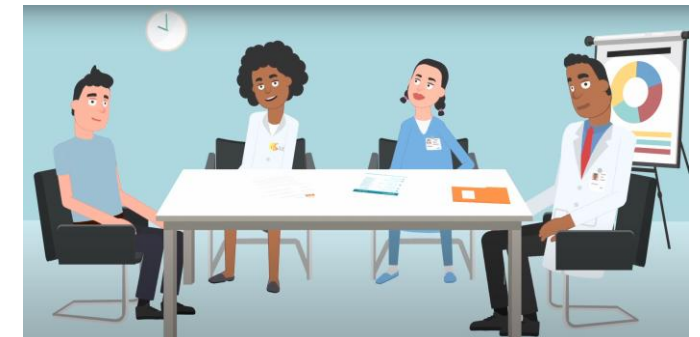
**M. Gabriel St-Pierre**

Homme | 58 ans



**Mme Lucie Martin**

Femme | 52 ans



- Présentation de l'approche et du processus de mise en œuvre au Québec
- Étapes de mise en œuvre pour chaque établissement
- Pistes de réflexion
- Actions à réaliser et moyens pour y parvenir
- Outils
- Conditions gagnantes



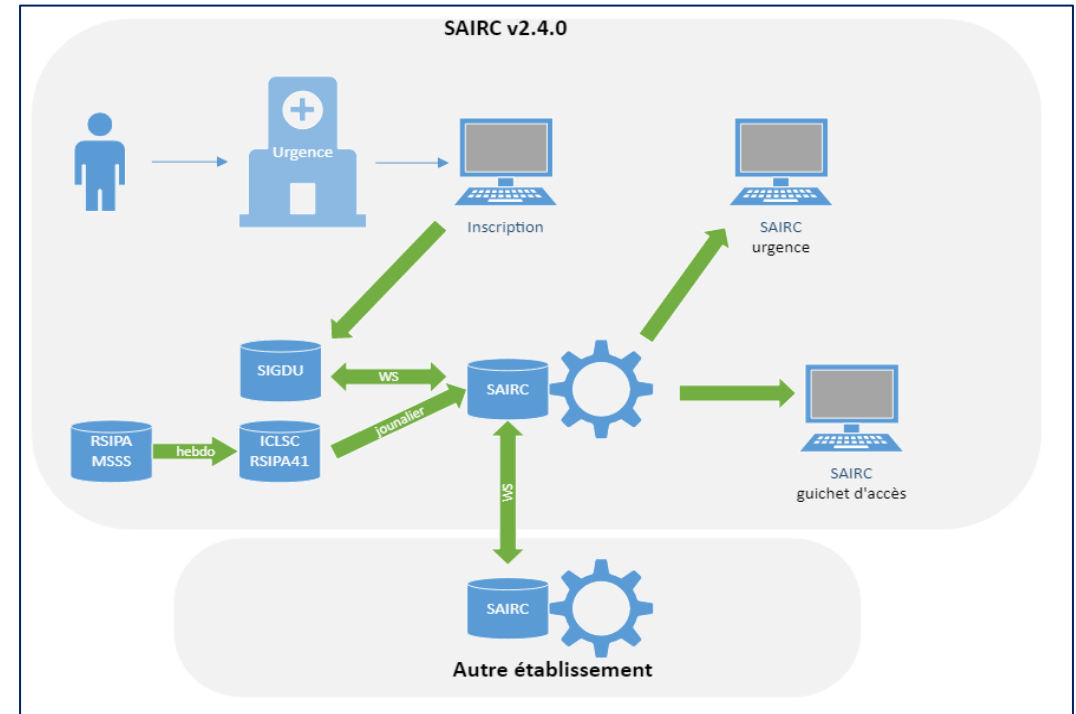
## ÉTAPE 1 : PRÉPARER

Pour préparer la mise en œuvre de cette innovation au sein de votre établissement, **voici quelques questions à vous poser** :

- Quelles sont les caractéristiques de votre organisation qui peuvent influencer la mise en œuvre de l'approche?
- Quels programmes existent déjà pour les personnes utilisant fréquemment les services d'urgence de votre établissement (≥ 6 visites dans la dernière année) dans votre établissement?
- Comment arrimer les trajectoires de soins et de services actuelles à cette approche?
- Quels sont les enjeux envisagés? Comment les prévenir ou les surmonter?
- Quelles sont les caractéristiques principales de la population ciblée par l'approche dans votre établissement?
- Comment optimiser le repérage et les suivis réalisés auprès de cette population?
- Quels acteurs de votre établissement doivent être invités à siéger sur le comité opérationnel?

