PRISMA

Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie

Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes

Sous la direction de

RÉJEAN HÉBERT
ANDRÉ TOURIGNY
MAXIME GAGNON

EDISEM

Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes

PRISMA

Programme de Recherche sur l'Intégration des Services
pour le Maintien de l'Autonomie

Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes

Sous la direction de

RÉJEAN HÉBERT
ANDRÉ TOURIGNY
MAXIME GAGNON

EDISEM

Tous droits réservés
© 2004 Edisem inc.

Il est illégal de reproduire une partie quelconque de ce livre sans l'autorisation de la maison d'édition.

La reproduction de cette publication, par quelque procédé que ce soit, sera considérée comme une violation du copyright.

Dépôt légal – 3e trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-89130-202-8

Merci aux partenaires de PRISMA

Fond canadien de recherche sur les services de santé (FCRSS)

Fonds de la recherche en santé du Québec

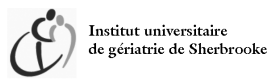
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Montérégie, Mauricie-Centre du Québec, Québec, Estrie et Laval)

Institut de recherche en santé du Canada (IRSC)

Réseau québécois de recherche sur le vieillissement(RQRV)

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Centre de recherche sur le vieillissement



Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Institut national de santé publique du Québec

Auteurs et collaborateurs

Allard Guylaine a.m.a.
Conseillère aux SIC et aux archives
Responsable régionale Banque de données 1-CLSC

Benoît Danielle M. A.
Agente de plannification, programme et recherche
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Blanchard François MD, Ph.D. (gériatrie)
Service de Médecine Interne et Gériatrie
CHU SEBASTOPOL

Blanchette Danièle, Ph.D.
Professeure-adjointe, Département des sciences comptables et de fiscalité
Faculté d'administration, Université de Sherbrooke

Bonin Lucie, MD, MSc.
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Institut national de santé publique du Québec
Chercheur, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval
Centre de recherche du CHA universitaire de Québec

Bravo Gina, Ph.D.
Professeure titulaire et directrice, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke
Directrice des programmes de maîtrise et de doctorat en sciences cliniques, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

Bussière Any, M.Ps.
Professionnelle de recherche – Projet Bois-Francs et DCI-SIGG,
Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval,
Centre de recherche du CHA universitaire de Québec

Carole Coulombe, M.Sc.
Professionnelle de recherche
Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire
de gériatrie de Sherbrooke

Côté Lise, inf., M.Sc.
Organisation des services et évaluation
Direction de santé publique de Québec

Demers Louis, Ph.D.
Professeur agrégé, École nationale d'administration publique,
Université Laval
Direction de l'enseignement et de la recherche

Dieleman Linda
Agente de planification, Programmation et recherche,
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et
de services sociaux de l'Estrie

Dubé Micheline, Ph.D.
Professeur, Département de psychologie
Faculté des sciences sociales, Université du Québec à Trois-Rivières

Dubois Marie-France, Ph.D.
Professeure associée, Département de Science de la santé communautaire
Faculté de médecine, Université de Sherbrooke
Statisticienne, Centre de recherche sur le vieillissement,
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Dubuc Nicole, inf, Ph.D.
Professeure adjointe, Département des soins infirmiers,
Faculté de médecine, Université de Sherbrooke
Chercheure, Centre de recherche sur le vieillissement,
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Ducharme Claire, phar.
Chercheur, Centre de recherche sur le vieillissement,
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Durand Pierre J, MD, M.Sc.
Doyen, Faculté de médecine de l'Université Laval
Chercheur à l'Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval,

Durand Suzanne, CGA Ph.D.
Département d'administration, Université de Sherbrooke

Gagnon Maxime, Ph.D.
Coordonnateur du programme PRISMA
Agent de recherche – Projet PRISMA ; volet satisfaction et autonomisation,
Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire
de gériatrie de Sherbrooke

Hébert Réjean, MD, M.Phil (épidémiologie),
Doyen, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke
Chercheur, Centre de recherche sur le vieillissement,
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Kergoat Marie-Jeanne, MD (Gériatrie)
Professeur-adjointe, Département de Médecine
Faculté de médecine, Université de Montréal
Chef du département de médecine spécialisée, Institut universitaire
de gériatrie de Montréal

Kröger Edeltraut, B. Pharm., M.Sc., Ph.D. (cand.)
Professionnelle de recherche - Projet PRISMA, Qualité des soins et services
Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval,
Centre de recherche du CHA universitaire de Québec

Lebel Paule, MD (santé communautaire)
Chercheur, Groupe de recherche des Universités de Montréal et
McGill sur les réseaux intégrés aux personnes âgées
Directrice de l'enseignement à l'Institut universitaire de gériatrie
de Montréal

Mathieu Luc, inf, D.BA
Directeur du développement d'expertise, Centre d'expertise
en gérontologie et gériatrie,
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Millette Linda, MD, M.Sc.
Projet PRISMA ; volet implantation,
Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire
de gériatrie de Sherbrooke

Morin Diane, inf, Ph.D.
Professeur agrégée, Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval
Chercheur, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval,
Centre de recherche du CHA universitaire de Québec

Paradis Michèle
Agent de recherche socio-sanitaire
Direction de santé publique de Québec

Pelletier Daniel, M.Ps.
Professionnel de recherche - Projet DCI-SIGG,
Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval
Centre de recherche du CHA universitaire de Québec

Raîche Michel, M.Sc.
Coordonnateur de l'étude PRISMA-Estrie,
Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire
de gériatrie de Sherbrooke

Robichaud Line, erg. Ph.D.
Professeur agrégée, Département de réadaptation de l'Université Laval
Chercheure, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval,
Centre de recherche du CHA universitaire de Québec

Rochette Louis
Professionnel de recherche – Projet Bois-Francs,
Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval,
Centre de recherche du CHA universitaire de Québec

Simoneau France, CGA
Conseillère aux établissements,
Direction des ressources financières et matérielles,
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et
de services sociaux de l'Estrie

Somme Dominique, MD (gériatrie)
Service de Gériatrie du Pr SAINT-JEAN (Paris)
Conseiller scientifique de la direction de la recherche,
des études, de l'évaluation et des statistiques (drees) du Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées et du Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité en France

Tourigny André, MD, MBA
Institut national de santé publique
Directeur, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval,
Centre de recherche du CHA universitaire de Québec
Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

Tousignant Michel, pht, Ph.D.
Professeur agrégé, Département des sciences de la santé communautaire,
Faculté de médecine, Université de Sherbrooke
Chercheur, Centre de recherche sur le vieillissement,
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Veil Anne, M.S.s.
Agente de recherche – Projet PRISMA ; volet implantation,
Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire
de gériatrie de Sherbrooke

Vézina Aline, Ph.D
Professeur titulaire, École de service social, Université Laval
Chercheur, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval,
Centre de recherche du CHA universitaire de Québec

Table des matières

Introduction 1

1. PRISMA : Un modèle novateur pour l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie 9

2. Réseau de services intégrés des Bois-Francs et Système d'information géronto-gériatrique (SIGG) 25

3. Évaluation de l'implantation du Réseau de services intégrés (RSI) des Bois-Francs 41

4. Évaluation de l'efficacité d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées vulnérables 57

5. Résultats intérimaires de l'implantation de mécanismes et outils d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie dans trois territoires de l'Estrie (Québec) 79

6. Évaluation du degré de mise en œuvre d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie 125

7. Perceptions des omnipraticiens en regard de l'implantation des réseaux intégrés de soins et services pour personnes âgées 135

8. Guide d'utilisation du questionnaire PRISMA-7 pour le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie significative 153

9. Du développement à l'implantation des profils Iso-SMAF : une mise à jour 177

10. Application de la classification des profils Iso-SMAF à la détermination des profils d'accueil et à la répartition d'allocation budgétaire à l'intérieur de la méthode d'équité – volet hébergement de la région de l'Estrie 207

11. Relation entre le coût des médicaments consommés et le profil d'autonomie fonctionnelle des résidants des CHSLD de la région de l'Estrie 221

12. Programme de soutien à domicile : mesure de l'adéquation de l'offre de service et des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie 235

13. Aspects financiers liés à l'intégration des services de maintien de l'autonomie – Volet « Implantation et fonctionnement » 251

14. Les variables associées à la satisfaction et de l'autonomisation chez des personnes très âgées 267

15. Le plan de services individualisé (PSI). Concept et utilisation à travers les expériences québécoises et internationales d'intégration des services aux personnes âgées 281

16. Cadre de référence pour l'évaluation de la qualité des soins et services aux personnes âgées vulnérables 301

17. Une approche sociopolitique de l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie 321

Introduction
Intégrer les services pour maintenir l'autonomie des personnes

Réjean Hébert

Le vieillissement de la population au Québec et au Canada commande des changements majeurs dans l'organisation et la prestation des services sociosanitaires. Les systèmes de santé québécois et canadien ont été conçus à une époque où la population était jeune et souffrait surtout de maladies aiguës commandant des interventions majoritairement ponctuelles. L'hôpital est alors au centre du système et les autres services doivent s'organiser à sa périphérie. Le vieillissement de la population entraîne une prépondérance de maladies chroniques qui nécessitent plutôt des soins continus et de longue durée. Le modèle traditionnel hospitalocentrique devient alors inapproprié et doit être remplacé par un autre modèle centré sur le lieu de résidence des usagers. Les soins de première ligne et les services à domicile deviennent ainsi au cœur du système et, vu la multiplicité des différentes organisations et professionnels qui ont à intervenir, l'intégration de ces services s'impose.

Le groupe PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de médecins de l'autonomie) a été mis sur pied pour opérer ce changement et mettre au point les mécanismes et outils permettant l'intégration des services. Ce groupe résulte de l'association de deux équipes de recherche, celle de l'unité de gériatrie de l'Université Laval, dirigée alors par le Dr Pierre Durand, et celle du Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke, dirigée par le Dr Réjean Hébert. Ces deux équipes ont uni leurs efforts et se sont associées à des dirigeants et gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux du ministère et de cinq régies régionales, en plus de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Le groupe PRISMA représente ainsi un partenariat unique où chercheurs, décideurs, gestionnaires et cliniciens travaillent ensemble à l'élaboration des objectifs de recherche, à la conception des protocoles, à leur réalisation et à l'implantation des résultats sur le terrain par la mise en place de services et programmes novateurs. Depuis 1999, ce groupe a travaillé activement au développement, à l'implanta-

tion et à l'évaluation de mécanismes et d'outils d'intégration des services en consacrant d'abord ses efforts à la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie. Le groupe PRISMA a aussi eu une influence significative dans l'élaboration des Orientations ministérielles pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Le présent ouvrage rapporte les travaux réalisés au cours des trois (3) premières années du programme de recherche. Ces travaux ont fait l'objet de présentations lors de deux colloques organisés en 2001 et 2002 par le groupe PRISMA.

Le programme de recherche mené par PRISMA vise cinq objectifs.

1. Opérationnaliser, aux plans stratégique (gouvernance), tactique (gestion) et opérationnel (clinique), les mécanismes et outils nécessaires à la prestation de services intégrés qui favorisent la continuité des soins.

2. Mettre au point et valider des instruments cliniques et de gestion supportant l'opérationnalisation d'un système de services intégrés et facilitant l'adaptation à de nouveaux modes de pratiques professionnelle et organisationnelle. Ces instruments renvoient aux profils Iso-SMAF et au dossier clinique informatisé, le Système d'information géronto-gériatrique (SIGG).

3. Définir, adapter et valider des mesures de la qualité des services, une méthode d'évaluation des coûts et des indicateurs de continuité de services.

4. Évaluer l'implantation et le fonctionnement d'un système de services intégrés en identifiant spécifiquement les conditions facilitantes et contraignantes aux plans stratégique, tactique et opérationnel, selon la perspective des personnes souffrant d'incapacités, de leur réseau de soutien, des soignants et des gestionnaires.

5. Évaluer l'impact des réseaux intégrés sur la personne en perte d'autonomie, son réseau de soutien, l'utilisation des ressources (publiques, privées et bénévoles) et les coûts des services.

Dans les pages qui suivent, nous présentons d'abord le modèle élaboré par le groupe PRISMA. Ce modèle d'intégration va plus loin que la simple liaison entre différents services, organisations ou programmes. Il se démarque de l'approche traditionnelle d'intégration complète utilisée jusqu'à maintenant en Europe et en Amérique du Nord, qui se sont développés autour d'organisations qui prodiguent des soins à une clientèle

donnée et ce, en parallèle avec le réseau de services sociosanitaires. Le modèle PRISMA est original puisqu'il inclut l'ensemble des organisations publiques, privées ou bénévoles impliquées dans les soins et services aux personnes en perte d'autonomie. Ce modèle nous apparaît mieux adapté au système de santé public et universel qui caractérise le Québec et le Canada.

L'expérience pilote réalisée dans les Bois-Francs à la fin des années 1990 est ensuite présentée avec une évaluation d'implantation qui fournit des informations très utiles aux décideurs, gestionnaires et cliniciens lors d'implantations futures. L'impact de cette expérience pilote réalisée dans les Bois-Francs a également été mesuré par une étude d'efficacité potentielle qui a démontré des effets significatifs sur l'autonomie fonctionnelle des clients et sur l'utilisation des services de santé. Cette double approche évaluative, portant sur l'implantation et sur l'impact, est une des caractéristiques du groupe PRISMA et est reprise dans la région de l'Estrie dans une perspective populationnelle.

La deuxième implantation expérimentale a lieu dans l'ensemble de la région de l'Estrie. Pour les fins d'étude, trois sous-régions ont été sélectionnées : une urbaine (Sherbrooke) et deux rurales (Granit et Coaticook). Une évaluation formative a été réalisée pour analyser le processus d'implantation à partir des réunions administratives, du point de vue des gouvernants et gestionnaires, de même que des intervenants. Cette évaluation formative est précieuse pour connaître les obstacles à l'implantation afin de corriger éventuellement le tir.

Lors de l'implantation d'un tel modèle, il importe de monitorer le degré d'implantation et ce, non seulement au plan qualitatif, mais également au plan quantitatif. Une mesure du degré d'implantation a été développée et appliquée en Estrie. Cette mesure s'avère utile, non seulement aux décideurs pour suivre les travaux d'implantation, mais aussi aux chercheurs pour mettre en relation les impacts du réseau avec le degré d'implantation.

Les implantations de réseaux intégrés ont souvent montré que l'un des facteurs déterminants était l'attitude et l'implication des médecins. Nous avons donc voulu connaître les attitudes et opinions des médecins de famille face à l'intégration des services avant, et peu après l'implantation du réseau intégré en Estrie. Nous avons constaté une grande ouverture des médecins face à ce mode d'organisation des services et une intention ferme de collaborer avec les gestionnaires de cas.

Lors de l'implantation en Estrie, les gestionnaires et les cliniciens ont souhaité pouvoir utiliser un outil leur permettant de repérer les personnes âgées en perte d'autonomie qui pourraient être des clients potentiels du réseau intégré de services. Pour répondre à ce besoin, l'équipe de recherche a réanalysé des données déjà recueillies lors d'une étude précédente pour développer un questionnaire de repérage et déterminer sa sensibilité, sa spécificité et sa valeur prédictive. Le questionnaire PRISMA-7 a alors pu être implanté pour le repérage des personnes en perte d'autonomie significative, tant au téléphone, lors du contact avec le guichet unique, que dans les établissements de santé, notamment à la salle d'urgence, ou au sein des organismes bénévoles.

Lors de l'expérience pilote des Bois-Francs, il est apparu primordial de doter les établissements et les professionnels du réseau intégré d'un système d'information facilitant les communications entre les différents intervenants et établissements. Le dossier clinique informatisé SIGG a alors été développé, et un partenariat d'organisations du réseau a veillé à son évolution au cours des dernières années. Il importait d'évaluer la satisfaction des utilisateurs par rapport à cet outil et, également, de connaître la perception des clients face à l'introduction de ce type de technologie de l'information.

La mise en place d'un outil unique d'évaluation est une caractéristique fondamentale de l'intégration des services. L'adoption de l'outil d'évaluation multiclientèle pour la détermination des besoins des usagers, tant pour les services à domicile que pour l'admission et le suivi en hébergement, constitue un changement majeur visant l'harmonisation de l'évaluation. Cet outil intègre le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), ce qui représente un changement de l'approche conceptuelle qui passe ainsi de l'addition d'actes infirmiers à une approche basée sur l'autonomie fonctionnelle des clients. Pour refléter ce changement de paradigme, il fallait inventer de nouveaux outils de gestion servant au monitorage des clientèles, de même qu'à la gestion opérationnelle et financière des organisations. Les profils Iso-SMAF sont une classification basée sur l'autonomie fonctionnelle qui tente de réconcilier l'évaluation clinique et l'information de gestion. En effet, ce système vise à utiliser les informations collectées par les cliniciens à des fins de gestion, ce qui évite une double collecte de données et rend plus difficiles les manipulations indues. Cela permet aussi de réconcilier la prescription des services et l'allocation de ressources, le suivi des clien-

tèles et le suivi de gestion, l'évaluation de la qualité des services et l'imputabilité des organisations.

En établissement d'hébergement, l'implantation des profils Iso-SMAF a permis de changer l'approche et de migrer d'indicateurs de temps de soins vers une approche basée sur le profil d'autonomie des personnes. En soutien à domicile, l'implantation des profils Iso-SMAF a permis d'abord de décrire, pour la première fois, le profil des clientèles et de déterminer l'écart entre les besoins et les services. Cette information est cruciale puisqu'elle permet de quantifier l'insuffisance des ressources dans ce secteur et, ainsi, de contrebalancer les indicateurs déjà disponibles à l'hôpital et en établissement d'hébergement pour éclairer les gouvernants sur la pertinence et l'urgence d'investir dans les soins à domicile. Un tel système de gestion sert également à documenter les effets d'additions budgétaires et à permettre l'imputabilité financière des organisations. Une analyse particulière a été réalisée quant à l'utilisation des médicaments qui a été mise en relation avec les Profils Iso-SMAF. Cette analyse permet de prédire les coûts de médicaments à partir du profil des clients et d'ajouter cette composante à l'outil de gestion financière.

Dans le contexte économique actuel, il importe de bien établir l'impact financier de l'intégration des services. Comme le souligne Leutz, « l'intégration coûte avant de rapporter ». Pour connaître la première partie de l'équation coûts-bénéfices de l'intégration des services, il est nécessaire de documenter les coûts d'implantation et de fonctionnement des réseaux intégrés de services. L'équipe s'intéresse maintenant à quantifier le bénéfice de l'intégration des services, de façon à pouvoir résoudre l'équation financière de ce modèle et l'opportunité économique de le généraliser.

L'impact de l'intégration des services doit se faire sentir non seulement sur l'autonomie des clients et l'utilisation plus rationnelle des services sociosanitaires, mais aussi sur d'autres variables de première importance. Parmi elles, la satisfaction des clients est une donnée de plus en plus déterminante. La mesure de la satisfaction causait, jusqu'à maintenant, des problèmes, puisque les instruments proposés visaient surtout des services spécifiques et étaient peu applicables à l'ensemble des services reçus par la clientèle d'un réseau. Ces mesures présentent également un effet plafond important, ce qui limite leur utilisation pour monitorer l'amélioration de la satisfaction par l'introduction d'une nouvelle intervention. Les travaux de l'équipe ont permis de construire un

instrument de mesure de la satisfaction qui combine la perception du client et l'importance qu'il accorde à chacune des variables. Par ailleurs, l'une des valeurs des réseaux intégrés est l'amélioration de l'autonomisation des clients. Cette valeur deviendra encore plus importante avec l'arrivée des baby-boomers qui souhaitent prendre une part plus active dans les décisions qui les concernent et face au plan de services qu'on leur propose. Un instrument de mesure de l'autonomisation a donc été développé et validé pour quantifier l'impact de l'intégration des services sur cette variable importante.

L'un des outils préconisés dans un réseau intégré est le plan de service individualisé (PSI). Il est toujours mentionné dans tous les projets d'intégration de services, mais il est rarement bien documenté. Le PSI est un outil essentiel pour documenter l'intervention, établir les objectifs et apprécier leur atteinte. Nous présentons ici une recension des écrits sur cet outil pour essayer de dégager certaines normes d'application afin de mieux préciser les éléments devant être intégrés au PSI. Ces informations seront utiles pour définir de façon opérationnelle cet instrument et intégrer son utilisation dans la formation et l'intervention quotidienne des gestionnaires de cas.

Une intégration de services serait futile si cela ne concourait pas à l'amélioration de la qualité des services. Les travaux de l'équipe ont visé, dans un premier temps, l'élaboration d'un cadre de référence pour l'évaluation de la qualité des soins et services sur lequel se baseront les travaux futurs en vue de doter les réseaux intégrés d'instruments d'évaluation de la qualité et de promotion de l'amélioration continue.

Enfin, nous présentons une réflexion sur les déterminants sociopolitiques de l'intégration des services. Cette réflexion constituera le cadre de référence pour analyser les déterminants sociopolitiques de l'implantation des réseaux intégrés et fournir un éclairage essentiel pour la généralisation de ces réseaux ailleurs au Québec et pour d'autres clientèles.

Pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixé, le groupe PRISMA poursuit ses travaux. Au cours des prochaines années, nous pourrons vérifier, grâce à l'étude réalisée en Estrie, l'impact des réseaux intégrés sur l'utilisation des services de même que leurs coûts avec une approche populationnelle. Des indicateurs de continuité sont en voie de développement pour mesurer l'impact des réseaux intégrés sur la continuité des services, ce qui représente l'objectif ultime de l'intégration. Nous poursuivrons les analyses d'implantation des réseaux intégrés grâce au projet Estrie, de façon à identifier les éléments favorisants et contraignants

pour soutenir des implantations futures sur l'ensemble du territoire québécois et ailleurs au Canada. Des travaux sont actuellement réalisés pour produire un tableau de bord équilibré qui pourra être utilisé par les gestionnaires pour monitorer l'implantation future de réseaux intégrés. Le groupe PRISMA travaille aussi à l'adaptation du modèle pour d'autres clientèles, notamment en déficience physique, déficience intellectuelle et santé mentale. La validité des profils Iso-SMAF est vérifiée pour d'autres clientèles et leur applicabilité aux résidences privées d'hébergement est testée. Les services requis pour chacun des profils font l'objet de travaux pour moderniser le calcul des soins et services infirmiers, d'assistance et de surveillance, et inclure les services psychosociaux et de réadaptation. Le dossier clinique informatisé poursuit son développement pour améliorer sa performance, et un questionnaire permettant d'évaluer la satisfaction des usagers et des professionnels est actuellement en cours de validation. Une analyse sociopolitique des implantations de réseaux intégrés de services en Estrie, dans les Bois-Francs et dans la région de Chaudière-Appalaches est actuellement en cours. Le groupe s'intéresse enfin à l'impact des réseaux intégrés sur les pratiques professionnelles et sur les personnes âgées elles-mêmes, ainsi que sur leurs proches-aidants. Ces derniers travaux feront l'objet du deuxième volume qui paraîtra à la fin de la programmation actuelle prévue pour 2006. D'autres colloques seront, d'ici là, organisés pour rendre compte de l'état d'avancement de ces divers projets.

Il s'agit certes d'un programme de recherche ambitieux, mais les résultats des deux premières années présentés dans ce volume montrent bien que le groupe a répondu aux attentes et est en bonne voie d'atteindre ses objectifs. Il sera important de mener une réflexion sur l'effet qu'aura eu cette recherche sur les changements organisationnels et l'implantation de ce nouveau mode de prestation de services. Il semble que ce projet soit la preuve que recherche et politique peuvent être mariées pour le plus grand bénéfice des clientèles vulnérables et l'amélioration du système sociosanitaire québécois et canadien. Le groupe PRISMA aura peut-être démontré la méthode à privilégier pour arrimer recherche et action afin de transférer rapidement et efficacement les données de la recherche en de nouveaux modes de prestation et, à l'inverse, baser les décisions des gestionnaires et gouvernants sur des données probantes.

1. PRISMA : Un modèle novateur pour l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie*

Réjean Hébert et les membres du groupe PRISMA

PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien à l'autonomie) est un groupe de recherche financé par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé en partenariat avec le Fonds de la Recherche en Santé du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et cinq Régies régionales de la santé et des services sociaux. Il comprend les membres suivants :

Réjean Hébert, MD MPhil ; Nicole Dubuc, PhD ; Danièle Blanchette, PhD ; Gina Bravo, PhD ; Martin Buteau, DSc ; Johanne Desrosiers, OT PhD ; Marie-France Dubois, PhD ; Maxime Gagnon, MSc ; Linda Millette, MD MSc ; Michel Raîche, MSc ; Michel Tousignant, pht PhD ; Anne Veil, MSW ; Yves Couturier, PhD ; Luc Mathieu, DBA ; Suzanne Durand, CGA ; Lynne Michaud, TSP (Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke) ; Pierre J. Durand, MD MSc ; André Tourigny, MD MBA ; Any Bussière, MPs ; Diane Morin, RN, PhD ; Daniel Pelletier, MPs ; Line Robichaud OT PhD ; Louis Rochette, MSc ; Michèle St-Pierre, PhD ; Aline Vézina, PhD ; Edeltraut Kröger, Msc (Équipe de recherche en gériatrie de l'université Laval de Québec) ; Louis Demers, PhD ; Judith Lavoie, MSc ; Anne Hébert, MSc (École nationale d'administration publique, Québec) ; Pierre Bergeron, MD PhD ; Philippe De Wals, MD PhD (École nationale d'administration publique, Québec) ; Lysette Trahan, PhD ; William Murray, PhD (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec) ; Michèle Paradis, MSc (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec) ; Linda Dieleman (Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie) ; Éliane Lafleur, MBA (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval) ; Line Beauchesne, MSc ; Lucie Bonin, MD MSc ; Danièle Laurin, PhD ; Hélaine-Annie Roy, MSW ; (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec de Mauricie-Centre-du-Québec) ; Hung Nguyen, MSc ; Danielle Benoit, MA (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec de la Montérégie).

* Reproduit avec l'aimable autorisation du *International Journal of Integrated Care* et paru sous Hébert, R., Durand, P.J., Dubuc, N., Tourigny, A. and the PRISMA Group, « PRISMA : A new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada », 3 ; 2003.

Résumé

L'intégration des services de santé et des services sociaux représente une solution pour améliorer la continuité et l'efficience des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. On distingue trois niveaux d'intégration : la liaison, la coordination et l'intégration complète. La **liaison** comporte l'établissement de protocoles entre diverses organisations pour faciliter le transfert de clients et la transition entre les services. Les organisations conservent toutefois leur autonomie. Les CLICs (Centres locaux d'information et de coordination) représentent une forme multilatérale de liaison. **L'intégration complète** prévoit la prise en charge complète des personnes par une équipe multidisciplinaire autour d'une structure de type centre de jour ou des services de maintien à domicile, comme dans le projet SIPA à Montréal. La **coordination** repose, quant à elle, sur la concertation de tous les organismes d'une région qui acceptent de sacrifier une partie de leur autonomie au profit d'une approche régionale. Une telle forme d'intégration comporte 4 mécanismes : 1) concertation au niveau de la gouverne, de la gestion et de l'intervention clinique ; 2) guichet unique pour accéder au continuum de services ; 3) gestionnaire de cas pour l'évaluation et le suivi des clients ; 4) plan de services individualisé, multidisciplinaire et pluri-établissement. Deux outils renforcent ces mécanismes de coordination : instrument unique d'évaluation couplé à un système de gestion clinico-administratif et dossier clinique informatisé et partageable. Un tel modèle de coordination a été implanté dans quelques régions du Québec dans le cadre du projet PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie). Les résultats préliminaires montrent que ce modèle est praticable dans le contexte québécois et qu'il a des impacts significatifs sur l'autonomie des clientèles, le fardeau des aidants et l'utilisation des services sociosanitaires.

Introduction

Bien que le problème de la continuité des services se pose pour tous les soins et services de santé, il présente encore plus d'acuité pour les personnes âgées en perte d'autonomie. La continuité réfère au passage organisé et coordonné d'un individu à travers les divers éléments d'un système de soins et services[10]. On peut en distinguer deux aspects : à court-terme (synchronique), on réfère à la prestation de services coordonnée à l'occasion d'un épisode de soin ; à long-terme (diachronique), on parle plutôt d'une filière de services qui s'enchaînent pour répondre à

l'évolution des besoins de l'individu, ce que Starfield appelle la « longitudinalité »[15].

Au cours des 20 dernières années, une panoplie de services gériatriques est apparue pour répondre aux besoins de cette clientèle. Ces services vont de l'évaluation de situations aiguës (unité de courte durée gériatrique, consultations externes gériatriques) à la palliation des incapacités (centre de jour, maintien à domicile, portage de repas, services d'aide bénévole, etc.), en passant par la réadaptation fonctionnelle (unité de réadaptation intensive gériatrique, hôpital de jour). Ces services spécifiques s'ajoutent aux services de santé déjà existants pour la population générale et interviennent en prévention tertiaire pour diminuer les conséquences des déficiences et incapacités associées à la perte d'autonomie et limiter le développement de situations de handicaps[9]. Or, la multiplicité des services et des intervenants engendre des problèmes de continuité des soins et services offerts. Mentionnons, à titre d'exemple, la présence de multiples portes d'entrée, la prestation de services conditionnée par la ressource sollicitée plutôt que par le besoin de l'usager, l'absence d'intégration des services de maintien à domicile et des services hospitaliers, la multiplicité des évaluations redondantes des clientèles sans outils de mesure standardisés, l'utilisation inappropriée de ressources coûteuses (hôpitaux, services d'urgence, par exemple), les délais dans l'obtention des services, la transmission inadéquate d'information et la réponse parcellaire aux besoins. Dans un contexte de rareté de ressources et devant la perspective d'un accroissement de la demande de services, il est essentiel de veiller à ce que les services répondent aux besoins des usagers sans duplication et de la façon la plus efficiente possible. Il est donc important de fournir aux gestionnaires et décideurs des données probantes sur l'implantation, le fonctionnement et l'impact des mécanismes et outils mis en place pour améliorer l'intégration et la continuité des soins et services, et de mettre en place un système de monitorage pour s'ajuster rapidement et efficacement à des modifications dans la demande de services.

Ces mécanismes et outils sont souvent désignés sous l'appellation de réseaux intégrés de services. Kodner et Kyriacou définissent les soins intégrés comme « une série de techniques ou de modèles organisationnels ayant pour but de créer des liens, des correspondances et des collaborations entre les services sanitaires au plan du financement, de la gestion ou de la prestation des soins »[11]. Selon Leutz[13], on distingue

trois niveaux d'intégration : 1) la liaison, 2) la coordination et 3) l'intégration complète.

Au niveau de la **liaison**, les organisations établissent des ententes et des protocoles pour faciliter les références ou encore des collaborations pour répondre de façon concertée aux besoins des patients. Cependant, les organisations continuent de fonctionner de façon autonome en conservant leurs propres règles et procédures d'admission, d'évaluation ou de gestion. Des formes de liaisons bilatérales existent dans de nombreux services sanitaires, notamment au Québec entre les hôpitaux et les CLSC (Centre local de services communautaires) pour une prise en charge rapide à domicile des patients recevant leur congé de l'hôpital. Les CLIC (Centres locaux d'information et de coordination) déployés en France depuis quelques années représentent une forme multilatérale de liaison[3]. Ces CLIC sont un carrefour où les personnes âgées sont informées des services disponibles ; certains CLIC complètent cette fonction d'accueil par l'évaluation des besoins, l'élaboration d'un projet d'accompagnement et sa mise en œuvre. Les différents services et institutions gardent toutefois une complète autonomie quant aux critères et procédures d'admission, à l'évaluation et à la détermination des services à dispenser.

À l'autre extrémité du spectre, l'**intégration complète** signifie qu'une seule organisation devient responsable de l'ensemble des services nécessaires à sa clientèle, quoique certains services spécialisés puissent être contractés avec d'autres institutions. Plusieurs exemples de ce type d'intégration ont été proposés et expérimentés. Aux États-Unis, le projet californien On Lok[19] a donné lieu aux Projets PACE (« Program of All inclusive Care for the Elderly »)[2]. Au Canada, le projet CHOICE (« Comprehensive Home Option of Integrated Care for the Elderly »)[14] à Edmonton est une adaptation des projets PACE. Ces programmes sont constitués autour de Centres de jour où sont basés les membres de l'équipe multidisciplinaire qui évaluent et traitent les clients. Ceux-ci sont sélectionnés selon des critères assez stricts d'inclusion (niveau d'incapacité compatible avec une admission en *Nursing Home*) et d'exclusion (troubles de comportement, par exemple). Ces programmes fonctionnent habituellement en parallèle avec le système de santé régulier, si ce n'est que l'utilisation de services spécialisés (hôpital, hébergement à long terme, par exemple) est négociée avec les établissements concernés par le biais de contrats de services. Les « Social HMO » aux États-Unis[12] et le projet SIPA (Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie)[1] à Montréal sont aussi des programmes d'intégra-

tion complète, mais centrés sur un service de maintien à domicile plutôt qu'un Centre de jour. Tous ces programmes d'intégration complète sont nichés dans le système de santé et sont menés en parallèle à celui-ci. Ils n'impliquent pas de changements importants dans les structures et les processus des services et établissements déjà existants, si ce n'est la négociation de procédures de références ou les ententes contractuelles de prestation de services. Un financement par capitation est en général utilisé pour la gestion financière de ces programmes.

Enfin, l'autre niveau d'intégration, la **coordination**, exige la mise en place de structures et mécanismes transcendant les divers organisations et services d'un territoire. Ces derniers gardent leur propre structure, mais acceptent d'adhérer au réseau intégré et d'adapter leurs ressources et leurs opérations conformément aux procédures établies par la structure de coordination. Dans un tel contexte, le système intégré est véritablement imbriqué à l'intérieur même du réseau de soins et services d'un territoire.

Le modèle PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie), déployé actuellement au Québec, est un exemple de ce type d'intégration[7]. Ce modèle comporte six éléments que nous décrirons en détail : 1) la coordination inter-établissements, 2) une porte d'entrée unique, 3) un système de gestion par cas, 4) l'élaboration de plans de services individualisés, 5) un outil unique d'évaluation couplé à un système de classification des besoins et 6) un système d'information continue. Le tableau 1.1 et la figure 1.1 comparent les trois types d'intégration.

Description du modèle de coordination PRISMA

La **coordination inter-établissements** est l'élément de base du modèle PRISMA. Elle s'établit à tous les niveaux des organisations[16]. D'abord, au plan de la gouverne (niveau stratégique), par la mise en place d'une Table de concertation des établissements de santé publics et privés ainsi que des organismes communautaires où les décideurs conviennent des politiques des orientations et des ressources à consacrer au système intégré. Ensuite, au niveau de la gestion (tactique), un Comité de coordination des services, mandaté par la Table à laquelle siègent des représentants des services publics, privés et communautaires ainsi que des personnes âgées, assure le suivi du mécanisme de coordination des services et favorise l'adaptation du continuum des services. Enfin, au niveau clinique (opérationnel), une équipe multidisciplinaire d'intervenants réunie

Figure 1.1
Comparaison de trois types d'intégration

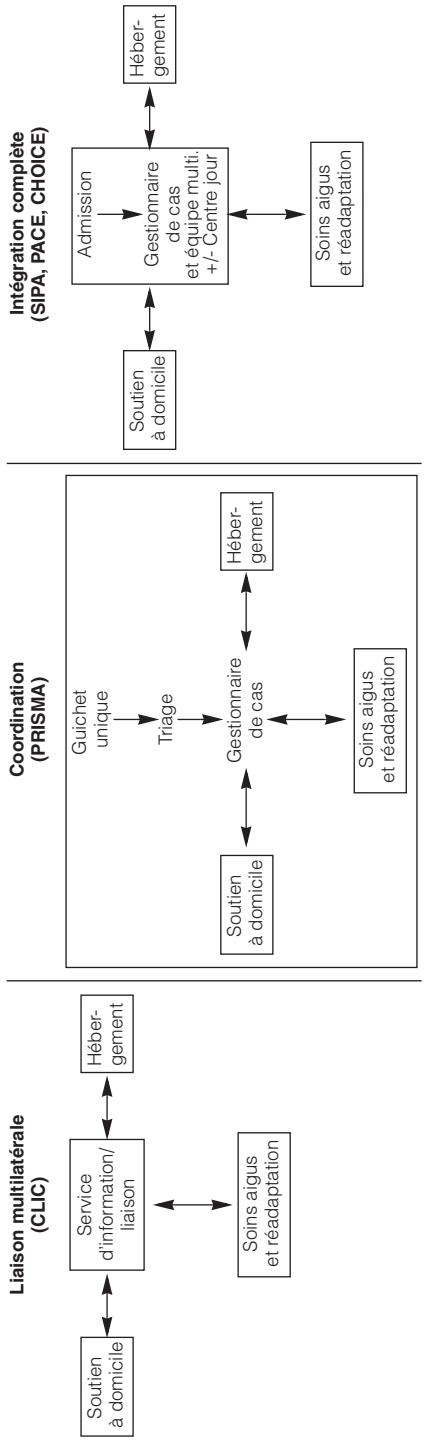


Tableau 1.1
Comparaison des divers types d'intégration des services

Éléments d'intégration	Liaison (CLIC)	Coordination (PRISMA)	Intégration complète (SIPA, CHOICE, PACE)
Lien avec le système de santé	Imbriqué	Imbriqué	Niché
Concertation	Ententes entre les établissements	Essentiel à tous les niveaux (gouverne, gestion, clinique)	Essentiel pour le travail clinique seulement
Gestionnaire de cas	Parfois (coordonnateur)	Essentiel (travaille avec les équipes en place)	Essentiel (avec une équipe multidisciplinaire)
Guichet unique	Non-essentiel	Essentiel	Essentiel
Plan de service individualisé	Projet d'accompagnement	Essentiel	Essentiel
Outil unique d'évaluation	Non essentiel	Essentiel pour tous les partenaires et services	Essentiel à l'interne seulement
Système d'information	Utile mais non essentiel	Essentiel pour tous les partenaires et services	Pour usage interne seulement
Budget	Pas d'effet	Négociation entre les partenaires	Capitation essentielle + contrats avec autres services

autour du gestionnaire de cas évalue les besoins des clients et prodigue les soins nécessaires.

La **porte d'entrée unique** est un service d'accueil qui constitue le mécanisme d'accès aux services de l'ensemble des établissements de santé et des organismes communautaires de la région pour les personnes âgées fragiles ayant des besoins complexes. Les personnes sont référées à ce mécanisme après une évaluation sommaire des besoins (triage), de façon à s'assurer qu'elles répondent aux conditions d'admissibilité du système intégré (tableau 1.2). Les personnes admissibles sont alors orientées vers un gestionnaire de cas. Cette porte d'entrée est en lien avec la ligne téléphonique Info-santé accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Un outil de repérage, le PRISMA-7, est utilisé par les intervenants pour identifier les personnes qui pourraient être admissibles au système. Cet instrument est une simple liste de sept questions qui conditionne le risque de présenter des incapacités modérées à graves.

Tableau 1.2
Critères d'admissibilité au réseau intégré de services pour personnes âgées en perte d'autonomie (Table de concertation de Sherbrooke)

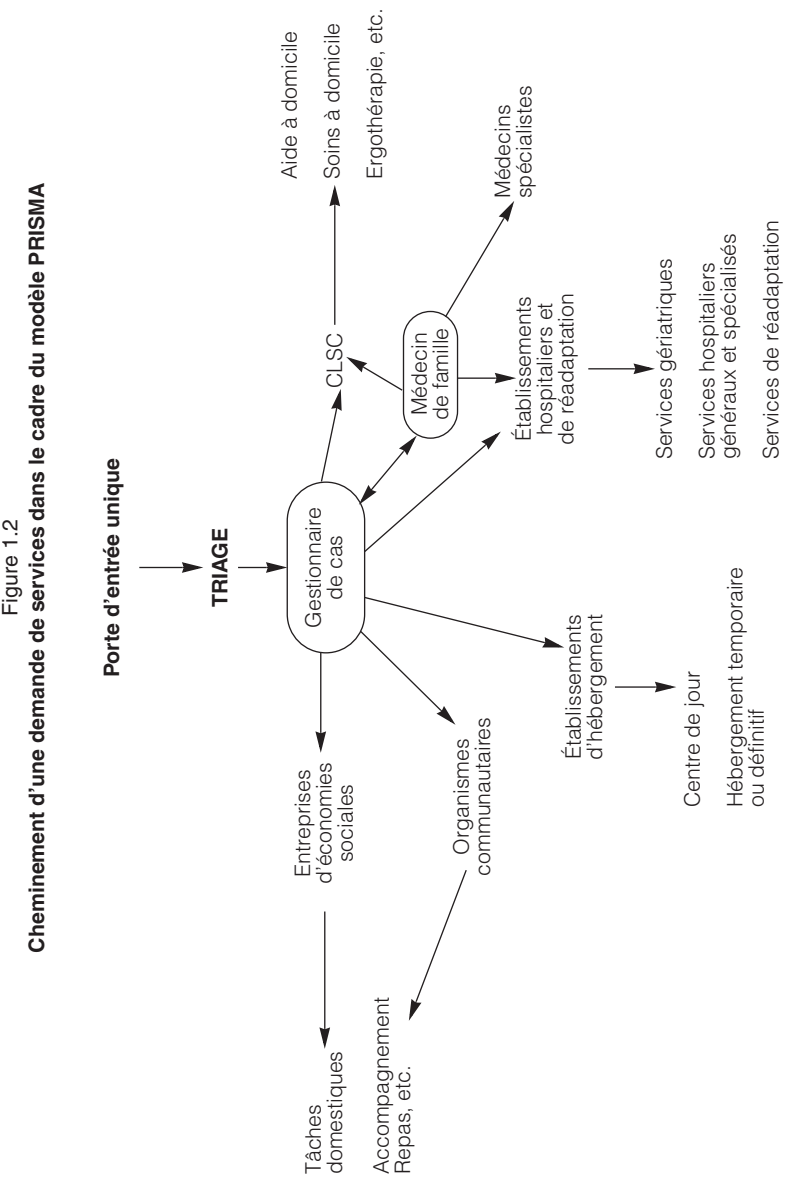
- Avoir plus de 65 ans
- Résider sur le territoire de Sherbrooke
- Présenter des incapacités fonctionnelles associées à une perte d'autonomie modérée à grave (SMAF > 15 /87)
- Avoir un potentiel de maintien à domicile
- Avoir besoin des services d'au moins deux établissements ou programmes (à l'exclusion du médecin traitant)

Le **gestionnaire de cas (*case-manager*)** a la responsabilité de procéder à une évaluation exhaustive des besoins de la personne, de planifier les services requis, de faire les démarches pour l'admission à ces services, d'organiser et de coordonner le soutien, d'animer l'équipe multidisciplinaire des intervenants impliqués dans le dossier ainsi que d'assurer le suivi et les réévaluations de la personne. Véritable « casque bleu » de l'intervention gérontologique, il est mandaté par la Table de concertation pour intervenir dans tous les services du réseau. En plus de son rôle de coordonnateur, le gestionnaire de cas peut également intervenir directement auprès du client selon son champ de compétence professionnelle. Le médecin de famille est un collaborateur privilégié du gestionnaire de cas, car, en plus de constituer l'intervenant médical principal, il représente l'intervenant pivot au plan médical pour l'accès aux services médicaux spécialisées. En contrepartie, le gestionnaire de cas endosse une partie de la tâche du médecin de famille en facilitant l'accès et en coordonnant le reste des interventions sociales et sanitaires[7]. La figure 1.2 schématise la place du gestionnaire de cas dans le réseau.