Actions à réaliser	Moyens
1.1 Développer un plan de mise en œuvre en tenant compte des capacités de l'établissement, incluant la gouvernance et le plan de communication	<ul style="list-style-type: none"><li>• Développer un <a href="#">plan de mise en œuvre</a> selon les besoins et les ressources de votre organisation<sup>32,33,40-43</sup>, comprenant :<ul style="list-style-type: none"><li>- Une <b>mise en contexte</b> qui positionne la mise en œuvre de l'approche V1SAGES dans votre établissement;</li><li>- Les <b> bénéfices anticipés </b> pour votre organisation;</li><li>- Les <b> objectifs </b> à atteindre (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporellement définis (SMART)) qui vous permettront de réussir la mise en œuvre de l'approche;</li><li>- Les <b> livrables </b> qui dressent les résultats attendus (incluant les <b> indicateurs </b> présentés à l'étape 3 de ce document) à atteindre à différents moments clés de la mise en œuvre pour évaluer la mise en œuvre et bonifier les stratégies de pérennisation;</li><li>- Un <b> portrait de la situation </b> de votre établissement qui inclut les forces, les enjeux potentiels ainsi que les stratégies à identifier pour faciliter ce changement et en assurer la pérennité. Ces conditions favorables et défavorables à la mise en œuvre peuvent être en lien avec la qualité et la validité de l'évidence de l'approche, sa complexité, ses coûts, ses avantages perçus, ses composantes; les expériences antérieures et l'engagement de vos équipes, le climat, le soutien disponible, la structure et la culture organisationnelles; les politiques, les incitatifs, le réseau; les connaissances des personnes impliquées, leurs croyances, leur <i> leadership </i>, leurs capacités d'adaptation au changement; ou encore, en lien avec les étapes de mise en œuvre (préparation, mise en œuvre, suivi et</li></ul></li></ul>

- Système d’alertes informatisées pour repérage en temps réel
- Tableau de bord (p. ex. Power BI) pour suivi :
  - médecin de famille
  - soins et services déjà reçus ou en place
  - démarches en cours ou à prévoir