Le **plan individualisé de services** est l'outil qui découle de l'évaluation globale de la personne et résume les services prescrits et les objectifs visés. Il est établi lors d'une réunion d'équipe multidisciplinaire réunissant les principaux intervenants impliqués dans le soin de la personne âgée. Dans les services ou les programmes où des processus de réunions multidisciplinaires sont déjà en place, le gestionnaire de cas s'intégrera dans ce processus, sans duplication. Le plan individualisé de services comporte les plans d'interventions de chacun des intervenants et doit être révisé de façon périodique.

L'**outil unique d'évaluation** est un élément essentiel à un réseau de services intégrés. Il doit servir à l'évaluation des besoins tant à domicile qu'en institution. L'instrument doit mesurer les incapacités, les ressources et les handicaps de l'individu. Le Système de mesure de l'autonomie

Figure 1.2
Cheminement d'une demande de services dans le cadre du modèle PRISMA



fonctionnelle (SMAF)[6] est une échelle de 29 items développée selon la classification des déficiences, incapacités et handicaps de l'Organisation Mondiale de la Santé[18]. Il mesure l'autonomie fonctionnelle dans cinq dimensions : les activités de la vie quotidienne (AVQ) [7 items], la mobilité [6 items], la communication [3 items], les fonctions mentales [5 items] et les activités de la vie domestique (AVD) [8 items]. Pour chaque item, l'incapacité est cotée selon cinq niveaux : 0 (autonome), 0,5 (avec difficulté), 1 (avec stimulation ou surveillance), 2 (avec aide) et 3 (dépendant) selon des critères spécifiques. Les ressources disponibles pour compenser l'incapacité sont aussi appréciées, de sorte qu'un score de handicap peut être obtenu. Le SMAF est l'instrument principal de l'Outil d'évaluation multiclientèle qui sert de base à l'évaluation des besoins des usagers au Québec, tant pour les services à domicile que pour l'admission et le suivi en établissement d'hébergement.

Le SMAF a servi de base au développement d'un système de classification (*case-mix*) facilitant la gestion du réseau. À partir des données d'une étude provinciale réalisée par notre équipe sur près de 2000 sujets vivant tant à domicile que dans différents types d'établissement d'hébergement, nous avons développé ce système de groupes iso-ressources (« Resources Utilization Groups – RUG »)[4]. Quatorze profils d'autonomie (profils Iso-SMAF) ont été déterminés par l'utilisation des techniques d'analyse de classification automatisée (*cluster analysis*) afin de circonscrire des groupes homogènes quant à leur profil, mais hétérogènes entre eux. Ces profils sont ordonnés d'un niveau d'incapacité faible (profil 1) à un niveau d'incapacité très important (profil 14). On distingue cinq groupes de profils. Le premier groupe comprend les trois premiers profils où les sujets ne présentent qu'une atteinte progressive aux tâches domestiques. Le deuxième groupe rassemble les profils (4, 6, 9) où l'atteinte est surtout motrice, avec préservation relative des fonctions mentales. Le troisième groupe comprend les profils où l'atteinte mentale est prédominante (5, 7, 8, 10). Le quatrième groupe rassemble deux profils (11 et 12) où les sujets présentent des incapacités au plan mental, mais ont aussi besoin d'aide pour se mobiliser et accomplir les AVQ. Le cinquième groupe (profils 13 et 14) comprend les sujets les moins autonomes, généralement alités et dépendants pour les AVQ. Les profils Iso-SMAF sont utilisés pour guider la prescription de services cliniques et la gestion opérationnelle des ressources. En effet, en déterminant les profils d'accueil des ressources, on peut orienter de façon plus efficace et efficiente (les ressources et les coûts de chaque profil d'accueil étant

connus) les usagers vers les ressources qui répondent à leur profil d'incapacités (profil Iso-SMAF). On peut enfin monitorer l'utilisation des ressources dans un objectif de gestion financière[17]. Ainsi, les mêmes données collectées à des fins cliniques servent à la gestion opérationnelle et financière du réseau.

Par ailleurs, l'implantation de tels systèmes intégrés nécessite le déploiement d'un **système d'information** continu et l'utilisation d'outils informatiques pour faciliter les communications et assurer la continuité des services. Un dossier clinique informatisé (DCI) permet à tous les intervenants d'avoir accès rapidement à une information complète et continuellement mise à jour, et d'informer les autres intervenants de l'évolution de la personne et des modifications apportées au plan d'intervention. Ce DCI intègre le système de gestion et facilite ainsi l'interface entre l'évaluation clinique et l'information de gestion. Un tel DCI, le Système d'information géronto-gériatrique (SIGG), a été construit et implanté dans le « projet Bois-Francs » à Victoriaville. Ce dossier clinique partageable est commun à tous les professionnels du continuum de services aux personnes âgées. Il utilise le réseau internet du MSSS à l'aide du support Lotus Note. Actuellement dans sa version 3, il est aussi déployé dans les six territoires de la région de l'Estrie (où se situe la ville de Sherbrooke).

Études actuelles menés sur le modèle PRISMA

Le groupe PRISMA a été impliqué dans la mise en place des mécanismes et outils proposés dans un territoire de la région Mauricie/Centre du Québec (Projet Bois-Francs)[16]. Cette expérience pilote visait à évaluer, à l'aide d'un dispositif quasi expérimental, l'implantation et l'impact de ces mécanismes pour les clientèles vivant à domicile et faisant appel aux services. Dans cette étude, deux cohortes de sujets dans les zones d'étude ($n = 272$) et de comparaison ($n = 210$) ont été suivies et évaluées annuellement pendant trois ans. Les résultats montrent, entre autres, que les sujets du groupe d'étude présentent une diminution du désir d'hébergement ($p = 0,03$), une diminution moins importante de l'autonomie fonctionnelle (2,5 points au score SMAF versus 6,7 points ; $p < 0,05$) et une diminution du taux d'hébergement sans augmentation du fardeau chez les aidants[5]. Le projet Bois-Francs a permis de roder les mécanismes et outils d'intégration des services, facilitant ainsi leur implantation future.

Forts de cette expérience pilote, nous implantons maintenant les six éléments de ce modèle dans trois sous-régions de l'Estrie. La région de l'Estrie est une zone très diversifiée, tant au niveau de la densité de la population que de l'organisation sociosanitaire. On y retrouve une zone urbaine avec des établissements universitaires (CHUS, Institut de gériatrie, CLSC universitaire) et des zones rurales, certaines possédant un hôpital régional. Des Tables de concertation des décideurs et gestionnaires ont déjà été mises sur pied et travaillent à la préparation de l'implantation de ce modèle. Les trois territoires ciblés par cette étude implantent le modèle PRISMA depuis 2001.

De façon concomitante, nous avons démarré une étude qui comprend deux démarches d'évaluation complémentaires. *La première démarche* est celle de **l'évaluation de l'implantation et du fonctionnement**, dont les objectifs sont :

a) pour l'implantation :
   - mesurer jusqu'à quel point les mécanismes et outils d'intégration ont été implantés tel que planifiés au départ ;
   - comparer les niveaux d'implantation entre les trois territoires ;
   - identifier les facteurs qui peuvent aider à comprendre les succès ou les échecs observés dans la phase d'implantation ;
   - identifier les ajustements à faire pour assurer une meilleure congruence entre les mécanismes et outils d'intégration et l'environnement dans lequel ils s'implantent.

b) pour le fonctionnement :
   - mesurer si la clientèle rejointe est bien celle qui était visée ;
   - évaluer si l'accessibilité et la continuité des services correspond aux attentes ;
   - mesurer le taux de satisfaction des besoins des personnes prises en charge par les réseaux intégrés.

La deuxième démarche consiste en **l'évaluation de l'impact**. Son objectif est de mesurer l'impact d'un réseau intégré de services sur

- l'accessibilité et la continuité des services ;
- les personnes elles-mêmes en termes d'autonomie fonctionnelle et d'autonomisation (« empowerment ») ;
- la satisfaction des personnes elles-mêmes et de leur réseau de soutien ;
- le fardeau des aidants ;

- l'utilisation des ressources publiques, privées et bénévoles ;
- les coûts publics et privés des services.

Pour ces objectifs d'impact, nous voulons vérifier certaines **hypothèses**.

1. Le système intégré améliorera l'accessibilité aux services.
2. Le système intégré contribuera à diminuer l'incidence des pertes d'autonomie.
3. Le système intégré améliorera l'autonomie fonctionnelle et l'autonomisation des usagers, la satisfaction des usagers et des aidants et soulagera le fardeau des aidants.
4. Le système intégré améliorera la continuité des services.
5. Le système intégré rendra plus efficiente l'utilisation des services de santé.

L'étude se déroule sur cinq ans. L'évaluation d'implantation a d'abord été formative au cours des deux premières années puis deviendra sommative à la fin de l'implantation. Pour l'évaluation d'impact, un dispositif quasi expérimental est appliqué. Les sujets des groupes expérimentaux (n = 500), choisis parmi les trois territoires de l'Estrie (Sherbrooke, Lac Mégantic, Coaticook), sont comparés à des sujets (n = 500) sélectionnés dans trois territoires comparables dans la région de Chaudière-Appalaches. Les sujets, des personnes de plus de 75 ans à risque de perte d'autonomie, ont été évalués au début, avant l'implantation puis annuellement pendant quatre ans.

Les résultats de cette étude serviront au ministère de la Santé ainsi qu'aux organismes sociosanitaires locaux et régionaux

- à décider de la généralisation de tels systèmes de prestation de services intégrés et continus sur la base de données probantes ;
- à établir les conditions favorables et défavorables à leur implantation pour ajuster les implantations futures dans les autres régions du Québec, ailleurs au Canada et dans d'autres pays ;
- à planifier les ressources requises pour faire face au vieillissement de la population ;
- à transférer éventuellement les outils et structures mis au point à d'autres clientèles nécessitant des soins continus (santé mentale, déficiences physiques ou intellectuelles).

Conclusion

PRISMA est un modèle novateur d'intégration des services de type coordination. Puisqu'il est imbriqué dans le système de santé, il pourrait être plus approprié dans le contexte d'un régime universel d'assurance maladie dans lequel l'État est l'assureur et le gestionnaire unique, de même que le principal prestataire comme c'est le cas au Québec. Ce modèle requiert toutefois un changement important de paradigme puisque la gestion et les opérations du système ne doivent plus être basées sur les établissements, mais bien sur les besoins du client. Les études menées actuellement attesteront de la praticabilité de ce modèle et des impacts sur les individus et le système de santé.

Références

1. Bergman, H., Béland, F., Lebel, P., Leibovich, E., Contandriopoulos, A. P., Brunelle, Y., Kaufman, T., Tousignant, P., Rodriguez, R., Scott, G. « L'hôpital et le système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) [Hospital and integrated services delivery network for the frail elderly] », *Ruptures*, revue transdisciplinaire en santé, 1997 ; 4(2): 311-321.
2. Branch, L. G., Coulam, R. F., Zimmerman, Y. A. « The PACE evaluation : Initial findings », *Gerontologist*, 1995 ; 35(3) : 349-359.
3. Bussière, C. « Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) », *Gérontologie et société*, 2002 ; 100 : 75-81.
4. Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M., Trottier, L. « Système de classification basé sur le profil d'autonomie fonctionnelle », dans Hébert, R. et Kouri, K. *Autonomie et vieillissement*, Edisem, St-Hyacinthe, 1999.
5. Durand, P. J., Bonin, L., Tourigny, A., Paradis, M., Bergeron, P. « Mécanismes de coordination des services géronto-gériatriques des Bois-Francs », dans Hébert, R. et Kouri, K. *Autonomie et vieillissement*, Edisem, St-Hyacinthe, 1999.
6. Hébert, R., Desrosiers, J., Dubuc, N., Tousignant, M., Guilbeault, J., Pinsonnault, E. « Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) », *La Revue de gériatrie*, 2003 ; 28(4) : 323-334.
7. Hébert, R., Durand, P. J., Dubuc, N., Tourigny, A. et le groupe PRISMA. « Frail elderly patients : New model for inegrated service delivery », *Canadian Family Physician* Journal, 2003 ; 49 : 992-997.
8. Hébert, R., Durand, P. J., Dubuc, N., Tourigny, A. et le groupe PRISMA. « PRISMA : A new model of Integrated Service Delivery for the Frail

Older People in Canada », *International Journal of Integrated Care*, 2003 ; 3: 1-10.

9. Hébert, R. « La perte d'autonomie », *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 2003 ; 3: 33-39.
10. Hollander, M. J., Walker, E. R. *Rapport du projet d'étude sur l'organisation et la terminologie des soins de longue durée. Division du vieillissement et des aînés*, Santé Canada, Ottawa, 1998.
11. Kodner, D. L., Kyriacou, C. K. « Fully integrated care for frail elderly : Two American models », *International Journal of Integrated Care*, 2000 ; 1(1) : 1-24.
12. Leutz, W., Greenberg, R., Abrahams, R., Prottas, J., Diamond, L. M., Gruenberg, L. *Changing Health Care for an Aging Society : Planning for the Social Health Maintenance Organization*, Lexington Books, Lexington, Mass., 1985.
13. Leutz, W. N. « Five laws for integrating medical and social services : Lessons from the United States and the United Kingdom », *Milbank Quarterly*, 1999 ; 77(1) : 77-110.
14. Pinnell Beaulne Associates Ltd. « CHOICE Evaluation project. Evaluation summary. Final report », 26 novembre 1998.
15. Starfield, B. *Primary care – Concept, evaluation, and policy*, Oxford University Press, New York, 1992.
16. Tourigny, A., Bonin, L., Paradis, M., Lemay, A., Bussière, A., Durand, P. J. « Le réseau de services intégrés aux aînés des Bois-Francs : un changement des pratiques cliniques et de gestion », *Santé, société et solidarité*, 2002 ; 1(2) : 113-122.
17. Tousignant, M., Hébert, R., Dubuc, N., Simoneau, F., Dieleman, L. « Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long term care facilities », *Age and Ageing*, 2003 ; 32(1) : 60-66.
18. World Health Organization. *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps : A manual of classification relating to the consequences of disease*, WHO, Genève, 1980.
19. Yordi, C. L., Waldman, J. « A consolidated model of long-term care : service utilization and cost impacts », *Gerontologist*, 1985 ; 25(4) : 389-397.

2. Réseau de services intégrés des Bois-Francs et Système d'information géronto-gériatrique (SIGG)

André Tourigny, Lucie Bonin

Introduction

Tant le nombre que la proportion de personnes âgées croissent rapidement au Canada sous l'effet combiné du « baby boom » d'après-guerre et du taux de natalité très faible enregistré depuis déjà plusieurs années. À ce vieillissement accéléré s'ajoutent de nombreux facteurs susceptibles d'influencer la demande et l'offre de soins et de services de santé : accroissement marqué de l'espérance de vie, mais moins marqué de l'espérance de vie en bonne santé ; démantèlement des familles (séparation, divorce) ; éloignement des enfants sur le marché du travail ; situation financière précaire des femmes âgées vivant seules ; engorgement des salles d'urgence, occupation de lits d'hôpitaux de soins aigus par des personnes devant être hébergées, etc. Tous ces facteurs interviennent pour influencer plus particulièrement les besoins perçus et exprimés des personnes âgées vulnérables. Une des réponses apportées à ces besoins par le réseau de soins et des services de santé au cours des dernières années a été de préparer un éventail de services tels que les hôpitaux de jour, les unités de courte durée gériatrique (UCDG), les cliniques gériatriques externes, les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), les centres de jour, les ressources alternatives d'hébergement, etc. Plusieurs auteurs ont cependant mis en évidence des lacunes liées à la coordination des services, soulignant ainsi toute la fragmentation du réseau dans la distribution des services aux aînés[2, 10, 15, 19] et le besoin d'assurer une meilleure intégration des soins et des services[5, 6, 13, 17].

Réseau de services intégrés (RSI) des Bois-Francs

Consciente d'un manque d'intégration dans l'organisation des services aux personnes âgées se manifestant par la duplication des évaluations, le

dépistage peu répandu des clientèles à risque, la multiplicité des portes d'entrée, le manque de mécanismes de liaison entre les services, le territoire des Bois-Francs, au Québec, par le biais de la Table de concertation des services de santé et de services sociaux des Bois-Francs (TCBF), réunissant les gestionnaires d'établissements publics et d'organismes communautaires, implanta en 1997, après plus d'un an de planification, un nouveau modèle de coordination, maintenant connu sous le nom de Réseau de services intégrés (RSI) des Bois-Francs. Ce territoire semi-urbain englobe 90 530 personnes[14] dont près de 13 % de personnes âgées de 65 ans et plus. Situé à 150 km à l'est de Montréal sur la rive sud du fleuve Saint-Laurent, il compte un hôpital de 170 lits, un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), un Centre local de services communautaire (CLSC), un CLSC fusionné à un CHSLD et 45 médecins de première ligne.

Une description plus détaillée des RSI apparaît dans d'autres articles[12, 20]. Sommairement, le RSI des Bois-Francs (tableau 2.1) repose – et c'est une de ses composantes essentielles – sur l'interdépendance des mécanismes de concertation intersectoriels aux trois principaux niveaux décisionnels dans la planification des services : stratégique, tactique et clinique. Le *niveau stratégique* est formé de la TCBF où les membres définissent ensemble les orientations à prendre et décident de l'allocation des ressources pour répondre aux besoins des aînés. Le *niveau tactique* est constitué des chefs de services des établissements publics et des organismes communautaires de même que du coordonnateur de l'équipe des gestionnaires de cas et de représentants d'aînés. Ces gens ont pour mission de veiller au suivi du RSI implanté, de favoriser l'adaptation du continuum de services, de s'assurer de la mise en place de systèmes de suivi pour la clientèle et de formuler des recommandations pertinentes au comité stratégique pour aider à la prise de décisions en regard de l'allocation des ressources jugées requises. Enfin, au *niveau clinique*, une équipe de 10 gestionnaires de cas (de formation collégiale ou universitaire en service social) en provenance de 4 établissements différents a la responsabilité d'assurer la gestion de cas. Cette équipe de gestion de cas a été constituée après la mise en commun des ressources humaines formées en service social, travaillant auparavant dans chacun des établissements. Une équipe composée d'in-tervenants de disciplines diverses a été impossible à mettre sur pied dans ce contexte, bien qu'elle eût été souhaitée par plusieurs personnes ayant contribué à conceptualiser le modèle.

Tableau 2.1
Les trois niveaux de concertation du réseau de services intégrés des Bois-Francs

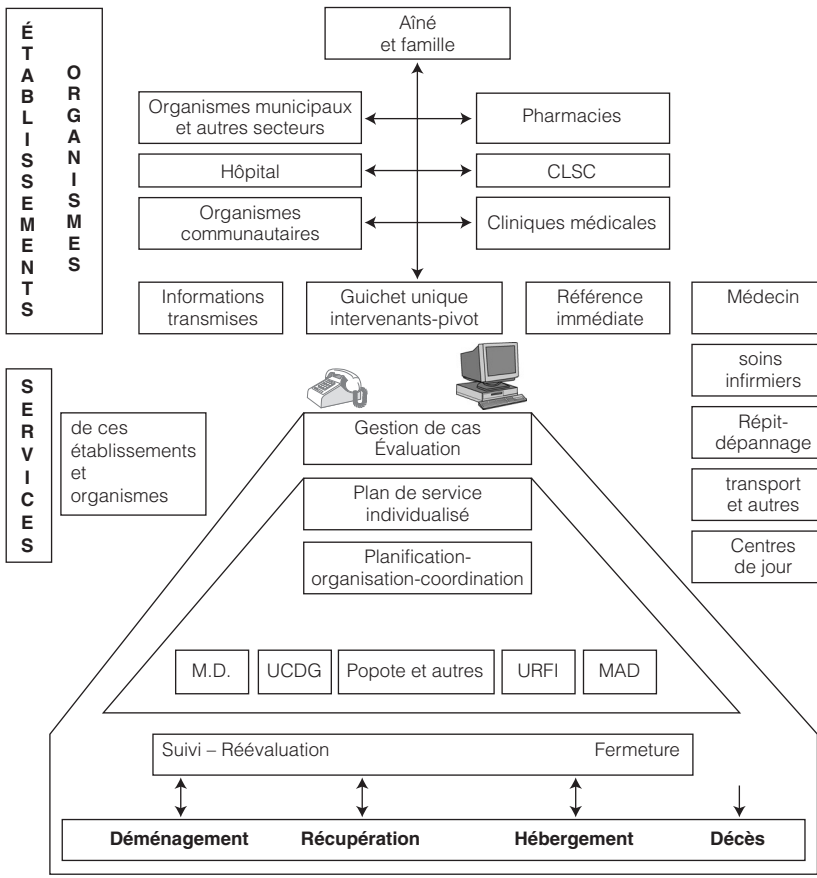
Niveau de concertation	Mécanismes	Fonctions
Stratégique	Table de concertation des services de santé et des services sociaux des Bois-Francs : gestionnaires du réseau publique et communautaire	Concertation sur l'allocation des ressources pour les services aux aînés
Tactique	Comité de coordination des services géronto-gériatriques des Bois-Francs	• Recommandations sur le continuum optimal de services • Suivi du mécanisme de coordination
Clinique	Divers niveaux cliniques de coordination de services à intensité variable : • Ensemble des dispensateurs de services • Équipe de gestionnaires de cas inter-établissements	• Accueil, évaluation, orientation (AEO) pour l'ensemble des aînés et *Dépistage des aînés à risque* • Triage des références, dépistage des aînés à risque • Gestion de cas (PSI) : pour les aînés en perte d'autonomie

Le RSI des Bois-Francs (figure 2.1) combine plusieurs des 10 meilleures pratiques pour organiser un système de soins communautaires continus présentées par Hollander et Prince[13]. Outre les niveaux de coordination administrative, il repose sur un mandat clair de tous les conseils d'administration des établissements. Il utilise une porte d'entrée unique, la gestion par cas[7] et le plan de services individualisé[3]. Il recourt à des outils identiques à tous les partenaires pour l'évaluation de la situation entourant la personne, tant aux plans de la santé physique et psychologique qu'aux plans sociaux et de l'autonomie fonctionnelle. Un système d'information géronto-gériatrique (SIGG) permettant l'échange d'information clinique à l'aide d'un dossier clinique informatisé partageable entre établissements et entre intervenants de disciplines diverses soutient ce réseau depuis l'automne 1998 (*voir description plus loin*). Ce RSI a aussi la particularité d'être conçu pour assurer à la fois la gestion des demandes potentielles de soins et d'aide à domicile et celles d'hébergement, ce qui tranche avec le reste du Québec où prévaut un mécanisme distinct d'évaluation et d'étude des demandes d'héber-

gement. Il a également l'avantage d'intégrer l'ensemble des services géronto-gériatriques disponibles sur le territoire, allant de la promotion et de la prévention au diagnostic, au traitement, à la réadaptation, au soutien à domicile, à l'hébergement et aux soins palliatifs. Le RSI des Bois-Francs s'inscrit dans la logique d'un modèle de coordination ou modèle imbriqué et non d'un modèle d'intégration complète ou modèle niché tel que décrit dans Hébert *et al.*[11].

Le client type du RSI inclut toute personne aînée du territoire des Bois-Francs qui présente une perte d'autonomie. Il s'agit plus précisément des personnes atteintes dans leur capacité à accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD),

Figure 2.1
Réseau de services intégrés des Bois-Francs



et qui exigent de l'aide de la part du réseau formel de services. Une attention particulière est accordée aux personnes affligées de troubles cognitifs et à celles dont le réseau de soutien présente un risque d'épuisement. Alors que le système d'accès à porte d'entrée unique et le plan de services individualisé s'appliquent à toute la clientèle actuelle des services géronto-gériatriques, la gestion de cas sera réservée aux sujets dont la coordination des services présente un caractère de complexité accrue en raison de la perte sévère d'autonomie, de l'état de santé physique ou psychologique ou de la situation sociale de la personne et de ses aidants. Ce qui caractérise la clientèle cible de la gestion de cas est sa grande précarité, le risque accru de décompensation biologique ou psychosociale qui nécessite un apport important de soins ou de services de la part du réseau formel ou informel.

Les fonctions des gestionnaires de cas des Bois-Francs intègrent celles qui sont décrites dans la littérature[1, 4, 8, 16, 18] : 1) la « prise de contact » initiale avec dépistage et triage (la fonction de dépistage et d'identification des pertes d'autonomie se fonde sur le concept du processus de production du handicap[9] et cette fonction est partagée par l'ensemble des intervenants du continuum de services aux aînés des Bois-Francs. La fonction de triage consiste à accueillir, évaluer et orienter les demandes de services au système de triage/information, puis à s'assurer du cheminement de la clientèle dans le réseau de services), 2) une évaluation globale biopsychosociale, 3) une planification des services par rapport aux besoins identifiés et aux objectifs retenus comme prioritaires, 4) la mise en place d'une démarche pour assurer la dispensation adéquate des services, 5) le monitorage et le suivi à intervalles réguliers des services et de l'impact de ces services sur le client, et 6) une réévaluation continue et un ajustement approprié pour tenir compte des modifications et de l'évolution des besoins. Chacun des gestionnaires de cas est responsable de l'ensemble des aînés d'un secteur géographique donné, quelles que soient l'origine, la nature et l'intensité de leur perte d'autonomie. Il s'agit de plus d'un modèle mixte, conjuguant les fonctions de la gestion de cas à celles de l'intervention psychosociale. Les gestionnaires de cas interviennent en situation de crise, s'intègrent aux équipes multidisciplinaires des divers services et travaillent dans la communauté. L'équipe clinique tient des réunions toutes les deux semaines pour apporter les ajustements fonctionnels et organisationnels requis, et discuter des cas en présence d'un gériatre. Les aînés et leurs familles, les organismes communautaires ou municipaux, les professionnels, les pharmacies et les cliniques médicales ont accès

12 heures par jour, 5 jours par semaine à l'équipe de gestionnaires de cas. En dehors de ces plages horaires, un système de garde est assuré.

Système d'Information géronto-gériatrique (SIGG)

À l'intérieur du RSI des Bois-Francs où les interactions entre professionnels sont plus fréquentes, de nombreux intervenants de terrain ressentaient le besoin d'avoir de meilleurs moyens d'échange et de communication. Afin de répondre à ce besoin et pour soutenir le travail interdisciplinaire ainsi que les échanges cliniques inter-établissements tout au long du processus de soins, un dossier clinique informatisé partageable entre les intervenants de différentes disciplines (sciences infirmières, service social, médecine, pharmacie, réadaptation, nutrition) et entre tous les établissements ou services du continuum de soins et services (centre hospitalier – CH , centre local de services communautaires – CLSC, centre de jour – CJ, unité de réadaptation fonctionnelle intensive – URFI, services ambulatoires gériatriques – SAG, etc.) a été mis au point et expérimenté. Instauré en 1998, ce dossier clinique informatisé, maintenant appelé « Système d'information géronto-gériatrique (SIGG) », est actuellement utilisé par environ 200 intervenants auprès de plus de 8000 usagers, adultes et aînés, dans les Bois-Francs. Le but principal du SIGG est de soutenir le travail interdisciplinaire et le travail en réseau de services intégrés, en permettant les échanges cliniques en temps réel. Afin de poursuivre le développement concerté, le Partenariat SIGG est mis sur pied à l'hiver 2000 et comprend actuellement les partenaires suivants : les Régies régionales de la santé et des services sociaux (Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Montérégie, Québec et Outaouais), la Table de concertation des services de santé et de services sociaux des Bois-Francs, l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS) et le Centre d'expertise en gérontologie et gériatrie (CEGG) de l'IUGS. La troisième version du SIGG est présentement implantée aussi dans les territoires de la région de l'Estrie. Par ailleurs, la version 3.5 de SIGG, en phase finale de validation, a été implantée dans quatre régions du partenariat en mars 2004.

Description du système d'information géronto-gériatrique (SIGG)

Il s'agit d'un dossier clinique informatisé interdisciplinaire inter-établissements qui intègre les éléments ci-dessous.

Mesure de validation de l'identification du client (NAM) Système de gestion du consentement Mesures de sécurité et de confidentialité	Système de gestion des dates de révision des plans d'intervention et du plan de services individualisé
Système de gestion des demandes de services, avec un formulaire unifié	Système d'information avec un extracteur de données
Profil de l'évaluation globale de l'état de santé physique et psychosociale Profil médicamenteux Profil évolutif de l'autonomie fonctionnelle et profil Iso-SMAF	Interface réalisée avec le système d'information clientèle de I-CLSC et prêt pour les interfaces avec SICHELD et les index clients des hôpitaux

Le SIGG se distingue d'autres outils informatisés décrits dans la littérature scientifique et qui sont plus spécifiques à une discipline (médecine, soins infirmiers) ou à une catégorie d'établissements donnés (pratique médicale hospitalière). Le SIGG démontre une flexibilité et une souplesse d'adaptation en soutien au rythme d'implantation du réseau de services intégrés. Il est également conçu afin d'évoluer avec les besoins des clients et des professionnels, et de s'adapter à divers contextes cliniques : au domicile du client, dans les unités de soins, à l'urgence, au cabinet du médecin et dans les organismes communautaires. Le SIGG est pourvu de plusieurs systèmes de sécurité assurant la confidentialité des données. Notamment, pour accéder au dossier clinique informatisé SIGG, chaque professionnel doit avoir un numéro d'identification personnel et un profil d'accès spécifique autorisé dans la base de sécurité du SIGG selon ses fonctions cliniques.

Le SIGG supporte les échanges cliniques en temps réel et le cheminement clinique des usagers entre les divers services publics et bientôt entre les cliniques médicales. Il constitue donc un dossier partageable très utile pour les clients qui ont besoin d'une approche interdisciplinaire et qui utilisent plusieurs services du continuum de services. Développé pour la clientèle aînée, le SIGG est maintenant utilisé dans les Bois-Francs pour des clientèles de tous âges (notamment l'ensemble des références inter-services électroniques, profil médicamenteux, etc.). Il est donc facilement adaptable à d'autres clientèles et transférable aux

autres régions. Le SIGG intègre l'outil d'Évaluation Multiclientèle (OÉMC, version 2002), outil adopté à l'échelle provinciale.

L'information clinique retenue pour un client donné a été décidée en concertation avec l'ensemble des professionnels et des gestionnaires du continuum de services. Le tableau suivant résume le contenu et les fonctions cliniques des divers formulaires du SIGG.

Composantes et information du SIGG

Formulaires	Principales informations
Identification et consentement du client (Première page du formulaire vert de la Prise de contact de OÉMC)	• Caractéristiques sociodémographiques du client, du conjoint et des aidants naturels : nom, prénom, date de naissance, âge, sexe, NAM, occupation, état civil / statut marital, adresses, courriel, communauté culturelle, milieu de vie, type de résidence ; services disponibles à la résidence privée, services inscrits dans le bail/contrat, etc. • Identification du gestionnaire de cas et des services pour lesquels le dossier est actif actuellement et le profil de l'usager • Consentement à l'échange d'informations : date de signature, nom du signataire, et avec quel professionnel de quel service le consentement a été signé ; on sait en tout temps où se trouve l'original du consentement. La personne peut révoquer son consentement en tout temps, les professionnels n'ont alors plus accès aux données cliniques en inter-établissements • Historique des raisons de cessation de services pour l'ensemble des services • Historique des anciennes adresses
Demande de service (Partie centrale du formulaire vert de la Prise de contact de OÉMC)	• Formulaire uniformisé et commun à tous les services publics, communautaires et privés • Fonctionnalité « Référence à » permet d'activer le dossier du client dans le ou les services demandés • Motifs de la demande ; diagnostics ou problèmes principaux, antécédents pertinents ; raisons d'admission ou type d'intervention chirurgicale ; suivis et médecin de famille ; médication et allergie ; sommaire de l'autonomie fonctionnelle et conditions psychosociales ; services et ressources du réseau naturel actuel ; régime de protection ; informations complémentaires etc.
Décision et priorité d'évaluation (Dernière page du formulaire vert de la Prise de contact de OÉMC)	• Décision sur l'admissibilité de la demande et la priorité d'intervention par le service qui a reçu la demande de services • Si la décision est de ne pas intervenir, on identifie les raisons de ce choix • Si une intervention est retenue, on détermine alors quel professionnel en est le responsable et la priorité d'évaluation. Cette priorité peut varier entre immédiatement, moins de 24 heures, moins de 48 heures, jusqu'à moins de 2 semaines

Évaluation de l'Autonomie Multiclientèle (les sections avec l'aide-mémoire) Thèmes suivants du formulaire bleu de OÉMC : • État de santé • Habitudes de vie • Situation psychosociale • Conditions économiques • Environnement physique • Synthèse	Évaluation biopsychosociale et environnementale qui comprend : • *État de santé :* histoire de santé personnelle et familiale et diagnostics actuels ; santé physique actuelle selon fonctions vitales ; santé psychique actuelle ; soins particuliers ; services de santé actuels • *Habitudes de vie :* alimentation ; sommeil ; consommation de tabac ; consommation d'alcool et de drogue ; activités personnelles et de loisirs *Situation psychosociale :* histoire sociale ; milieu familial ; aidants principaux ; réseau social ; ressources communautaires, publiques et privées ; état affectif ; perception de l'usager ; sexualité ; croyance et valeurs personnelles, culturelles et spirituelles • Conditions économiques à • *Environnement physique :* conditions du logement ; sécurité personnelle et environnementale ; accessibilité ; proximité des services • *Synthèse avec des sections :* 1- facteurs de risque et déficiences ; 2- principales incapacités 3- environnement ; 4- résumé des situations de handicap ou besoins exprimés ; 5- attentes du client, de sa famille et de son réseau ; 6- contexte de l'évaluation, opinion professionnelle, orientations suggérées
Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) **Profils Iso-SMAF** (Partie centrale du formulaire bleu de OÉMC)	• SMAF avec addition des cotes aux 29 questions du côté Incapacité et Handicap sur les AVQ, mobilité, communication, fonctions mentales, AVD • Profils Iso-SMAF constituent un système de gestion définissant des groupes de sujets avec un profil d'incapacité semblable et qui nécessitent globalement des services similaires (groupes iso-ressources ou *Resources Utilization Groups*). Ces profils sont ordonnés d'un niveau d'incapacité faible (profil 1) à un niveau d'incapacité très important (profil 14). On distingue *cinq groupes de profils.* Le profil Iso-SMAF se calcule automatiquement lorsque l'intervenant signale que le SMAF est complété • Accès au guide d'utilisation du SMAF intégré dans le SIGG • Une section Statistiques et une section Synthèse
Profil médicamenteux	• Profil médicamenteux actuel et historique de la médication, outil développé de concert avec l'équipe SIPA (Services intégrés aux personnes âgées) de la région de Montréal • Mise à jour systématique de la liste des médicaments prescrits et non prescrits : nom du médicament, force, posologie, voie d'administration, date début, prescrit oui/non, raison selon l'usager, médecin, pharmacie • Histoire médicamenteuse, appréciation de la consommation et de la gestion de la médication ; dépistage et traitement des problèmes associés à la prise de médicaments : effets secondaires et toxiques, intolérances, interactions (médicaments-médicaments, médicaments-aliments, médicaments-alcool), non-observance, prescriptions non appropriées, etc.

	• Information sur les allergies médicamenteuses et le système d'aide utilisé • Historique des médicaments cessés et des raisons de cessation • Accès au guide d'utilisation du profil médicamenteux
Profil évolutif (Remplace le formulaire saumon de OÉMC)	• Profil de l'autonomie fonctionnelle se génère automatiquement et de façon chronologique à partir du SMAF pour suivre l'évolution de l'autonomie fonctionnelle d'un client dans le temps en continu d'un épisode de soins à l'autre, quel que soit le milieu de prestation de services (Communauté, centre de jour. UCDG, URFI, unités de soins en CH et en CHSLD) • Profil évolutif de la présence de problèmes de santé physique et psychosociaux et de leur évolution depuis la dernière évaluation généré automatiquement de façon chronologique dès qu'une évaluation de l'autonomie multiclientèle (section aide-mémoire) et un profil médicamenteux sont remplis par les intervenants
Notes d'évolution	• Notes d'évolution que les intervenants inscrivent comme celles qu'ils ont toujours eu l'habitude de faire dans leur propre dossier. Ces notes évolutives visent à informer les autres professionnels impliqués • Diverses sections facilitant le travail de collectes au quotidien des infirmières (signes vitaux, suivi des soins de plaies, chirurgie d'un jour), nutritionnistes (types de régimes, IMC) et inhalothérapeutes (fonctions respiratoires, etc.)
Plan d'intervention (Formulaire rose, plan d'intervention et d'allocation des services de OÉMC)	• But du PI et profil d'intervention • Outil énonçant, à partir de la situation spécifique de la personne et de son plan de services individualisé, les objectifs spécifiques à poursuivre, les moyens à utiliser, la fréquence des interventions • Uni- ou interdisciplinaires : résumé des interventions de l'équipe de professionnels d'un service ou bien réfère à une discipline unique qui offre une réponse à un besoin identifié chez un usager (le plan d'intervention unidisciplinaire, à titre d'exemple : soins infirmiers à domicile) • Gestion des dates de révision ; identification du responsable de son élaboration, de son application et de sa révision
Plan de services individualisé	• Plan de services individualisé (PSI) du gestionnaire de cas • Instrument de planification qui énonce, à partir de la situation globale de la personne, les objectifs prioritaires répondant aux besoins identifiés, les services requis et l'intensité demandée • Gestion de la date de révision du plan de services
Journalisation : accès au bouton historique dans tous les formulaires	• Date, heure et par quel intervenant, de quel service et établissement : lors de la création, la modification et la consultation de tous les formulaires, la recherche d'un client, l'activation d'un dossier dans un service donné, etc.

Éventuellement, les suivis systématiques ou cheminements cliniques standard actuellement utilisés sur mode papier seront intégrés au SIGG, de même que des outils diagnostiques spécifiques requis selon l'évolution du client. L'évolution de l'autonomie fonctionnelle du client et les révisions du PSI et des PI de chacun des services ainsi que les notes évolutives sont accessibles en temps réel par les différents intervenants concernés. Toute cette information était auparavant consignée au dossier de la personne aînée dans chaque établissement ou service et était rarement accessible aux intervenants d'autres établissements ou services. Cette contrainte n'existe plus grâce au SIGG. En effet, les intervenants, à domicile ou en établissement, ayant accès à un ordinateur (ordinateur portable pour les visites à domicile) peuvent inscrire ou consulter directement l'information au dossier, en présence ou non de la personne aînée elle-même. Les documents cliniques sont archivés, mais accessibles en tout temps aux intervenants de tous les services qui ont un profil d'accès les y autorisant. Les intervenants s'avisent mutuellement par courriel en semi-urgence de consulter le dossier d'un client lors d'une demande de services, d'un changement clinique ou d'orientation. La fonction « Reproduire » qui permet de produire une copie identique d'un formulaire déjà rempli, afin d'éviter de tout retranscrire lors de réévaluation ou de révision du PI ou PSI, est très appréciée des intervenants. Le SIGG est riche en données de monitorage sur la consommation de services : profil de la clientèle et cheminement clinique inter-services, par service et par territoire. De plus, il peut fournir les statistiques désirées, sans imposer aux professionnels de coder des interventions au moyen d'un autre outil administratif. Le SIGG a des interfaces avec le système d'information clientèle du CLSC (SIC-CLSC) et il est paramétrisé pour s'interfacer avec SICHELD et les index clients des centres hospitaliers. L'application est programmée par module. Il est possible d'utiliser uniquement certains modules communs à toute clientèle (demandes de services, profil médicamenteux, par d'exemple) et d'ajouter d'autres modules selon les besoins spécifiques des programmes clientèles (plans d'intervention, Plan de services individualisé, SMAF) et ainsi harmoniser les pratiques professionnelles, ce qui implique que chaque territoire peut choisir comment il va intégrer progressivement cette application. En effet, on peut utiliser l'application en intra-établissement ou bien avec réplication inter-établissements en réseau de services intégrés.

Les décisions clinico-administratives, notamment la gestion de l'accès aux données cliniques, les règles de confidentialité et d'archivage, les procédures pour le consentement des clients, etc., sont gérées par un comité inter-établissements où siègent des cadres cliniques du réseau public et communautaire. Le mécanisme de réplication est un mécanisme de fonctionnement du collecticiel *Lotus Notes*, sur lequel est développé le SIGG. Le SIGG offre aussi l'avantage d'être sur l'inforoute du réseau de la santé québécois.

Des serveurs sont répartis dans les divers établissements : au siège social du CLSC-CHSLD de l'Érable et au point de service situé à la place Bourque (Plessisville), puis au CH Hôtel-Dieu d'Arthabaska et desservant le CH, le CLSC Suzor-Coté et le CHSLD Ermitage. D'autres serveurs, TCR 04 MCQ (relais) et TCR 04 MCQ (les agents relèvent du réseau de transmissions des informations du MSSS i.e. RTSS). Cette structure du réseau permet la réplication des informations des serveurs pour assurer une mise à jour régulière des informations des dossiers dans chacun des établissements. Par ailleurs, la distribution des postes de travail sera examinée plus loin.

Voici en terminant un exemple pratique qui illustre comment le SIGG peut être utilisé. Une personne aînée est référée par son médecin au système de triage qui la dirige vers un des gestionnaires de cas. Cette personne demeure à domicile avec son conjoint, a besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne et domestique, consomme plusieurs médicaments, doit suivre une diète pour mieux contrôler son diabète et son hypertension, est souvent hospitalisée et reçoit des services du CLSC, du centre de jour et d'organismes communautaire (popote roulante). Le gestionnaire de cas rencontrera cette personne, fera son évaluation à l'aide de l'instrument multiclientèle comprenant une évaluation de la santé physique et sociale, et la mesure de l'autonomie fonctionnelle avec le SMAF. Il dressera un profil médicamenteux. Il fera un plan de services individualisé (PSI) avec les autres partenaires du continuum de services, rencontrera la personne aînée à quelques reprises, rédigera des notes évolutives, fera d'autres évaluations. Les intervenants d'autres services feront un plan d'intervention (PI) pour répondre aux besoins de la personne aînée, rédigeront des notes évolutives. Lors d'une hospitalisation, on pourra refaire le SMAF selon l'évolution clinique du client, et le profil médicamenteux sera mis à jour. L'évolution de l'autonomie fonctionnelle de la personne (depuis le début des interventions inter-services, avant, pendant et après des hospitalisations)

pourra être visualisée dans le formulaire profil évolutif qui se crée automatiquement dès qu'un SMAF est rempli. Les révisions du PSI et des PI de chacun des services seront accessibles en temps réel. Toute cette information était auparavant consignée au dossier de la personne aînée dans chaque établissement ou service et rarement accessible aux intervenants d'autres établissements ou services. Cette contrainte n'existe plus grâce au SIGG. En effet, les intervenants qui se rendent à domicile ou qui sont en établissement ont accès à un ordinateur (ordinateur portable pour les visites à domicile) et peuvent inscrire ou consulter directement l'information au dossier, en présence ou non de la personne aînée elle-même. Les documents cliniques sont archivés dans un serveur commun et ne voyagent pas entre les divers services. Ils sont accessibles en tout temps aux intervenants de tous les services qui ont un code d'accès. Les intervenants s'avertissent l'un et l'autre par courriel de consulter le dossier de tel client, lors d'une demande de services, d'un changement clinique ou d'orientation.

Conclusion

La sous-région des Bois-Francs s'est donc toujours efforcée de rechercher de meilleurs moyens pour répondre aux besoins de sa population aînée. Directeurs d'établissement, gestionnaires et intervenants ont également toujours eu à cœur d'évaluer les changements qu'ils introduisaient. C'est ainsi que les résultats de deux recherches sont présentés dans les pages qui suivent : 1) l'évaluation de l'implantation du Réseau de services intégrés des Bois-Francs et 2) l'évaluation de l'efficacité du Réseau de services intégrés des Bois-Francs. Le financement de ces évaluations a été obtenu de plusieurs sources (Conseil québécois de la recherche sociale, Fonds de recherche en santé du Québec, Instituts de recherche en santé du Canada, Fonds pour l'adaptation des services de santé, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Table de concertation des établissements des Bois-Francs, Chaire de gériatrie de l'université Laval).

Références

1. Austin, C. D. et O'Connor, K. « Case management : Components and program contexts », dans Petersen, M. D. et White, D. L. (rédactrices) *Health care of the elderly*, Sage, 1988, 167-205.

2. Bergman, H., Béland F., Lebel P. *et al*. « Care for Canada's frail elderly population : Fragmentation or integration ? », Can Med Assoc J, 1997 ; 157(8) : 116-1121.
3. Boisvert, D. *et al*. *Le Plan de services individualisé, participation, animation*, Éditions Agence d'Arc inc., Québec, 1990.
4. Capitman, J. A., Haskins, B. et Bernstein, J. « Case management approaches in coordinated community-oriented long-term care demonstrations », *The Gerontologist*, 1986 ; 26(4) : 398-404.
5. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. *Rapport et recommandations, les solutions émergentes*, gouvernement du Québec, 2000.
6. Commission on the Future of Health Care in Canada. *Building on Values : The Future of Health Care in Canada – Final Report*, gouvernement du Canada, Ottawa, 2002.
7. Davies, B. « Comment améliorer la gestion par cas », dans OCDE (rédacteur) *Protéger les personnes âgées dépendantes : nouvelles orientations,* Études de politique sociale, n° 14, 1994, 119-150.
8. Eggert, G. M., Zimmer, J. G., Hall, J. et Friedman, B. « Case management : a randomized controlled study comparing a neighborhood team and a centralized individual model », *Health Services Research*, 1991 ; 26(4) : 471-507.
9. Fougeyrollas, P. *et al*. (), « Révision de la proposition québécoise de classification : Processus de production du handicap, Réseau international sur le processus de production du handicap », Québec, 1996, 136 p.
10. Garant, L. « Synthèse d'un programme d'évaluation sur la réponse aux besoins de longue durée des personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles », ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1994.
11. Hébert, H., Durand, P. J., Dubuc, N. et Tourigny, A. « PRISMA : a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada », *International Journal of Integrated Care,* 2003 ; 3 : 1568-4156.
12. Hébert, H., Durand, P. J., Dubuc, N. et Tourigny, A. « Frail elderly patients : New model for integrated service delivery », *Can Fam* Physician, 2003 ; 49 : 992-997.
13. Hollander, M. J. et Prince, M. J. Final report : « *The Third Way » : A framework for organizing health related services for individuals with ongoing care needs and their* families, Hollander Analytical Services Ltd, 2002.
14. Institut de la statistique du Québec. *Perspectives démographiques des territoires de CLSC, 1996 à 2001*, Service du développement de l'information, 2000.

15. Joubert, P., Laberge, A., Fortin, J. P., Paradis, M. et Desbiens, F. *Évaluation du programme québécois de services intensifs de maintien à domicile (SIMAD)*, Unité de recherche en santé communautaire, centre hospitalier de l'université Laval, 1991.
16. Kosberg, J. I. « An overview of case management for the elderly in the United States », *Hong Kong Journal of Gerontology*, 1992 ; 6(1) : 13-21.
17. Leutz, W. N. « Five laws for integrating medical and social services lessons from the United States and United Kingdom », *Milbanq Q*, 1999 ; 77(1) : 77-110.
18. Morrow-Howell, N. « Clinical case management : the hallmark of gerontological social work », *Journal of gerontological social work*, 1992 ; 18(3 et 4) : 119-131.
19. Tourigny, A., Gagnon, C., Miller-Stryckman, J., Bergeron, P., Paradis, M. et Thomassin, L. *L'allocation directe au Québec : Des modes de fonctionnement variés à découvrir, des points de vue à faire connaître*, Centre de santé publique de Québec, 1996.
20. Tourigny, A., Paradis, M., Bonin, L., Bussière, A. et Durand, P. J. « Évaluation d'implantation d'une expérience novatrice : le réseau intégré de services aux aînés des Bois-Francs », *Santé mentale au Québec*, 2002 ; XXVII(2) : 109-135.

3. Évaluation de l'implantation du Réseau de services intégrés (RSI) des Bois-Francs*

André Tourigny, Michèle Paradis, Lucie Bonin,
Any Bussière, Pierre J. Durand

Objectifs de l'évaluation

Tant les directeurs présents à la Table de concertation que les membres du comité de coordination ont eu, dès le départ, la préoccupation d'évaluer le nouveau modèle mis sur pied. C'est à cette fin que la présente équipe de chercheurs a été approchée. Des rencontres avec les membres de la Table de concertation et du comité de coordination ont permis de mieux cerner les préoccupations en regard de l'évaluation. Tous étaient convaincus de l'utilité du modèle développé pour résoudre les problèmes identifiés et du lien entre une meilleure coordination et l'atteinte des objectifs visés, ce qui, d'ailleurs, a justifié leur choix de l'étendre d'emblée à tout le territoire plutôt qu'à une partie. Tous désiraient savoir si le modèle s'implantait comme prévu afin de faire les ajustements nécessaires et de connaître comment les équipes sur le terrain réagissaient aux changements qu'impliquait le modèle.

L'évaluation d'implantation et de processus visait à documenter les principales activités et fonctions du réseau de services intégrés (RSI) afin de voir dans quelle mesure le modèle implanté et son fonctionnement s'approchaient ou non du modèle visé, dans la perspective d'apporter des ajustements qui pourraient s'avérer nécessaires. Les principaux résultats sur la clientèle rejointe, les fonctions assumées par l'équipe de gestion de cas et l'organisation de travail seront ici abordés alors que l'ensemble des résultats apparaît dans un rapport de recherche[18].

* Déjà paru dans *Santé mentale au Québec*, 2002 ; XXVII ; 2 : 109-135.

Méthodologie

L'évaluation de l'implantation et du processus combine l'analyse de données quantitatives et qualitatives des 24 premiers mois d'implantation (1997-1998, 1998-1999). Les données quantitatives portent sur toute la clientèle du RSI. Elles sont tirées du système de triage, du système d'information clientèle des CLSC (SIC) et du dossier clinique informatisé (DCI). Une description de chacune de ces sources apparaît dans le rapport de recherche[18]. Des tableaux de fréquence, des moyennes et des médianes ont été utilisés pour dresser le portrait de la clientèle et de l'utilisation du mécanisme. Les données qualitatives ont été recueillies à partir de plusieurs sources : consultation de dossiers, observation directe, entrevues individuelles et de groupe, comptes rendus de comités. La consultation des dossiers cliniques a permis de documenter plus à fond la planification des services. L'observation directe, assurée par un membre de l'équipe de recherche, a consisté à accompagner à tour de rôle six gestionnaires de cas à travers l'ensemble de leurs activités régulières, à raison de trois jours chacun, tant au domicile des usagers (lors d'évaluation ou de réévaluation) qu'en milieu hospitalier (pour la planification du congé et l'installation de services) que dans les autres services gériatriques du continuum (entre autres pour discuter des cas pendant les réunions d'équipes multidisciplinaires). Des entrevues semi-structurées et enregistrées ont été réalisées une fois par an avec les personnes responsables des services aux aînés. Des entrevues de groupe ont été réalisées avec les membres de l'équipe clinique de gestion de cas, le comité de coordination des services aux aînés, la Table de concertation des services de santé et des services sociaux des Bois-Francs ainsi qu'avec les médecins du territoire en début d'implantation. L'ensemble de l'information ainsi colligée a fait l'objet de réduction, de représentation et de constats permettant ainsi d'identifier les principaux thèmes émergent[16]. La triangulation des méthodes de collecte, des sources de données, des analystes (chercheurs) et l'échange d'information sur des résultats préliminaires ont permis d'accroître la validité des résultats[19]. La période couverte par l'évaluation d'implantation et de processus est celle des années 1997-1998 à 1998-1999.

Résultats

Clientèle rejointe et sources de références

La clientèle rejointe correspond à la clientèle initialement ciblée. Il s'agit d'une clientèle majoritairement féminine dont l'âge moyen est de 80 ans. Les problèmes de santé physique touchent 8 dossiers sur 10 alors que les problèmes sociaux sont présents dans 1 dossier sur trois. Selon les données tirées du DCI, les usagers comptent 2,7 diagnostics en moyenne. Les maladies cardio-vasculaires touchent le plus grand nombre, suivi des maladies ostéo-articulaires et pulmonaires ainsi que des atteintes neurologiques et cognitives. Le score moyen, à l'instrument Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)[13], retrouvé parmi les clients ayant subi une évaluation complète dans le DCI, est de 25,1.

Le RSI a rejoint annuellement environ 1 100 personnes aînées au cours des deux premières années d'opération, ce qui correspond à 10 % de la population âgée du territoire. Les références de personnes aînées faites au RSI proviennent de plusieurs sources du continuum de soins et de services aux personnes âgées. Les références codifiées dans le SIC sont beaucoup plus fréquentes en provenance du réseau naturel (66 %) que d'autres sources comme celles en provenance des services d'urgence, des départements hospitaliers, du SAG, des médecins de première ligne, des résidences privées, des partenaires communautaires et intersectoriels (33 %).

Triage

Les intervenants au triage reçoivent environ 3000 appels par année. Le volume d'appels a diminué de 12 à 10 appels par jour de 1997-1998 à 1999-2000. Les personnes aînées ou les familles contactent de plus en plus directement leur gestionnaire de cas. Si les appels des aînés et des familles diminuent au triage, ceux des médecins et autres professionnels augmentent. Le nombre d'appels reçus en soirée correspond à 10 % du volume total d'appels. Les motifs d'appels sont principalement une demande de services (30 %), un besoin d'information (30 %) ou une demande concernant un suivi de dossier (30 %).

Évaluation globale des besoins de services

Un dossier sur deux a une évaluation globale selon les données du SIGG, mais on observe des variations importantes d'un district de CLSC à l'autre de l'ordre du simple au double (32 % et 63 %). De plus,

ces évaluations ne sont pas toujours complètes. Dans l'échantillon de dossiers tiré du SIGG, 40 % ont une évaluation globale (outil multiclientèle et un SMAF) présente au dossier. L'évaluation globale semblerait cependant être utilisée plus systématiquement pour les nouveaux dossiers. Il faut aussi noter qu'environ 30 % des références aux gestionnaires de cas proviennent des services gériatriques (UCDG, SAG, URFI) où les clients ont déjà été évalués. On observe également que la partie destinée à mesurer le handicap est peu utilisée dans le SMAF.

Planification et coordination de services

Les activités codifiées reliées à la planification et à la coordination des services sont très fréquentes : on les retrouve dans deux dossiers sur trois. Parmi ces activités, les plus fréquentes sont les démarches faites pour l'usager, les discussions de cas à l'externe, les réunions d'équipe multidisciplinaire et les rencontres de familles. Même si le nombre de PSI complétés à partir du formulaire est en progression, il demeure encore relativement peu utilisé (25 % des dossiers en 1999). Cependant, on observe relativement fréquemment une révision de PSI puisque 40 % des dossiers qui comptent un PSI en ont une. Les PSI complétés comportent souvent une information trop générale pour bien identifier les problèmes en présence, les solutions envisagées, bien mesurer les résultats et suivre l'évolution des besoins de services et l'apport du réseau naturel afin de prévenir les situations d'épuisement.

Les gestionnaires de cas participent systématiquement aux réunions des équipes multidisciplinaires lorsque leurs clients fréquentent l'UCDG et l'URFI. La fréquence des contacts, en personne ou par téléphone, avec les personnes aînées elles-mêmes et leur réseau de soutien est élevée et témoigne de leur forte implication dans la planification et la coordination de leurs services. Cependant, les aînés et leur famille participent encore peu aux réunions d'équipe multidisciplinaire. Les contacts entre les gestionnaires de cas et les autres intervenants sont également fréquents. Le nombre élevé de dossiers communs entre gestionnaires de cas et autres services tels que l'aide à domicile, la réadaptation et les soins infirmiers à domicile militent en faveur du caractère multidisciplinaire des interventions. Les données indiquent de plus que des références codifiées au médecin de famille sont présentes dans un dossier sur cinq.

Suivi et réévaluation

Des activités liées à cette fonction ne se retrouvent que dans un dossier sur deux, ce qui met en question la validité des données. Toutes les relances ne sont probablement pas codées, en particulier celles faites par téléphone, de sorte que les données du SIC sous-estiment le volume de relances réalisées.

Interventions psychosociales

Le modèle de gestion de cas dans les Bois-Francs est mixte. Il jumelle à la fois les activités liées au courtage de services et celles liées aux interventions cliniques auprès des aînés (interventions psychosociales). L'intervention psychosociale (préventive et thérapeutique) est la deuxième fonction de gestion de cas en importance quant à la proportion de dossiers et d'interventions. Les interventions psychosociales thérapeutiques (thérapie familiale, individuelle, conjugale, en santé mentale et les interventions réseau) se retrouvent dans 20 % des dossiers selon les données du SIC. La fréquence des problèmes sociaux observée à partir de l'outil multiclientèle complété dans le SIGG est également d'environ 20 %. Les gestionnaires de cas rencontrés en entrevue questionnent leur disponibilité à répondre avec l'intensité requise aux besoins psychosociaux de leur clientèle.

Mécanismes de concertation aux divers niveaux de planification

La mise en place des trois niveaux de concertation s'avère, aux yeux des professionnels, intervenants et gestionnaires, un des éléments clés du succès du mécanisme de coordination. Pour eux, le niveau stratégique favorise l'éclatement des frontières entre les établissements et les organismes et contribue à une gestion horizontale des ressources. De plus, il facilite une prise de décision concertée pour mieux adapter l'offre aux différents besoins bien que des ajustements pour un fonctionnement optimal soient encore souhaités. De plus, la présence d'un parrain au dossier « Réseau intégré pour les personnes âgées » à la Table de concertation, responsable de la coordination avec le comité de coordination géronto-gériatrique est considérée comme un atout et constitue un excellent moyen de communication entre les divers niveaux. Le niveau tactique, de l'avis des personnes rencontrées, constitue la source d'informations et de mise à jour la plus pertinente sur l'évolution du continuum des services. Enfin, le niveau clinique permet de constituer

une équipe commune à tous les établissements et organismes ayant la responsabilité de la gestion de cas et de l'élaboration de plans de services individualisés.

Certaines difficultés sont rapportées par les gestionnaires de cas et les autres intervenants : le manque de ressources financières pour garantir l'intensité de services requise pour le soutien à domicile des clientèles vulnérables, l'importance des besoins psychosociaux des clients et la gestion de la liste d'attente en hébergement. La circulation et la mise à jour continue des informations sur le continuum de services préoccupent l'ensemble des acteurs rencontrés.

Modalités fonctionnelles et pratique des gestion de cas

La gestion de cas dans les Bois-Francs est mixte et a la particularité d'avoir une équipe clinique unidisciplinaire composée de 10 intervenants psychosociaux répartis dans deux districts, sous la supervision clinique d'un seul coordonnateur. Chaque gestionnaire de cas est responsable d'une zone géographique délimitée. Leur charge de cas (*case load*) se situe en moyenne entre 50 et 60 dossiers. On rencontre le plus souvent un seul gestionnaire de cas actif dans un dossier (61 %), ce qui favorise la continuité des soins et des services.

Les principales fonctions de gestion de cas sont intégrées dans les pratiques quotidiennes des gestionnaires de cas. La distribution du temps des gestionnaires de cas est la suivante : les interventions cliniques directes ou indirectes (rencontres multidisciplinaires, échanges informels entre intervenants, etc.) auprès de l'aîné, de sa famille ou de ses proches comptent pour 65 %, le temps consacré à la gestion des dossiers pour 25 % et le temps consacré aux déplacements pour 10 %. Cependant, on dispose de peu de données pour estimer de façon précise le temps consacré aux différentes fonctions de la gestion de cas. L'intensité d'intervention requise lors d'un épisode de services est également difficile à qualifier avec les données disponibles. On a aussi peu de données sur le temps d'intervention en présence du RSI. En plus de leur participation régulière aux réunions multidisciplinaires des différents services, les gestionnaires de cas ont de nombreuses interactions informelles avec d'autres professionnels ou intervenants. On observe peu de contacts avec les partenaires intersectoriels. La fréquence des réunions d'équipe a diminué au cours des deux années d'implantation, de même que le temps alloué aux études de cas, ce qui peut limiter l'intégration commune et l'harmonisation des pratiques de gestion de cas. L'utilisa-

tion des divers outils s'est améliorée au cours des années, notamment depuis l'introduction du SIGG. L'information sur les délais est limitée. Elle semble montrer que les délais prévus sont respectés. De plus, il y a peu de liste d'attente aux différents services du continuum à l'exception du SAG au cours des deux premières années d'implantation. Contrairement à d'autres projets qui ont établi des systèmes de garde pour la nuit, aucun élément ne met en évidence la nécessité de mettre en place actuellement un tel système dans les Bois-Francs, en plus des services de garde déjà présents.

Discussion

La clientèle rejointe par RSI correspond bien à la clientèle visée au départ, tant par son âge que par le nombre de problèmes sociaux et de santé, de problématiques complexes que d'atteinte de l'autonomie fonctionnelle qu'elle présente. D'ailleurs, le score obtenu au SMAF, 25,1, est plus élevé que celui observé dans l'étude d'Hébert[14] pour les personnes vivant à domicile et recevant des services gouvernementaux dont le score était de 20,2. En fait, ce score moyen se rapproche davantage de celui des personnes en résidence d'accueil ou en pavillon dont le score moyen est respectivement de 32,1 et 26,7.

Au départ, lors de la conceptualisation du modèle, on prévoyait rejoindre, à partir d'une estimation basée sur l'achalandage au maintien à domicile et sur le nombre annuel de personnes hébergées, 1000 personnes âgées par année en gestion de cas dont 400 de façon plus intensive. Le nombre de personnes rejointes annuellement (environ 1100) correspond donc à cette estimation. La proportion de la population âgée de 65 ans et plus rejointe annuellement (10 %) est semblable à celle rencontrée dans la littérature, soit de 7 à 10 %[1, 21, 27]. Toutefois, comme le mécanisme rejoint 17 % des aînés de 75 ans et plus et que les estimations faites à partir des données de 1992-1993[23] indiquent une prévalence de 26 % de perte d'autonomie modérée et sévère dans ce groupe d'âge, 2 personnes âgées de 75 ans et plus et en perte d'autonomie sur 3 seraient rejointes par le mécanisme.

L'accès facile au RSI des Bois-Francs constitue un atout certain. Le fait que les personnes aînées elles-mêmes et leur réseau de soutien puissent référer directement au guichet unique du RSI est une force du modèle qui favorise l'autonomisation (« empowerment ») des aînés et un dépistage précoce de situations à risque. Toutefois, les références provenant des services médicaux généraux restent à améliorer. Il est en

effet reconnu dans la littérature sur la gestion de cas qu'un lien étroit avec les médecins de première ligne s'avère une condition essentielle de succès [4, 15]. Outre le fait qu'établir de bonnes relations avec les médecins prend du temps et que les communications informelles sont importantes, des recherches ont montré que ce qui semble le mieux convaincre les médecins de l'importance de travailler avec les gestionnaires de cas sont les commentaires reçus de leurs patients sur le travail de ces derniers[17].

Composantes de la gestion de cas

L'évaluation globale multidimensionnelle de personnes en perte d'autonomie constitue une approche généralement reconnue efficace dans la littérature gériatrique, surtout si elle est suivie de recommandations et d'interventions appropriées supportées par des équipes multidisciplinaires[24, 25, 26]. Comme on a pu l'observer sur le terrain, l'étape d'évaluation reste à parfaire, tant dans la proportion d'évaluations à compléter que dans la façon de le faire, afin de s'assurer que les différentes sections de l'outil soient les plus complètes possible. Bien qu'elle aide à la prise de décision clinique dans l'appréciation de l'équilibre entre le client et son entourage et des besoins d'aide de l'aîné, la partie visant à mesurer le handicap demeure encore peu utilisée dans la section du SMAF. L'évolution dans le temps du degré d'incapacité dans chacune des dimensions du SMAF et celle de la mesure du handicap sont de plus très importantes pour le suivi d'un client.

Les informations disponibles concernant la planification des services sont révélatrices de la forte implication des gestionnaires de cas dans cette fonction particulière et celle de la coordination de services. Toutefois, cette étape requiert également des ajustements. L'absence de contact retracé à la lecture des dossiers ou de références codifiées avec le médecin de famille dans quatre dossiers sur cinq soulève des questions sur la valeur de l'information codifiée, sur la facilité à rejoindre les médecins de famille et sur les modes de pratique des gestionnaires de cas. De plus, la forme clinique actuelle du formulaire PSI comporte beaucoup d'éléments qui en limitent une utilisation plus performante.

Le suivi et la réévaluation sont des fonctions identifiées comme centrales pour adapter le mieux possible les services aux besoins des personnes aînées et de leur réseau de soutien. En ce sens, des efforts méritent d'être apportés pour identifier clairement les activités qui s'inscrivent à l'intérieur de cette étape, y compris les relances actuellement sous-estimées.

Bien qu'il n'y ait pas, à ce jour, d'étude démontrant hors de tout doute la plus grande efficacité d'un modèle mixte couvrant toutes les fonctions de la gestion de cas par rapport à un autre ne recourant qu'au courtage de services, le modèle mixte est très répandu et semble exercer des effets positifs sur la clientèle et l'utilisation des services[10]. Il y a lieu cependant de s'interroger à savoir dans quelle mesure les aînés trouvent réponse à leurs besoins psychosociaux dans le contexte actuel, compte tenu du fait que les gestionnaires de cas partagent leur temps entre intervention psychosociale et coordination de services.

Les modèles de gestion de cas décrits dans la littérature varient selon les fonctions cliniques assumées et la charge de travail, le nombre et le type d'intervenants (professionnel ou non professionnel, proche ou client lui-même), selon que ce soit un individu ou une équipe unidisciplinaire ou multidisciplinaire et selon le degré de supervision clinique[5, 28]. La charge de cas des gestionnaires de cas est légèrement supérieure à ce qu'on rencontre habituellement dans la littérature pour des modèles mettant l'accent sur les interactions fréquentes entre la personne aînée et son réseau de support et sur l'intervention clinique (modèle mixte)[10, 11, 20]. Certains avantages rapportés d'un tel modèle sont la satisfaction personnelle liée à l'interaction continue avec le client dans le temps et à la reconnaissance et au maintien des aptitudes de leur profession de base. Un autre élément en faveur du modèle mixte est la plus grande facilité d'établir un lien de confiance avec le client telle que rapportée par les gestionnaires de cas du projet SIPA[2]. La littérature identifie comme conditions qui facilitent une meilleure continuité de services une faible charge de cas (45-50) et la présence d'un même gestionnaire de cas ou d'une même équipe ainsi qu'une responsabilité territoriale pour acquérir une excellente connaissance des besoins et des ressources du territoire[12].

Par ailleurs, une équipe de chercheurs du Mathematica Policy Research[6] a identifié dans son rapport plusieurs caractéristiques associées aux modèles de coordination qui semblent présenter des résultats positifs. On constate que le mécanisme de coordination des soins et des services des Bois-Francs partage la majorité des caractéristiques propres aux expériences américaines de coordination ayant démontré des effets bénéfiques sur les clients et sur l'utilisation des services. D'autres éléments restent cependant à améliorer, notamment le recours au plan de services individualisé, tel que mentionné précédemment. De plus, l'intensité et la diversité de la formation dispensée à l'aîné et à ses aidants méritent d'être accrues afin de favoriser le plus possible leur

autonomisation. Les liens entre gestionnaires de cas et médecins de première ligne seraient à renforcer, l'approche interdisciplinaire à développer davantage et les pratiques d'évaluation, de planification et de réévaluation à harmoniser et à consolider. La présence de personnel formé en soins infirmiers à l'intérieur de l'équipe clinique apparaît justifiée pour assurer une plus grande interdisciplinarité. Ce personnel pourrait participer activement au dépistage et au repérage des clientèles, aux activités d'éducation à la santé et à celles liées à l'autosoin et agir comme gestionnaire de cas au sein de l'équipe en place.

Modalités organisationnelles

Le modèle des Bois-Francs a été véritablement conçu comme un réseau intégré de services. Il va bien au-delà de la seule gestion de cas, parce qu'il repose sur l'interdépendance de mécanismes de concertation intersectoriels à trois niveaux décisionnels dans la planification des services et qu'il couvre l'ensemble du continuum de soins et des services. Il est reconnu qu'un système de soins intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie comprend une approche centrée sur le client et ses besoins, un point d'entrée unique, un dépistage des personnes à risque, une transition facilitée entre les organisations, une coordination longitudinale et continue dans le temps, l'information pertinente sur le client accessible à tous ainsi qu'un plan de services interdisciplinaire, en lien étroit avec les soins primaires médicaux[21]. Pour ce faire, certains changements des pratiques organisationnelles et du continuum de services s'avèrent nécessaires. Suivant les neuf composantes essentielles d'un programme intégré de services gériatriques publiées par un groupe de travail sur les HMO américains[15], le mécanisme de coordination dans les Bois-Francs possède la majorité de ces composantes. Cependant, certains des éléments planifiés au départ n'ont pas tous été implantés et d'autres n'ont pas été intégrés au même degré dans les pratiques au cours des deux premières années d'implantation (dépistage, repérage systématique, intégration des médecins de première ligne). D'autres pourraient être ajoutés au mécanisme afin d'en améliorer éventuellement l'efficacité (gestion de l'épisode de maladie, guides de pratique clinique interdisciplinaires, approche axée sur l'autosoin, agent de promotion de la santé).

Le modèle actuel a également la particularité de couvrir tout le continuum de soins et de services aux personnes âgées, allant de la promotion-prévention, aux soins curatifs, de réadaptation, palliatifs et d'hébergement. L'accessibilité à un réseau intégré de services et à un large

continuum de services adaptés aux besoins de la clientèle âgée est essentielle pour supporter les tâches des gestionnaires de cas si on veut atteindre les objectifs de continuité de soins et d'accessibilité aux services. Les modèles de gestion de cas décrits dans la littérature varient selon le type d'établissement qui les abrite (hôpitaux, agences privées, autres établissements). Le territoire des Bois-Francs a innové dans ce domaine en regroupant une seule équipe de gestionnaires de cas sous la supervision clinique d'un seul coordonnateur, même si deux districts sont impliqués. Cette équipe est sous la responsabilité administrative de la Table de concertation et du comité de coordination. Le rôle du coordonnateur clinique et de la coordonnatrice du comité de coordination des services géronto-gériatriques constitue une fonction pivot au sens où ils interviennent continuellement avec l'ensemble des partenaires du continuum de services aux aînés.

Conclusion

Le RSI des Bois-Francs est une véritable expérience de fonctionnement en réseau de services intégrés née de la volonté des personnes en place, sans l'apport initial de ressources humaines ou financières supplémentaires et sans changement majeur aux structures actuelles. Ce modèle de coordination dépasse la seule gestion de cas pour inclure une approche de planification impliquant tous les principaux gestionnaires responsables d'adapter le mieux possible le continuum de soins et de services aux besoins des personnes aînées allant de la prévention aux soins en fin de vie. Ce modèle a nécessité deux ans de réflexion et de discussion avant d'être finalement implanté en février 1997. Il a suscité l'introduction de nombreuses innovations et plusieurs changements dans les modes de pratique et de gestion, ainsi que dans les attitudes et les façons de penser. Ce RSI a entraîné le développement d'un dossier clinique informatisé qui offre de multiples opportunités pour améliorer l'échange d'informations cliniques. L'ajout de guides de pratique clinique représente d'ailleurs une de ces opportunités. L'existence du SIGG interétablissements et interpartenaires constitue un excellent moyen de supporter ce RSI.

Le RSI a été implanté avec succès. Il rejoint la bonne clientèle et il reçoit des cas référés de tous les principaux partenaires. La fonction triage semble bien jouer son rôle. Les gestionnaires de cas assument l'ensemble des fonctions usuelles de la gestion de cas et l'intervention psychosociale. Ils consacrent la majorité de leur temps à l'intervention

clinique, le reste étant consacré à la mise à jour de dossier et au déplacement. Un seul gestionnaire de cas est également présent dans la plupart des dossiers, ce qui va dans le sens d'une meilleure continuité. Les trois niveaux de concertation sont là pour rester et personne ne remet en question le mécanisme.

Le RSI a donc franchi avec succès les étapes du développement et d'implantation et se trouve maintenant dans une phase de maturation et de consolidation. Si le nombre et l'étendue des changements à envisager sont moindres qu'au départ, il demeure que certaines adaptations restent à faire pour améliorer son efficacité et son efficience, particulièrement au plan de l'utilisation des services et des coûts. Des efforts supplémentaires devront, entre autres, être faits pour rejoindre une plus grande proportion des personnes en perte d'autonomie, accroître les échanges cliniques et interdisciplinaires, en particulier avec les médecins de première ligne, outiller mieux les intervenants-pivot pour les habiliter à la gestion de l'épisode de maladie (« disease management »). Les médecins de première ligne démontrent d'ailleurs beaucoup d'enthousiasme à participer au réseau intégré de services, mais sont freinés par l'incapacité de les relier au dossier clinique informatisé. Le RSI développé dans les Bois-Francs n'est pas intégralement transférable à d'autres territoires ou à d'autres clientèles puisqu'il est essentiel, comme on l'a vu, d'adapter un tel modèle à la clientèle et au milieu. Cependant plusieurs de ses composantes apparaissent exportables et représentent des conditions en facilitant le succès. En effet, la présence d'une équipe de gestionnaires de cas responsables d'une unité géographique donnée, constituée à partir des ressources humaines provenant d'établissements à mission distincte, témoigne de l'engagement des partenaires et de la volonté d'adapter le plus possible les services aux besoins des clients. D'ailleurs la même approche a été mise en place dans les Bois-Francs pour les clientèles adultes et jeunesse. La création et le maintien de trois niveaux de planification concourent au développement d'une nouvelle dynamique dans le processus de décision. Les processus d'allocation budgétaire et de gestion financière ne sont cependant pas encore assez adaptés pour bien soutenir cette nouvelle dynamique. La mission poursuivie par le RSI couvrant tout le continuum de soins et de services allant de la prévention aux soins en fin de vie s'inscrit dans une logique de réseau intégré de services, telle que prônée dans le récent rapport produit par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux[7]. L'évaluation de l'implantation du RSI des Bois-Francs aura

donc permis de bien décrire les différentes composantes, de voir dans quelle mesure il a été implanté en conformité avec ce qui avait été planifié au départ, d'en identifier les points forts et certaines limites dans les conditions actuelles de pratique et de gestion. Elle fournit enfin de l'information aux autres territoires ou régions intéressées à développer un RSI aux personnes âgées en perte d'autonomie ou à d'autres clientèles.

Références

1. Aliotta, S. L., Aubert, R. E. et Kirby, H .B. « A Managed Care Approach to High-Risk Screening and Case Management in the Elderly », *Effective Clinical Practice*, vol. 1, no 2, oct/nov 1998, 93-94.
2. Béland, F., Bergman, H. *et al.* « Rapport d'évaluation intérimaire du projet de démonstration », Groupe de recherche des universités de Montréal et McGill sur les services intégrés pour personnes aînées, Montréal, janvier 2000, 19 p.
3. Béland, F., Bergman, H., Lebel P. *et al*. « Un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie : Évaluation de la phase I Juin 1999 à mai 2000 », Université de Montréal, Université McGill, Montréal, mai 2001, p. 39.
4. Bernabei, R., Landi, F., Gambassi G., Sgadari A. *et al*. « Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older living in the community », *British Medical Journal*, 1998 ; 316 : 7141 : 1348-1351.
5. Capitman, J. A., Haskins, B. et Bernsein, J. « Case management approaches in coordinated community-oriented long term care demonstration : An overview of the channeling demonstration and its evaluation », *Health Serv Res*, 1986 ;23(1) : 1-22.
6. Chen, A., Brown, R., Archibald, N., Aliotta, S., Fox, P. D. *Best Practices in Coordinated Care*, Mathematica Policy Research Inc., 22 mars 2000, 176 p.
7. Commission d'études sur la santé et les services sociaux. « Les solutions émergentes », Gouvernement du Québec. 2000, 454 p.
8. Durand, P. J., Lemay, A., Tourigny, A., Bonin, L., Paradis, M. « Développement et implantation d'un système de prix de revient des soins et des services à domicile dans le cadre du projet de démonstration d'un réseau intégré des services dans les Bois-Francs avec une coordination de services par gestion de cas (case-management) », projet QC123, rapport final présenté au Fonds d'adaptation des services de santé, 69 p., Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, Centre de recherche du CHA universitaire de Québec 2001b (disponible sur : http://www.crcha.quebec.qc.ca ou http://www.rrsss04.gouv.qc.ca)

9. Durand, P. J., Tourigny, A., Bonin L., Paradis, M., Lemay, A., Bergeron, P. « Mécanisme de coordination des services géronto-gériatriques des Bois-Francs », projet QC403, rapport final présenté au Fonds d'adaptation des services de santé, 103 p., Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, Centre de recherche du CHA universitaire de Québec, 2001a (disponible sur : http://www.crcha.quebec.qc.ca ou http://www.rrsss04.gouv.qc.ca)

10. Eggert, G. M. *et al*. « Case management : a randomized controlled study comparing a neighbourhood team and a centralized individual model », *Health Serv Res*, 1991 ;26(4) :471-507.

11. Gagnon, A. J., Schein, C., Mc Vey et Bergman, L. « Randomized Controlled Trial of Nurse Case Management of Frail Older People », Jou*rnal of the American Geriatric Society*, 1999 ;47 :1118-1124.

12. Haslanger, K. D. « Is Case Management of Any Value ? What is the Evidence ? », *Journal of Long-term Home Health Care*, vol 14, no 2, printemps 1995, 37-43.

13. Hébert, R. « Functional decline in old age », *Canadian Medical Association Journal*, 15 octobre, vol. 157, no 8, 1997a, 1037-1045.

14. Hébert, R. « Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie, évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie », Québec, Direction de la recherche et de l'évaluation, gouvernement du Québec, MSSS, 1997b.

15. HMO Workgroup on Care Management. « Essential Component of Geriatric Care Provided Through Health Maintenance Organization », *Journal of the American Geriatric Society*, 1998 ; 46 : 303-308.

16. Miles, M. B., Huberman, A. M. *Qualitative data analysis*, Sage Publications, Thousand Oaks, California, 1994, 338 p.

17. Netting, F. E. et Williams, F. G. « Geriatric Case Managers : Integration Into Physician Practices », *Care Management Journal*, vol. 1, no 1, hiver 1999, 3-9.

18. Paradis, M., Bonin, L., Tourigny, A., Durand, P. « Réseau de services intégrés aux aînés des Bois-Francs :mécanisme de coordination des services géronto-gériatriques », rapport d'implantation et de processus, 164 p., annexes et tableaux, 91 p., Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, Centre de recherche du CHA universitaire de Québec, 2001, (disponible sur : http://www.crcha.quebec.qc.ca ou http://www.rrsss04.gouv.qc.ca)

19. Patton, M. Q. *Qualitative evaluation and research methods*, Sage Publications, Newbury Park, California, 1990, 532 p.

20. Philips, B. R., Kemper, P. et Applebaum, R. A. « The Evaluation of The National Long Term Care Demonstration », *Health Services Research*, vol. 23, no 1, avril 1998, 67-81.

21. Phillips-Harris, C. « Case Management : High-intensity Care for Frail Patients With Complex Needs », *Geriatrics*, Duluth, vol. 53, no 2, février 1998, 62-69.

22. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du centre du Québec. « Profils socio-démographiques, région socio-sanitaire de la Mauricie et du Centre du Québec », 2000, 78 p.

23. Santé Québec, sous la direction de Bellerose, C., Lavallée, C., Chénard, L., Levasseur, M., « Et la santé, ça va en 1992-1993 ? », rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1995.

24. Stuck, A. E., Minder, C. E., Peter-Wüest, I., Gillman, G., Egli, C., Kesselring, A., Leu, R. E., Beck, J. « A Randomized Trial of In-Home Visits for Disability Prevention in Community-Dwelling Older People at Low and High Risk for Nursing Home Admission », *Archives of internal medicine*, vol. 160, 10 avril 2000, 977-986.

25. Stuck, A. E., Siu, A. L. ,Wieland, D. *et al.* « Comprehensive Geriatric Assessment : Meta Analysis of Controlled Trials », *Lancet*, 1993 ; 342 : 1032-1036.

26. Stuck, A. E., Wieland, D., Rubestein, L. Z. et al. « Comprehensive Geriatric Assessment : Meta Analysis of Main Effects and Elements Enhancing Effectiveness », 11-27, dans Rubenstein, L. Z., Wieland, D., Bernabei, R. (rédacteurs) *Geriatric Assessment Technology : The State of the Art*, Kurtis, Milano, 1995.