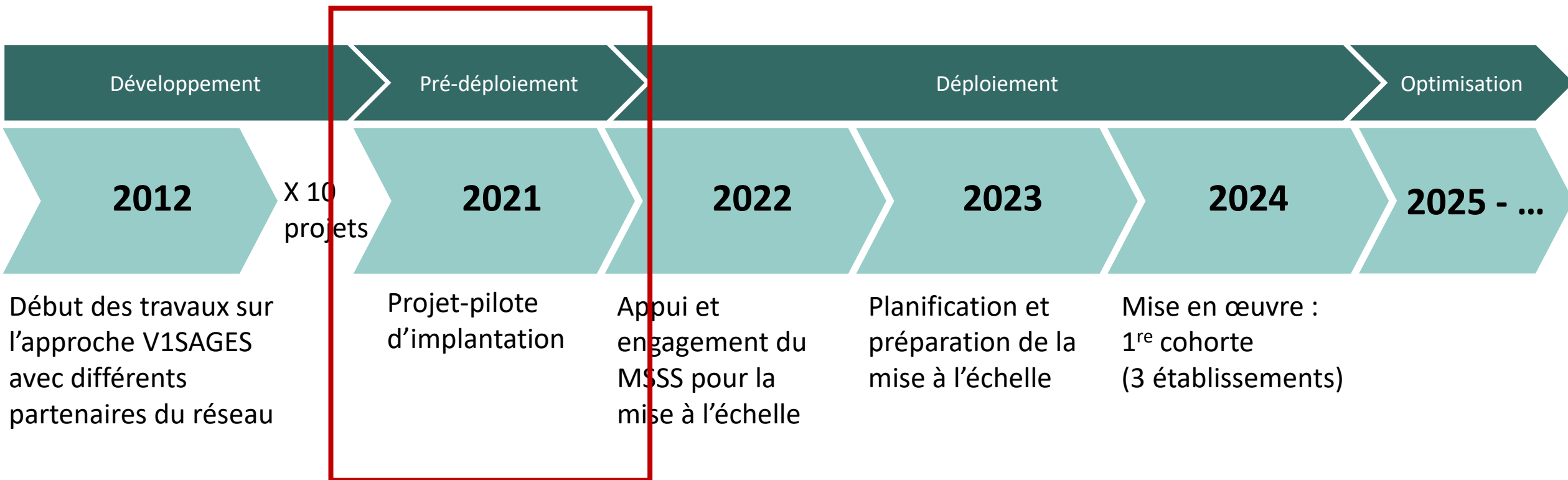


- Partage d'expériences, enjeux vécus, stratégies mises en place, et formation continue:
  - ✓ Rencontres de la CdP professionnelle aux 3 semaines
  - ✓ Divers sujets abordés: arrivée en poste, rôles et responsabilités, prise de contact avec les patients, perspective d'une patiente-partenaire, optimisation des procédés administratifs et de la technologie, santé mentale, gestion du changement, milieu communautaire, cas cliniques, etc.
- Suivi d'indicateurs et instauration de processus d'amélioration continue

# Mise à l'échelle provinciale



©Hudon C & Chouinard MC (2025)



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

# Projet-pilote 2021-2023



©Hudon C & Chouinard MC (2023)

## • Équipe de recherche

### Chercheuses responsables

**Catherine Hudon** | MD, CCFP, PhD  
Département de médecine de famille et de médecine d'urgence  
Université de Sherbrooke

**Maud-Christine Chouinard** | inf., PhD  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal

### Co-chercheurs

**Grégory Moullec** | PhD  
Département de médecine sociale et préventive | École de santé publique  
Université de Montréal

**Lourdes Rodriguez del Barrio** | PhD  
École de travail social  
Université de Montréal

### Chargée de projet

**Catherine Maisonneuve** | Dt.P., M.Sc.  
Département de médecine de famille et de médecine d'urgence  
Université de Sherbrooke

### Professionnels de recherche responsables de l'évaluation

**Émilie Angrignon-Girouard** | PhD  
Département de médecine de famille et de médecine d'urgence  
Université de Sherbrooke

**Mathieu Bisson** | M.Sc.  
Département de médecine de famille et de médecine d'urgence  
Université de Sherbrooke

### Patients partenaires

**André Gaudreau**  
**Marie-Dominique Poirier**

## • Équipes d'implantation

### Gestionnaires

**Emmanuelle Britton** | MDCM, CCFP  
Directrice adjointe de la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique  
CISSS de l'Outaouais

**Édith Chartier** | M.Sc.  
Cheffe de service accès pertinence et première ligne  
CISSS de l'Outaouais

**Chantal Lapierre** | Dt.P.  
Cheffe d'administration de programme  
Centre Jean-Jacques Gauthier | CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

**Giovanni Miliani** | inf., MAP, Adm. A  
Coordonnateur des services de santé en milieu carcéral et maladies chroniques  
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

### Professionnels et cliniciens

**Marie-Thérèse Cazalais**  
Agente de planification, de programmation et de recherche  
CISSS de l'Outaouais

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

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



- Objectifs

- Implanter l'approche V1SAGES dans deux établissements de santé et de services sociaux
- Identifier les facteurs ayant entravé et facilité l'implantation
- Émettre des recommandations pour faciliter la mise à l'échelle

- Méthode de l'évaluation

- Devis : Étude de cas multiple
- 2 établissements
- Collecte de données :
  - Observation participante
  - Entrevues semi-dirigées et groupes de discussion (n=37)
  - Indicateurs (nombre de rencontres; personnel formé; nombre de patients ciblés; nature des interventions)
- Analyse thématique inductive



# Étapes de mise en œuvre



©Hudon C & Chouinard MC (2023)

1. Analyse des éléments de contexte de chaque milieu
2. Rencontres régulières d'un comité opérationnel
3. Mise en place des équipes responsables de la mise en œuvre
4. Présentation de l'approche aux GMF
5. Témoignage d'une patiente partenaire
6. Formation de 4 heures
7. Création d'un comité de liaison GMF
8. Développement de la méthode de repérage
9. Adoption d'un standard de soins et d'un logigramme
10. Rencontres régulières de soutien clinique
11. Accompagnement des intervenants-pivots
12. Prise de contact, premières évaluations et interventions
13. Mobilisation des partenaires et promotion de l'approche
14. Suivi de certains indicateurs d'évaluation

# Caractéristiques du cas #1



©Hudon C & Chouinard MC (2023)