27. Vanchieri, C. *Eyes on the elderly. Hospitals and Health Networks*, vol. 72, no 12, juin 1998, 54-55.

28. Yarmo, D. « Research Directions for Case Management », *Journal of case Management*, 1998 ;7 : 2 : 85-91.

4. Évaluation de l'efficacité d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées vulnérables*

André Tourigny, Pierre J. Durand, Lucie Bonin, Réjean Hébert, Louis Rochette

Objectif de l'étude

L'objectif général de la recherche a été de déterminer l'impact du Réseau de services intégrés (RSI) sur les aînés en perte d'autonomie et leur réseau de soutien, de même que sur l'utilisation des services de santé et sociaux.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude quasi expérimentale avec mesures avant et tous les 12 mois après pendant une période de 3 ans dans le milieu expérimental Bois-Francs (BF) où a été implanté le RSI et le milieu témoin Drummondville (D) où il n'existe pas de RSI. La collecte des données s'est déroulée de février 1997 à juin 2000.

Deux stratégies ont été utilisées pour assurer la meilleure comparabilité possible entre les milieux expérimentaux et le milieu témoin et ainsi minimiser les biais de sélection. La première a été de choisir un territoire le plus comparable possible. Plusieurs critères ont guidé le choix du milieu témoin. Comme on se situait dans une dynamique d'organisation de services où un nouveau modèle de soins et de services a été développé et implanté, il apparaissait primordial que le milieu témoin provienne de la même région socio-sanitaire pour respecter les dynamiques propres à celle-ci. De plus, le territoire témoin devait être indépendant des ressources hospitalières et de CLSC du milieu soumis à l'intervention. Enfin, les territoires devaient être comparables pour l'ensemble des variables du tableau 4.1. Dans l'ensemble des territoires

* Paru dans la *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 23, n° 3, automne 2004, 231-245.

Tableau 4.1
Similitude entre les territoires expérimental et témoin en 1996

Caractéristiques	Groupe expérimental BF	Groupe témoin D
Population	84 937	79 654
Population de personnes âgées	9 820	9 475
% de personnes âgées de 65 ans et plus	11,6	11,9
% de personnes âgées de 75 à 84 ans	3,7	3,7
% de personnes âgées vivant seules	25,2	27,9
% de personnes à faible revenu dans ménages privés	14,9	17,2
Accès à un CHCD	oui	oui
Accès à UCDG	oui	oui
Accès à la réadaptation en établissement	oui	oui
Accès à un centre de jour	oui	oui
Accès à un service de psychogériatrie	oui	oui
% du budget CLSC réservé aux programmes personnes âgées	46,5	43,9
Nombre d'admissions en hébergement pour 1000 personnes âgées en 1994-1995	2,8	2,4
% de visites à l'urgence, 75 ans et plus	21,1	18,1
% séjour de plus de 48 heures à l'urgence	4,8	4,6
Séjour moyen à l'urgence (heures)	12,3	13,1
Taux d'hospitalisation des personnes âgées par 10 000 (1990-1994)	3 103,0	2 920,5
Taux de mortalité p.â. par 100 000 (1990-1994)	4 552,3	4 475,8

de la région socio-sanitaire Mauricie-Centre-du-Québec, c'est celui qui englobe la ville de Drummondville qui se comparait le plus avantageusement à celui des Bois-Francs. La deuxième stratégie employée pour assurer la meilleure comparabilité possible entre les deux groupes a été de faire un pairage agrégé[24] sur les clientèles suivies tout au long de la recherche à partir de critères de sélection précis : personnes âgées de 75 ans et plus ayant utilisé le SAD (soutien à domicile), ou le CJ (centre de jour), ou l'URFI (unité de réadaptation fonctionnelle intensive), ou l'UCDG (unité de courte durée gériatrique) au cours de l'année 1996 et 1) ayant besoin d'aide pour au moins deux AVQ (activités de la vie quo-

tidienne), ou 2) ayant besoin d'aide pour au moins une AVQ et porteuses d'un des diagnostics suivants : maladie de Parkinson, accident vasculaire cérébral, démence. Les sujets ont été identifiés à partir de la révision des dossiers dans chacun des services concernés. Au total, 482 aînés ont fait partie de l'étude à T0, 272 dans le groupe expérimental et 210 dans le groupe témoin.

Instruments utilisés et sources de données

Les données socio-démographiques et autres caractéristiques personnelles des aînés et de leurs aidants ont été obtenues par questionnaire lors de l'entrevue initiale. L'autonomie fonctionnelle de chaque personne faisant partie de l'échantillon a été évaluée avec le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)[13]. Cette échelle évalue 29 fonctions couvrant les AVQ, la mobilité, les communications, les fonctions mentales et les AVD (activités de la vie domestique). Le score varie de 0 à –87. À noter que, pour les analyses, le score a été traité de 0 à 87. Plus le score est élevé plus la perte d'autonomie est importante. Des études de validité et de fiabilité ont été réalisées sur cet instrument[7, 10]. Cet instrument montre également une bonne validité de construit dans sa capacité à discriminer les sujets bénéficiant de services d'intensité différente. Enfin, une différence de 5 points au score global du SMAF est jugée métriquement et cliniquement significative[12]. Le désir d'hébergement a été mesuré à l'aide de quatre questions de l'étude canadienne sur le vieillissement[4]. Si l'aîné répondait affirmativement à l'une de ces questions ou s'il était hébergé au moment de l'entrevue, il était considéré comme désirant être hébergé. Le fardeau des aidants a été mesuré grâce à l'inventaire du fardeau, version française du *Burden Interview*[30]. Cet inventaire compte 22 énoncés qui se répondent sur une échelle variant de jamais (0) à presque toujours (4). Le score global peut varier de 0 à 88. En ce qui a trait à la consistance interne de l'instrument traduit en français, le coefficient alpha de Cronbach obtenu a été de 0,85, et la fidélité au test-retest à un intervalle de huit semaines a été considérée comme bonne avec un coefficient de Pearson de 0,90[11]. L'aidant principal a été défini comme la personne qui apportait le plus régulièrement de l'aide à l'aîné. Les données d'utilisation des services sont tirées des fichiers administratifs de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour les actes médicaux et la consommation de médicaments, de Med-Écho pour les hospitalisations et la chirurgie d'un jour, du système d'information clientèle en CLSC (SIC-CLSC) pour le nombre et la

nature des interventions, du registre régional pour l'hébergement en longue durée, des dossiers des personnes ayant consulté à l'URFI, aux centres de jour, aux services ambulatoires spécialisés (SAG). Les données sur la mortalité ont été obtenues lors de la collecte des données à chaque année.

Déroulement de l'étude et étapes de réalisation

Avant l'implantation du modèle, une assistante de recherche a communiqué avec chacun des sujets pour l'inviter à participer à l'étude. Elle a rencontré les sujets à domicile pour solliciter leur consentement. Des formules de consentement ont été remises à chacune des personnes approchées pour faire partie de l'étude ainsi qu'à leur personne soutien. L'autorisation de consulter leur dossier à l'hôpital et au CLSC leur a également été demandée. Les assistantes de recherche ont par la suite procédé à la collecte d'information à T0 avant l'implantation du mécanisme (printemps 1997) et à 12, 24 et 36 mois après le début de l'étude, concurremment pour les deux groupes à l'étude. Toutes les données recueillies ont été conservées sous clef à l'Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval. Cette recherche a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université Laval.

Analyse des données

Toutes les analyses ont été faites en fonction du groupe d'appartenance, témoin ou expérimental, en fixant le seuil de signification à 0,05. La distribution de toutes les caractéristiques et variables entre les deux groupes a été comparée à l'aide du test du chi-carré ou du test exact de Fisher pour les proportions, du test de Student pour les moyennes de scores et du test de Wilcoxon pour comparer les données ne respectant pas une distribution normale. Lorsque nécessaire, les variables potentiellement confondantes ont été contrôlées par modélisation multivariée. Les tables de survie dans lesquelles les événements considérés étaient le décès ou l'hébergement ont été construites selon la méthode actuarielle et l'ajustement pour le niveau d'autonomie initial à T0 a été réalisé en employant un modèle de régression de Cox. Les personnes perdues de vue ont été censurées pour toutes les analyses de survie et celles décédées l'ont aussi été pour l'analyse de survie à l'événement hébergement. La proportion des aînés n'ayant pas de détérioration de l'autonomie, définie comme l'absence de décès, d'hébergement ou de perte de cinq points ou plus sur l'échelle du SMAF a été analysée selon un modèle de régression

logistique permettant d'ajuster pour le niveau d'autonomie initial à T0. L'utilisation d'un devis où plusieurs personnes âgées ou personnes soutien sont observées au cours de diverses périodes entraîne une interdépendance entre les unités d'observation. Afin de tenir compte de cette interdépendance, des analyses à l'aide d'un modèle linéaire généralisé ont été faites selon un plan d'analyses longitudinales répétées (modèle GEE-*generalized estimating equation*) (données des personnes âgées) ou transversales répétées (données des personnes soutien)[18]. Le recours au modèle linéaire généralisé avec mesures répétées permettait d'ajuster pour le niveau d'autonomie à T0 et de se prononcer à savoir si le profil d'évolution de la variable dépendante variait dans le temps et selon le groupe. Les variables dépendantes ainsi étudiées ont été le désir d'hébergement, le fardeau et l'utilisation des services. Selon la distribution des variables dépendantes à l'étude, le modèle GEE de Poisson (nombres de jours d'hospitalisation), ou binomial (proportion avec au moins une visite ou une hospitalisation) ou encore « log normal » (durée moyenne de séjour) a été employé. Les données d'utilisation de services ont été analysées en comparant les deux groupes pour chacune des années, en pondérant par les personnes années exposées (exclusion des décès et des personnes hébergées pour les ordonnances pharmaceutiques). Les analyses ont été effectuées à l'aide du progiciel SAS *(SAS Institute, Cary, NC, version 8,0)* de l'Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval.

Résultats

Profil socio-démographique de la personne aînée à T0

Pour constituer l'échantillon à T0, 1305 dossiers ont été consultés dans la zone des Bois-Francs (expérimentale) et 1321 dans la zone témoin (Drummondville). De ceux-ci, respectivement 29 et 23 % répondaient aux critères de sélection identifiés ci-haut. Lors du premier contact, plusieurs dossiers ont été exclus en raison de décès, d'hébergement ou de déménagement. Une proportion équivalente d'individus ont refusé de participer à l'étude. Le profil socio-démographique de la cohorte de personne aînée à T0 des groupes expérimental et témoin apparaît au tableau 4.2. Deux tiers des personnes aînées dans les deux groupes étaient des femmes. La moyenne d'âge était élevée (83 ans) et comparable entre les deux groupes. Deux tiers des personnes vivaient à domicile et l'autre tiers en résidence privée. Les deux groupes différaient cependant quant

à leur niveau d'autonomie fonctionnelle. En effet, la médiane, quoique élevée dans les deux groupes, montrait une différence cliniquement et statistiquement significative (test de Wilcoxon, p = 0,05) de cinq points favorisant le groupe expérimental (plus autonome). Cette différence a été prise en compte tout au long des analyses par la suite.

Tableau 4.2
Profil socio-démographique de la personne aînée au temps 0

Caractéristiques	Cohorte expérimentale N = 272	Cohorte témoin N = 210	Valeur p
Sexe			
Femmes	190 (69,9 %)	139 (66,2 %)	0,39*
Hommes	82 (30,2 %)	71 (33,8 %)	
Âge			
Moyenne en années	83,1	82,9	0,87**
Autonomie fonctionnelle			
Médiane du SMAF	20,0	25,0	0,05***
Moyenne du SMAF	23,1	25,6	0,08**
Mode de résidence			
À domicile	182 (66,9 %)	139 (66,2 %)	0,10*
En résidence privée	90 (33,1 %)	71 (33,8 %)	

* Test du X^2
** Test de Student
*** Test de Wilcoxon

Évolution de la cohorte des personnes aînées de T0 à T3

Les personnes aînées faisant partie de la recherche ont été sélectionnées selon des critères les identifiant initialement en perte d'autonomie. Une telle sélection était souhaitée, car la littérature tend à mettre en évidence qu'une intervention comme celle proposée peut être plus efficace auprès d'une clientèle en perte d'autonomie. Ce choix de clientèle a évidemment eu des répercussions sur l'évolution de l'effectif des cohortes expérimentale et témoin (figure 4.1). En effet, des 482 individus initialement présents au départ à T0, soit 272 dans la cohorte expérimentale et 210 dans la cohorte témoin,, il en restait 345 (72 %) à T1, 259 (54 %) à T2 et 218 (45 %) à T3, soit 138 dans la cohorte expérimentale et 80 dans la cohorte témoin. La proportion de personnes refusant de poursuivre la recherche a été faible et semblable dans les deux groupe (moins de 5 %).

Figure 4.1
Ordinogramme des cohortes des personnes âgées dans les zones expérimentale et témoin

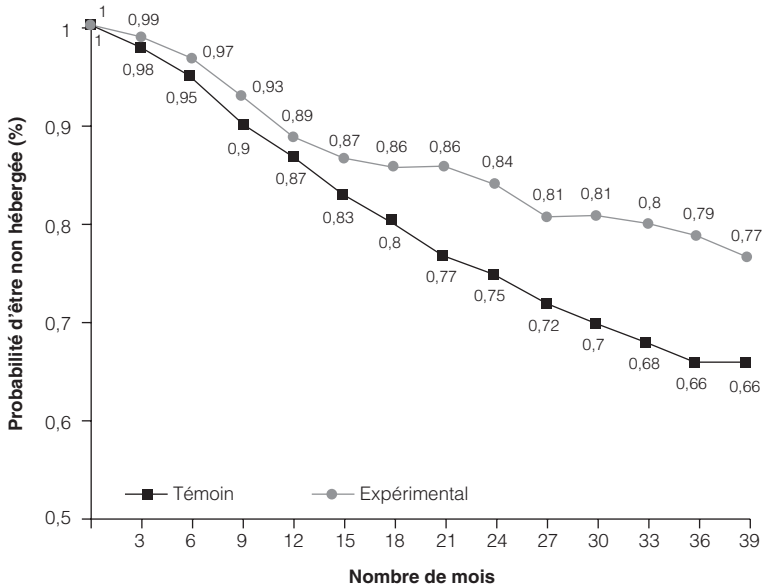
	Personnes âgées			
	Zone expérimentale		**Zone témoin**	
	1305 dossiers consultés		1321 dossiers consultés	
	Personnes aînées ayant utilisé les services du SAD, CJ, UCDG, URFI en 1996		Personnes aînées ayant utilisé les services du SAD, CJ, UCDG, URFI en 1996	
	884 exclus			960 exclus
	42 en double	↓	↓	58 en double
		379	**303**	
	18 décédées			28 décédées
	26 hébergées	↓	↓	30 hébergées
	9 hors zone			3 hors zone
	3 non admissibles			2 non admissibles
	2 non rejointes			2 non rejointes
	49 refus			28 refus
T0	→	**272**	→ **210**	
	38 décédées			35 décédées
	24 hébergées	↓	↓	23 hébergées
	4 refus			4 refus
	2 hors zone			4 hors zone
	1 changement de zone			2 changements de zone
T1	→	**203**	→ **142**	
	25 décédées			26 décédées
	11 hébergées	↓	↓	13 hébergées
	4 refus			5 refus
	1 hors zone			1 hors zone
T2	→	**162**	→ **97**	
	17 décédées			9 décédées
	6 hébergées	↓	↓	6 hébergées
	1 refus			1 refus
				1 hors zone
T3	→	**138**	→ **80**	

Probabilité de survie et de non-hébergement

Les probabilités de survie ont été comparées selon la méthode actuarielle et le modèle de régression de Cox. Le RSI n'a pas eu d'effet sur la survie des personnes exposées (p = 0,37). Les probabilités de non-hébergement

en considérant l'hébergement comme événement marquant la fin du suivi et en censurant les personnes décédées sont présentées à la figure 4.2. Le risque relatif obtenu avec le modèle de régression de Cox une fois ajusté pour le niveau d'autonomie au SMAF à T0 est de 1,44 (p = 0,06). Le risque d'hébergement serait donc plus élevé de 44 % dans le groupe témoin.

Figure 4.2
Courbe de survie à l'événement hébergement des cohortes expérimentale et témoin



Les personnes décédées sont exclues des cohortes
Test du Log-Rank p = 0,01
Modèle de régression de Cox (la valeur de référence est le groupe expérimental)
RR brut = 1,59 (p = 0,02), RR ajusté selon le score au SMAF à T0 = 1,44 (p = 0,06)

Désir d'hébergement

Le désir d'hébergement était comparable entre les deux cohortes à T0, 24 % dans le groupe expérimental l'ayant manifesté contre 25 % dans le groupe témoin (tableau 4.3). Le mécanisme de coordination des soins et des services a un effet sur le désir d'hébergement jusqu'au temps 2, puisque la proportion demeure stable dans le groupe expérimental de T0 à T2 et augmente à T3 (25 % T1, 28 % T2 et 39 % T3), alors qu'elle augmente à 39,8 % à T1, à 43,9 % à T2 et à 58,1 % à T3 dans le groupe témoin. Les analyses à mesures répétées ajustées pour le niveau d'auto-

nomie fonctionnelle au SMAF à T0 en utilisant le modèle de régression GEE montrent que cet effet est statistiquement significatif de T0 à T1 (p = 0,02) et de T0 à T2 (p = 0,04), mais pas de T0 à T3 (p = 0,08). Le RSI a donc un effet positif et marqué sur le désir d'hébergement jusqu'à deux ans après son implantation.

Tableau 4.3
Proportion des personnes manifestant un désir d'hébergement (public) à T0, T1, T2 et T3 ; cohortes expérimentales et témoin (%)

Proportion de personnes (%)	Cohortes	
	Expérimentale	**Témoin**
T0	24,0	25,1
p* = 0,77	(63/263)	(52/207)
T1	25,1	39,8
p* = 0,002	(59/235)	(70/176)
T2	27,5	43,9
p* = 0,001	(57/207)	(65/148)
T3	39,0	58,1
p* = 0,0006	(74/190)	(79/136)

* valeur p du X^2
Modèle GEE
Analyses à mesures répétées brutes :
T3 : effet « groupe X temps » p = 0,099
Analyses à mesures répétées ajustées pour l'autonomie fonctionnelle à T0
T1 = effet « groupe X temps » p = 0,02
T2 = effet « groupe X temps » p = 0,04
T3 = effet « groupe X temps » p = 0,08

Suivi sans détérioration

Les proportions des personnes à T1, T2 et T3 qui ne montrent pas de détérioration (définie par un décès, un hébergement ou une perte de 5 points ou plus au SMAF) sont présentées au tableau 4.4 pour l'ensemble des personnes et pour deux groupes. Le premier groupe comprend le premier tiers de la distribution des scores obtenus au SMAF représentant des personnes plus autonomes, soit celles présentant un score de 0 à 15,5 au SMAF à T0. Le deuxième groupe est composé des personnes des deux autres tiers de la distribution et représente les sujets moins autonomes, présentant un score au SMAF supérieur à 15,5 à T0. Pour

Tableau 4.4

Proportion de personnes montrant un suivi sans détérioration (décès, hébergement et augmentation > 5 au SMAF depuis T0), selon le niveau d'autonomie à T0, des cohortes expérimentale et témoin

		T1			T2			T3		
	Groupe	**%**	**n/N**	**RC***	**%**	**n/N**	**RC***	**%**	**n/N**	**RC***
Tous	Exp.	49,8	132/265		35,0	91/260		22,6	58/257	
	Tém.	38,5	77/200	1,50**	29,4	57/194	1,17	21,1	40/190	0,98
	Groupe	%	**n/N**	**p*****	%	**n/N**	**p*****	%	**n/N**	**p*****
Plus autonomes (1)	Exp.	51,1	48/94		35,5	33/93		25,0	23/92	
	Tém.	57,1	32/56	0,50	45,1	23/51	0,29	30,6	15/49	0,55
Moins autonomes (2)	Exp.	49,1	84/171		35,9	60/167		21,2	35/165	
	Tém.	31,3	45/144	0,002	25,9	37/143	0,07	17,7	25/141	0,47

* Rapport de cote (RC) ajusté selon le score au SMAF à T0, la valeur de référence est le groupe expérimental

** $p \leq 0,05$

*** Valeur p au test exact de Fisher

(1) ($0 \leq$ SMAF $\leq 15,5$)

(2) (SMAF $> 15,5$)

l'ensemble des personnes à T1, le RC ajusté pour l'autonomie est de 1,50 avec un p = 0,04, ce qui signifie que la proportion de personnes présentant une détérioration dans le groupe témoin était de 50 % plus élevée que dans le groupe expérimental. Par contre, cet effet disparaît à T2 et à T3 où les valeurs p des RC ne sont pas significatives. Pour les personnes plus autonomes (0 à 15,5 au SMAF à T0), aucun effet ne se dégage à T1, T2 et T3. Par contre, pour les personnes montrant une perte d'autonomie modérée à grave (plus de 15,5 au SMAF à T0), on observe que, à T1, 49 % des personnes du groupe expérimental contre 31 % dans le groupe témoin n'ont pas subi de détérioration (p = 0,002). Cet effet tend de plus à se maintenir à T2 où 36 % dans le groupe expérimental et 26 % dans le groupe témoin (p = 0,07) n'ont pas eu de détérioration, mais l'effet ne persiste pas à T3. Le plus faible nombre d'individus étudiés en raison de la stratification selon le niveau d'autonomie peut contribuer à l'incapacité de distinguer une différence statistiquement significative à T2.

Profil socio-démographique de la personne soutien à T0

Le profil socio-démographique de la cohorte de personnes soutien à T0 des cohortes expérimentale et témoin apparaît au tableau 4.5. Comme pour les personnes aînées, deux tiers des personnes soutien dans les

Tableau 4.5
Profil socio-démographique de la personne soutien au temps 0

Caractéristiques	Cohorte expérimentale N=135	Cohorte témoin N=129	Valeur p
Sexe			
Femmes	90 (66,7 %)	88 (68,2 %)	0,79*
Hommes	45 (33,3 %)	41 (31,8 %)	
Âge			
Moyenne en années	65,0	65,2	0,92†
Fardeau			
score médian	17,0	19,0	0,15‡
score moyen	19,1	21,9	0,15†
Cohabitation			
Oui	103 (76,3 %)	89 (69,0 %)	0,18*
Non	32 (23,7 %)	40 (31,0 %)	

* test du X^2
† test de Student
‡ test de Wilcoxon

deux groupes étaient des femmes (p = 0,79). La moyenne d'âge était élevée (65 ans) et comparable entre les deux groupes (p = 0,92). La majorité, soit 76 % dans le groupe expérimental et 69 % dans le groupe témoin cohabitaient avec la personne aînée (p = 0,18). Les deux groupes étaient également comparables pour le score médian et moyen de l'Inventaire du fardeau avec des scores à T0 d'environ 20.

Évolution de la cohorte des personnes soutien de T0 à T3

Comme plusieurs décès et hébergements de personne aînée soutenue sont survenus en cours de route et que de nouvelles personnes soutien sont venues apporter de l'aide à une personne aînée, plusieurs changements dans le nombre de personnes soutien se sont produits. Il ne s'agit donc évidemment pas des mêmes personnes soutien tout au long de l'étude. La figure 4.3 illustre l'évolution du nombre de personnes sou-

Figure 4.3
Ordinogramme des cohortes des personnes soutien dans les cohortes expérimentale et témoin

	Personnes soutien				
	Cohorte expérimentale			**Cohorte témoin**	
T0	→	**135**	→	**129**	
	24 décès				29 décès
	14 hébergement	↓		↓	17 hébergement
	5 autres				4 autres
	8 perdues de vue				7 perdues de vue
	19 nouvelles				11 nouvelles
T1	→	**103**	→	**83**	
	19 décès				20 décès
	7 hébergement	↓		↓	11 hébergement
	4 autres				3 autres
	5 perdues de vue				3 perdues de vue
	8 nouvelles				1 nouvelle
T2	→	**76**	→	**47**	
	10 décès				9 décès
	4 hébergement	↓		↓	1 hébergement
	6 perdues de vue				7 perdues de vue
	4 nouvelles				1 nouvelle
T3	→	**60**	→	**31**	

tien, passé de 264 à T0, à 91 à T3, soit 60 dans le groupe expérimental et 31 dans le groupe témoin.

Fardeau des aidants

Le tableau 4.6 montre l'évolution du fardeau selon le score médian obtenu à l'inventaire du fardeau. Le score au départ à T0 est semblable, soit 17,5 dans la cohorte expérimentale et 19 dans la cohorte témoin (p = 0,23). Il diminue par la suite dans le groupe expérimental à 13,0 à T1, 12 à T2 et 13 à T3 alors qu'il augmente à 21,5 à T1 dans le groupe témoin et diminue par la suite à 18,5 à T2 et 15 à T3, tout en demeurant toujours supérieur au score médian du groupe expérimental. Une fois les analyses à mesures répétées ajustées pour le score au SMAF à T0, le profil d'évolution des scores des deux groupes dans les 24 premiers mois (T2) est statistiquement différent, mettant ainsi en évidence que le RSI a eu un effet positif sur le fardeau des aidants.

Tableau 4.6
Score médian du fardeau[1] pour les personnes soutien de T0 à T3 des cohortes expérimentale et témoin

Temps	Cohorte	
	Expérimentale	**Témoin**
T0	17,5	19,0
p* 0,23		
T1	13,0	21,5
p* = 0,05		
T2	12,0	18,5
p* = 0,04		
T3	13,0	15,0
p* = 0,60		

1. Mesuré avec l'inventaire du fardeau de Zarit *et al.*
* Valeur p du test de Wilcoxon
Analyse transversale répétée
Analyses à mesures répétées ajustées pour l'autonomie fonctionnelle à T0
T1 = effet « groupe X temps » p = 0,19
T2 = effet « groupe X temps » p = 0,05
T3 = effet « groupe X temps » p = 0,13

Utilisation des services

Le tableau 4.7 compare l'évolution de l'utilisation des services de santé entre les cohortes expérimentale et témoin. Globalement, le RSI a eu

Tableau 4.7

Profil d'évolution de l'utilisation des soins et services pour les cohortes expérimentale et témoin ; 1995-1996 à 1999-2000

Services ou soins	Gr.	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	p
Taux des visites (nombre de visites/personne-année) à l'urgence dans l'année	Exp. Tém.	0,77 1,23	1,11 1,51	1,15 1,16	0,94 1,01	1,14 1,02	<0,0001[a]
Valeur p des comparaisons par régression de Poisson		<0,0001	<0,0001	0,93	0,51	0,34	
Prévalence (%) des personnes ayant effectué au moins une visite à l'urgence dans l'année (personne-année/personne-année)	Exp. Tém.	39,3 53,3	47,1 63,3	49,8 47,2	41,2 44,8	44,3 39,8	0,005[b]
Valeur p du test du chi-carré		0,002	0,0004	0,58	0,49	0,41	
Prop. des personnes ayant eu au moins 1 retour à l'urgence dans les 10 jours parmi celles ayant eu au moins 1 visite à l'urgence (%)	Exp. Tém.	19,6 23,2	22,7 21,1	16,3 27,4	9,3 22,1	18,8 30,1	0,17[c]
Valeur du test du chi-carré		0,52	0,75	0,04	0,02	0,13	
Taux des jours d'hospitalisation (nombre de jours d'hospitalisation/ nombre de personnes-année) dans l'année	Exp. Tém.	8,47 12,33	12,28 15,66	12,11 9,48	8,75 9,71	10,4 8,60	0,02 [a]
Valeur p des comparaisons par régression de Poisson		0,09	0,13	0,60	0,60	0,20	
Prévalence (%) des personnes ayant eu au moins 1 hospitalisation (incluant les chirurgies d'un jour) (personnes-année/personnes-année)	Exp. Tém.	36,4 43,3	46,7 56,7	43,1 41,1	39,6 38,9	40,9 34,5	0,11[b]
Valeur p du test du chi-carré		0,12	0,03	0,68	0,88	0,24	
Durée moyenne de séjour hospitalier en jours (nombre de jours d'hospitalisation/nombre d'hospitalisation)	Exp. Tém.	13,7 16,5	15,2 16,7	14,4 12,0	11,7 13,8	13,6 13,6	0,28[b]
Valeur p du test de Student		0,04	0,15	0,40	0,70	0,28	
Taux d'ordonnances délivrées (nombre d'ordonnances délivrées/ personnes-année) (personnes hébergées exclues)	Exp. Tém.	51,9 51,5	56,2 55,1	58,7 65,1	65,6 75,5	70,5 72,2	0,35[b]
Valeur p de la régression binomiale négative		0,92	0,83	0,28	0,60	0,75	
Taux des visites médicales [d] (omnipraticiens)	Exp. Tém.	11,4 11,4	14,0 13,4	14,2 12,9	12,7 11,1	13,1 11,0	0,0002[a]
Comparaison par régression de Poisson		0,91	0,11	0,0002	<0,0001	<0,0001	
Taux d'interventions en CLSC (nombre d'interventions/personnes-année), tous programmes confondus	Exp. Tém.	— —	43,2 40,0	43,7 46,3	34,1 44,6	— —	<0,0001[a]
Comparaison par régression de Poisson			<0,0001	<0,0001	<0,0001		

[a] Comparaison des profils d'évolution par régression de Poisson

[b] Comparaison des profils d'évolution par modèle GEE, effet « groupe X temps »

[c] Comparaison des profils d'évolution par modèle GEE, binomiale, effet « groupe X temps »

[d] Visites médicales : actes médicaux délivrés par le même médecin, le même jour et le même lieu

peu d'effet sur le recours aux services. Pour le taux de visites à l'urgence, l'évolution des profils d'utilisation est statistiquement différente, parce que les deux groupes montraient des taux différents avant l'implantation alors qu'après, aucune différence n'est notée. Le même phénomène est observé pour la prévalence des personnes ayant eu au moins une visite à l'urgence par année. Par contre, la situation est quelque peu différente lorsqu'on compare les prévalences (en %) des personnes ayant eu au moins un retour à l'urgence à l'intérieur de 10 jours. On observe qu'à compter de 1997-1998 la proportion de personnes du groupe expérimental qui retourne à l'urgence 10 jours après une première visite semble moindre que celle du groupe témoin (16,3 % contre 27,4 %, $p = 0,04$) de même qu'en 1998-1999 (9,3 % contre 22,1 %, $p = 0,02$). Le profil d'évolution des taux de jours d'hospitalisation entre les deux groupes semble différent ($p = 0,02$) au cours des cinq années, principalement en raison d'une baisse de ce taux dans les années précédant le début de l'expérimentation. Aucune différence après l'implantation du RSI n'est observée pour la prévalence des personnes ayant eu au moins une hospitalisation par année. L'évolution de la durée moyenne de séjour ne montre pas de différence statistiquement significative sur l'ensemble des cinq années. Il n'y a pas eu de changement dans le taux d'ordonnances à la suite de l'implantation du RSI. Il y a cependant eu des changements dans le recours aux services médicaux entre les deux cohortes. En effet, le profil d'évolution est statistiquement différent ($p = 0,0002$) et les taux de visites, qui sont légèrement supérieurs pour la cohorte expérimentale, le sont également pendant chacune des année post implantation du RSI ($p (0,0002$). Finalement, une baisse significative du taux d'intervention en CLSC, tous programmes confondus, s'est produite dans le groupe expérimental après l'implantation du RSI ($p < 0,0001$). Elle a été plus marquée en 1998-1999. Des analyses supplémentaires ont montré que cette baisse est surtout marquée à l'aide à domicile. De plus, cette baisse ne semble pas s'être produite aux dépens de l'aide procurée par la personne soutien principale (en les surchargeant), puisque la proportion de personnes soutien procurant de l'aide pour les AVQ n'a pas augmenté dans la cohorte expérimentale.

Discussion

Le RSI des Bois-Francs n'a pas eu d'effet sur la mortalité (survie). Une tendance à la baisse est observée pour l'hébergement alors que le désir d'hébergement est, lui, moins élevé dans le groupe expérimental. Le RSI

a eu comme effet qu'une plus grande proportion d'individus a évolué sans détérioration dans le groupe expérimental à T1 par rapport au groupe témoin. De plus, lorsque le suivi sans détérioration est analysé en fonction du niveau d'autonomie, le RSI produit des effets positifs chez la clientèle en plus lourde perte d'autonomie à T1 et qui tendent à se maintenir à T2. En regard du fardeau sur les aidants, le mécanisme semble avoir été efficace, le fardeau étant moindre chez les personnes soutien tant à T1 qu'à T2, alors que l'effet semble disparaître à T3. Il n'y a pas eu d'effet marqué du RSI sur l'utilisation des services. En effet, on n'observe pas de différence entre les deux cohortes pour le recours à l'urgence, l'hospitalisation et l'utilisation de médicaments, si ce n'est une moins grande proportion de personnes retournant à l'urgence dans les 10 jours suivant une première visite dans le groupe expérimental. Les résultats observés pour les taux de visites médicales montrent une baisse plus marquée dans le groupe témoin. Une différence significative en faveur d'une moins grande utilisation des ressources en CLSC dans la cohorte expérimentale a aussi été observée.

Le devis utilisé était de type quasi expérimental, car il répondait à plusieurs des critères de Black[3] justifiant ce type d'étude, dont celui à l'effet que la randomisation s'avère difficilement réalisable dans un contexte où les gestionnaires veulent étendre d'emblée le RSI à toute la population du territoire. Ce type de devis demeure valable lorsqu'une étude randomisée s'avère irréalisable en autant qu'un contrôle serré des biais potentiels soit exercé[17]. Deux stratégies différentes ont été utilisées pour faire en sorte d'avoir deux cohortes les plus comparables possibles. Une des différences risquant d'avoir un impact sur les résultats, le niveau d'autonomie fonctionnelle à T0, a été prise en compte tout au long des analyses. D'autres limites à la validité interne comme la présence d'événements divergeant d'un territoire à l'autre ou une maturation différente ont été minimisées par le fait que les deux groupes appartenaient à une même région sociosanitaire et étaient donc soumis aux mêmes contraintes d'ordres politique ou administratif. Quant au phénomène d'attrition ou de refus, il a été le même dans les deux cohortes et le nombre de refus a été particulièrement faible. Un biais de contamination où le territoire témoin aurait également développé un RSI semblable à celui des Bois-Francs est peu probable, car des mesures pour décrire le fonctionnement dans chaque territoire étaient prises annuellement et rien ne laisse présager que ce fut le cas. Cependant, sans qu'un réseau formel n'ait été mis en place, des efforts de coordination accrus ont été faits dans le territoire témoin, dans la foulée des travaux

demandés par la régie régionale à tous ses territoires. Ceci peut ainsi avoir eu comme effet de diminuer l'ampleur des différences entre les groupes expérimentaux et témoin. Comme cette recherche ciblait une clientèle spécifique et une région géographique donnée, la possibilité de généraliser les résultats est plus limitée. C'est plutôt la réplication de RSI dans divers contextes et leur évaluation qui pourraient contribuer à assurer une bonne validité externe aux résultats.

L'absence d'effet sur la mortalité n'est pas surprenant. Peu d'études ont mis en évidence de tels effets, et souvent la taille des groupes combinée au fait que l'événement est relativement rare font en sorte qu'il est difficile d'observer des différences significatives[2]. Par contre, bien que la valeur p ($p = 0,06$) soit légèrement supérieure à la limite du seuil de signification retenu, les courbes de survie à l'événement hébergement de la figure 4.2 révèlent une tendance qui semble s'accentuer avec le temps, laissant ainsi présager un effet positif du RSI sur l'hébergement, effet documenté antérieurement[5]. Le recours à un indice composé appelé suivi sans détérioration où la détérioration comprend les décès, les hébergements et des pertes de cinq points et plus au score du SMAF est apparu comme un moyen intéressant de comparer les groupes. Le fait que des résultats positifs du RSI aient été observés pour cet indice, en particulier chez les personnes en plus grande perte d'autonomie, est cohérent avec les de travaux réalisés par d'autres chercheurs. En effet, l'importance de bien cibler les clientèles pour espérer produire des effets est soulignée par plusieurs[25, 27]. Des effets des RSI sur l'autonomie fonctionnelle ont déjà été observés[29]. Le fait que le RSI Bois-Francs produise des effets qui s'estompent après deux ans pourrait signifier qu'il réussit à retarder la perte d'autonomie.

Très peu d'études ont mesuré le fardeau des aidants comme mesure d'effet de tels RSI. Celles qui l'ont fait ont généralement démontré, contrairement à la présente étude, qu'il ne changeait pas[16]. Dans une expérimentation récente où le fardeau était justement une des principales variables d'effet mesuré, le mécanisme de coordination mis en place auprès d'une clientèle atteinte de démence, ce qui ne correspond qu'à une partie de la clientèle de la présente étude, n'a pas réussi à modifier le fardeau perçu par les aidants[20].

Contrairement à d'autres[1, 8], mais tout comme les premières expérimentations américaines[15, 16, 28], le RSI Bois-Francs a eu peu d'effet sur l'utilisation des services de santé. Plusieurs autres recherches dont les interventions à l'étude comportaient des éléments retrouvés aussi dans

les RSI ont relevé des effets marqués sur le recours aux services hospitaliers, d'urgence, d'hébergement et de médecins. Elles avaient souvent en commun une approche combinant la gestion de cas et celle de l'épisode de maladie (*disease management*) ou tablant sur un suivi relativement intensif et l'utilisation de protocoles de soins bien établis[19, 22, 23, 26]. L'approche, basée sur l'épisode de maladie, est très populaire depuis quelques années et requiert entre autres un excellent système d'information intégrant des protocoles de soins et guides cliniques fondés sur des preuves (*evidence-based medicine*). Par contre, une étude réalisée en 1999 à Montréal ayant plusieurs de ces points en commun, n'a pas réussi à produire de tels effets[9]. Les auteurs attribuent cela premièrement à un biais possible de contamination dans le groupe des non exposés, du fait que la coordination était devenue entre temps une préoccupation dans la réseau de la santé au Québec et, deuxièmement, à un court suivi (10 mois) qui ne permettait pas d'observer des effets. Le RSI des Bois-Francs est davantage axé sur l'intervention sociale que sur l'intervention médico-infirmière. Tous les gestionnaires de cas étaient des travailleurs sociaux de formation, l'équipe de gestion de cas ne comprenait pas d'infirmière. Les contacts des gestionnaires de cas avec les médecins, bien qu'accrus, n'étaient pas aussi formalisés que dans les recherches précédemment mentionnées. Les effets auxquels on était le plus en droit de s'attendre étaient donc ceux qui cadraient le mieux avec l'intervention proposée : effet sur le fardeau, l'hébergement et le désir d'hébergement, le suivi sans détérioration. Comme le volet médical et infirmier était moins développé et qu'il n'était pas prévu d'inclure au mécanisme une gestion de l'épisode de maladie (*disease management*) avec protocoles de soins et guides cliniques, il ne faut pas se surprendre de l'absence d'effet sur le recours aux hôpitaux, à la salle d'urgence et aux médicaments. Cette composante doit d'ailleurs être ajoutée au RSI des Bois-Francs au cours des prochains mois. De plus, la compréhension du rôle que devait jouer un PSI et les aptitudes qu'il nécessitait ont été plus lentes à se développer que prévues, ce qui peut avoir contribué à l'absence d'effet observé sur le recours à certains services. La plus faible proportion de personnes du groupe expérimental effectuant un retour à l'urgence moins de 10 jours après première visite pourrait être associée à une meilleure coordination assumée par les gestionnaires de cas. Les effets observés sur le recours aux services médicaux pourraient être synonymes d'un repérage accru des situations problématiques ou encore d'un engagement suivi et accru dans la zone expérimentale par rapport à

la zone témoin. En effet, un des effets d'un tel RSI pourrait être un meilleur repérage des situations problématiques pouvant entraîner une augmentation du recours aux médecins. De plus, le fait que le territoire des Bois-Francs affiche un des ratios médecins/population les plus faibles au Québec pourrait laisser présager que l'engagement des médecins de première ligne y a été plus grand que dans la zone témoin. L'évolution des effectifs de médecins de première ligne a été comparable entre les deux zones, la zone expérimentale affichant toujours un ratio plus faible de médecins omnipraticiens.

L'effet observé quant à la moins grande utilisation des services de CLSC dans le groupe expérimental pourrait aller dans la logique du RSI qui s'efforce de mettre à contribution toutes les ressources formelles et informelles entourant un client, ce qui pourrait avoir comme impact de moins solliciter le CLSC. Le fait que la proportion de personnes soutien procurant de l'aide pour les AVQ n'ait pas augmenté signifierait que cette baisse n'a pas été réalisée à leur dépens. Cependant, d'autres modifications dans les façons de faire peuvent être en partie responsables de la différence observée. Une de ces modifications est le recours à l'aide procurée par les entreprises d'« économie sociale », ressources privées ayant le double objectif de créer de l'emploi et d'apporter de l'aide à domicile. L'évaluation d'implantation réalisée en 1997-1998 et 1998-1999 nous a par ailleurs appris que l'aide à certains aînés a été transférée à ces entreprises. Des différences dans la prestation des services en raison de ressources financières plus restreintes d'un territoire à l'autre pourraient aussi contribuer à expliquer la baisse marquée des interventions en CLSC.

Le manque de puissance pour mettre en évidence des effets sur l'utilisation des services peut avoir limité la portée des résultats. En effet, des analyses *a posteriori* nous ont permis de constater qu'il aurait fallu avoir une diminution ou une augmentation des hospitalisations d'au moins 13 % pour voir, avec une puissance de 80 %, une différence statistiquement significative entre les deux groupes. Cette limite a également été observée dans d'autres études[2, 9]. Il est cependant intéressant de constater que le RSI des Bois-Francs partagent plusieurs des caractéristiques d'interventions similaires ayant démontré des effets dans la littérature et mis en évidence dans le rapport « Best Practices in Coordinated Care »[6].

Le mécanisme a effectivement produit des effets importants pour la population âgée. Un des défis est d'appliquer les modèles de RSI à plus large échelle[14]. Les recherches futures devraient donc être orientées en ce sens.

Références

1. Bergman, H. « From experimentation to policy to implementation to the agony and the ectasy of integrated care », 2002. http://www.solidage.ca/docs/sipa2002/SIPA_FromExperimentationToPolicy.pdf
2. Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G. et Sgadari, A. « Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community », *British Medical Journal*, 1998 ; 316 : 1348-1351.
3. Black, N. « Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care », *BMJ*, 1996 ; 312 : 1215-18.
4. Canadian Study of Health and Aging Working Group. « Canadian Study of Health and Aging : study methods and prevalence of dementia », *Can Med Assoc J*, 1994 ; 150 : 899-913.
5. Challis, D., Darton, R., Johnson L., *et al*. « An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients : II. Costs and effectiveness », *Age* Ageing, 1991 ; 20 : 245-54.
6. Chen, A., Brown, R., Archibald, N., Aliotta, S. et Fox, P. D. *Best practices in coordinated care*, Princeton, Mathematica Policy research, Inc. USA, 2000.
7. Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R. et Dubuc, N. « Reliability of the revised functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research », *Age Ageing*, 1995 ; 24(5) : 402-406.
8. Eng, C. « Program of all-inclusive care for the elderly (PACE) : an innovative model of integrated geriatric care and financing, *J Am Geriatr Soc*, 45 : 223-232.
9. Gagnon, A. J., Schein, C., McVey, L. et Bergman, H. « Randomized controlled trial of nurse case management of frail older people », *Journal of the American Geriatrics Society* ; 1999 ; 47 : 1118-1124.
10. Hébert, R., Carrier, R. & Bilodeau, A. « The functional autonomy measurement system (SMAF) : Description and validation of an instrument for the measurement of handicaps », *Age Ageing*, 1988 ; 17 : 293-302.
11. Hébert, R., Bravo, G. et Girouard, D. « Fidélité de la traduction française de trois instruments d'évaluation des aidants naturels de malades déments », *Revue Canadienne du Vieillissement*, 1993 ; 12(3) : 324-337.
12. Hébert, R., Spiegelhalter D.J. et Brayne C. « Setting the Minimal Metrically Detectable Change on disability rating scales », *Arch Phys Med Rehabil*, 1997 ; 78 : 1305-1308.
13. Hébert, R., Guilbault, J., Desrosiers, J. et Dubuc, N. « The functional autonomy measurement system (SMAF) : A clinical-based instrument for

measuring disabilities and handicaps in older people », *Geriatrics Today*, septembre 2001, 141-147.

14. Johri, M., Béland, F. et Bergman, H. « International experiments in intergrated care fore the elderly : a synthesis of the evidence », *Int J Geriatr Psychiatry*, 2003 ; 18 : 222-235.
15. Kane, R.A. « The noblest experiment of then all : learning from the national channeling evaluation », *Health Services Research*, 1988 ; 23 : 189-198.
16. Kemper, P. « The evaluation of the national long-term care demonstration : overview of the findings », *Health Services Research*, 1988, 23.
17. MacLehose, R. R., Reeves, B. C., Harvey, I. M., Sheldon, T. A., Russel, I. T. et Black, A. M. S. « A systematic review of comparisons of effect sizes derived from randomised and non-randomised studies », *Health Technol Assess*, 2000 ; 4(34).
18. Murray, D. M. *Design and Analysis of Group-Randomized Trials*, Oxford University Press, New York, 1998.
19. Naylor, M. D., Brooten, D., Campbell, R. *et al*. « Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders : a randomized clinical trial », *Journal of the American Medical Association*, 1999 ; 281 : 613-620.
20. Newcomer, R., Yordi, C., DuNah, R., Fox, P. et Wilkinson, A. « Effects of the medicare alzheimer's disease demonstration on caregiver burden and depression », *Health Services* Research, 1999 ; 34 : 669-689.
21. Paradis, M., Bonin, L., Tourigny, A. et Durand, P. J. « Réseau de services intégrés aux aînés des Bois-Francs :mécanisme de coordination des services géronto-gériatriques. Rapport d'implantation et de processus », unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, Centre de recherche du CHA universitaire de Québec, 2001, 164 p., annexes et tableaux 91 p. (disponible sur : http://www.crcha.quebec.qc.ca ou http://www.rrsss04.gouv.qc.ca)
22. Pathy, M. S., Bayer, A., Harding, K et Dibble, A. « Randomised trial of case finding and surveillance of elderly people at home », *Lancet*, 1992 ; 340 : 890-893.
23. Rich, M. W., Beckham, V., Wittenberg, C., Leven, C. L., Freedland, K. E. et Carney, R. M. « A mutidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure », *The New England Journal of Medicine*, 1995 ; 333 : 1190-1195.
24. Rossi, P. H., Freeman, H. E. et Lipsey, M. W. *Evaluation a systematic* approach, Sage Publications, California, 1999.
25. Stewart, S., Pearson, S., Luke, C. G. et Horowitz, J. D. « Effects of home-based intervention on unplanned readmissions and out-of-hospital deaths », *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998 ; 46 : 174-180.

26. Stuck, A. E., Aronow, H. U., Steiner, A. *et al*. (). A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *The New England Journal of Medicine*, 1995 ; 333 : 1184-1189.

27. Van Haastregt, J. C. M., Diederiks, J. P. M., Van Rossum, E., de Witte, L. P. et Crebolder, H. F. J. M. « Effects of preventive home visits to elderly people living in the community : a systematic review », *British Medical Journal*, 2000 ; 320 : 754-758.

28. Weissert, W. G., Matthews Cready, C. et Pawelak, J. E. « The past and future of home and community based long-term care », *The Milbank Quarterly*, 1988 ; 66 : 309-388.

29. Yordi, C. L. et Waldman J. « A consolidated model of long-term care : service utilization and cost impacts », *Gerontol*, 1985 ; 25 : 389-397.

30. Zarit, S. H., Orr, N. K. et Zarit, J. M. *The hidden victims of Alzheimer's disease*, New York University Press, New York, 1985.

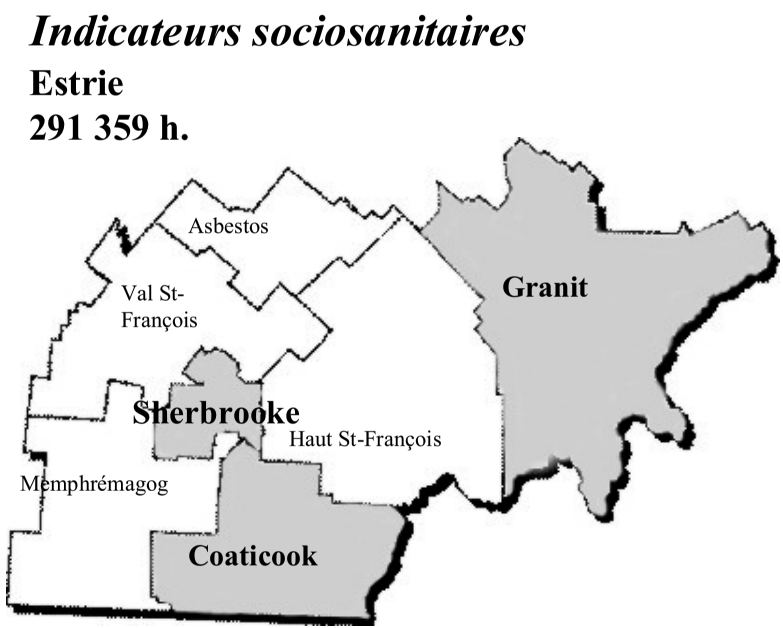
5. Résultats intérimaires de l'implantation de mécanismes et outils d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie dans trois territoires de l'Estrie (Québec)

Anne Veil, Réjean Hébert

Il est question, dans ce chapitre, de l'implantation de mécanismes et d'outils favorisant l'intégration de services aux personnes âgées, identifiés comme faisant partie d'un continuum. Nous nous intéressons plus particulièrement au processus, c'est-à-dire à l'évolution des milieux à l'égard du réseau de services intégrés. La recension des écrits et l'expérimentation effectuée dans les Bois-Francs (Mauricie-Centre-du-Québec) dans les années 1990 ont soulevé un intérêt pour six éléments d'intégration : la concertation, le guichet unique, la gestion de cas, l'outil unique d'évaluation et de classification (SMAF et Iso-SMAF), l'outil de communication clinique en temps réel (dossier clinique informatisé – S.I.G.G.) et le plan de services individualisé (P.S.I.). L'expérience des Bois-Francs a connu des résultats suffisamment prometteurs pour justifier une seconde expérimentation, en Estrie cette fois, accompagnée d'un projet de recherche sur l'implantation et l'impact de mécanismes et outils propres à favoriser l'intégration des services de maintien de l'autonomie des personnes âgées. Bien que le réseau intégré de services aux personnes âgées soit implanté dans tout le territoire de l'Estrie, trois des sept territoires participent à une étude sur l'implantation de ces mécanismes et outils ainsi qu'à une vaste opération de mesure de leur impact réel sur l'autonomie des personnes âgées vivant dans la communauté, selon un devis quasi-expérimental avec des sous-régions « jumelles » identifiées dans une zone témoin ailleurs au Québec. La figure 5.1 présente les caractéristiques des trois régions à l'étude.

Comme l'indique la figure 5.1, les milieux d'implantation étaient fort différents. En ce sens, ils reflètent une réalité du réseau socio-sanitaire

Figure 5.1
Territoires expérimentaux en Estrie



Indicateurs socio-sanitaires des 3 régions étudiées

	Estrie	Sherbr.	Granit	Coaticook
Pop. totale (1)	291 359 habitants	144 709 habitants	21 980 habitants	16 445 habitants
Pop. 65 ans et plus (1)	40 438 (13,9%)	18 482 (12,8%)	3 281 (14,9%)	2 280 (13,9%)
Taux d'héberg. (incidence annuelle) (2)	1,4% (552 pers.)	1,7% (314 pers.)	1,6% (53 pers.)	1,5% (35 pers.)
Taux d'héberg. en CHSLD (prévalence annuelle) (2)	3,5% (1 401)	4% (745)	3,2% (106)	3,9% (88)
Taux d'héberg. en RI-RTF et CHSLD (prévalence annuelle) (2)	3,9% (1 593)	4,4% (815)	4,5% (149)	4% (90)

(1) Source : Projections pour l'année 2001 de l'ISQ basées sur les données corrigées du recensement 1996 (Régie régionale – Santé publique de l'Estrie)
(2) Source : Santé publique de l'Estrie, 2001

du Québec. Alors que les territoires ruraux doivent orchestrer leurs ressources en fonction d'une géographie très étendue typique des zones rurales dont l'économie est basée sur l'activité agricole et forestière, Sherbrooke est une ville avec une économie basée sur les services qui doit composer surtout avec l'affluence de clientèles. Les populations de plus de 65 ans affichent de nettes différences également.

Du côté du portrait des services disponibles dans ces trois territoires au moment où l'évaluation d'implantation s'effectuait, on constate que le milieu rural peut déjà compter sur les avantages que procure le fait que les différentes missions soient fusionnées. En effet, au Granit, il n'y a qu'un seul établissement regroupant les missions de centre hospitalier, de centre local de services communautaires (CLSC), de centre de jour et de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). À Coaticook, l'unique établissement offre une urgence 24/7, un CLSC avec centre de jour et un CHSLD, tous regroupés sous un même chapeau administratif. Le secteur communautaire d'action bénévole et de transport ainsi que de l'économie sociale est occupé par trois organisations dans les deux territoires ruraux. Par contre, à Sherbrooke, les différents services touchant les personnes âgées sont dispensés par cinq établissements dont trois sont à vocation universitaire (Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke [CHUS], Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke [IUGS] et CLSC). Certains d'entre eux ont des responsabilités de dispensation régionale de services spécialisés, soit le CHUS, l'IUGS et le Centre de réadaptation de l'Estrie (CRE). Enfin, le secteur communautaire comprend une quinzaine d'organismes. Le défi de l'intégration ne se pose donc pas dans les mêmes termes pour les trois territoires.

Ce chapitre rapporte les principaux résultats intérimaires de l'étude d'implantation. Dans sa phase formative, l'étude d'implantation permet de mesurer jusqu'où les mécanismes et les outils d'intégration ont été implantés et s'ils ont été implantés tels que planifiés au départ. Elle permet également de comparer le degré de mise en œuvre dans les sous-régions de la zone expérimentale.

Le principal objectif d'un réseau intégré est de contribuer à l'amélioration de la continuité des services, dont l'accès aux soins, services et ressources à l'intérieur de délais raisonnables figure comme le tout premier jalon à atteindre. Il faut rappeler ici que, pour des personnes âgées fragiles, vivant avec une perte d'autonomie, une hospitalisation peut signifier le début de l'institutionnalisation, si les services requis pour

leur retour à domicile ou dans des milieux substituts plus légers ne sont pas disponibles au bon moment. Ainsi, l'intégration doit viser les soins et services aux clientèles vulnérables ou fragiles qui sont plus susceptibles de ressentir l'impact de l'absence de coordination entre les dispensateurs de services. C'est pourquoi, ces dernières années, au Québec, nous avons assisté à la naissance de divers réseaux : le réseau pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), le réseau en oncologie, le réseau pour la santé mentale et, finalement, celui à l'intention des personnes âgées en perte d'autonomie.

Dans le secteur des services aux personnes âgées, les praticien(ne)s se voient interpellé(e)s de plus en plus par rapport aux outils d'évaluation qui doivent désormais être utiles aux intervenants de différents horizons professionnels (médecins de famille, travailleurs sociaux, infirmières, ergothérapeutes, nutritionnistes, physiothérapeutes, etc.), qui travaillent dans divers cadres de pratique (unidisciplinarité, multidisciplinarité ou interdisciplinarité) et qui doivent pouvoir se comprendre entre eux pour mieux coordonner leur action. L'intégration des soins et services n'a rien à voir avec une fusion administrative ; elle ne l'exclut pas, mais n'en fait pas une condition. Le modèle proposé stipule qu'il peut être possible d'intégrer les façons de faire, c'est-à-dire de convenir d'une orientation commune à l'égard des personnes âgées fragiles, tout en minimisant les obstacles à une coordination efficace. Une fois que les décideurs en sont convaincus et sont attentifs aux dispositifs et dynamiques inter-établissements, cette partie du problème concerne les pratiques et se présente donc comme étant essentiellement du ressort des cliniciens de toutes les disciplines qui interviennent auprès des personnes âgées et des gestionnaires de ces services. L'enjeu : la modification des pratiques cliniques selon une perspective gériatrique, ce qui requiert de consolider l'intervention de l'ensemble des cliniciens qui gravitent autour d'un même patient-client, dans son meilleur intérêt.

Nous tenterons donc, avec cette présentation des principaux résultats des activités de recherche, de faire la lumière sur le processus d'implantation des composantes : ce qui a été réalisé, ce qui a été difficile à réaliser, les éléments facilitants, les contraintes. Comme la description du modèle en expérimentation en Estrie a déjà fait l'objet du chapitre 1 de ce manuel, nous ne nous y attarderons pas.

Méthodologie

L'étude d'implantation des six composantes du modèle a été réalisée sous la forme d'étude de cas multiples (trois cas) avec unités d'analyse imbriquées[1], basée sur une méthodologie mixte (quantitative et qualitative). L'étude de cas facilite l'appréhension d'une réalité complexe et mouvante ainsi que le suivi du cheminement des acteurs durant le processus d'appropriation du changement souhaité à l'intérieur d'un contexte donné. Dans notre étude, le principal contexte est l'organisation locale de soins et de services aux personnes âgées. L'étude de cas est une méthode utile pour s'enquérir de conditions de contexte, ce que d'autres méthodes d'investigation ne peuvent réaliser ou alors seulement d'une façon très limitée. Yin[1] précise, sur les cas multiples : « Chaque cas doit être soigneusement sélectionné de façon que soit a) il prédise des résultats similaires (reproduction littérale) ou b) qu'il produise des résultats contrastés, mais pour des motifs prévisibles (reproduction théorique). »

Quant à l'évaluation d'implantation, elle réfère à un processus de collectes de données effectuées systématiquement sur les différents éléments d'un programme, donnant lieu à une analyse qui permettra de guider les décisions ultérieures quant à ce programme. C'est à cette fin que nous avons opté pour une méthodologie mixte en combinant l'utilisation de questionnaires, d'études documentaires (dossiers cliniques, statistiques de performance, comptes rendus, etc.), d'entrevues semi-dirigées (individuelles et de groupe) et d'observation participante. L'avantage de mener une étude d'implantation est de contrer l'effet de « boîte noire » associé aux études d'impact lorsque le processus n'est pas suffisamment pris en compte, risquant ainsi de produire une « erreur de troisième type », c'est-à-dire d'attribuer faussement les effets mesurés à un programme donné, alors que d'autres facteurs contextuels sont intervenus, ou encore de ne mesurer aucun effet alors que le programme n'était que trop partiellement implanté et, de ce fait, n'était pas encore en mesure de générer des effets. Quant à sa valeur intrinsèque, il est tout à fait possible, même avec des résultats intérimaires (*shorter-term outcomes*), qu'une étude d'implantation permette une prise de conscience de l'influence qu'ont eue certains facteurs externes, d'identifier un renforcement nécessaire de certains aspects du programme, ou encore de modifier la perception des acteurs sur le programme en implantation, ayant rendu explicites certaines « clés » de compréhension. Le fait de suivre systématiquement le processus de mise en œuvre, et d'en divulguer régulièrement les résultats, permet aux acteurs de prendre conscience du

cheminement accompli, de réaliser l'émergence d'effets pervers ou inattendus, de constater les écarts survenus par rapport à ce qui était prévu et, conséquemment, d'en corriger les aspects plus faibles.

Dans l'étude d'implantation réalisée en Estrie, les groupes d'acteurs qui ont été ciblés sont les suivants : les dirigeants et les gestionnaires du réseau (établissements et organismes communautaires), les gestionnaires de cas, les médecins de famille et les gériatres, les intervenants de toutes professions qui interagissent avec les gestionnaires de cas et utilisent le dossier clinique informatisé (DCI-SIGG), ainsi que les personnes âgées accompagnées de leur proche aidant. La plupart d'entre eux devaient être rencontrés deux fois : au début de l'implantation de la gestion de cas et du guichet unique (étape complétée) et après que l'implantation de l'ensemble des composantes soit complétée (étape en cours).

Les méthodes de recherche employées ont été appariées aux questions auxquelles nous devions répondre. Ainsi, pour évaluer la concertation, nous disposions d'un outil quantitatif (grille d'évaluation du degré de mise en œuvre), centré principalement sur la structure elle-même et son fonctionnement. Des entrevues individuelles semi-dirigées auprès des dirigeants, des gestionnaires et des membres des Tables de concertation ont été réalisées ; une deuxième série auprès des mêmes répondants est à venir en 2004. La grille d'évaluation était complétée à intervalles de six mois. Elle a permis de suivre le déploiement de plusieurs composantes : la concertation, le guichet unique, la gestion de cas et le dossier clinique informatisé SIGG.

Pour répondre aux questions portant sur les deux outils SMAF et PSI, nous avons procédé à une étude documentaire des dossiers cliniques de l'ensemble des personnes âgées suivies en gestion de cas, dans les trois territoires. Cette étude a été complétée par les données administratives du système d'information I-CLSC (ou SIC), laquelle a également rendu possible un suivi systématique des activités de gestion de cas par l'analyse des codes d'interventions du SIC. L'utilisation du SMAF par l'ensemble des partenaires a été vérifiée par enquête téléphonique dans chaque service susceptible de desservir un nombre important de personnes âgées. L'utilisation des profils Iso-SMAF comme outil de gestion des ressources (financement) et outil d'aide à la décision au niveau de l'orientation des personnes âgées a été observée dans les deux lieux pertinents : l'entité régionale responsable du financement et l'entité locale responsable de l'orientation en ressources de placement des personnes âgées. Le suivi du déploiement du DCI-SIGG (en terme

de disponibilité du logiciel et nombre suffisant d'appareils) a été principalement réalisé par l'approche des responsables de l'implantation du DCI dans les établissements et à la Régie régionale. Il reste encore à documenter plus finement dans quelle mesure la clientèle inscrite dans ce système a effectivement reçu une évaluation SMAF – OEMC et un PSI dont les résultats sont disponibles pour l'ensemble des autres intervenants, quels types d'intervenants utilisent le DCI-SIGG et à quelles fins, et à quels établissements ils sont rattachés (étape en cours).

Étant donné l'importance de la réceptivité du « lieu » où devait éclore la fonction des gestionnaires de cas (le milieu clinique), nous avons tenu des entrevues de groupe focalisées (*focus groups*) avec les intervenants de professions et milieux de pratique diversifiés. Les transcriptions de toutes les entrevues font l'objet d'une analyse de contenu. L'échantillon intentionnel a été composé à partir d'une liste, constituée par les gestionnaires de cas, des intervenants avec qui des contacts professionnels avaient été établis (premier critère de sélection). Le second critère de sélection portait sur la représentativité des différents services : centre hospitalier, unité de courte durée gériatrique [UCDG], unité de réadaptation fonctionnelle intensive [URFI], centre de jour, services de soutien à domicile du CLSC, organismes communautaires, services d'entretien domestique, etc. Les gestionnaires de cas ont aussi participé à un *focus group,* précédé par un questionnaire auto-administré. La seconde série d'entrevues est prévue durant l'automne 2004, soit après que le degré de mise en œuvre de l'ensemble des composantes sera suffisant. Toujours pour explorer le niveau clinique, les médecins de famille ont été approchés pour répondre à deux questionnaires réalisés avant et après l'entrée en fonction des gestionnaires de cas. L'un des chapitres de ce livre en décrit les résultats. Un troisième questionnaire est prévu durant l'automne 2004, à la demande des partenaires de l'étude lors de la diffusion des résultats intérimaires. Ils ont également mentionné leur intérêt pour connaître l'opinion des gériatres, ce que l'équipe de recherche a accepté de faire. Enfin, les entrevues avec les personnes âgées suivies en gestion de cas et les proches aidants ont été réalisées ; le travail d'analyse est en cours.

Résultats d'implantation

Bien que nous adoptions ici une présentation qui permette la comparaison des trois territoires, le but recherché est principalement de démontrer la variabilité des systèmes mis en place. Puisque l'état de la

recherche ne permettait pas de juger de la meilleure efficacité d'un modèle particulier, cette variabilité était donc souhaitable, et elle a permis l'arrimage des mécanismes et outils aux spécificités de l'organisation des services déjà en place dans chaque territoire, avec ce qu'elle comportait d'opportunités et de contraintes. Les trois territoires de l'Estrie étaient d'ailleurs contrastés à plusieurs points de vue (étendue, densité de population, organisation socio-sanitaire, nombre absolu de personnes âgées, ressources locales disponibles, tradition de concertation, etc.). C'est donc dans cet esprit que sont livrés les principaux résultats.

Concertation : structures et représentation

À Sherbrooke, l'organisation pré-existante des services aux personnes âgées était complexe : plusieurs établissements avec directions autonomes, une quinzaine d'organismes communautaires impliqués dans le maintien à domicile des personnes âgées, plusieurs services ou unités de services rattachés aux établissements avec peu ou pas de coordination de l'ensemble. La structure de départ est elle-même complexe et les enjeux débattus sont souvent axés sur la modification de la perception des gestionnaires quant aux critères orientant les choix et décisions qui s'imposent si on veut effectuer une véritable transformation dans l'offre de services aux aînés. Les enjeux touchent souvent des prérogatives d'autonomie décisionnelle acquises dans les services : avec le réseau, on leur demande d'adapter leurs opérations selon ce qui est établi par la structure de concertation. Ce processus ne s'effectue pas sans heurts… Certains vivent même, parfois, une forme d'ingérence lorsque les questionnements à l'ordre du jour touchent la façon dont leur organisation offre les services. Une description de la structure et de son fonctionnement, complète et détaillée, a été publiée dans le « Rapport de recherche intérimaire »[2]. Pendant les quelque 18 mois (de septembre 2000 à mars 2002) d'activités préalables et concomitantes à l'implantation formelle de la gestion de cas et du guichet unique, les différents comités de la Table de concertation se sont réunis de façon régulière dans le but de s'entendre sur les objectifs, sur les orientations à prendre et sur la façon de procéder. Pendant cette période, à Sherbrooke, un total de 67 réunions ont été tenues, représentant 642 participations.

Au besoin, la Table de concertation a été en mesure de retenir les services de consultants externes afin de réaliser des travaux de recherche et de conceptualisation. La Table a également bénéficié d'un budget de soutien aux initiatives de maintien dans la communauté, soit sous la forme d'allocations financières aux personnes âgées, soit sous la forme

de budgets de développement de projets innovateurs soumis par des organisations du milieu (des alternatives à l'hébergement, par exemple). Ces moyens, gérés par la Table, lui ont donné du pouvoir pour ajuster l'offre de services à des besoins jugés prioritaires pour la localité.

À Sherbrooke, la représentation ne se limite pas uniquement aux établissements qui sont financés par l'enveloppe « personnes âgées », mais s'ouvre aussi au Centre hospitalier, aux organismes communautaires, puis au Centre de réadaptation. Les organismes communautaires ont participé régulièrement aux décisions par la voix de deux représentantes dont l'une occupait le siège de co-présidente de la Table. Une seule personne aînée a pu maintenir le rythme et supporter le degré de difficulté des dossiers discutés durant toute la phase d'implantation. Pendant cette période cruciale, les gestionnaires (niveau tactique) ont pris en main une grande partie des travaux. Exceptionnellement impliqués, les dirigeants des établissements, réunis en comité (niveau stratégique), ont poussé leur réflexion sur l'intégration jusqu'à la modification de la structure de gouvernance, laquelle a donné lieu notamment à la fusion des deux établissements offrant des services d'hébergement et de soins de longue durée, au transfert de certains services (les gestionnaires de cas, le Centre de jour et la gestion des RI-RTF deviennent sous la responsabilité du CLSC), ainsi qu'à l'introduction de « nouveaux » acteurs dans la structure de concertation, laquelle a été remodelée en fonction des priorités du plan d'action convenu avec l'ensemble des partenaires locaux et régionaux. Ainsi, la Régie régionale (devenue depuis l'Agence de développement des réseaux locaux), les pharmaciens (siège vacant à ce jour), les médecins (présents aux différents niveaux depuis 2003), les résidences privées (présentes depuis 2003 par la voix d'un représentant d'un regroupement associatif naissant) et la municipalité (siège vacant à ce jour) ont été sollicités pour participer activement. Suite au constat de l'équipe de recherche selon lequel le niveau clinique avait été sous-représenté durant la phase initiale (ratio de trois cadres pour un intervenant), des améliorations de la représentation du niveau clinique ont été apportées depuis, particulièrement dans les comités où les changements visés concernent les pratiques cliniques ou modifient la façon d'offrir un service (critères d'admissibilité, cheminement de clientèles entre les services de 1re et 2e ligne, etc.).

Le tableau 5.1 présente une liste des représentants qui siégeaient à la Table de concertation des services aux aînés de Sherbrooke pendant la phase de pré-implantation du réseau de services intégrés. L'ensemble

des structures de concertation de Sherbrooke comprenait une Table des directeurs généraux (niveau stratégique), le Comité local de concertation (CLC) et différents sous-comités à vocations ponctuelles ou quasi-permanentes (niveau opérationnel ou clinique). La représentation décrite dans ce tableau ne comprend que les membres du Comité local de concertation (niveau gestionnaire par définition).

Tableau 5.1
Table de concertation de Sherbrooke

Représentants des établissements	Organismes communautaires et autres représentants (privés, aînés, associatif, etc.)	Absents
• Directeur des services infirmiers (DSI) du CHSLD Shermont • DSI du CHSLD Estriade • DSI du CHUS • DSI de l'IUGS • Directeur des services professionnels (DSP) de l'institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke • DSP adjoint au CHUS • Intervenant du CRE • Coordonnateur de la Table de concertation • Directeur des services aux personnes âgées et handicapées du CLSC	• Deux représentants de la Table des organismes communautaires de Sherbrooke, directeurs de leur organisation (plus un co-opté) • Médecin représentant le DRMG arrivé à la fin de la phase de pré-implantation (janvier 2002) • Représentant d'aîné(e)s • Responsable des programmes personnes âgées de la Régie régionale	• Pharmacies communautaires • Coop de services à domicile (SED – entreprise d'économie sociale) • Résidences privées • Professionnel(le)s du secteur de la santé, des services sociaux et des équipes de gériatrie • Transport adapté et municipalité • Représentants des associations œuvrant auprès des aînés • Archivistes • Directions des ressources humaines et syndicats des professionnels

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC : Centre local de services communautaires
CHUS : Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
IUGS : Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
DRMG : Département régional de médecine générale
CRE : Centre de réadaptation de l'Estrie
SED : Services d'entretien domestique

Au Granit, la structure de concertation était déjà constituée avant de s'intéresser au réseau de services intégrés et s'activait principalement autour des objectifs du plan local d'organisation de services aux personnes âgées (PLOS-PA) du Granit. La Table de concertation des aînés de la MRC du Granit a participé activement à la phase de pré-implantation. Plus tard, alors que le guichet unique et la gestion de cas étaient implan-

tés, un comité aviseur a été mis en place, dont au moins un des membres avait la responsabilité de transmettre à la Table de concertation des aînés, les discussions et résultats des travaux du comité aviseur. La structure de concertation était – et est demeurée – simple, mais l'ajout du projet de réseau intégré a nécessité un réaménagement permettant de s'acquitter des nouvelles responsabilités. On a donc procédé à un aménagement des temps de rencontre de façon que des réunions spécifiques soient exclusivement réservées à la mise en place du réseau intégré avec la Table « élargie » pendant que la Table « régulière » continuerait son travail sur le PLOS-PA. Pour composer la Table « élargie », certains acteurs absents de la Table « régulière » ont été ciblés (pharmaciens, médecins, par exemple) et invités à participer aux rencontres dont l'objectif était de mettre en place un réseau de services intégrés.

Pour compléter certains suivis ou encore effectuer des travaux de conceptualisation, des personnes ressources ont été engagées, à différents moments, conjointement par la Table et l'établissement du Granit. Après la mise en place du guichet unique et de la gestion de cas, un comité aviseur formel a été créé, ayant pour mandat de suivre la progression de l'implantation des différentes composantes du réseau de services intégrés. Pendant la période de septembre 2000 à mars 2002, une dizaine de réunions impliquant 116 participations ont été tenues sur l'implantation du réseau intégré du Granit.

On le remarquera dans la liste sur la représentation de la Table du Granit (tableau 5.2), plusieurs des membres siègent à titre personnel plutôt qu'à titre de représentants, souvent parce qu'ils ne peuvent faire autrement étant donné que ce sont des secteurs où il n'existe pas de structure de regroupement. Les médecins de famille et les résidences privées en sont des exemples. Sans statut de représentation, le poids politique et les obligations rattachées au rôle sont moins formels et revêtent moins un caractère d'obligation. En définitive, malgré des absents non négligeables du secteur de la santé, la structure mise en place s'est révélée efficace quant au but immédiat à atteindre : implanter des structures, de nouveaux rôles et des outils.

L'ensemble des structures de concertation du Granit comprenait la Table de concertation des aînés du Granit et le comité aviseur. Pendant une période d'un an, il y avait également un comité du guichet unique qui travaillait à l'interne et réunissait des représentants des différentes missions de l'établissement. La représentation décrite dans le tableau 5.2 ne comprend que les membres de la Table de concertation.

Tableau 5.2
Table de concertation du Granit

Représentants des établissements	Organismes communautaires et autres représentants (privé, aînés, associatif, etc.)	Absents
• Directeur des programmes de la mission CLSC • Chef d'administration des programmes de soutien à domicile de la mission CLSC • Chef du service d'hébergement de longue durée et infirmière de liaison en centre hospitalier • Directeur de la mission CHSLD • Organisateur communautaire • Représentant des professionnel(le)s du soutien à domicile du CLSC • Médecin omnipraticien rattaché entre autres à la mission de centre hospitalier	• Directeur du transport adapté • Directeur du Service d'entretien domestique • Directeur de l'action bénévole du Granit • Deux propriétaires de résidences privées pour personnes âgées (à titre personnel, pas de structure de représentation pour les résidences privées) • Trois représentants des aîné(e)s (à titre personnel, pas à titre de représentants d'association) • Directeur des amis des petits frères des pauvres	• Pharmaciens communautaires • Médecins omnipraticiens pratiquant en clinique médicale privée • Municipalité • Professionnel(le)s de la réadaptation

À Coaticook, la Table de coordination des services aux personnes âgées était constituée depuis plusieurs années et avait à son actif, comme au Granit, plusieurs activités touchant les personnes âgées de leur localité (Tournée Santé Bel-Âge, projets de formation, soupers communautaires, etc.). La structure de concertation était simple et il n'y a pas eu de modification au fonctionnement habituel de la Table pour le projet de réseau intégré. Au besoin, tout au long de l'implantation des différentes composantes, les dispensateurs de services étaient conviés à participer à des réunions de suivi de l'implantation, sur des aspects précis qui requéraient une concertation entre les partenaires. Par exemple, l'implantation du questionnaire Prisma-7 dans les organismes communautaires a nécessité des rencontres d'information sur les normes d'uti-

lisation de l'outil. Il n'y avait pas de calendrier pré-établi pour ces réunions ponctuelles. Pendant la période de septembre 2000 à mars 2002, la Table a réalisé 15 réunions impliquant 219 participations.

Coaticook est le territoire dont la structure de concertation pour les personnes âgées est la plus ancienne des trois territoires suivis. Sa base de participation se veut très large, mais la participation réelle aux réunions tourne autour d'une quinzaine de personnes. Tout au long du processus de pré-implantation, la Table de coordination des services aux aînés de la MRC de Coaticook a suivi l'évolution des changements qui s'effectuaient à l'intérieur de l'établissement, mais sans être inscrite dans les processus décisionnels. En effet, les modifications à instaurer touchaient surtout des aspects organisationnels, donc l'établissement. Les participants n'avaient pas à statuer sur ces questions. Par contre, lorsque la mise en place d'un changement exigeait une collaboration (l'introduction du Prisma-7, par exemple), une rencontre des responsables des services (organismes communautaires, résidences privées, pharmacies communautaires, établissements dispensant des services régionaux, etc.) était organisée et la participation était bonne. Lors de ces rencontres ponctuelles, les participants profitaient de l'occasion pour faire le point sur l'avancement des travaux. Cette structure était moins formalisée que dans les deux autres régions, et la représentation de l'établissement était minimale, mais constante. Son rôle principal consistait à coordonner les différentes activités (nombreuses) qui se tenaient sur le territoire et d'organiser des sessions de formation s'adressant tant aux bénévoles qu'aux préposés des résidences privées et du Service d'entretien domestique. Comme Table, les membres ont souvent fait valoir leur position ou leur appui. Une partie des énergies était également consacrée à rechercher du financement d'appoint, puisque le budget de la Table est minimal.

L'ensemble des structures de concertation de Coaticook comprenait la Table de concertation des services aux aînés de la MRC de Coaticook et un comité informel, ponctuel, de suivi d'implantation. Puisque l'ensemble des médecins pratiquent dans l'ensemble des milieux (cliniques médicales, CHSLD, CLSC, urgence) et qu'ils sont tous réunis au CMDP (comité des médecins, dentistes et pharmaciens) de l'établissement, il était plus facile d'avoir un lieu de rencontre avec eux permettant une transmission d'informations. Ainsi, malgré leur absence de la Table, un lien fonctionnel existait et était utilisé au besoin. La représentation décrite dans le tableau 5.3 ne comprend que les membres de la Table de coordination, pendant la phase de pré-implantation.

Tableau 5.3
Table de coordination des services de Coaticook

Représentants des établissements	Organismes communautaires et autres représentants (privé, aînés, associations, etc.)	Absents
• Chef d'administration des programmes de soutien à domicile de la mission CLSC • Organisateur communautaire • Intervenant en réadaptation du CRE (vocation régionale)	• Directeur du transport adapté • Responsable du service de maintien à domicile du Centre d'action bénévole de Coaticook • Un représentant des Loisirs thérapeutiques • Un représentant de l'Association des propriétaires de résidences privées pour personnes âgées • Trois présidents de sections locales de l'Âge d'or • Deux propriétaires de pharmacies communautaires • Un représentant des aînés anglophones • Président du centre d'action bénévole de Coaticook et de l'association des locataires du HLM	• Professionnels de la santé, de la réadaptation et du service social • Médecins omnipraticiens • Municipalité • Représentants du CHUS et de l'IUGS (établissements à vocation régionale) de qui la population âgée de la MRC reçoit des services spécialisés • Directeur du service d'entretien domestique (s'est joint à la Table à compter de 2003)

Guichet unique

À Sherbrooke, dans le projet initial formulé par le Comité local de concertation, il y avait un vaste projet d'information et d'informatisation comprenant entre autres un site Internet et des hyperliens avec l'ensemble des partenaires locaux et régionaux. Cependant, à cause des limitations budgétaires, le projet a été réduit de façon à conserver une fonction accueil, information et référence, mais sans lui donner l'ampleur souhaitée au départ. Pendant leur processus d'analyse pré-implantation, les responsables ont identifié deux clientèles bien distinctes du guichet unique : les personnes âgées et leurs proches aidants d'une part et,

d'autre part, les intervenants de l'ensemble des services du réseau de la santé et des services sociaux. Il a fallu également considérer le volume des demandes qui circulent au CLSC et celles qui sont directement acheminées dans les autres services (hôpital de jour, centre de jour, URFI, UCDG, cliniques externes gériatriques, etc.). Il fut donc convenu d'instaurer deux « portes », l'une pour la population située à l'accueil du CLSC, l'autre pour les intervenants avec un fonctionnement téléphonique, par télécopie et bientôt informatique, située au service de soutien à domicile du CLSC de Sherbrooke. Dans les deux cas, ce sont des professionnel(le)s qui prennent les demandes et les évaluent, avant de les référer au service qui correspond à leurs besoins, soit le soutien à domicile, soit la gestion de cas, soit un autre service. Dans les trois régions, une bascule téléphonique et une procédure de référence ont été établies avec le service Info-Santé qui peut référer les cas de personnes âgées signalés le soir, la nuit ou la fin de semaine, alors que les bureaux sont fermés. L'outil de repérage utilisé est le Prisma-7.

En terme de résultats, nous disposons actuellement de données sur la fréquentation et sur les référents, puisées au Système d'information sur la clientèle (SIC ou I-CLSC) (tableau 5.4). De façon générale, à Sherbrooke, on y traite près de 2500 demandes de services pour les personnes de 65 ans et plus pendant une période de 6 mois dont 75 % concernent des personnes de 75 ans et plus. Environ 65 % des demandes de services sont effectuées par le secteur médical (cliniques médicales et services hospitaliers). On peut noter que ce sont les cliniques médicales de Sherbrooke qui réfèrent proportionnellement moins de personnes âgées, avec 16,5 % des références faites en comparaison de 24,4 % au Granit et 28,4 % à Coaticook. Il faut porter attention au fait que, dans les 3 territoires, autour de 20 % des demandes ne sont pas référées par des intervenants et sont donc des appels des familles, voisins ou des personnes âgées elles-mêmes. Cette donnée conforte l'importance d'effectuer un repérage au guichet unique. Ces 3 principales sources de références (cliniques médicales, centres hospitaliers et références de la communauté) couvrent plus de 86 % de l'ensemble des demandes qui touchent des personnes âgées à Sherbrooke, 95 % de l'ensemble au Granit et 92 % à Coaticook.

Au Granit, il y avait déjà un lieu de réception des appels pour les demandes de services de soutien à domicile. Ce lieu était physiquement situé au Soutien à domicile de la mission CLSC du Carrefour de la santé du Granit, et il y avait déjà une infirmière qui orchestrait l'ensemble.

Tableau 5.4
Résultats du guichet unique après six mois d'opération (trois territoires)

Variables	Sherbrooke		Granit		Coaticook	
Période	**Janv. 2002 à juin 2002**		**Mai 2002 à nov. 2002**		**Mai 2002 à nov. 2002**	
Nombre de demandes de services (65 ans et plus)	2478		536		529	
Sexe (femmes)	1675 (67,6 %)		317 (59,1 %)		358 (67,7 %)	
Âge :						
65-74 ans	605	(24,4 %)	94	(17,5 %)	96	(18,1 %)
75-84 ans	1099	(44,4 %)	291	(54,3 %)	271	(51,2 %)
85 ans et plus	774	(31,2 %)	151	(28,2 %)	162	(30,6 %)
Référents :						
Clin.MD[1]	410	(16,5 %)	131	(24,4 %)	149	(28,4 %)
C.H.[2]	1210	(48,8 %)	270	(50,4 %)	214	(40,5 %)
Réf N/f[3]	527	(21,3 %)	110	(20,5 %)	123	(23,5 %)
Autres[4]	331	(13,4 %)	25	(4,7 %)	43	(8,1 %)
Demandes assignées en gestion de cas pendant cette période	136 personnes		28 personnes		22 personnes	
Demandes assignées à :						
Infirm.[5]	Données non disponibles		328	(47,5 %)	278	(51,2 %)
Psy-soc.[6]			194	(28,1 %)	175	(28,1 %)
Ergo[7]			106	(15,3 %)	90	(16,6 %)
Autres[8]			63	(9,1 %)		–

1. Clin.MD : cliniques médicales
2. C.H. : centres hospitaliers
3. Réf N/f : Références non formelles, c'est-à-dire usagers, conjoints, proches, voisins, etc.
4. Autres : Info-Santé, Urgence détresse, Curatelle, centres spécialisés en réadaptation, toxicomanie, etc.
5. Infirm. : Soins infirmiers à domicile
6. Psy-soc. : Services psychosociaux (note : le nombre d'assignations aux services psychosociaux inclut la gestion de cas)
7. Ergo : Services d'ergothérapie à domicile
8. Autres : Autres services tels que physiothérapie, inhalothérapie, nutrition

Comme il n'y avait pas de soutien clérical dans ce service, il pouvait arriver que les personnes et intervenants aient à fonctionner avec une boîte vocale, ce que déplorent les personnes âgées. Aussi, une ligne sans

frais a été installée sur un téléphone mobile pour que l'infirmière puisse répondre de façon prioritaire aux appels de cette ligne, où qu'elle soit. Compte tenu des difficultés pratiques rattachées à cette ligne pour l'unique personne assignée aux appels, le téléphone mobile a été abandonné avec le projet d'engager plutôt une secrétaire qui pourrait répondre aux appels lorsque l'infirmière est occupée.