<b>Densité de population</b>	Très élevée
<b>Gestionnaires de cas et intervenants-pivots</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Centre spécialisé en maladies chroniques de 1<sup>re</sup> ligne</li><li>• 4 cliniques de première ligne</li></ul>
<b>Rencontres de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comité opérationnel : 8</li><li>• Soutien clinique : 20</li></ul>
<b>Parties prenantes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2 gestionnaires de cas</li><li>• 1 gestionnaire</li><li>• 1 chargée de projet</li><li>• 1 coordonnateur de services</li><li>• Expertes en gestion de cas</li></ul>
<b>FACILITANTS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Grandes compétences interpersonnelles</li><li>• Leadership de la gestionnaire de cas</li><li>• Grand soutien aux intervenants-pivots</li><li>• Connaissance et intérêt pour les soins intégrés</li></ul>
<b>OBSTACLES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Accès à l'information difficile</li><li>• Plan de communication non formalisé</li><li>• Soutien par la haute direction limité</li></ul>

# Caractéristiques du cas #2



©Hudon C & Chouinard MC (2023)

<b>Densité de population</b>	Élevée
<b>Gestionnaires de cas et intervenants-pivots</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• En milieu hospitalier</li><li>• 1 clinique de première ligne</li></ul>
<b>Rencontres de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comité opérationnel : 12</li><li>• Soutien clinique : 8</li></ul>
<b>Parties prenantes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 gestionnaire de cas</li><li>• 8 gestionnaires</li><li>• 2 chargées de projet</li><li>• Expertes en gestion de cas</li></ul>
<b>FACILITANTS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Culture d'amélioration continue</li><li>• Bonne collaboration transversale</li><li>• Rôle du gestionnaire de cas légitimé par la haute direction</li><li>• Bonne promotion de l'approche à l'interne</li></ul>
<b>OBSTACLES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Accès à l'information difficile</li><li>• Surcharge de travail et ressources humaines limitées</li></ul>

- **Identification et évaluation des patients ciblés**
  - Utiliser une plateforme de repérage et développer un tableau de bord en amont
  - Améliorer l'interface entre les diverses plateformes technologiques
  - Comptabiliser les visites dans toutes les urgences fréquentées
- **Participation de patients-partenaires**
  - Impliquer des patients partenaires dans les communautés de pratique (CdP) afin d'offrir des conseils, entre autres, sur la façon d'entrer en contact avec la clientèle

- **Accès aux services**
  - Permettre les déplacements à l'externe lorsque pertinent
  - Développer des corridors de services et de communication directs entre première, deuxième et troisième ligne ainsi qu'avec les organisations externes
- **Continuité des services**
  - Informer les urgences et ressources appropriées qu'une personne donnée est suivie par un gestionnaire de cas afin d'assurer la cohérence avec le plan de services individualisé (PSI) et d'éviter de dédoubler les soins
  - Communiquer toute nouvelle information concernant le patient au gestionnaire de cas ou à l'intervenant-pivot (avec son consentement)
- **Réduire la stigmatisation envers les personnes ayant des besoins complexes**
  - Éviter le terme « grand utilisateur »
  - Adopter des stratégies pour réduire la stigmatisation et promouvoir l'engagement des professionnels et des patients
  - Promouvoir une approche de partenariat avec les patients, en tenant compte de leur situation dans son ensemble plutôt que de se concentrer uniquement sur leur maladie

- **Légitimation du rôle des gestionnaires de cas et des intervenants-pivots**
  - Élaborer un plan de communication pour partager la vision du programme, soutenir la légitimité des gestionnaires de cas et des intervenants-pivots et partager les réussites
  - Planifier des stratégies pour rejoindre et mobiliser des organisations externes (p. ex. plan de communication et tables de consultation avec les organismes communautaires)
- **Communication inter-organisationnelle**
  - Créer des voies de communication inter-organisationnelles
  - Tenir compte du fait que certains patients reçoivent des soins d'autres organismes de santé et de services sociaux et les inclure dans le processus de coordination
- **Engagement des médecins de famille et des équipes de première ligne**
  - Planifier les stratégies d'information et de marketing en amont (p. ex. sur les avantages et son impact)
  - Établir des partenariats avec les départements territoriaux de médecine familiale (DTMF) pour solliciter l'avis et les attentes des médecins concernant le processus de mise en œuvre
  - Fournir des mises à jour régulières sur le programme

# Recommandations – Mise en œuvre (1)



©Hudon C & Chouinard MC (2025)