Les résultats d'achalandage au Granit, pendant la première période complète de 6 mois (mai à novembre 2002), démontraient que, parmi les 536 demandes de services qui concernaient des personnes âgées, 82,5 % visaient des personnes de 75 ans et plus. Ces personnes ont été assignées surtout aux soins infirmiers dans 47,5 % des cas et aux services psychosociaux (incluant la gestion de cas) dans 28,1 % des cas. Parmi les référents, les plus importants sont, comme à Sherbrooke, les milieux médicaux (cliniques médicales et services hospitaliers) qui réfèrent 75 % des demandes concernant des personnes âgées. Pendant cette période, seulement 12 Prisma-7 ont été complétés et inscrits au SIC (I-CLSC), un résultat qui traduit l'absence d'intensité de la fonction de repérage des personnes âgées en perte d'autonomie au guichet unique.

À Coaticook, l'historique d'implantation du guichet unique passe par la négociation d'un poste à la faveur d'un transfert du service Info-Santé vers Sherbrooke. Puisqu'il n'y avait aucun budget associé à sa mise en place dans les deux régions, ce sont les recherches d'opportunités qui ont permis d'aménager la formule existante. Trois professionnel(le)s du secteur infirmier reçoivent et donnent suite aux demandes de services pour les personnes âgées. Le bureau est physiquement situé à côté de l'urgence et tout près de l'accueil.

Les résultats d'achalandage révèlent que, pendant la même période qu'au Granit (mai à novembre 2002), il y avait 529 demandes de services effectuées à Coaticook, soit autant que dans le Granit, alors que la population âgée de Coaticook est de 30 % inférieure à celle du Granit. Les personnes référées étaient surtout des femmes (67,7 %) et se trouvaient dans la catégorie des 75 ans et plus dans une proportion de 82 %, c'est-à-dire exactement la même proportion qu'au Granit. Tout comme dans les deux autres régions, les partenaires médicaux occupent une place importante : les personnes âgées sont référées à 70 % par les cliniques médicales et le secteur hospitalier. Les personnes âgées elles-mêmes ainsi que leurs proches ou connaissances effectuent pour leur part 23,5 % des références.

Gestion de cas

Une place plus importante est accordée au corpus de données qui touche directement la gestion de cas puisqu'il est question ici de l'introduction d'une nouvelle pratique auprès des personnes âgées (la coordination de services par la gestion de cas) dont l'efficacité est tributaire de l'utilisation d'outils communs, ainsi que de la qualité de la collaboration qui aura pu s'actualiser entre le gestionnaire de cas et l'ensemble des autres cliniciens et partenaires du réseau (médecins, infirmières, ergothérapeutes, nutritionnistes, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, etc.). C'est la raison pour laquelle, après avoir décrit ce qui concerne la gestion de cas, nous consacrons la section suivante aux résultats d'une entrevue de groupe focalisée (*focus group*) effectuée auprès des intervenants qui ont été en relation avec les gestionnaires de cas.

Pour rendre compte du nouveau mécanisme de gestion de cas mis en place, nous avions donc à cerner un ensemble de variables : 1) l'intervention réelle définie essentiellement par les activités professionnelles réalisées auprès de la clientèle ; 2) les ressources utilisées – professionnelles, matérielles, informationnelles, c'est-à-dire les outils mis à la disposition des gestionnaires de cas pour faire leur travail (le DCI comprenant notamment le SMAF et le PSI) ; 3) la population rejointe, c'est-à-dire dans quelle mesure les caractéristiques des personnes desservies correspondent aux critères d'accès fixés au préalable. Pour ce faire, une entrevue de groupe focalisée (*focus group)* a été réalisée avec les gestionnaires de cas (après la période de rodage), précédée par un questionnaire auto-administré. Des collectes d'informations, à six mois d'intervalles, ont été faites dans les dossiers cliniques des clients suivis en gestion de cas. Nous avons également utilisé certaines informations colligées au SIC (ou I-CLSC). Précisons qu'il ne s'agit pas ici d'évaluer la qualité de l'acte du gestionnaire de cas, mais bien d'apprécier le processus d'implantation de la fonction. Dans cet esprit, la collecte a adopté une perspective transversale.

Les gestionnaires de cas sont entré(e)s en fonction plus rapidement à Sherbrooke (octobre 2001 vs janvier et février 2002) mais, dans les trois régions, on a pu observer une lenteur dans la progression de l'octroi des allocations financières nécessaires pour doter les territoires d'un nombre suffisant de gestionnaires de cas. Après les 9 premiers mois d'opération, Sherbrooke avait 5 gestionnaires de cas à temps complet (sur 19 requis) soit 26 % de déploiement, le Granit avait 2 gestionnaires de cas à temps complet sur 3,5 requis, ce qui représente 57 % de déploie-

ment, alors qu'à Coaticook 3 intervenants consacraient l'équivalent de 1 jour/semaine, c'est-à-dire 0,6 équivalent temps complet sur 2,4 requis, ce qui signifiait 25 % du déploiement attendu. Sauf au Granit où les charges de cas (*caseloads*) ont été constituées massivement dès le départ, sur la base des clients déjà connus par le Soutien à domicile, à Sherbrooke et Coaticook les charges de cas n'étaient pas optimales après neuf mois.

Du fait des caractéristiques très différentes des milieux d'implantation du réseau de services intégrés, et aussi parce que les territoires disposaient d'une certaine latitude quant à l'aménagement de la nouvelle fonction de gestionnaire de cas, son introduction s'est effectuée en s'appuyant sur la structure en place ainsi que sur les forces et dynamiques déjà présentes dans les milieux. Il n'y a pas eu prescription sur ce point ; les territoires procédant à la mesure de leurs ressources et contraintes propres, ce qui a finalement généré des modèles différents.

En cours d'implantation, il est apparu que les trois territoires avaient aménagé différemment la fonction de gestion de cas. À **Sherbrooke**, le choix des partenaires en concertation a été de mettre en place une nouvelle équipe de gestionnaires de cas, laquelle serait administrativement rattachée à la Table de concertation plutôt qu'à un établissement en particulier. Ce choix s'expliquait par le souhait de mettre en évidence le rôle inter-établissements des gestionnaires de cas. L'image qui a été la plus utilisée pour décrire le positionnement de cette équipe parmi les partenaires était celle des « casques bleus de l'ONU », en fait l'image d'un intervenant non rattaché à un établissement spécifique et pleinement justifié d'intervenir à l'intérieur des différentes organisations, le but étant de suivre son client où qu'il soit. Cette équipe se composait au départ de cinq femmes, dont trois travailleuses sociales ou agentes de relations humaines, une infirmière et une psychologue. Ces intervenantes se sont consacrées à plein temps à la gestion de cas depuis octobre 2001. Progressivement, de nouveaux gestionnaires de cas se sont joints à l'équipe, portant celle-ci à 14 intervenants au début de l'année 2004, dont 11 sont des professionnel(le)s des services psychosociaux et 3 des soins des infirmier(e)s.

Au Granit et à Coaticook, ce sont surtout les professionnel(le)s en place qui deviennent des gestionnaires de cas : trois sont désigné(e)s pour le faire (dont deux à Coaticook). Au Granit, sur les deux postes de gestionnaires de cas, l'un est un poste d'agent de relations humaines (a.r.h.) converti en poste de gestionnaire de cas, l'autre est créé spécifi-

Tableau 5.5
Modèles de gestion de cas et caractéristiques de la pratique

	Sherbrooke	Granit	Coaticook
Modèles de gestion de cas implantés	Modèle à rôle unique • Gestion de cas à temps plein effectuant un rôle de coordination de services • Clientèle homogène (i.e. admissible à la gestion de cas)	Modèle hybride • Gestion de cas à temps plein effectuant un rôle de coordination de services et un rôle professionnel (mais en mode mineur) • Clientèle homogène (i.e. admissible à la gestion de cas)	Modèle mixte • Gestion de cas à temps partiel, effectuant un cumul de rôles : coordination de services et rôle professionnel • Clientèle hétérogène : une clientèle régulière et une clientèle admissible à la gestion de cas
Composition	**Multidisciplinaire**	**Multidisciplinaire**	**Unidisciplinaire**
Équipe de prise en charge	Constitution d'une nouvelle équipe, composée de 11 professionnel(le)s des services psychosociaux et 3 des soins infirmier(e)s.	Fonctionnement comme sous-équipe de gestion de cas, à l'intérieur de l'équipe de soutien à domicile du CLSC. Composée de deux professionnel(le)s du service social et un(e) psychologue	Deux professionnel(le)s du service social de l'équipe du soutien à domicile deviennent gestionnaires de cas, sur une base de fonctionnement individuel
Rattachement organisationnel	*De 2001 à 2003* : Rattachement à un comité inter-organisationnel réunissant les directions du CHUS, du CLSC, des CHSLD et de l'IUGS, ainsi que des organismes communautaires réunis au Comité local de concertation. *Depuis 2003* : Intégration de l'équipe des gestionnaires de cas au CLSC	À la mission CLSC de l'établissement du Granit	À la mission CLSC de l'établissement de Coaticook

Tableau 5.5 (suite)

Composition	Sherbrooke	Granit	Coaticook
Nombre de gestionnaires de cas	Passe de 5 gestionnaires de cas à temps plein (5 ETP) en 2002 à 14 ETP (depuis le printemps 2004) sur un besoin évalué à 19,4 ETP (en 2001), ajusté à 20,3 en 2003[1]	Passe de 2 gestionnaires de cas à temps plein (2 ETP) en 2002 à 2,4 ETP (depuis l'automne 2003) sur un besoin évalué à 3,5 ETP (en 2001). Le nombre de gestionnaires de cas requis a été ajusté à 3,54 depuis 2003[1]	Passe d'un équivalent de 0,6 ETP à 1,4 ETP sur 2,42 ETP. Le nombre de gestionnaires de cas requis a été ajusté à 2,7 ETP depuis 2003[1]
Évolution du modèle	Modèle à rôle unique au début évoluant vers le modèle hybride en 2003	Modèle hybride depuis le début	Modèle mixte en questionnement

1. Les ajustements sont effectués annuellement en fonction des projections de l'ISQ basées sur les données corrigées du recensement de 1996.

quement pour la gestion de cas. Les deux intervenants choisis sont des agents de relations humaines ou travailleurs sociaux. Plus tard, en 2003, un poste de quatre jours a été ouvert et comblé par un psychologue, ce qui va dans le sens d'une multidisciplinarité. À Coaticook, aucun poste n'est créé, la fonction est partagée entre les deux intervenants sociaux les plus expérimentés de l'équipe du soutien à domicile. On privilégie une orientation unidisciplinaire (travail social) pour ce rôle. Plus tard, en 2003, on voit apparaître un intérêt, de la part des autres intervenant(e)s sociaux de l'équipe, pour que la fonction de gestion de cas soit répartie sur l'ensemble des intervenants sociaux de l'équipe de soutien à domicile. Par contre, d'autres voix questionnent l'efficacité du modèle mixte. On s'attend à des développements sur ce point en 2004. Le tableau 5.5 résume les différents modèles de gestion de cas.

Il importe de préciser que si la composante « gestion de cas » n'est pas déployée pleinement, tout un ensemble d'éléments sont touchés par le fait même puisqu'ils en dépendent : un nombre moins grand que prévu de personnes âgées bénéficieront d'une évaluation globale de leur situation (outil multiclientèle incluant le SMAF) et d'une coordination de services, et, théoriquement, moins d'usagers bénéficieront d'un plan de services individualisés (PSI). Aussi, en plus du critère de déploiement des gestionnaires de cas, le second aspect à considérer concerne la toute première condition permettant d'optimiser l'intervention, c'est-à-dire la charge de cas (*caseload)*. Le *caseload* moyen recommandé par l'équipe de recherche était de 45 cas par équivalent temps plein (ETP).

Après 9 mois d'opération, Sherbrooke avait desservi 195 personnes âgées avec 25,4 % des effectifs requis (5 gestionnaires de cas ETP sur 19,7 requis) à l'intérieur d'un modèle à rôle unique. Le Granit avait desservi 83 clients sous un modèle hybride de gestion de cas avec 57,1 % des effectifs requis (2 ETP sur 3,5 requis) alors que Coaticook avait rejoint 30 clients avec 57,9 % des effectifs requis, c'est-à-dire avec 1,4 ETP en gestion de cas sur 2,42 ETP requis.

L'évolution des trois sous-régions à travers ces modèles nous amène de plus en plus à privilégier le modèle hybride, qui apparaît facilitant pour la conciliation nécessaire du rôle de gestionnaire de cas avec celui des autres professionnel(le)s du soutien à domicile en milieu CLSC et plus particulièrement avec celui des intervenants pivots. Quel que soit le modèle choisi cependant, la valeur réelle de la fonction sera toujours tributaire de la place qui sera réservée à cet intervenant particulier, parmi l'ensemble des partenaires de tous les secteurs (1re ligne, 2e ligne, 3e ligne,

partenaires médicaux et des pharmacies, privés, communautaires, etc.) dans son rôle de « casque bleu ».

Les activités professionnelles en gestion de cas

Avant de mettre en place le réseau intégré, le rôle du gestionnaire de cas a fait l'objet d'une recension des écrits effectuée à Sherbrooke par une consultante externe. L'essentiel a été consigné dans un document issu du Comité local de concertation*, dans lequel on stipule que la gestion de cas constitue un moyen de rendre des intervenants imputables quant à la responsabilité de développer un plan de services individualisé (PSI) en lien avec une évaluation globale des besoins, de s'assurer que ces services sont bien rendus et réajustés selon l'évolution de la situation et de défendre les intérêts du client et de sa famille. En somme, on met l'accent sur l'adaptation des services aux besoins plutôt que sur l'adaptation des personnes aux services existants. Les tâches des gestionnaires de cas sont regroupées soit en interventions directes (évaluation globale, planification des services, interventions en situations de crise), soit en interventions indirectes (activités de coordination de services et de cessations de services). Ces activités étaient codifiées dans le SIC (ou I-CLSC). Les tableaux 5.6 et 5.7 regroupent les résultats des deux premières collectes dans les trois territoires, quant aux activités professionnelles (actes) et à l'utilisation des outils (SMAF et PSI) par les gestionnaires de cas.

* Comité local de concertation des services aux personnes aînées de la MRC de la région sherbrookoise (février 2000). Implantation d'un réseau intégré de services pour les personnes âgées, p. 23-24.

Tableau 5.6
Résultats de la gestion de cas : les activités professionnelles (données recueillies dans le SIC)

		Sherbrooke		Granit		Coaticook	
Variables	**Indicateurs**	**Collecte nº 1 (11 janv. 02) (n = 59)**	**Collecte nº 2 (20 juin 02) (n = 136)**	**Collecte nº 1 (6 mai 02) (n = 52)**	**Collecte nº 2 (1 nov. 02) (n = 28)**	**Collecte nº 1 (9 mai 02) (n = 8)**	**Collecte nº 2 (9 nov. 02) (n = 22)**
Charge de cas	• Nombre d'usagers moyen par gestionnaire de cas à la fin de la période couverte (charge de cas)	12	40,4	34	35	4	7,5
Rôles-Actions (actes)	• Nombre total d'actes	274	1551	256	507	51	300
	• Évaluation des besoins de l'usager	55 (20,1 %)[a]	170 (11 %)	21 (8,2 %)	27 (5,1 %)	–	23 (7,6 %)
	• Poursuite de l'évaluation	17 (6,2 %)	89 (5,7 %)	–	1 (0,2 %)	1 (2,0 %)	1 (0,3 %)
	• Réévaluation (annuelle ou bisannuelle)	–	7 (0,5 %)	1 (0,4 %)	4 (0,8 %)	6 (11,8 %)	–

Tableau 5.6 (suite)

		Sherbrooke		Granit		Coaticook	
Variables	**Indicateurs**	**Collecte n° 1 (11 janv. 02) (n = 59)**	**Collecte n° 2 (20 juin 02) (n = 136)**	**Collecte n° 1 (6 mai 02) (n = 52)**	**Collecte n° 2 (1 nov. 02) (n = 28)**	**Collecte n° 1 (9 mai 02) (n = 8)**	**Collecte n° 2 (9 nov. 02) (n = 22)**
Rôles-Actions (actes)	• Concertation clinique (correspond à la planification et coordination des services)	127 (46,3 %)	754 (48,6 %)	42 16,4 %)	68 (12,8 %)	22 (43,1 %)	46 (57,7 %)
	• Suivi de la situation	38 (13,9 %)	239 (15,4 %)	137 (53,5 %)	270 (51,1 %)	12 (23,5 %)	87 (29 %)
	• Intervention psychosociale et éducative	37 (13,5 %)	–	55 (21,5 %)	11 (2,1 %)	10 (19,6 %)	35 (11,7 %)
	• Démarches		26 (1,7 %)		57 (10,8 %)		61 (20,3 %)
	• Soutien aux aidants		258 (16,6 %)		89 (16,9 %)		47 (15,7 %)
	• Interv. en situation de crise		8 (0,5 %)		1 (0,2 %)		1 (0,3 %)
	Nombre moyen d'actes par dossier	4,9 actes	11,4 actes	4,2 actes	6,7 actes	6,4 actes	10 actes

a Fréquence (pourcentage)

Tableau 5.7
Résultats de la gestion de cas : l'utilisation des outils (SMAF et P.S.I.) – données recueillies dans les dossiers

	Sherbrooke		Granit		Coaticook	
Indicateurs	**Collecte n° 1 (11 janv. 02) (n = 59)**	**Collecte n° 2 (20 juin 02) (n = 136)**	**Collecte n° 1 (6 mai 02) (n = 52)**	**Collecte n° 2 (1 nov. 02) (n = 28)**	**Collecte n° 1 (9 mai 02) (n = 8)**	**Collecte n° 2 (9 nov. 02) (n = 22)**
SMAF						
• Nombre de SMAF	57/59 (96,6 %)[a]	95/136 (69,9 %)	46/52 (88,5 %)	20/28 (71,4 %)	6/8 (75 %)	20/22 (90,9 %)
• Faits par un gestionnaire de cas	18/57 (31,6 %)	52/95 (54,7 %)	17/46 (36,9 %)	16/23 (69,6 %)	4/6 (66,7 %)	14/20 (70 %)
PSI						
• Présence d'un PI-PSI	48/59 (81,4 %)	64/136 (47,0 %)	34/52 (65,4 %)	14/28 (50 %)	5/8 (62,5 %)	13/13 (100 %)
• Faits par un gestionnaire de cas	36/48 (75,0 %)	39/64 (60,9 %)	20/34 (58,8 %)	9/14 (64,3 %)	5/5 (100 %)	13/13 (100 %)
Services						
• Nombre moyen de services planifiés dans le PI-PSI ± écart-type	4,6 ± 1,97[b]	3,44± 2,19	2,3 ± 1	3,6 ±1,5	3,6 ± 3,2	4,8 ±1,7
• [Étendue]	(0 à 10)[c]	(0 à 12)	(0 à 4)	(2 à 6)	(1 à 8)	(2 à 9)
Aucun service inscrit	4/48 (8,3 %)[a]	2/64 (3,1 %)	1/34 (2,9 %)	–	–	–
1-2	7/48 14,6 %)	25/64 (39,1 %)	18/34 (53 %)	3/14 (21,4 %)	3/5 (60 %)	1/13 (7,7 %)
3-4-5	23/48 (47,9 %)	28/64 (43,8 %)	15/34 (44,1 %)	8/14 (57,2 %)	–	9/13 (69,2 %)
6-7-8	13/48 (27,1 %)	7/64 (10,9 %)	–	3/14 (21,4 %)	2/5 (40 %)	2/13 (15,4 %)
9 et plus	1/48 (2,1 %)	2/64 (3,1 %)	–	–	–	1/13 (7,7 %)

a Fréquence (pourcentage) b Moyenne ± Écart-type c (Étendue)

Alors que les actes de concertation clinique représentent entre 43 et 58 % des codifications d'interventions au SIC dans Sherbrooke et à Coaticook, le Granit n'a colligé que 14 % des actes, en moyenne, dans cette même catégorie d'activités. Les gestionnaires de cas du Granit ont codifié les suivis de situation dans des proportions de 52 % en moyenne alors que, à Sherbrooke, ce type d'interventions n'obtenait que 14 % environ des codifications. L'explication de ces différences reflète davantage les règles de codification d'une intervention au SIC que l'acte réel. En effet, avec l'arrivée des gestionnaires de cas, l'équipe de recherche avait demandé de prévoir la codification de la coordination de services (qui n'est généralement pas considérée comme une intervention), d'identifier les partenaires avec qui la concertation serait effectuée et d'ajouter un code de ré-évaluation bisannuelle ou annuelle. Les résultats obtenus suite à cette demande ont été inégaux. L'interprétation des données a également été influencée par un autre facteur : à cause du regroupement des missions dans les établissements en milieux ruraux, la concertation ne pouvait être colligée au SIC que si elle s'effectuait avec des partenaires externes (des organismes communautaires par exemple), alors qu'à Sherbrooke la totalité des partenaires étaient considérés comme externes, puisque les services étaient dispensés par plusieurs établissements. Cette expérience nous fait dire que, compte tenu de l'importance du temps accordé par les différents intervenants, gestionnaires et archivistes pour les données du SIC, il aurait été intéressant de pouvoir s'appuyer sur ce système d'informations pour procurer des données fiables entourant la nouvelle fonction de gestion de cas ; ce fut possible en partie seulement. Des considérations d'imputabilité au niveau national opèrent une pression sur les différents acteurs pour que les codifications deviennent davantage fiables. Ce faisant, une partie du rôle de gestion de cas n'étant pas considérée comme une intervention, le SIC (dans sa version actuelle) ne pourra rendre compte de l'ensemble de leurs activités professionnelles.

La proportion des évaluations de besoins dans les codifications de rôles-actions rend compte du nombre d'outils multiclientèles (incluant le SMAF) administrés par les gestionnaires de cas pour des clients qui n'en avaient pas déjà ou pour qui l'évaluation devait être refaite. Ainsi, entre 5 et 20 % des dossiers ont reçu une codification d'évaluation alors que 70 à 97 % des dossiers des clients avaient une évaluation dans leur dossier clinique. Quant aux PSI, on remarque qu'une plus grande proportion était faite par les gestionnaires de cas, cependant, plus la charge

de cas augmentait, moins on retrouvait de PSI écrits dans les dossiers. Par ailleurs, on remarque dans les trois territoires une importance équivalente des interventions auprès des proches aidants, puisque 16 % des interventions en moyenne s'effectuent auprès des aidants.

Dossier clinique informatisé (DCI)

Quant au dossier clinique informatisé (DCI), au moment de la seconde collecte, il était dans la phase de pré-implantation, ce qui n'a pas facilité la tâche des gestionnaires de cas, non plus que l'adaptation des autres professionnel(le)s du réseau, surtout en milieu urbain, à cause de l'obligation de transiger dossier par dossier avec l'ensemble des établissements pour réussir à obtenir toutes les informations pertinentes sur la personne suivie. Cet élément a représenté un frein à l'efficacité pour les gestionnaires de cas, mais également pour les intervenants qui interpellent la gestion de cas et qui devaient s'en remettre aux communications téléphoniques (souvent par boîtes vocales interposées) et aux télécopieurs pour connaître la progression des différents éléments de leurs dossiers communs. Cette dynamique a créé des insatisfactions de part et d'autre, ce que nous avons pu constater lors des entrevues de groupe focalisées (*focus groups)* effectuées avec les intervenants du réseau.

Clientèle desservie par la gestion de cas

Chacun des territoires s'est approprié le champ d'action de l'intervention en gestion de cas en déterminant les critères d'accès en fonction de lignes directrices générales issues des expérimentations et recherches récentes effectuées au Québec pendant les années 1990. Essentiellement, il s'agit de rejoindre des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave qui ont besoin d'une coordination de services, ce qui sous-entend qu'il y a au moins deux services à coordonner. La formulation des critères d'accès par chaque territoire a permis à la fois de les instaurer en fonction d'une mise en place progressive des intervenants en gestion de cas et en fonction de l'actualisation du guichet unique chargé de repérer les personnes en perte d'autonomie et de les référer au bon endroit. Ces critères étaient les mêmes sur l'essentiel (c'est-à-dire avoir une perte d'autonomie modérée caractérisée par un score SMAF supérieur à 15), mais ont varié sur certaines modalités. Par exemple, le fait d'ouvrir la gestion de cas à la clientèle âgée avec problèmes psychologiques (ou psychiatriques) (comme au Granit) ou de les exclure nommément (comme à Sherbrooke). Les territoires du Granit et de Coaticook

avaient choisi de rendre admissibles les clientèles de moins de 65 ans avec profil gériatrique, ce qui n'était pas fait à Sherbrooke, surtout en raison du peu de gestionnaires de cas en fonction à ce moment-là.

Le tableau 5.8 rapporte les principales caractéristiques de la clientèle desservie pendant les neuf premiers mois de travail des gestionnaires de cas dans les trois territoires de l'étude. Globalement, la clientèle est répartie assez également entre les hommes et les femmes en milieu rural, mais rejoint davantage de femmes (66,2 %) à Sherbrooke. La moyenne d'âge se situe entre 78 et 80 ans, variant de 61 à 102 ans. Entre 75 et 88 % des clients vivent à domicile, et les résidences privées sont le lieu de vie de 10 à 16 % d'entre eux au moment de leur prise en charge en gestion de cas. Dans les 3 territoires, on remarque une forte représentation des 75-84 ans puisqu'elle compte pour la moitié environ des clients. Entre 36 et 54 % vivent en couples et, selon les territoires, entre 16 et 26 % des clients vivent seuls. Le principal référent pour la gestion de cas demeure le CLSC (services de soutien à domicile plus particulièrement). Les services spécialisés de deuxième ligne (centres hospitaliers et Institut de gériatrie) effectuent également une part des références. C'est au Granit que les médecins de famille effectuent le moins de références pour la gestion de cas, ce qui converge avec les résultats de notre questionnaire aux médecins. C'est également le territoire où les patients et les proches effectuent le plus de demandes (18,2 % au Granit, 1,5 % à Sherbrooke et 6,7 % à Coaticook).

Au niveau de la perte d'autonomie des personnes suivies en gestion de cas, c'est le Granit qui se démarquait par rapport à la moyenne des scores au SMAF : 20,3 au Granit alors que Sherbrooke et Coaticook atteignaient respectivement une moyenne de 31,2 et 32,4. Nous avons remarqué un nombre élevé de données manquantes et de scores SMAF inférieurs à 15. Parmi les principaux problèmes de santé, la démence (troubles cognitifs) s'avère être la catégorie de diagnostics la plus relevée, avec les maladies cardiaques et respiratoires dans les trois territoires. Les problèmes psychologiques et psychiatriques occupent également une place importante. Les cancers et les AVC sont souvent relevés à Coaticook et à Sherbrooke, mais pas au Granit qui rejoint davantage les personnes âgées avec des problématiques psychologiques et psychiatriques.

Finalement, on constate que les clients en gestion de cas ont presque tous un médecin de famille. Cette information ne signifie pas toutefois que le suivi médical et la gestion de cas s'exercent en « maillage ». À Sherbrooke, les gestionnaires de cas écrivent systématiquement une

lettre au médecin de famille dès la prise en charge du client, ce qui donne un degré de contact certainement plus proche de la réalité. Quant à la proportion de médecins de famille différents impliqués en gestion de cas par l'entremise de leur clientèle, elle diffère selon les régions. Tous les médecins de famille de Coaticook pratiquent à la fois en clinique privée, au CHSLD et à l'urgence de Coaticook, ce qui les rend très présents à la clientèle âgée, où qu'elle soit. Ainsi, après seulement neuf mois, tous les médecins de famille avaient au moins un de leur client suivi en gestion de cas. La situation est différente au Granit où la plupart ne pratiquent qu'en cabinets individuels répartis sur le territoire. Après neuf mois, 70 % d'entre eux avaient au moins un de leur client en gestion de cas. Finalement, Sherbrooke n'avait atteint que 50,8 % des médecins après 9 mois, mais il faut rappeler que ce territoire n'avait que 25,4 % des effectifs requis pendant cette même période. De plus, la clientèle était répartie sur un grand nombre de médecins différents : 195 clients étaient suivis par 90 médecins différents, ce qui représente une moyenne de 2,2 clients par médecin. En comparaison, le Granit atteint une moyenne de 6 clients par médecin et Coaticook, 3 clients par médecin.

Tableau 5.8
Description de la clientèle suivie en gestion de cas après 9 mois d'opération dans les trois territoires

Indicateurs	Sherbrooke Après 9 mois Au 29 juin 2002 (n = 195)		Granit Après 9 mois Au 1er nov. 2002 (n = 83)		Coaticook Après 9 mois Au 9 nov. 2002 (n = 30)	
Sexe						
• Femmes	129	(66,2 %)[a]	45	(54,2 %)[a]	15	(50 %)[a]
Âge						
• Moyenne d'âge générale	80,6 ± 7[b]		78,8 ± 7,5[b]		78,7 ± 8,3[b]	
• < 65 ans	2	(1 %)	5	(6 %)	1	(3,3 %)
• 65-74 ans	36	(18,4 %)	15	(18,1 %)	6	(20 %)
• 75-84 ans	96	(49,2 %)	46	(55,4 %)	17	(56,7 %)
• 85 ans et plus	57	(29,2 %)	17	(20,5 %)	6	(20 %)
• Données manquantes	4	(2,2 %)	–		–	

Référents • Références du CLSC	141	(72,3 %)	54	(65,1 %)	20	(66,7 %)
• Centres hospitaliers	17	(8,7 %)	8	(9,6 %)	2	(6,6 %)*
• Institut univ. de gériatrie de Sherbrooke	18	(9,2 %)	2	(2,4 %)		–
• Cliniques médicales privées	14	(7,2 %)	2	(2,4 %)	2	(6,7 %)
• Patient lui-même ou ses proches	3	(1,5 %)	15	(18,2 %)	2	(6,7 %)
• Autres intervenants (Curateur, banquier, etc.)	1	(0,6 %)	2	(2,4 %)	4	(13,3 %)
• Données manquantes	1	(0,6 %)		–		–

a Fréquence (pourcentage)
b Moyenne ± Écart-type
* Représentent les références en provenance de l'urgence de Coaticook et du CHUS

Indicateurs	Sherbrooke Au 29 juin 2002 (n = 195)		Granit Au 1er nov. 2002 (n = 83)		Coaticook Au 9 nov. 2002 (n = 30)	
Admissibilité à la gestion de cas : • Non admissibles	10	(5,1 %)		–		–
• Refus de l'usager ou de l'aidant	17	(8,7 %)		–		–
Score SMAF : Moyenne ± écart type du **score SMAF**	31,2 ± 13,1 [b]		20,3 ± 11,1 [b]		32,4 ± 14,1 [b]	
• Données manquantes	43	(22,1 %)	12	(14,5 %)	5	(16,7 %)
• < 15	16	(8,2 %)	21	(25,3 %)	3	(10 %)
• 15-25	39	(20,0 %)	29	(34,9 %)	5	(16,7 %)
• 26-35	43	(22,1 %)	10	(12 %)	5	(16,7 %)
• 36-45	30	(15,4 %)	11	(13,3 %)	7	(23,3 %)
• 46-55	21	(10,7 %)		–	4	(13,3 %)
• >55	3	(1,5 %)		–	1	(3,3 %)

Principaux problèmes de santé • AVC et ICT*	46	(23,6 %)	9	(10,8 %)	8	(26,7 %)
• Démences et troubles cognitifs	86	(44,1 %)	23	(27,7 %)	11	(36,7 %)
• Parkinson	9	(4,6 %)	4	(4,8 %)	1	(3,3 %)
• Diabète (1 et 2)	31	(15,9 %)	2	(2,4 %)	9	(30 %)
• MVAS-MCAS*	38	(19,5 %)	25	(30 %)	12	(40 %)
• MPOC*	32	(16,4 %)	17	(20,5 %)	4	(13,3 %)
• Cancers	12	(6,2 %)	8	(9,6 %)	6	(20 %)
• Fractures (hanches, bras, etc.)	28	(14,4 %)	3	(3,6 %)	5	(16,7 %)
• Problèmes sensoriels : • Surdité • Troubles visuels	 17 28	 (8,7 %) (14,4 %)	 2 14	 (2,4 %) (16,9 %)	 3 6	 (10 %) (20 %)
• Problèmes psychologiques et psychiatriques	36	(18,5 %)	21	(25,3 %)	6	(23,3 %)
• Déficience intellectuelle	4	(2,1 %)		–		–

a Fréquence [pourcentage]
b Moyenne ± Écart-type
* AVC : Accident vasculaire cérébral
* ICT : Ischémie cérébrale transitoire
* MCAS-MVAS : Maladie vasculaire/cardiaque artérosclérotique
* MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique

Indicateurs	Sherbrooke Au 29 juin 2002 (n = 195)		Granit Au 1er nov. 2002 (n = 83)		Coaticook Au 9 nov. 2002 (n = 30)	
Médecins de famille • Usagers avec médecin de famille	186/195	(95,4 %)	78/83	(94 %)	30/30	(100 %)
• Nombre de médecins de famille différents impliqués en gestion de cas	90/177	(50,8 %)[1]	14/20	(70 %)[1]	10/10	(100 %)[1]
Lieu de résidence • Domicile	156	(80,0 %)	73	(88 %)	23/30	(76,7 %)

• Vit dans une résidence privée	31 (15,9 %)	8 (9,6 %)	3/30 (10 %)
• Autres	3 (1,5 %)	2 (2,4 %)	4/30 (13,3 %)
• Données manquantes	5 (2,6 %)	–	–
Mode de vie			
• Vit seul	41 (21,0 %)	22 (26,5 %)	5 (16,6 %)
• Vit avec un(e) conjoint(e)	70 (36,0 %)	45 (54,2 %)	11 (36,7 %)
• Vit avec un enfant ou frère/sœur	40 (20,5 %)	5 (6,1 %)	5 (16,7 %)
• Vit avec une autre personne	41 (21,0 %)	8 (9,6 %)	8 (26,7 %)
• Autres	3 (1,5 %)	3 (3,6 %)	1 (3,3 %)

1. Il y a 10 médecins de famille à Coaticook, 20 au Granit et 177 à Sherbrooke

Le portrait de la clientèle effectué après neuf mois nous a permis de pointer les éléments à resserrer dans le processus d'identification et de prise en charge de la clientèle cible pour les réseaux intégrés de services. Ainsi, à Sherbrooke, la mise en place du guichet unique n'était pas complétée, ce qui n'a pas favorisé la prise en charge d'une clientèle déjà ciblée. Pendant un temps, ce sont les gestionnaires de cas qui assumaient le rôle du guichet unique (évaluation et triage), ce qui a nourri de fausses perceptions chez les partenaires. En effet, ceux-ci croyaient que la clientèle qui se retrouvait en gestion de cas n'était pas suffisamment « lourde ». En réalité, parmi la clientèle qui a effectivement été prise en charge, il n'y avait que 8 % des dossiers qui cotaient sous le score 15 au SMAF. Au Granit, c'est la perte d'autonomie telle qu'évaluée au SMAF qui n'était pas suffisante, puisque le quart des dossiers cotaient plus bas que 15 au SMAF. Dans cette région, une proportion importante des clients suivis en gestion de cas pendant les neuf premiers mois était une clientèle qui conservait une autonomie fonctionnelle, mais démontrait une faible intégration sociale en raison de problématiques psychiques. L'équipe de recherche a dû pointer cet élément comme requérant un réenlignement. Finalement, à Coaticook, c'est le faible nombre de personnes rejointes qui a été identifié comme point faible. En effet, si Coaticook avait rejoint un nombre de personnes âgées proportionnellement équivalent à ce qui a été fait au Granit, il leur aurait fallu inscrire 58 per-

sonnes âgées en gestion de cas plutôt que 30. Dans les trois territoires, nous avons pointé la faible participation des médecins de famille au repérage et à la référence de personnes âgées dont ils connaissent bien, par ailleurs, la condition et le degré de perte d'autonomie. Deux autres établissements (IUGS et le CHUS) ont référé relativement peu de patients considérant le nombre élevé de personnes âgées en perte d'autonomie qui circulent dans leurs services. Il faut cependant souligner que, à Sherbrooke, pendant cette période initiale, les responsables locaux n'avaient pas voulu impliquer massivement l'ensemble des partenaires par crainte d'un engorgement rapide de la capacité de répondre des cinq gestionnaires de cas alors en poste.

Résultats des entrevues de groupe focalisées (*focus groups*) auprès des intervenants

Un réseau doit son existence à l'interaction de l'ensemble des membres qui le composent. Pour que la gestion de cas puisse actualiser ses objectifs inter-organisationnels, la collaboration de l'ensemble des intervenants est essentielle. Dans cette perspective, nous avons demandé l'autorisation des établissements et des organismes pour effectuer des entrevues de groupes focalisées (*focus groups)* avec les intervenants qui avaient une expérience de la gestion de cas. Six entrevues ont été réalisées alors que les territoires étaient autour de leur neuvième mois de fonctionnement de la gestion de cas : quatre ont eu lieu à Sherbrooke, une au Granit et une à Coaticook. Celles-ci ont été enregistrées, transcrites puis analysées. Le canevas d'entrevue a été constitué autour de thèmes précis, annoncés avant la rencontre sur la base desquels nous voulions mettre en lumière l'expérience des intervenants avec les gestionnaires de cas. Nous avons donc abordé la compréhension du modèle de réseau de services intégrés ainsi que leur degré d'appui, le contexte organisationnel au moment de l'entrevue, la collaboration effectivement instaurée et la valeur ajoutée de la gestion de cas pour les personnes âgées, pour les intervenants et leurs équipes, de même que leurs attentes.

Afin de nous assurer que nous réunissions les intervenants qui avaient eu une interaction significative avec les gestionnaires de cas (critère d'inclusion) tout en excluant les personnes que notre projet de recherche avait déjà interviewées (critère d'exclusion), nous avons procédé par l'intermédiaire des gestionnaires de cas, à qui nous demandions d'identifier, sur une base individuelle, une dizaine d'intervenants qui avaient été fréquemment interpellés par eux depuis leur entrée en fonc-

tion, cela en ordre croissant d'importance. Aucune censure n'était effectuée quant aux professions, puisque cette identification servait l'objectif secondaire de l'identification du réseau d'interaction des gestionnaires de cas. Une seconde liste était demandée, cette fois pour identifier ceux qui avaient été importants pour bien remplir leur rôle de gestionnaire de cas, et ce, même s'il y avait eu une fréquence peu élevée d'interactions. Nous avons d'emblée exclu les médecins de famille et les gériatres qui participaient déjà à une autre collecte de données ainsi que les archivistes.

Tableau 5.9
Participation aux entrevues de groupe focalisées (*focus groups)*

Participation	Sherbrooke	Granit	Coaticook
Nombre d'invitations	25 invitations	6 invitations	7 invitations
Nombre de participants	22 participants	6 participants	7 participants
Rattachement organisationnel des participants	CHUS : 8 participants CLSC : 5 participants IUGS : 5 participants CHSLD[1] : 4 participants	CH du Granit : 2 participants Centre de jour : 1 participant Centre d'action bénévole : 1 Service d'entretien dom. : 1 Transport adapté : 1	CHUS : 2 participants IUGS (UCDG) : 1 participant CRE : 1 participant Centre de jour : 1 participant Centre d'action bénévole : 1 Service d'entretien dom. : 1
Identité professionnelle :			
T.S. ou a.r.h.	7 participants	0	4 participants
Infirmières	8 participants	3 participants	1 participant
Ergo et physio.	5 participants	0	0
Autres[2]	2 participants	3 participants	2 participants
Absents	CRE Transport adapté Organismes comm. Coop de services à domicile	Soutien à domicile du CLSC Services régionaux (IUGS, CHUS, CRE)	Soutien à domicile du CLSC Transport adapté

1. CHSLD Estriade
2. Autres : coordonnateur ou directeur d'organisme

Le tableau 5.9 présente les caractéristiques des participants. À Sherbrooke, on note une majorité de femmes dont la plupart avaient plus de 30 ans, cumulaient une expérience professionnelle importante auprès de la clientèle des personnes âgées (moyenne de 13,9 ans) et un niveau aca-

démique élevé (baccalauréat ou maîtrise pour 82 % d'entre eux). Le portrait du groupe du Granit révèle que la totalité des participants sont des femmes, pour la plupart dans les groupes d'âge de 30 ans et plus. Leur expérience auprès des personnes âgées est de 3 à 4 ans pour 4 d'entre elles et de 19 à 24 ans pour les 2 autres. Leur niveau académique est diversifié : deux personnes ont des diplômes secondaires, deux ont des diplômes de niveau collégial et deux personnes détiennent des baccalauréats. Le portrait des participants de Coaticook indique une majorité de femmes dont la plupart ont plus de 30 ans. Leur expérience professionnelle auprès des personnes âgées varie d'une personne à l'autre : une personne cumule 29 ans d'expérience, une autre 15 ans, trois autres ont entre 5 et 8 ans d'expérience et une jeune professionnelle est en poste depuis 6 mois.

C'est à **Sherbrooke** que sont apparus les plus importants problèmes d'arrimage avec les gestionnaires de cas. Il semble que leur rôle ayant été défini à la frontière des zones déjà occupées par les intervenants pivots et les intervenants sociaux, il aurait probablement fallu préparer davantage cette implantation, par exemple par une meilleure concertation avec les cliniciens, un point relevé comme faible dans les trois territoires. À Sherbrooke, l'interaction entre la gestion de cas et les services de première ligne (CLSC–soutien à domicile) a fait émerger une zone de juxtaposition de rôles qui a obligé les professionnel(le)s à clarifier, cas par cas, le « qui fait quoi ». Ce fut l'occasion de dédoublements, de frustrations, d'une affluence de contacts téléphoniques, etc. Bref, une expérience de conflit de rôles. Plus le rôle occupait une frontière commune avec celui du gestionnaire de cas, plus il y avait nécessité de négocier ce champ commun d'intervention. Ce sont les intervenants-pivots du CLSC et les intervenants sociaux du Centre de jour qui ont vécu cette situation le plus difficilement alors que ceux des services spécialisés de l'Institut universitaire de gériatrie exprimaient surtout des inquiétudes et des questionnements. Dans l'ensemble, ce qui était reproché aux gestionnaires de cas était soit de les placer devant le fait accompli (l'évaluation avait été faite par le gestionnaire de cas qui leur demandait d'aller négocier les services d'aide requis au comité d'allocation des services du CLSC, par exemple), soit de les empêcher d'exercer leur jugement professionnel concernant un client commun, soit encore on leur reprochait une attitude reflétant une position d'autorité face à eux. Il est apparu d'ailleurs que, au CLSC, le modèle du réseau de services intégrés n'était que partiellement compris, les intervenants n'ayant pas été

conviés à la concertation préalable à l'implantation du RISPA, ce qui peut avoir induit une lecture biaisée des situations vécues. Quant aux autres types de professionnel(le)s (infirmiers, ergothérapeutes, physiothérapeutes), les rôles étant complémentaires, l'expérience de collaboration laissait voir de nombreux points positifs.

Seuls les intervenants du CHUS semblaient avoir retenu une information descriptive exacte du réseau intégré et de la gestion de cas, bien qu'ils n'aient eu que peu de contacts. Cette rareté de l'expérience était surtout due au fait que les contacts des gestionnaires de cas étaient distribués sur un grand nombre de personnes différentes au CHUS, ce qui « diluait » l'exposition à la gestion de cas. Les intervenants du CHUS fondaient beaucoup d'espoir sur l'implantation de la gestion de cas pour améliorer la transmission de l'information sur le patient lors de l'hospitalisation et son suivi après l'hospitalisation.

Quant aux différentes équipes de soins de l'Institut universitaire de gériatrie, malgré une connaissance théorique exacte du modèle, les intervenants estimaient mal connaître le rôle du gestionnaire de cas, leur expérience leur laissant voir un rôle d'intervention sociale alors qu'ils le croyaient limité à la coordination de services (courtage). Par ailleurs, ils estimaient que ce rôle de coordination ne pouvait pas être bien exercé sans que le gestionnaire de cas soit sur place pour profiter du « momentum » que constitue la prise en charge en milieu de soins spécialisés. Leur attente majeure face à la gestion de cas est que ce nouvel intervenant puisse exercer un pouvoir réel sur les listes d'attente de la clientèle âgée, un espoir qu'ils estiment eux-mêmes peu réaliste.

Au Granit, le principal point mis en lumière a été celui des lacunes de concertation avec les intervenants du secteur communautaire et ceux de l'établissement. En fait, il semble que le problème de communication soit au cœur de ce que vivent les intervenants, quel que soit leur secteur. Ce problème serait vécu également par les personnes âgées qui n'arrivent pas à transiger avec les boîtes vocales et les réponses automatisées, d'autant plus qu'elles ignorent souvent à quel type de professionnel ou de service elles devraient s'adresser. Les intervenants de l'établissement s'estimaient moins informés que ceux de la mission CLSC quant aux différents éléments du RISPA. De leur côté, les services communautaires déploraient un certain mode de fonctionnement qui n'est pas propre aux gestionnaires de cas, mais prévaut pour l'ensemble de l'établissement. Comme il y a un roulement élevé du personnel professionnel infirmier et social, ils souhaiteraient qu'un meilleur suivi de dossier

s'établisse avec eux pour faire en sorte qu'ils ne soient pas mis continuellement en position de chercher qui est en charge de tel client. Puisque le SIGG n'était pas déployé dans les organismes communautaires, la seule façon d'obtenir l'information demeurait l'appel téléphonique. L'autre élément mentionné concernait la mise en place d'une réelle concertation entre les intervenants auprès des personnes âgées, quel que soit le rattachement organisationnel. Les organismes communautaires se percevaient méconnus par les professionnels de l'établissement, et ils voudraient éviter d'avoir à informer tous leurs interlocuteurs au cas par cas.

Pour ce qui est de la gestion de cas, les gens étaient globalement favorables à ce qu'un rôle inter-organisationnel d'encadrement, constant dans le temps, puisse s'établir pour leurs personnes âgées. Cependant, peu de gens étaient en mesure de dissocier les facteurs de risque du Prisma-7 des critères d'accès à la gestion de cas. Le milieu communautaire avait compris un message différent des intervenants de l'établissement, d'où confusion lors de l'entrevue. Celle-ci provient certainement du fait que leur rôle respectif a été associé à un outil : le rôle de repérage attendu du communautaire a été associé surtout au Prisma-7, et le rôle de référent attendu de l'interne a été associé aux critères cliniques d'accès à la gestion de cas. Nous avons été surpris de voir que le lieu où s'est le mieux implanté le Prisma-7 était la mission hospitalière. En effet, les références au soutien à domicile sont dorénavant accompagnées d'un Prisma-7, ce qui permet à la professionnelle d'appuyer les autres éléments de sa demande de service. Ainsi, un patient souvent hospitalisé, avec un réseau familial faible et qui cote entre 5 et 7 au Prisma-7, constitue un tableau justifié pour référer en gestion de cas. Les intervenants de l'établissement auraient souhaité savoir ce qui était attendu d'eux en lien avec cette mise en place du réseau et auraient apprécié une mise à jour des informations en cours de déploiement.

Les propos ont laissé voir également qu'une partie de la fonction du guichet unique n'était pas actualisée. Par exemple, les demandes de services pour le Centre de jour viennent de plusieurs intervenants différents et non du guichet unique. La fonction d'information pour la population concernant l'ensemble des services du milieu à l'intention des personnes âgées n'est pas complètement assumée par le guichet unique, de telle sorte qu'il n'est pas possible pour les intervenants de donner le numéro du guichet unique aux gens âgés ou à leurs proches pour qu'ils y obtiennent la réponse à leurs interrogations, en parlant avec une per-

sonne réelle (non par boîte vocale interposée). Comme ils le disaient, « personne ne le sait qu'il y a un guichet unique ».

À Coaticook, comme au Granit, la fonction « information » du guichet unique, s'adressant à l'ensemble de la population à propos des services aux aînés n'a pas été pleinement actualisée non plus. En fait, ce sont les organismes communautaires qui essaient de mieux se documenter sur l'ensemble des services (établissements, communautaires, privés) pour être en mesure de bien référer la personne âgée qui les interpelle. Comme au Granit, les intervenants confondent les facteurs de risque du Prisma-7 et les critères d'accès à la gestion de cas. Pour les intervenants du CHUS, le Prisma-7 apparaît aussi comme un outil qui n'est pas suffisamment arrimé avec la fiche de continuité utilisée par le CHUS dans ses liaisons avec l'ensemble des CLSC de la région. De façon générale, les intervenants n'ont pas fait partie d'un processus de concertation préalable à l'implantation du RISPA ; même lorsque leur direction participait à la Table de concertation, ils ignoraient le contenu des discussions. Cette situation s'est traduite par des lacunes importantes dans l'implantation de la gestion de cas comme décrit ci-après.

Certains intervenants se demandent s'il y a une règle autour de l'accès à la gestion de cas puisque, selon leur expérience, il y aurait peu d'uniformité clinique entre les différents cas placés en gestion de cas. Cet élément peut être mis en relation avec le fait qu'il n'y a aucune procédure de sélection des personnes admissibles à la gestion de cas à Coaticook. Ce sont les intervenants eux-mêmes qui décident, après évaluation ou lorsqu'ils connaissent mieux la situation de la personne, de mettre leur client en gestion de cas. Il est donc possible que, sans processus centralisé d'admission – une réunion « multi », par exemple –, les cas ne présentent pas des profils homogènes assimilables à la gestion de cas, du moins aux yeux des partenaires. Les intervenants de courte durée se plaignent également d'un arrimage imparfait avec les gestionnaires de cas, puisque des dédoublements sont observés. Ils essaient d'être à l'affût de ces dédoublements, de façon à les prévenir. Un autre commentaire met en lumière le fait que la « transition n'est pas facile à faire pour [les gestionnaires de cas] de Coaticook, quand t'es travailleur social, pis oups, du jour au lendemain tu deviens gestionnaire de cas, sans distinguer qu'est-ce que tu fais de plus […] ça pose questions, en tout cas moi ça me pose des questions ». Le caractère vague ou imprécis qui est reflété par les partenaires régionaux est également transmis par le milieu communautaire de Coaticook puisque, après plus de neuf mois d'im-

plantation de la gestion de cas, les principaux partenaires communautaires de l'établissement ignoraient qui étaient les gestionnaires de cas. Ils ignoraient également que Coaticook avait implanté un modèle mixte de gestion de cas (cumul de rôle avec clientèle hétérogène dont une partie seulement est suivie en gestion de cas). Ils croyaient, à tort, que s'ils arrivaient à identifier les gestionnaires de cas, ils pourraient certainement identifier plus facilement les clients suivis en gestion de cas. Certains ont exprimé qu'il serait intéressant que les mécanismes d'arrimage soient discutés par les gestionnaires des établissements concernés, plutôt « qu'on soit pris, nous, les intervenants terrain [pour le faire] ». Ils considèrent également qu'ils auraient nécessité une information plus détaillée sur la gestion de cas en particulier et aussi sur le moment de la mise en opération du SIGG à Coaticook, car ils ignoraient que c'était fait. Le niveau de collaboration demandé par les gestionnaires de cas aux autres intervenants pour établir un PSI semble minimal et s'effectue au téléphone : « Je pense que c'était plus en lui transmettant l'information que je participais, je lui suggérais des choses, mais jamais il m'a dit qu'est-ce qu'il comptait mettre en place. » Ou, encore : « Participer vraiment à la gestion [de cas] comme telle, non, on ne le fait pas. » À l'Institut, la règle est de ne pas convoquer les gestionnaires de cas aux réunions multi ; c'est l'intervenant social de l'équipe qui lui fait un compte rendu. Malgré ces difficultés réelles d'arrimage, les participants disent qu'ils croient à la gestion de cas. Ils ont d'ailleurs expérimenté des situations où ils témoignaient d'une valeur ajoutée par la gestion de cas.

En définitive, les principales variables qui interviennent dans l'implantation d'un tel modèle d'intégration de services peuvent être résumées comme suit.

- Dans les trois territoires, l'état de la *concertation* préalable avec les intervenants (niveau clinique) a été faible, ce qui s'est reflété sur leur compréhension de l'articulation entre l'ensemble des composantes en un tout cohérent (les liens fonctionnels entre eux étant méconnus) et sur leur capacité à y participer pleinement. L'état de la *connaissance du modèle* de gestion de cas et du guichet unique était partiel dans la majorité des établissements. À Sherbrooke, le CLSC et le Centre de jour révèlent une perception sur le modèle global et sur la gestion de cas qui s'éloignent des balises déterminées en concertation par l'ensemble des organisations concernées. Ainsi, plusieurs croient que le projet de recherche PRISMA est le promoteur unique et que la

gestion de cas dans un rôle d'intervenant (et non de courtage exclusif) ne saurait être viable étant donné les nombreux dédoublements occasionnés avec les intervenants pivots du CLSC. Dans les autres établissements de Sherbrooke, le clivage était moins marqué. Cependant, il était clair que l'arrimage avec les équipes de soins devait être amélioré, et que des clarifications sur le départage du champ d'intervention devaient être faites. En région, le milieu communautaire n'arrivait pas facilement à distinguer la différence entre l'intervenant habituel et le gestionnaire de cas. Le fait que, en région, les intervenants sociaux sont devenus gestionnaires de cas, souvent par mutation de leur poste, a ajouté à cette difficulté, laquelle s'est encore accentuée lorsque les gestionnaires de cas cumulaient une charge de cas dits « réguliers » en plus des clients de gestion de cas. En effet, le modèle mixte ne permet pas facilement, chez les partenaires, une dissociation claire entre les rôles et les clientèles. À preuve, l'ensemble des participants au « *focus group* » ignorait qui était gestionnaire de cas à Coaticook. À Sherbrooke, le guichet unique n'était pas encore implanté au moment des rencontres avec les groupes, bien qu'il aurait été préférable qu'il soit opérationnel avant l'actualisation de la gestion de cas. En région, le guichet unique a été rapidement mis en opération à partir de ce qui était déjà en place, mais les nouvelles fonctions de centralisation des demandes d'information et des demandes de services n'étaient pas toutes effectives.

- Au niveau des outils (SMAF et Iso-SMAF, PSI, DCI-SIGG), l'expérience rapportée démontre que :

  1) le SMAF et les profils Iso-SMAF sont bien intégrés dans les établissements alors que les organismes communautaires ignorent encore ce que sont ces outils ;

  2) le PSI est fort peu intégré aux pratiques, et ce, dans les trois territoires ;

  3) à Sherbrooke, le SIGG n'était déployé que dans les services régionaux au moment des *focus groups*. On notait qu'il avait représenté un défi pour les intervenants du Granit qui ont dû composer avec les inconvénients d'être désigné comme site pilote. Le SIGG était en fonction à Coaticook au moment de l'entrevue, mais la plupart des intervenants l'ignoraient. La seule personne qui l'avait vu en démonstration (à Sherbrooke) témoignait des avantages du SIGG et qualifiait son expérience ainsi : « C'est fascinant. » ;

4) malgré le fait que le modèle initial n'avait identifié que les trois outils précédents pour appuyer les interventions inter-établissements, nous introduisons le questionnaire Prisma-7 comme outil d'un intérêt certain pour soutenir la continuité des services, d'autant plus qu'il a été spontanément nommé par les intervenants. Son impact a été double. D'une part, il a été très utile dans le processus de référence au soutien à domicile et en gestion de cas, en provenance du secteur hospitalier (au Granit). D'autre part, dans les trois territoires, les questions du Prisma-7 ont été confondues avec les critères d'accès à la gestion de cas, ce qui témoigne du degré d'appropriation des différentes composantes par le milieu clinique. Quant à l'utilisation du Prisma-7 hors des murs des établissements, les premières tentatives effectuées par les organismes communautaires n'ont pas été très fructueuses. Les raisons invoquées concernent le malaise exprimé par les bénévoles à utiliser ce questionnaire avec les personnes âgées qui, elles, tendent à refuser de signer le consentement requis pour que l'information sur le Prisma-7 puisse être transmise au CLSC. Dans les trois territoires, le Prisma-7 apparaît associé au rôle que peut remplir le secteur communautaire dans le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie dans la communauté, de par sa position privilégiée auprès d'elles, dont certaines ne sont pas connues des services. Leur volonté d'y participer activement était ressentie, malgré les difficultés éprouvées en raison du contexte d'utilisation de l'outil.

- De façon générale, *l'appui* des intervenants à l'égard du guichet unique et de la gestion de cas était acquis, malgré une connaissance partielle du modèle et de ses modalités de fonctionnement, et malgré les problèmes d'arrimage vécus, ceux-ci étant surtout dus aux conflits de rôle entre les intervenants sociaux, les intervenants pivots et la gestion de cas. Lorsqu'il n'y avait pas eu suffisamment d'interactions pour juger de la qualité de l'arrimage, l'appui à l'égard de la gestion de cas était surtout motivé par leur observation d'un besoin d'encadrement plus serré pour les personnes âgées en perte d'autonomie qui sont hospitalisées et par leur compréhension que ce nouvel intervenant aurait la latitude voulue pour suivre la personne où qu'elle soit, particulièrement après un séjour dans des services de 2^{e} ligne. En région, les intervenants des établissements (centres de jour, mission hospitalière) avaient eu des occasions de constater des retombées positives de la mise en place de la gestion de cas, ce qui légitimait leur

appui clair. Pour les organismes communautaires, il avait été plus difficile d'établir une réelle différence dans le rôle. En effet, n'ayant pas un champ d'action commun, mais plutôt complémentaire avec les organismes communautaires, les gestionnaires de cas (rattachés au CLSC) auraient pu marquer leur différence par le biais de réunions convoquées par eux pour convenir d'un plan de services individualisés. Mais, puisqu'ils réalisent le processus conduisant au PSI essentiellement par contacts téléphoniques, le milieu communautaire n'a pas vraiment les moyens de distinguer l'intervenant social du gestionnaire de cas, d'autant plus que le secteur communautaire n'a pas accès au dossier clinique informatisé (SIGG). Étant donné les conditions somme toute assez sommaires dans lesquelles le milieu clinique a dû évoluer pour intégrer les gestionnaires de cas, la part d'appui recueillie nous semble intéressante. L'introduction de ce nouveau rôle correspond sans aucun doute à un besoin réel.

- Les *relations de collaboration* et les façons d'entretenir ces relations sont deux dimensions centrales dans l'interaction avec les nouveaux gestionnaires de cas. À Sherbrooke, les gestionnaires de cas n'ont pas été facilement intégrés aux équipes multidisciplinaires des différents services (équipes de gériatrie du CHUS, les équipes « multi » de l'institut), des difficultés d'arrimage logistique et de dédoublement ayant été invoquées. Les relations de collaboration ont été tendues avec le CLSC et le Centre de jour. Les modes de collaboration (entre individus et entre équipes) n'ont pas été suffisamment clarifiés avec l'ensemble des équipes concernées, ce qui a obligé les intervenants à établir eux-mêmes certaines balises. De façon générale, le rôle des infirmières dans les services de 2e ligne s'avère complémentaire avec celui de gestionnaire de cas, ce qui a contribué à l'établissement d'une relation de collaboration harmonieuse. Au Granit, qui avait été la première région à introduire le SIGG, on a pu noter que la relation de collaboration entre les intervenants et les gestionnaires de cas pouvait être entretenue (ou négligée) par la façon dont chacun se préoccupe de tenir à jour les notes d'évolution au SIGG pour les clients en gestion de cas. À Coaticook, le fait que les gestionnaires de cas ne se soient pas présentés comme tels aux différents partenaires, tant locaux que régionaux, a entretenu chez eux des perceptions erronées sur la clientèle suivie en gestion de cas.

À Sherbrooke, selon l'expérience des intervenants, la valeur ajoutée par la gestion de cas touche différents aspects. Ils perçoivent des

avantages importants pour les personnes âgées et leurs proches dont le fait que les gestionnaires de cas « vont travailler fort pour arriver aux services dont la personne a besoin », qu'ils vont faire un suivi attentionné qui évitera à la personne âgée de « tomber dans le vide ». Pour des personnes seules, sans réseau, la gestion de cas est un accompagnement tel qu'elles « ne se sentent plus seules » ; c'est aussi un avantage au niveau de la défense des droits. Dans un cas de maladie d'Alzheimer, sa présence a permis de bien expliquer la situation et l'état de la malade à son conjoint. Dans une autre expérience, encore, l'intervenant exprime son souhait de travailler en collaboration avec les gestionnaires de cas puisqu'il « sentait vraiment sa préoccupation pour le patient ».

Dans le contexte des services hospitaliers, les intervenants sont conscients des lacunes qui existent dans le champ « inter-établissements », ce qui les amène à valoriser la « présence d'une personne de référence pour la personne âgée », surtout que son séjour hospitalier l'a souvent mise en contact avec plusieurs intervenants différents. Selon les intervenants, les gestionnaires de cas n'ont pas de parti pris pour un établissement en particulier, leur position leur « permet d'avoir un œil plus large, plus ouvert », ce qui est très apprécié. Parfois, aussi, les gestionnaires de cas interviennent dans des cas complexes : « Quand la gestionnaire de cas est arrivée, ça a accéléré les choses. » Et encore : […] Ça m'a convenu cette façon de fonctionner, […] parce que j'avais l'impression que tout était en place. » Une autre expérience met en évidence la capacité du gestionnaire de cas de trouver une ressource alternative appropriée plutôt que d'inscrire le client sur une liste d'attente.

On le voit par ces quelques exemples, même si le conflit de rôle a été prédominant et dérangeant pour les intervenants, plusieurs éléments positifs ont été signalés. Nous constatons qu'ils convergent avec les balises du rôle qui ont été déterminées en concertation. Ils ont d'autant plus de valeur qu'ils sont dictés par leur expérience réelle, alors même que leur connaissance du modèle théorique n'est pas optimale.

Au Granit, l'expérience distinctive ayant été plus visible pour les intervenants de l'établissement, les commentaires sur la valeur ajoutée proviennent davantage d'eux. On note surtout que les personnes âgées gagnent un encadrement plus serré, une sécurité, un meilleur suivi, une diminution du stress pour les proches aidants, une capacité de changer la dynamique d'une famille aux prises avec l'inquiétude pour leur parent dont la santé se détériorait en raison d'un cancer et qui l'amenait en hospitalisation. Dans un autre cas, l'intervenant souligne que la gestion de cas concourt à l'amélioration de la continuité des soins au sens où le fait

de s'assurer que la personne se rende à un rendez-vous médical lui permet de préserver sa santé physique et d'éviter ensuite d'être réhospitalisée : « Avoir un gestionnaire de cas, c'est avoir quelqu'un qui te connaît, qui sait ce dont tu as besoin et s'assure que tu l'obtiennes. »

À Coaticook, les intervenants estiment que la personne âgée a un meilleur suivi à long terme. Le fait d'être en gestion de cas « amène plein de monde autour d'elle ». On obtient un meilleur portrait avant l'inscription en centre de jour et un meilleur suivi après. « Ça travaille mieux », car on a le sentiment de faire équipe avec les intervenants des autres organisations, « ça fait comme un cercle », alors qu'auparavant on travaillait seul. Pour la Popote roulante, il semble y avoir davantage de contacts et de références depuis la mise en place de la gestion de cas.

Suite à la sortie d'hôpital d'une personne âgée en perte d'autonomie, c'est rassurant de savoir que quelque chose l'attend : « C'est rassurant pour la personne et sa famille et aussi pour les intervenants. » Au niveau de la réadaptation, on partage le même sentiment qu'au CHUS : « […] Ça évite une espèce d'angoisse qu'on peut avoir quand on ferme nos dossiers, peut-être moins en réadapt, mais il reste que, oui, des fois, on ferme des dossiers puis on n'est pas trop confortables. On l'a moins quand on sait qu'il y a un gestionnaire de cas ou une équipe au CLSC. » « C'est un bon projet qui mérite appui », mais il y a encore des améliorations à faire quant à la façon « d'entrer en relation pour que ça fonctionne ».

Discussion

La dynamique d'appropriation de cette innovation a été différente d'une région à l'autre, se révélant à l'image de la culture locale ainsi que des forces et faiblesses qui existaient déjà dans chaque région avant l'implantation. Le contexte plus large (régional, ministériel) a été constamment en filigrane des décisions locales, limitant souvent la prise de décision. En effet, les milieux locaux en concertation ont toujours fait référence au contexte de ressources insuffisantes pour expliquer les choix ou les lenteurs dans la progression de l'implantation. Malgré ces limitations, les gestionnaires ont su saisir les opportunités et les utiliser comme tremplins ou catalyseurs de façon à progresser vers la mise en place complète du réseau de services intégrés pour les personnes âgées.

Les enjeux de l'implantation du rôle de gestion de cas ont été révélés par une dynamique de rapport de force, plus visible à Sherbrooke, attribuable au fait qu'une partie du champ d'action des gestionnaires de cas était juxtaposée à celui des intervenants sociaux ou des intervenants pivots. En région, le problème s'est posé un peu aussi à Coaticook, mais

pas au Granit, puisque ce territoire a beaucoup moins de rapports directs avec les intervenants des services régionaux.

Par ailleurs, puisque les ressources financières attendues pour financer le déploiement du rôle de gestion de cas ont été en deçà des sommes attendues, les équipes locales ont dû surseoir à cette contrainte à même leurs budgets. De plus, le fait que les intervenants (niveau clinique) étaient peu présents lors des décisions touchant l'implantation, puisqu'ils n'ont pas été associés au processus, peut expliquer une partie des réserves et oppositions exprimées. L'introduction d'un nouveau rôle dans le champ des services aux personnes âgées exige qu'une « place » lui soit faite, ce qui amène nécessairement un réaménagement des horaires de rencontres, des tâches ou des responsabilités à l'intérieur de l'équipe. Ce ne sont pas toutes les équipes qui ont accepté de le faire durant ces premiers mois d'expérimentation. Si on considère également la confusion des rôles entre le gestionnaire de cas et l'intervenant pivot du CLSC, combinée au fait que les équipes se plaignent d'être sous-dotées en regard du travail à effectuer, on peut comprendre la lenteur du rythme d'implantation. Par contre, les débats engendrés ont permis aux intervenants et aux gestionnaires de se questionner et d'approfondir cette question des rôles, d'effectuer un partage des clientèles et de réfléchir sur les processus de prise en charge, étape qui s'est révélée somme toute positive.

Références

1. Yin, R. K. *Case Study Research : Design and Methods*, 2e édition, Applied Social Research Methods Series, no 5, Sage Publications, Beverly Hills, 1994.
2. Veil, A., Hébert, R. et équipe PRISMA-Estrie. « Évaluation de l'implantation des mécanismes et outils d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie ; étude de cas comparative entre trois MRC de l'Estrie », rapport de recherche intérimaire, déc. 2002.

6. Évaluation du degré de mise en œuvre d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie*

Anne Veil, Réjean Hébert

Résumé

Introduction Le but de l'étude était de proposer une méthode pour mesurer l'implantation de composantes spécifiques d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie, défini par six mécanismes et outils : 1) la concertation entre toutes les organisations impliquées dans les services sociaux et de santé ; 2) un guichet unique ; 3) la gestion de cas ; 4) un outil unique d'évaluation (SMAF) avec un système de classification , les profils Iso-SMAF ; 5) le plan de services individualisé et 6) le dossier clinique informatisé.

Méthode Des groupes de focalisation *(focus groups)*, composés de chercheurs, cliniciens, gestionnaires et gouvernants**,** ont permis d'identifier des indicateurs pour chacune des composantes. Les six composantes ont été pondérées selon leur importance relative, de façon à obtenir un score global. Les données ont été colligées tous les 6 mois pendant plus de 30 mois en vue d'établir le degré d'implantation dans les trois territoires expérimentaux : Sherbrooke, Coaticook et le Granit.

Résultats Après 30 mois, la concertation est la composante la plus développée dans les 3 territoires expérimentaux. De façon globale, en juillet 2003, le réseau de services intégrés était implanté à 73 % à Sherbrooke, 71 % au Granit et 70 % à Coaticook.

Discussion Ce type d'évaluation quantitative fournit des informations aux gestionnaires et aux chercheurs pour suivre l'implantation. De plus, lorsqu'il y a une étude d'impact, les résultats peuvent être corrélés avec

* Déjà paru sous « Monitoring of implementation rate of an integrated service delivery system for frail older people », *International Journal of Integrated Care*, février 2004.

le degré de mise en œuvre et ainsi permettre des analyses de type dose-réponse qui contribueront à établir le seuil au-delà duquel on doit aller pour obtenir un résultat mesurable, en plus d'aider à réduire l'effet de « boîte noire ».

Introduction

L'implantation d'un réseau de services intégrés doit être évaluée et suivie dans le but d'informer les gestionnaires et les gouvernants de l'évolution du projet, pour justifier l'utilisation des ressources, identifier rapidement les obstacles et élaborer des stratégies afin d'atteindre le plein déploiement des composantes. Un tel processus analytique est également utile en recherche évaluative pour décrire les facteurs facilitants et contraignants qu'on devrait considérer lors d'implantations futures d'un réseau de services. Lorsqu'une évaluation d'impact est effectuée, l'évaluation de l'implantation permet de s'assurer que l'intervention a réellement été implantée telle que planifiée. Cette évaluation pourrait être qualitative, mais il est aussi instructif d'avoir certains indicateurs quantitatifs, particulièrement lorsqu'une étude économique est concomitante. Ces suivis quantitatifs pourraient aussi aider les gouvernants à apprécier le degré de mise en œuvre en fonction des efforts et des ressources à consentir afin d'atteindre une implantation complète des composantes. Dans le cadre d'une étude évaluative d'impact, un tel degré de mise en œuvre permet de mesurer le « dosage » de l'intervention et d'effectuer des analyses de type « dose-réponse ».

Le projet PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) est un nouveau modèle de services intégrés basé sur la coordination[4]. Contrairement aux modèles d'intégration complète comme PACE aux États-Unis[2] ou SIPA à Montréal[1] où une organisation distincte dispense des services à une clientèle spécifique, ce modèle inclut toutes les organisations de santé et de services sociaux impliquées dans les soins aux personnes âgées, à l'intérieur d'un territoire donné. Chaque organisation conserve sa propre structure, mais consent à participer à l'intérieur d'un « système parapluie » et à adapter ses pratiques et ses ressources aux protocoles et processus convenus. À ce niveau, le réseau intégré n'est pas seulement niché à l'intérieur du système de santé et de services sociaux (comme dans les modèles d'intégration complète), mais il est imbriqué à l'intérieur même du système.

Le modèle PRISMA comprend six mécanismes et outils : 1) la concertation entre les gouvernants, les gestionnaires et les cliniciens (incluant les médecins) aux niveaux régional et local ; 2) la mise en place d'un guichet unique ; 3) la gestion de cas ; 4) les plans de services individualisés ; 5) un outil d'évaluation unique (SMAF) combiné à un système de gestion basé sur l'autonomie fonctionnelle des clients (profils Iso-SMAF)[3, 6], et 6) un dossier clinique informatisé favorisant la communication entre les institutions et les cliniciens, ceci dans le but d'effectuer un suivi systématique du client.

L'objectif de cette étude était de mettre au point une méthodologie pour établir le degré de mise en œuvre et pour suivre l'implantation de ce modèle de réseau de services intégrés dans trois différents environnements.

- Sherbrooke : un secteur urbain (135 000 habitants) avec trois établissements universitaires (un hôpital de soins tertiaires, un institut gériatrique et un CLSC) ainsi qu'un centre d'hébergement.
- Granit : un secteur rural (21 000 habitants) avec un établissement fusionné qui comprend un hôpital local, des services de première ligne et un centre d'hébergement.
- Coaticook : un secteur rural (16 000 habitants) avec un établissement fusionné offrant des services de première ligne ainsi qu'un centre d'hébergement**,** sans service d'hospitalisation.

L'évaluation d'implantation se concentre sur le processus de mise en œuvre des mécanismes et outils et sur la façon dont ils fonctionnent. L'objectif étant d'expliquer les variations observées entre les divers sites d'implantation, on utilise l'approche par étude de cas de Yin[7]. Les questions qui sont documentées tentent de définir si la clientèle qui utilise les services correspond effectivement à la clientèle ciblée, si le système implanté correspond à celui qui a été planifié au départ et si la marche à suivre pour réaliser cette implantation a été réalisée telle que prévue. D'autres questions s'intéressent à l'évaluation du processus lui-même et à l'identification des forces et faiblesses de la démarche, de façon à consolider ou à corriger certains éléments entourant les nouveaux mécanismes et outils. L'évaluation implique l'analyse de trois cas, correspondant aux trois territoires sélectionnés. Les variables et les dimensions principales étudiées sont l'implication des gouvernants dans l'implantation, le partage d'une même compréhension chez les principaux utilisateurs des mécanismes et outils, la population rejointe, la productivité atteinte, les délais, les référents, la synchronicité de fonctionnement des mécanismes, les interactions entre le client et le clinicien, les problèmes identifiés, les

facteurs facilitants, etc. Les sources d'informations proviennent tant des gouvernants, des gestionnaires et des cliniciens, que des clients eux-mêmes, de leurs proches aidants, et ce, en utilisant différentes méthodes (entrevues, groupes focalisés, enquêtes, observation participante, études documentaires, statistiques de gestion, etc.).

L'efficacité est actuellement évaluée en utilisant un devis quasi expérimental (pré-test, multiples post-tests avec groupe témoin). Un échantillon de personnes âgées en perte d'autonomie est suivi pendant cinq ans, en même temps qu'un échantillon comparatif dans trois territoires comparables situés ailleurs dans la province. Les variables mesurées sont l'autonomie fonctionnelle, la satisfaction à l'égard des services reçus, l'autonomisation du client, le fardeau du proche aidant, l'utilisation des services sociaux et de santé, ainsi que l'utilisation des médicaments. Une étude économique est également effectuée.

Méthode

Les groupes focalisés, qui ont réuni des chercheurs, des gouvernants, des gestionnaires et des cliniciens, ont été réalisés afin d'identifier une série d'indicateurs objectifs et mesurables, pour chacune des six composantes du modèle PRISMA. On leur a également demandé de pondérer l'importance relative de chaque indicateur et aussi l'importance relative de chaque composante. Au terme de la démarche, il a été convenu d'allouer 20 % à chacun des mécanismes (la coordination, le guichet unique et la gestion de cas), 15 % à l'outil d'évaluation unique (SMAF) et au dossier clinique informatisé (DCI) et 10 % pour le plan de services individualisé (PSI). La description complète des indicateurs et leur poids relatif figurent au tableau 6.1.

Tableau 6.1
Liste des indicateurs de l'évaluation du degré de mise en œuvre du réseau de services intégrés

	INDICATEURS	Pondération
CONCERTATION		**20 pts**
1.	Présence d'une structure devant améliorer la concertation entre les partenaires	3 pts
2.	Tous les partenaires concernés sont représentés	3 pts
3.	Les représentants sont stables dans le temps	3 pts
4.	Les représentants participent régulièrement	3 pts

5. Les partenaires partagent de l'information quant aux changements (ou à l'absence de changement) dans les services aux personnes âgées	4 pts
6. Les partenaires adoptent une perspective critique sur le processus de changement des services	4 pts
GUICHET UNIQUE	**20 pts**
1. Présence d'un guichet unique dans chaque territoire local	5 pts
2. Fonctions de triage effectuées par du personnel qualifié	5 pts
3. Professionnel(le)s utilisant un instrument validé pour repérer les personnes âgées en perte d'autonomie	5 pts
4. Utilisation de la relance avec les personnes âgées à risque de perte d'autonomie	5 pts
GESTION DE CAS	**20 pts**
1. Écart entre le nombre de gestionnaires de cas en fonction et le nombre requis établi en proportion du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus vivant sur le territoire	10 pts
2. Écart (au-dessus ou en dessous) entre la charge de cas moyenne réelle et la charge de cas recommandée (45)	10 pts
OUTIL D'ÉVALUATION UNIQUE et CLASSIFICATION PAR PROFILS Iso-SMAF	**15 pts**
1. % de clients suivis en gestion de cas qui ont été évalués avec le SMAF	5 pts
2. % des partenaires qui utilisent systématiquement le SMAF avec leurs patients en perte d'autonomie	5 pts
3a. Classification de la clientèle avec le système Iso-SMAF pour l'utilisation des ressources	
3b. Utilisation des profils Iso-SMAF comme nouvel étalon du financement des services	5 pts
DOSSIER CLINIQUE INFORMATISÉ (D.C.I.)	**15 pts**
1. Disponibilité d'une information clinique partageable en temps réel	5 pts
2. Nombre suffisant d'appareils informatiques parmi les partenaires	5 pts
3. Utilisation du D.C.I. par les partenaires	5 pts
PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (P.S.I.)	**10 pts**
1. % utilisation du PSI par les gestionnaires de cas, selon le nombre observé dans les dossiers cliniques des patients suivis en gestion de cas	10 pts
TOTAL	**100 pts**

À partir du début de l'évaluation d'implantation (juillet 2001), les données ont été colligées tous les six mois. Pour évaluer la concertation, l'agente de recherche a utilisé les comptes rendus de réunions appariés avec ses notes de terrain. L'examen des dossiers des clients a permis de quantifier l'utilisation du SMAF et des PSI. Pour évaluer le guichet unique, le nombre de gestionnaires de cas et leur charge de cas, l'utilisation des profils Iso-SMAF et du DCI, les rapports en provenance des coordonnateurs locaux des réseaux de services intégrés ont été utilisés.

Résultats

Le tableau 5.2 montre le taux d'implantation pour chacune des six composantes et pour chaque territoire. Au début de l'étude d'implantation, le processus de concertation était déjà bien engagé dans les trois régions, tout particulièrement à Sherbrooke où le taux d'implantation pour cette composante dépassait 90 %. Cependant, ce territoire a entrepris une vaste consultation au terme de laquelle, au printemps 2003, il y a eu réforme du modèle de gouvernance du réseau intégré de services aux personnes âgées, ce qui explique que la notation a diminué à 76 % en juillet 2003. L'implantation du guichet unique a commencé en janvier 2002 dans les deux régions rurales et plus tard à Sherbrooke (juillet 2002). Les premiers gestionnaires de cas ont été engagés en janvier 2002 à Sherbrooke, mais un peu plus tard dans les territoires ruraux. Conséquemment, l'utilisation du plan de services individualisé présente le même patron de déploiement. L'outil SMAF a commencé à être implanté avant le début officiel de l'étude. Quant aux profils Iso-SMAF, ils ont été utilisés par les structures locales pour l'admission des clients en institutions et par l'autorité régionale pour le financement des services d'hébergement à partir de juillet 2002. Finalement, le dossier clinique informatisé a été mis à l'essai dans le cadre d'une expérimentation pilote dans la MRC du Granit en juillet 2002, puis étendu aux autres territoires en novembre 2002. De façon globale, en juillet 2003, le réseau de services intégrés était implanté à 73 % à Sherbrooke, 71et 70 % respectivement au Granit et à Coaticook (tableau 6.2).

Discussion

Dans la littérature sur les réseaux de services intégrés, il n'existe pas beaucoup de données sur le processus d'implantation. Lorsqu'on en fait mention, l'implantation est essentiellement résumée en quelques paragraphes à l'intérieur d'un article qui se concentre principalement sur

l'impact de l'intervention. Dans cette étude, nous avons tenté de quantifier l'implantation afin de suivre le déploiement des composantes du programme à l'étude.

Tableau 6.2
Évolution du degré de mise en œuvre (en pourcentage) pour chaque composante, dans chaque territoire étudié, de juillet 2001 à juillet 2003

	07/2001	01/2002	07/2002	01/2003	07/2003
Sherbrooke					
Concertation	93	93	91	91	76
Guichet unique	0	0	50	80	80
Gestion de cas	0	30.5	53	55	53
Plan de services individualisé	0	81	47	69	62
Outil unique d'évaluation	40,7	80	88,7	88,7	88,7
Dossier clinique informatisé	0	0	0	20	76,7
Total (%)	**24,7**	**46,1**	**55,5**	**68,4**	**72,8**
Granit					
Concertation	79	75	82,5	82,5	82,5
Guichet unique	0	50	50	70	70
Gestion de cas	0	0	60,5	67,5	63
Plan de services individualisé	0	0	65	50	50
Outil unique d'évaluation	36	52.7	80	75,3	74,7
Dossier clinique informatisé	0	0	33.3	80	80
Total (%)	**21,2**	**33,0**	**62,2**	**72,3**	**71,3**
Coaticook					
Concertation	79	72,5	72,5	86,5	86,5
Guichet unique	0	50	50	70	70
Gestion de cas	0	0	17,5	33,5	50
Plan de services individualisé	0	0	62	59	53
Outil unique d'évaluation	35,3	52	77,3	80,7	76
Dossier clinique informatisé	0	0	0	80	80
Total (%)	**21,1**	**32,3**	**46,7**	**68,0**	**70,0**

Note : Les résultats de chaque composante sont exprimés en pourcentage.

La pondération des composantes était arbitraire et basée sur l'opinion des chercheurs, cliniciens, gestionnaires et gouvernants impliqués dans l'implantation. Il existe une hiérarchie à l'intérieur de ces composantes : la concertation est l'ingrédient de base sans lequel les autres composantes ne peuvent pas être implantées. La gestion de cas est également essentielle pour l'implantation du PSI, du SMAF et du DCI. Ainsi, la concertation et la gestion de cas représentent des facteurs

essentiels de déploiement pour les autres et, de ce fait, doivent être pondérés davantage. Le guichet unique avait également une pondération élevée, à cause de son importance et de la complexité de son implantation, particulièrement en milieu urbain, là où les services sont géographiquement dispersés sur le territoire.