- **Ressources humaines**
  - Privilégier l'embauche des gestionnaires de cas selon les compétences
  - Rechercher le bon profil de compétences (p.ex. leadership, capacités communicationnelles, relation d'aide, empathie, ouverture, humanisme, attitude positive ; détermination et persévérance, bonne connaissance du réseau de santé et services sociaux ainsi que des ressources communautaires)
- **Soutien et formation**
  - Développer les compétences des gestionnaires de cas afin qu'ils puissent soutenir les intervenants-pivots
  - Offrir un soutien clinique individuel et de groupe (CdP) aux gestionnaires de cas et aux intervenants-pivots
  - Offrir du soutien et un accès à divers experts de l'organisation et de l'externe
  - Proposer un module de formation complémentaire sur la santé mentale

- **Charge de travail**
  - Développer le rôle de gestionnaire de cas en tant que poste dédié et prévoir un budget approprié
  - Mettre à disposition un agent administratif pour faciliter l'extraction des données
  - Prévoir une charge de travail d'environ :
    - 30-50 patients par gestionnaire de cas / année
    - 30 patients par clinique de première ligne / année
  - Présenter le rôle d'intervenant-pivot de manière positive (faire les choses autrement)
- **Définition des processus**
  - **Bonifier le guide de mise en œuvre avec description claire des rôles**
  - Promouvoir un modèle d'intervention-pivot en dyade (infirmière et travailleur social) afin d'assurer la complémentarité des compétences dans les cliniques de première ligne
  - Donner la priorité aux patients ayant eu 6 visites ou plus à l'urgence au cours de l'année, mais permettre également le suivi d'autres clientèles ciblées par la clinique de première ligne

- **Culture organisationnelle et gestion du changement**
  - Impliquer les cadres supérieurs afin que le programme devienne une priorité organisationnelle et développer une vision commune à l'ensemble de l'organisation, avec un plan de mise en œuvre approuvé par le comité de direction de l'établissement
  - Organiser la gouvernance afin de pouvoir signaler les enjeux nécessitant une décision aux instances appropriées et adapter les critères du programme pour répondre aux besoins de cette population
  - Planifier une gestion du changement appropriée, y compris une facilitation externe
  - Adapter la mise en œuvre au contexte spécifique de chaque établissement et de chaque clinique

- **Gouvernance**
  - Assurer la pérennité des structures et des processus nécessaires pour compenser le roulement du personnel (ne pas compter uniquement sur les personnes en place)
- **Amélioration continue**
  - Évaluer en permanence les résultats à l'aide d'indicateurs administratifs, cliniques et rapportés par les patients (expérience des patients)

# Mise en œuvre



©Hudon C & Chouinard MC (2025)

- À partir de janvier 2024
- Trois centres intégrés de santé et de services sociaux du Québec :



- Avec le soutien du MSSS, de l'équipe de recherche, d'une patiente partenaire, et de HEC Pôle Santé Montréal
- But : Mieux évaluer, planifier, coordonner et prioriser les services des personnes avec besoins complexes et de leurs proches, et ce, en collaboration avec tous les partenaires, incluant les partenaires communautaires, et en complémentarité aux programmes existants



IRSC CIHR



*« À l'automne 2024, [...] le programme VISAGES [est] né, porté par une conviction : chaque personne mérite un accompagnement digne, peu importe la complexité de ses besoins. »*

*-Jean-François Fortin Verreault,  
[PDG du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal](#)*

*« Il est difficile de dire autrement que un gros merci. Je veux dire, sans le programme, je serai probablement encore en train d'attendre des services qui étaient essentiels. »*

*- M. Doston, patient du programme VISAGES*

*« L'approche Visages se distingue par son orientation centrée sur les besoins réels et perçus des usagers, tout en tenant compte de leurs capacités. [...]*

*Les éléments clés du rôle [des gestionnaires de cas], tels que l'autonomie professionnelle, le développement continu des compétences et la reconnaissance exprimée par les usagers, sont autant de facteurs motivants pour les intervenants. »*

*- Équipe de gestionnaires de cas du CIUSSS de la  
Montérégie-Ouest*

Merci ! Questions ?



- Que pensez-vous de cette approche ?
- Quelle est sa plus grande valeur ajoutée selon vous ?
- Est-ce qu'il y aurait d'autres démarches/étapes, collaborations/arrimages, recherches, ressources ou outils à mettre en place pour faciliter la mise en œuvre de cette approche dans les différents établissements et cliniques de première ligne du réseau de la santé?