Le groupe de recherche n'a pas le contrôle sur l'implantation elle-même. Celle-ci est gérée par les autorités régionales et les établissements locaux. Malgré le fait que l'implantation du modèle PRISMA a été soutenue par une politique gouvernementale inscrite en faveur de l'intégration des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie, le modèle a été implanté en période de contraintes budgétaires dans le secteur de la santé et des services sociaux. Cela explique pourquoi l'implantation a été retardée et pourquoi elle n'est pas encore complétée. Comme l'a fait remarquer Leutz, *« integration costs before it benefits »*[5]. L'investissement dans le réseau de services intégrés doit être suffisamment important pour générer un impact et des avantages en améliorant l'efficacité et l'efficience du système. Nous croyions au départ que l'implantation pourrait être complétée après une période de 18 mois. Nous en sommes maintenant à plus du double de la période prévue.

La composante la plus importante et la plus coûteuse du modèle PRISMA est la gestion de cas, laquelle n'était qu'à moitié implantée en juillet 2003. Récemment, de nouveaux investissements ont été annoncés pour compléter l'équipe de gestionnaires de cas, ce qui sera vraisemblablement atteint en juillet 2004, alors que le degré de mise en oeuvre de cette composante devrait atteindre 90 %. Une telle amélioration permettra au taux global d'implantation de dépasser 80 % dans les 3 territoires. Il est probable, bien que nous n'ayons pas encore de données à l'appui de cette hypothèse, qu'il existe un seuil au-delà duquel le réseau de services intégrés commencera à produire un effet significatif sur l'offre de services du réseau de la santé et des services sociaux et, de là, sur la santé des personnes âgées.

D'après nos constatations dans les 3 régions, les degrés d'implantation des PSI tendent à décroître à mesure que la charge de cas des gestionnaires de cas augmente et s'approche de l'objectif de 45 cas. Cela signifie probablement que ce chiffre est trop élevé, ne permettant pas aux gestionnaires de cas de remplir adéquatement le PSI pour leurs clients à l'intérieur d'un délai approprié. Ce phénomène, conjugué avec d'autres indices en provenance des entrevues avec les gestionnaires de cas, incite à considérer une réduction de la charge de cas à 40 cas.

Les données engendrées par cette méthode ont été très utiles aux gestionnaires et aux gouvernants. Elles ont permis de les informer en mode continu tout au long du processus d'implantation. Elles ont également représenté un outil puissant pour plaider en faveur des investissements requis afin de parachever l'implantation.

Cette méthode est également utile pour quantifier le « dosage » d'une intervention en rapport avec une étude d'impact. Nous pouvons alors effectuer des corrélations entre le degré de mise en œuvre et les mesures de résultats sur la personne âgée et sa famille, ainsi que sur l'utilisation des services de santé. Elle contribue à dissiper l'effet de « boîte noire » autour de l'intervention sur les services de santé et à éviter ainsi une « erreur de 3e type » consistant à mesurer l'effet d'une intervention qui n'a pas été vraiment implantée.

Remerciements

PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) est un partenariat entre deux équipes de recherche (le Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke et l'Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval à Québec) ainsi que plusieurs organisations de santé dans la province de Québec : le ministère de la Santé et des Services sociaux, cinq Agences régionales de santé et services sociaux (Estrie, Mauricie et Centre du Québec, Laval, Montérégie et Québec), ainsi que l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. PRISMA est subventionné par la Fondation pour la recherche sur les services de santé, le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) et les organisations partenaires. Plusieurs projets réalisés par le groupe PRISMA sont également subventionnés par les Instituts de recherche en santé du Canada.

Références

1. Bergman, H., Béland, F., Lebel, P., Leibovich, E., Contandriopoulos, A. P., Brunelle, Y., Kaufman, T., Tousignant, P., Rodriguez, R. et Scott, G. « L'hôpital et le système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) [Hospital and integrated services delivery network for the frail elderly] », *Ruptures*, revue transdisciplinaire en santé, 1997 ; 4(2) : 311-321.
2. Branch, L. G., Coulam, R. F. et Zimmerman, Y. A. « The PACE evaluation : Initial findings », *Gerontologist*, 1995 ; 35(3) : 349-359.
3. Durand, P. J., Tourigny, A., Bonin, L., Paradis, M., Lemay, A. et Bergeron, P. « Mécanisme de coordination des services géronto-gériatriques des Bois-Francs [Coordination mechanism for geronto-geriatric services in the

Bois-Francs] », *Health Transition Fund, Health Canada*, Research Report QC-403, avril 2001.

4. Hébert, R., Durand, P. J., Dubuc, N., Toutigny, A. et le groupe PRISMA. « PRISMA : a new model of Integrated Service Delivery for Frail Older People in Canada », *International Journal of Integrated Care*, 2003 ; 3 : 1-10.
5. Leutz, W. N. « Five laws for integrating medical and social services : Lessons from the United States and the United Kingdom », *Milbank Quarterly*, 1999 ; 77(1) : 77-110.
6. Tousignant, M., Hébert, R., Dubuc, N., Simoneau, F. et Dieleman, L. « Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long term care facilities », *Age and Ageing*, 2003 ; 32 : 60-66.
7. Yin, R. K. *Case study research : Design and methods. Applied Social Research Methods Series*, vol. 5, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 1994.

Lectures suggérées

Barnabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V., Rubenstein, L. et Carboni, P.U. « Randomized trial of impact of integrated care and care management for older people living in the community », *BMJ*, 1998 ; 316 (141) : 1348-1351.

Eng, C., Pedulla, J., Eleazer, P., McCann, R et Fox, N. « Program of all-inclusive care for the elderly (PACE) : An innovative model of integrated geriatric care and financing », *Journal of the American Geriatric Society*, 1997 ; 45 : 223-232.

Hébert, R., Guilbault, J., Desrosiers, J. et Dubuc, N. « The functional autonomy measurement system (SMAF) : A clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people », *Geriatrics Today*, 2001 ; septembre : 141-147.

Pinnell Beaulne Associates Ltd. « Choice Evaluation Project », Evaluation summary, Final report, november 26, 1998.

7. Perceptions des omnipraticiens en regard de l'implantation des réseaux intégrés de soins et services pour personnes âgées*

Linda Milette, Réjean Hébert, Anne Veil

Résumé

Introduction L'implantation d'un réseau intégré de soins et services pour personnes âgées sur un territoire ne peut s'accomplir sans la collaboration des médecins. Plusieurs expériences antérieures soulignent l'importance d'intégrer le médecin de famille, mais aussi les difficultés qui s'ensuivent. L'objectif principal est de documenter les perceptions des omnipraticiens par rapport aux réseaux intégrés de services et à la gestion de cas, quelques semaines avant l'implantation d'un tel réseau et six mois après.

Méthodes Deux enquêtes postales ont été réalisées auprès des 267 médecins de famille de trois municipalités régionales de comté (MRC) de l'Estrie, Québec. Le premier questionnaire, envoyé quelques semaines avant l'implantation du réseau intégré, visait à connaître l'opinion des médecins face aux réseaux intégrés et à la fonction émergente de gestion de cas, ainsi que leur intérêt à y participer. Le deuxième questionnaire, envoyé six mois après l'entrée en fonction des premiers gestionnaires de cas, avait comme objectif de mesurer la participation des médecins au réseau, de vérifier si leurs perceptions face à la gestion de cas avaient changé, ainsi que d'identifier les obstacles ayant nui à l'utilisation de la gestion de cas.

Résultats Au total, 124 médecins ont répondu au premier questionnaire, puis 104 au second. La perception des médecins a été très favorable aux réseaux intégrés et à la gestion de cas en pré-implantation du

* Sera bientôt publié sous « Early perceptions of family physicians regarding the introduction of integrated service delivery networks for older people », *Canadian Family Physician Journal*, 2004.

réseau. Les médecins ont démontré un intérêt marqué à s'impliquer au sein du réseau et à collaborer avec les gestionnaires de cas. Après 6 mois d'implantation, 70 % des médecins étaient informés de la disponibilité des gestionnaires de cas. Parmi ces médecins, 35,6 % ont eu recours à un gestionnaire de cas. En cours d'implantation, l'opinion des médecins a été moins favorable à la gestion de cas. Les trois principaux obstacles à l'utilisation d'un gestionnaire de cas sont l'oubli d'utiliser ses services (69,1 %), l'habitude d'utiliser les services d'un travailleur social de l'hôpital ou du CLSC (63,6 %) et le fait de ne pas savoir comment les contacter (59,4 %). Le fait d'adopter une pratique de groupe est fortement associé au désir d'utiliser les services d'un gestionnaire de cas.
Conclusion Les médecins sont intéressés à participer aux réseaux intégrés et à collaborer avec les gestionnaires de cas. Toutefois, ils doivent être mieux informés quant à la disponibilité des gestionnaires de cas, à la façon dont ils peuvent les rejoindre, au rôle précis de ceux-ci, ainsi qu'aux avantages de l'utilisation d'un tel service pour eux et pour leurs patients.

Introduction

L'importance démographique des personnes âgées augmente progressivement et rapidement au Canada. Bien que les aînés se portent généralement mieux qu'il y a 20 ans, une proportion importante fait quand même face à une perte d'autonomie et doit avoir recours à des soins à domicile ou a besoin d'hébergement[3]. Cette clientèle âgée aux besoins complexes exige plusieurs services pour pallier ses incapacités. Afin de maintenir ces aînés le plus longtemps possible dans leur milieu de vie, les services qui leur sont offerts doivent être facilement accessibles, coordonnés entre eux et dispensés de façon continue. La mise en place de réseaux intégrés, offrant un service de gestion de cas, vise la réalisation d'un tel objectif.

Un réseau intégré se définit comme étant « un réseau d'organisations qui assurent la prestation d'un continuum de services à une population définie ». Ses objectifs sont d'améliorer la continuité et d'augmenter l'efficacité et l'efficience des services. Un modèle de réseau intégré basé sur la coordination de tous les établissements, services et organisations d'une région est actuellement en implantation au Québec. Ce modèle appelé PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) comporte les six éléments suivants[7] : la coordination interétablissements, une porte d'entrée uni-

que, un système de gestion par cas, l'élaboration de plans de services individualisés, un système de classification des besoins, un système d'information continue.

Pour qu'un réseau intégré soit efficace, le médecin de famille, principal intervenant médical auprès de l'aîné, doit s'impliquer activement au sein du réseau et travailler en étroite collaboration avec le gestionnaire de cas. Le gestionnaire de cas est le plus souvent un(e) intervenant(e) social(e) ou un(e) infirmier(e). Son rôle est de procéder à une évaluation globale des besoins de la personne aînée, de planifier les services nécessaires, de négocier et coordonner les services requis avec les dispensateurs de services, ainsi que de s'assurer que les services sont rendus et réajustés selon l'évolution de la situation. La collaboration du médecin de famille est indispensable au gestionnaire de cas, puisqu'il constitue un pivot en ce qui a trait à la coordination des services médicaux spécialisés.

Toutefois, l'intégration des gestionnaires de cas à la pratique médicale demande une modification des façons de faire des médecins. Jusqu'à présent, la participation des omnipraticiens aux réseaux intégrés est moins importante que celle espérée[1, 5]. Peu d'enquêtes ont exploré les perceptions des médecins quant à l'implantation de réseaux intégrés et à la gestion de cas. Notre objectif principal est donc d'étudier la perception des médecins de famille face aux réseaux intégrés et à la gestion de cas avant l'implantation du réseau et six mois après l'implantation.

Méthodes

Cette enquête postale auprès des médecins de famille s'inscrit dans un contexte de recherche beaucoup plus large, destiné à évaluer l'implantation et l'impact des réseaux intégrés de soins et services pour personnes âgées dans trois municipalités régionales de comté (MRC) de l'Estrie : Sherbrooke, Granit et Coaticook.

Ces régions ont été choisies en raison de leurs caractéristiques contrastantes en terme de contexte socio-démographique et d'organisation de l'offre de services socio-sanitaires. Sherbrooke est une zone urbaine avec de multiples établissements, dont un hôpital universitaire, un institut universitaire de gériatrie à vocation régionale, un CLSC universitaire autonome, un centre de réadaptation, deux CHSLD privés conventionnés et 16 organismes communautaires. Coaticook est un milieu rural avec un établissement de soins et d'hébergement unifiés, incluant un CLSC, un centre de jour, une urgence et un centre d'hébergement et de

soins de longue durée. Enfin, le Granit est aussi un milieu rural avec un établissement de soins unifiés, incluant un CLSC, un centre hospitalier et un centre d'hébergement.

L'ensemble des omnipraticiens des trois MRC (n = 267) a constitué la base de sondage produite à partir du registre de la RAMQ (Régie de l'assurance maladie du Québec). Le premier questionnaire était divisé en quatre parties : la première devait vérifier dans quelle mesure les médecins se sentaient interpellés par l'implantation prochaine des réseaux intégrés pour personnes âgées ; la deuxième traitait de la réceptivité des médecins face à la nouvelle fonction de gestionnaire de cas et du rôle éventuel du médecin au sein du réseau ; la troisième partie comportait des questions d'ordre socio-démographique et socio-professionnel et enfin la quatrième partie permettait aux médecins d'exprimer librement leurs opinions et préoccupations.

Le second questionnaire a été envoyé uniquement aux médecins qui avaient répondu au premier, afin de suivre l'évolution de leurs perceptions. Il était divisé en deux sections. La première s'adressait aux médecins qui savaient que les gestionnaires de cas étaient en fonction depuis six mois. Elle visait à documenter la fréquence avec laquelle les médecins avaient été en contact avec les gestionnaires de cas, ainsi qu'à comparer leurs opinions sur le travail des gestionnaires de cas après qu'ils avaient eu certains de leurs patients pris en charge par eux. Pour fin de comparaison, plusieurs énoncés du premier questionnaire, en lien avec la perception de la gestion de cas, ont été repris tels quels. La deuxième partie, s'adressant à tous les médecins, a permis de cibler les obstacles à l'utilisation des gestionnaires de cas et de recueillir les commentaires.

Une lettre explicative, succincte et signée par le directeur du projet de recherche, le Dr Réjean Hébert, accompagnait les deux questionnaires et les rappels postaux. Les questionnaires ont été conçus selon les règles de Dillman : un format simple à utiliser, des questions succinctes, précédées de vignettes explicatives lorsque nécessaire, présentées dans un ordre logique et regroupées en fonction du type de réponse[4]. Pour favoriser une participation maximale, la majorité des questions étaient de type fermé, dichotomiques ou avec échelle de Likert. Dans les deux questionnaires, des énoncés favorables et défavorables à la gestion de cas s'entrecoupaient, et les médecins devaient indiquer leur niveau d'accord ou de désaccord à l'endroit de chacun de ceux-ci. Une échelle de réponses de type Likert accompagnait chaque énoncé : totalement en accord, partiellement en accord, partiellement en désaccord et totalement en désaccord.

La procédure d'envoi des questionnaires suivait aussi les règles de Dillman : personnalisation des envois, inclusion d'enveloppes de retour préadressées et préaffranchies, et utilisation de deux rappels postaux lors de chaque envoi (courte lettre de rappel une semaine plus tard, second rappel trois semaines après l'envoi initial).

Pour fins d'analyse, les réponses ont été dichotomisées entre les médecins en accord et ceux en désaccord. Des tests de McNemar (pour groupes dépendants, données catégoriques) ont donc pu être effectués afin de vérifier si les perceptions en pré-implantation avaient changé de façon statistiquement significative durant l'implantation. Une analyse de régression logistique a été réalisée afin de déterminer l'effet de certaines variables sur le souhait des médecins d'utiliser les services d'un gestionnaire de cas.

Résultats

Parmi les 267 médecins consultés au premier questionnaire, 61 n'étaient pas admissibles, ayant retourné le questionnaire en indiquant qu'ils n'avaient aucune personne âgée dans leur clientèle. Sur les 206 omnipraticiens admissibles, 124 ont répondu, pour un taux global de réponse de 60,2 %. Au second questionnaire, seulement 3 médecins sur les 124 reconsultés étaient non admissibles. Le taux de réponse fut de 86,0 % (figure 7.1).

Les médecins répondants pratiquent principalement à Sherbrooke (76,2 %), ont entre 11 et 30 années d'expérience (69,1 %) et travaillent entre 35 et 54 heures par semaine (69,9 %). Leur pratique est principalement de groupe (82,1 %). Celle-ci est très diversifiée, mais 48,2 % du travail hebdomadaire de l'ensemble de ces médecins consiste en consultations en cabinet privé. Le tableau 7.1 présente les caractéristiques socio-démographiques des médecins répondants. Le pourcentage de personnes âgées dans la clientèle des médecins est en moyenne de 42,2 % (16,8 à 67,6).

Le premier questionnaire démontre que 98 % des médecins croient que les omnipraticiens devront de plus en plus faire partie d'un réseau intégré de services. Par contre, très peu (8,2 %) se sentent impliqués et consultés dans les décisions concernant l'implantation de ces réseaux. Plus du quart (27 %) ne savaient pas qu'un réseau intégré pour personnes âgées allait s'implanter sur leur territoire dans les semaines à venir et 84,3 % ne se croyaient pas suffisamment informés pour être en mesure de s'impliquer. Par ailleurs, l'utilisation des services d'un gestionnaire de cas, élément central d'un réseau intégré, semble un besoin réel puisque

Figure 7.1
Flux des participants

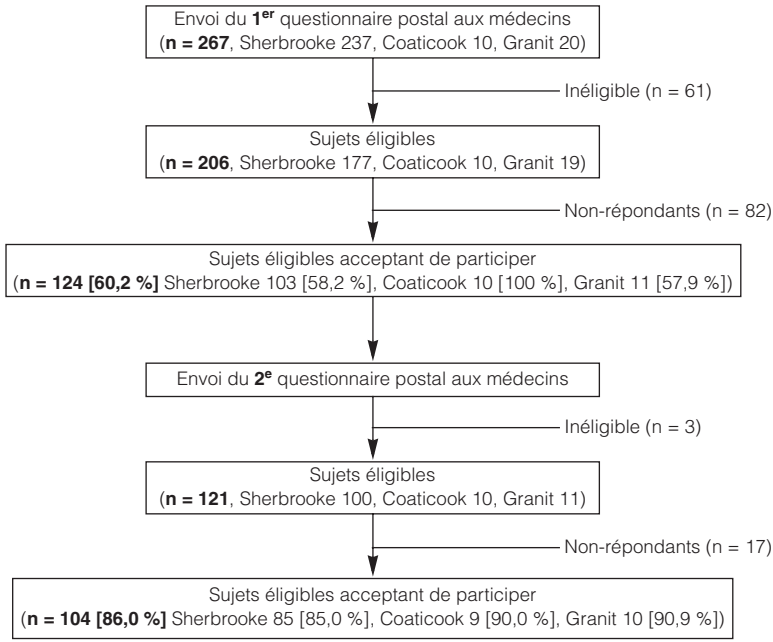


Tableau 7.1
Caractéristiques socio-démographiques des médecins répondants (n = 124)

Caractéristiques	Fréquence (pourcentage)
Sexe	
Masculin	69 (55,6)
MRC	
Sherbrooke	103 (83)
Coaticook	10 (8,1)
Granit	11 (8,9)
Formation universitaire	
Internat unidisciplinaire	1 (0,8)
Internat multidisciplinaire	28 (23)
Résidence en médecine de famille	93 (76,2)
Nombre d'années de pratique	
Moins de 5 ans	13 (10,6)
Entre 5 et 10 ans	22 (17,9)
Entre 11 et 20 ans	41 (33,3)
Entre 21 et 30 ans	44 (35,8)
Plus de 30 ans	3 (2,4)

Caractéristiques	Fréquence (pourcentage)
Type de pratique	
Solo	22 (17,9)
Sans partage de dossiers	8 (6,5)
Avec partage de dossiers	93 (75,6)
Nombre d'heures travaillées/semaine	
<25 heures	5 (4,1)
25-34 heures	10 (8,1)
35-44 heures	47 (38,2)
45-54 heures	39 (31,7)
55-64 heures	17 (13,8)
>65 heures	5 (4,1)
Perspectives des médecins dans 10 ans, selon leurs capacités et intérêts	
Être un médecin polyvalent	72 (59)
Se spécialiser dans quelques créneaux	29 (23,8)
Se spécialiser dans un seul créneau	20 (16,4)
Prendre sa retraite	1 (0,8)
Pourcentage de temps hebdomadaire consacré à différents milieux de pratique	
Consultations en cabinet privé	48,2
Consultations en CLSC	12,2
Urgence	10,1
Hospitalisation	7,29
Hébergement	7,27
Soins à domicile	6,42
Gériatrie	2,82
Recherche	1,5
Administration	1,3
Obstétrique	0,65
Santé publique	0,32
Autres	2,06

86 % des médecins de famille se sont dits intéressés à utiliser leurs services. Si l'on examine les résultats propres à chaque MRC, on observe que le désir d'utiliser les services d'un gestionnaire de cas varie considérablement. C'est à Coaticook que les médecins sont le plus intéressés (100 %), puis à Sherbrooke (86,7 %) et enfin au Granit (63,6 %).

Trois variables sont liées au désir d'utiliser les services d'un gestionnaire de cas : pratique de groupe ($p < 0{,}001$), pratique dans les MRC de Sherbrooke ou de Coaticook ($p = 0{,}09$) et proportion de personnes âgées dans la pratique ($p < 0{,}001$). Une analyse de régression logistique multivariée a permis de retenir deux de ces variables : une pratique de groupe (OR : 8,23 [IC à 95 % : 2,50 to 27,11]) et une clientèle plus âgée dans sa pratique (OR pour une augmentation de 10 % de personnes âgées : 1,47 (IC à 95 % : 1,27 à 1,70).

L'opinion des médecins envers la gestion de cas était très favorable en pré-implantation. Lors du premier questionnaire, plus de 85 % des répondants étaient en accord avec la majorité des énoncés en faveur de la gestion de cas. Deux énoncés faisaient presque l'unanimité : la complémentarité du rôle du gestionnaire de cas à celui du médecin (96,8 %) et une collecte d'information plus facile lors de la prise en charge d'un nouveau patient grâce au gestionnaire de cas (95,9 %) (tableau 7.2).

En ce qui concerne les énoncés discréditant la gestion de cas, les omnipraticiens étaient majoritairement en désaccord avec ceux-ci. Par exemple, 83,8 % des omnipraticiens étaient en désaccord avec l'énoncé voulant que les gestionnaires de cas s'immiscent dans la relation patient-médecin. Par ailleurs, 57,9 % étaient en accord avec la proposition suggérant que les gestionnaires de cas devraient plutôt être des infirmières cliniciennes qui offrent des soins directement aux patients en plus de coordonner leurs services (tableau 7.2).

Tableau 7.2
Perception des médecins de famille en regard de la gestion de cas en pré-implantation

***Énoncés favorables** à la gestion de cas* Les gestionnaires de cas…	**Totalement ou partiellement en accord**	**Totalement ou partiellement en désaccord**
auront un **rôle complémentaire** au mien.	118 [96,8]*	4 [3,3]
faciliteront la **collecte d'information lors de la prise en charge** d'un nouveau patient.	117 [95,9]	5 [4,1]
permettront aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer plus longtemps à **domicile**.	111 [93,3]	8 [6,7]
faciliteront l'accès aux services des personnes âgées.	111 [93,3]	8 [6,7]
faciliteront mon travail.	105 [92,9]	8 [7,1]
aideront à la prise de décision lors du **retour à domicile de patients hospitalisés.**	113 [92,6]	9 [7,4]
contribueront à la **diminution de la duplication des services.**	100 [86,2]	16 [13,8]
me permettront de **mieux connaître le contexte de vie** de mes patients.	101 [84,9]	18 [15,1]
éviteront des **hospitalisations inutiles**.	94 [83,9]	18 [16,1]
allégeront mes **tâches bureaucratiques**.	78 [66,6]	39 [33,4]

***Énoncés défavorables** à la gestion de cas* Les gestionnaires de cas…	**Totalement ou partiellement en accord**	**Totalement ou partiellement en désaccord**
devraient plutôt être des **infirmières cliniciennes** qui offrent des soins directement aux patients en plus de coordonner leurs services.	66 [57,9]	48 [42,1]
seront une **dépense supplémentaire** au système de santé.	51 [44]	65 [56]
alourdiront le **processus de soins** déjà en place.	28 [23,9]	89 [76,1]
rendront ma **tâche plus complexe**.	28 [23,5]	91 [76,5]
viendront **s'immiscer dans ma relation patient-médecin.**	19 [16,4]	97 [83,8]
seront peu efficaces puisque les **ressources sont très limitées** dans ma région.	18 [15,3]	100 [84,7]

* Fréquence [pourcentage]

Le premier questionnaire visait aussi à documenter l'intérêt des omnipraticiens à s'impliquer. Le tableau 7.3 démontre l'intérêt marqué des médecins à participer au réseau et à collaborer avec les gestionnaires de cas. Par exemple, 95,6 % des médecins sont intéressés à référer un patient en perte d'autonomie à un gestionnaire de cas. D'autres questions ont porté sur l'alliance entre les gestionnaires de cas et les médecins, l'utilisation du dossier clinique informatisé et sur la capitation, puisque ce dernier élément est parfois cité comme étant une composante importante, dans certains contextes, d'un réseau intégré. Enfin, 94 % des omnipraticiens souhaitaient avoir plus d'information à propos de la gestion de cas et du réseau intégré pour personnes âgées et 98 % désiraient savoir précisément quels patients pouvaient être référés en gestion de cas lors de notre première enquête.

Au moment de notre second questionnaire, 70 % des médecins de famille savaient que les gestionnaires de cas étaient à leur disposition. Parmi ceux-ci, la majorité (60,3 %) n'avaient pas discuté avec leurs patients de la possibilité d'avoir un gestionnaire de cas. Un peu plus du tiers (35,6 %) avait référé un patient en gestion de cas et, en général, le nombre de références par médecin n'excédait pas deux (65,4 %). Près des deux tiers (60,3 %) ont été avisés qu'un gestionnaire de cas s'occupait d'un de leurs patients.

Tableau 7.3
Intérêt des médecins de famille à s'impliquer au réseau intégré en pré-implantation

Comme médecin de famille, je suis intéressé à …	**Totalement ou partiellement en accord**	**Totalement ou partiellement en désaccord**
…participer au **dépistage** des personnes âgées susceptibles de bénéficier de la gestion de cas.	82 (69) *	36 (31)
…**discuter avec mes patients** en perte d'autonomie de la possibilité d'avoir un gestionnaire de cas.	110 (91,3)	10 (8,7)
…**référer à un gestionnaire de cas** mes patients en perte d'autonomie qui le désirent.	115 (95,6)	5 (4,4)
…**discuter avec les gestionnaires de cas** des patients que nous suivons conjointement.	111 (92,9)	8 (7,1)
…**être consulté(e) pour l'élaboration** du plan de services individualisé (**PSI**) par le gestionnaire de cas.	107 (91,1)	10 (8,9)
…être présent(e) lors des **réunions d'équipes multidisciplinaires** concernant mes patients si ma rémunération est ajustée en conséquence.	87 (73,5)	31 (26,5)
…un **mode de rémunération par capitation**, c'est-à-dire en fonction du nombre de patients inscrits sur ma « liste » et de la lourdeur de ceux-ci.	74 (64,8)	39 (35,2)
…mettre le **temps et l'énergie** nécessaires pour utiliser un **dossier clinique informatisé partageable** (c'est-à-dire pouvant être consulté par plusieurs intervenants).	79 (66)	38 (34)
…**retarder l'utilisation** du dossier clinique informatisé parce que j'ai des **préoccupations** à propos du **contrôle de l'information**.	33 (30,5)	80 (69,5)
Les gestionnaires de cas…	**Totalement ou partiellement en accord**	**Totalement ou partiellement en désaccord**
…devraient travailler surtout **avec un groupe de médecins spécifiquement identifiés en soins aux personnes âgées.**	50 (42,1)	69 (58)
…devraient travailler en collaboration avec **tous les** médecins de famille.	108 (88,5)	14 (11,5)

* Fréquence [pourcentage]

En cours d'implantation, l'évaluation de la perception des médecins en lien avec la gestion de cas a été reprise. Parmi les 50 médecins ayant eu un patient pris en charge par un gestionnaire de cas, entre 33 et 47 ont répondu à cette section du questionnaire. La principale raison expliquant l'abstention de certains répondants est le manque de contacts avec les gestionnaires de cas, puisque certains omnipraticiens n'avaient eu qu'un seul patient suivi en gestion de cas, au moment du deuxième questionnaire. Le tableau 7.4 contient aussi les résultats des mêmes médecins au premier questionnaire afin de les mettre en relation avec ceux du second.

En observant l'évolution des perceptions, on remarque que le nombre de médecins en accord avec les énoncés favorables à la gestion de cas a diminué de façon statistiquement significative ($p < 0,01$) pour 6 des 10 énoncés. Au niveau des énoncés défavorables à la gestion de cas, les perceptions des médecins sont restées les mêmes qu'en pré-implantation.

Tableau 7.4
Perception des médecins de famille en regard de la gestion de cas après 6 mois d'implantation

Énoncés favorables *à la gestion de cas* Le travail des gestionnaires de cas …	**Totalement ou partiellement en accord**	**p***
	1er Q 2e Q	**P < 0,01**
…a été **complémentaire** au mien.	43 (95,6)† 45 (97,8)	1
…a permis aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer plus longtemps à **domicile**.	38 (88,4) 27 (77,1)	0,508
…a **facilité l'accès aux services** des personnes âgées.	40 (93) 28 (71,8)	0,031
…a **facilité mon travail**.	38 (92,7) 27 (65,9)	0,012
…a aidé à la prise de décision lors du **retour à domicile de patients hospitalisés.**	40 (87) 20 (60,6)	0,008
…a facilité la **collecte d'information lors de la prise en charge** d'un nouveau patient.	44 (95,7) 20 (55,6)	0,001
…a contribué à la **diminution de la duplication des services.**	38 (88,4) 26 (55,3)	0,003
…a allégé mes **tâches bureaucratiques**.	31 (68,9) 19 (42,2)	0,006
…a évité des **hospitalisations inutiles**.	33 (80,5) 14 (36,8)	0,001
…m'a permis de **mieux connaître le contexte de vie** de mes patients.	36 (80) 14 (32,6)	0,000

Énoncés défavorables *à la gestion de cas* Le travail des gestionnaires de cas …		
…aurait dû être fait par des **infirmières cliniciennes** qui offrent des soins directement aux patients en plus de coordonner leurs services.	25 (58,1) 23 (57,5)	1
...a été une **dépense supplémentaire** au système de santé.	19 (44,2) 15 (31,9)	0,607
…a été peu efficace puisque les **ressources sont très limitées** dans ma région.	9 (20) 10 (23,8)	0,727
…a alourdi le **processus de soins** déjà en place.	10 (23,3) 7 (15,6)	0,508
…est venu **s'immiscer dans ma relation patient-médecin.**	5 (11,4) 4 (8,9)	0,625
…a rendu ma **tâche plus complexe**.	9 (20) 3 (6,4)	0,07

* Tests statistiques de Mc Nemar

† Fréquence (pourcentage)

Tous les médecins, qu'ils aient eu ou non un patient suivi en gestion de cas, ont été appelés à se prononcer sur les raisons susceptibles d'influencer une collaboration satisfaisante et utile avec les gestionnaires de cas, ou tout simplement sur les causes de la non-utilisation de ceux-ci. On peut relever cinq obstacles identifiés par la majorité des omnipraticiens. Parmi ceux-ci, le plus important est l'oubli de faire appel à un gestionnaire de cas (69,1 %), suivi du réflexe de faire appel aux travailleurs sociaux des CLSC ou des hôpitaux (63,6 %) et troisièmement le fait que plusieurs ne savaient pas comment contacter un gestionnaire de cas (59,4 %). Il faut toutefois souligner que 95 % des médecins ne mentionnent pas le désintéressement comme obstacle à l'utilisation d'un gestionnaire de cas. Le tableau 7.5 présente, en ordre décroissant, les obstacles à l'utilisation des gestionnaires de cas.

Discussion

L'enquête auprès des médecins a rejoint 60,2 % des omnipraticiens ciblés lors du premier questionnaire et 86 % de ceux-ci ont répondu au second questionnaire. Ces taux de réponses sont élevés si on les compare à d'autres taux disponibles dans la littérature portant sur les populations médicales [3, 12].

Le positionnement des médecins en pré-implantation du réseau intégré fut étonnamment très favorable à l'implantation de celui-ci et de la gestion de cas. En 1999, lors d'une enquête menée par SECOR à la

Tableau 7.5
Obstacles à l'utilisation de la gestion de cas

Les obstacles à l'utilisation des gestionnaires de cas sont que…	**Totalement ou partiellement en accord**	**Totalement ou partiellement en désaccord**
…j'**oublie** de m'en servir.	67 (69,1)*	30 (30,9)
…j'utilise les **services de travailleurs sociaux** du CLSC ou de l'hôpital au lieu de faire appel à un gestionnaire de cas.	63 (63,6)	36 (36,4)
…je ne sais pas comment les **contacter**.	60 (59,4)	41 (40,6)
…je m'occupe **moi-même** de coordonner et négocier les services de mes patients.	54 (54,5)	45 (45,5)
…je **ne comprends pas** encore clairement comment le gestionnaire de cas peut venir en aide à mon patient.	54 (54,0)	46 (46,0)
…je ne sais pas **qui** dans ma **clientèle** pourrait bénéficier de la gestion de cas.	41 (40,2)	61 (59,8)
…j'ai besoin d'**infirmières cliniciennes** et non de gestionnaires de cas.	34 (37,0)	58 (63,0)
…je ne savais pas que ce service était à ma **disposition.**	35 (35,0)	65 (65,0)
…jusqu'à maintenant, ma **clientèle ne répond pas** à celle qui pourrait bénéficier d'un gestionnaire de cas.	28 (28,0)	72 (72,0)
…je **doute** de l'**efficacité** d'un tel système.	24 (25,0)	72 (75,0)
…je m'en servirais si ma **rémunération** était ajustée en conséquence.	22 (23,4)	72 (76,6)
…je crains que ma **charge de travail** s'alourdisse.	22 (22,2)	77 (77,8)
…sans le **dossier clinique informatisé**, je ne vois pas comment ils pourraient m'être utiles.	20 (20,4)	78 (79,6)
…ils ne sont **pas disponibles** quand j'en ai besoin.	16 (18,6)	70 (81,4)
…je ne suis **pas intéressé(e)** à utiliser leurs services.	5 (5,0)	95 (95,0)

* Fréquence (pourcentage)

demande de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 72 % des médecins répondants croyaient que les omnipraticiens devraient, de plus en plus, faire partie d'un réseau intégré de services[10].

Lors de notre enquête, 98 % des répondants sont de cet avis. Toutefois, la notion de réseau intégré demeure imprécise et les médecins se sentent à l'écart des discussions et décisions. Ils sont intéressés à utiliser les services d'un gestionnaire de cas (86 %), sont confiants que ce dernier leur viendra en aide et améliorera les soins aux personnes âgées, mais souhaitent en savoir davantage sur son rôle (94 %) et sur la clientèle ciblée par ce nouveau projet (98 %). Ce manque de familiarité avec les tâches du gestionnaire de cas, ainsi que l'impression d'être mis à l'écart des discussions et décisions, sont deux raisons expliquant la réticence des médecins face aux gestionnaires de cas[6, 9, 15]. Le niveau de participation des médecins au processus de pré-implantation ayant été faible, on ne s'étonne pas du manque de familiarité exprimé. Deux éléments ont contribué à leur absence aux tables de discussion : leur structure de rémunération et leur disponibilité très limitée.

Contrairement à ce qui était soulevé par Netting[9], les médecins en Estrie ne semblent pas craindre l'intrusion d'un autre professionnel au sein de leur relation patient-médecin, puisque 97 % trouvent le rôle du gestionnaire de cas complémentaire et 83,8 % ne considèrent pas que ce dernier puisse s'immiscer dans leur relation patient-médecin. Leurs principales craintes sont plutôt l'alourdissement de leurs tâches bureaucratiques et que l'arrivée des gestionnaires de cas soient une dépense supplémentaire pour le système de santé. Ces deux dernières impressions ont persisté durant les premiers mois d'implantation.

L'intérêt moins prononcé des médecins du Granit d'utiliser les services d'un gestionnaire de cas semble s'expliquer en partie parce que 90,9 % des médecins de cette région travaillent en solo. Nous supposons qu'ils sont habitués à coordonner eux-mêmes les services de leurs patients. Il est donc recommandé d'accorder une importance particulière aux médecins qui travaillent en solo lors de la mise en œuvre de réseaux intégrés.

Lors du second questionnaire, les médecins ont été plus sévères face à la gestion de cas. Toutefois, ils avaient malheureusement peu de recul, n'ayant eu que très peu de contacts avec les gestionnaires de cas et, comme le mentionne Walston, l'implantation de changements majeurs est invariablement accompagnée d'attentes excessivement optimistes[14]. Après 25 semaines d'implantation de la gestion de cas, 29,8 % des médecins ne savaient pas qu'ils pouvaient utiliser les services d'un gestionnaires de cas. Par ailleurs, 64,4 % des omnipraticiens au courant de la disponibilité des gestionnaires de cas n'ont référé aucun de leurs

patients en gestion de cas durant ces 6 premiers mois. Comme mentionné par White et Millette[8, 15], encore beaucoup de médecins ne font pas appel aux gestionnaires de cas, car ils coordonnent eux-mêmes les soins et services de leurs patients. Les changements dans les façons de faire s'opèrent lentement, mais certaines interventions pertinentes peuvent faciliter les choses.

Pour favoriser l'implication des médecins au sein d'un réseau intégré en voie d'implantation, il importe de les impliquer très tôt dans les décisions, afin qu'ils soient convaincus que ce nouveau service répond à leurs besoins[11]. Toutefois, l'élément déterminant de leur participation semble être la diffusion de l'information nécessaire à leur compréhension. Le terme réseau intégré et les concepts qui le définissent sont loin d'être connus et compris par la majorité des médecins. De plus, les médecins doivent savoir à quel moment les nouveaux services du réseau intégré seront disponibles et quelle sera le mode d'accès à ceux-ci. En Estrie, le fait de ne pas avoir été suffisamment associés au processus dans la phase de pré-implantation, conjugué au fait que la transmission d'informations a été déficiente, n'a pas permis aux médecins d'effectuer un réel changement dans leur pratique quotidienne : ils oubliaient de s'en servir (69,1 %), ils utilisaient les services des travailleurs sociaux du CLSC ou de l'hôpital (63,6 %), ils continuaient à s'occuper eux-mêmes de coordonner les services de leurs patients (54,5 %) et ils ignoraient comment contacter les gestionnaires de cas (59,4 %). En plus, ils ne comprenaient pas clairement le rôle du gestionnaire de cas (54 %), identifiaient mal la clientèle ciblée par ce mécanisme de coordination de services (40,2 %).

Le nombre médecins utilisés pour mesurer l'évolution des perceptions par rapport à la gestion de cas constitue une faiblesse de cette étude. L'envoi du second questionnaire après six mois d'implantation était trop précoce et n'a pas permis un contact suffisant entre médecins et gestionnaires de cas. Moins de la moitié des répondants avaient eu un contact avec un gestionnaire de cas, et de ceux-ci seulement un ou deux de leurs patients avaient été suivis en gestion de cas. La perception des médecins sera à nouveau explorée après plus d'une année d'implantation de la gestion de cas, afin de suivre l'évolution de leurs perceptions.

Conclusion

Les omnipraticiens réalisent l'importance d'implanter des réseaux intégrés pour personnes âgées. Ils souhaitent collaborer avec le gestionnaire

de cas et désirent s'impliquer au sein des réseaux. Toutefois, leur compréhension de leur rôle et de celui du gestionnaire de cas demeure imparfaite. Il est capital de les intégrer dans les décisions et les discussions avant l'implantation d'un tel mécanisme, et de les informer sur la disponibilité des gestionnaires de cas, sur leurs fonctions, sur le profil de la clientèle ciblée et sur l'utilité de la gestion de cas pour eux et leurs patients. Enfin, il est incontournable d'augmenter la visibilité des gestionnaires de cas, auprès des médecins, mais aussi auprès de la population en général.

Remerciements

Cette enquête a été réalisée dans le cadre d'une étude financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (subvention #200102YY1-88437-HSR-AEIF-35922). Nous tenons à remercier les membres de l'équipe PRISMA pour leur soutien. Nous remercions les médecins omnipraticiens de Sherbrooke, Coaticook et du Granit pour avoir prêté leur concours à cette enquête.

Référence

1. Béland, F., Howard B. et Lebel, P. *Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA), évaluation de la phase 1, juin 1999 à mai 2000*, 2001, 78 p.
2. Bergman *et al*. *Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, MSSS (1997). À compléter
3. Collège des médecins de famille du Canada. *Diffusion Initiale Des Données Du Sondage National 2001 Auprès Des Médecins De Famille, Janus Project*, 2001.
4. Dillman, D. A. « Mail and Internet Surveys, The Tailored Design Method », 2000.
5. Durand, P. J., Tourigny A. , Bonin L., Bergeron P., Paradis M. et Lemay A. « Évaluation de l'implantation et de l'impact des services intégrés destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie : résultats de l'étude des Bois-Francs », *Actes du colloque PRISMA*, 2001 :15-57.
6. Feltes, M., Wetle, T., Clemens, E., Crabtree, B., Dubitzky, D. et Kerr, M. « Case management and physicians :Communication and perceived problems », *Journal of the American Geriatrics Society*, 1994 ; 42 : 5-10.
7. Hébert, R., Durand, P. J., Dubuc, N., Tourigny, A. et le groupe PRISMA. « Integrated service delivery for the disabled older population : A new model », *Canadian Family Physician Journal*. À compléter

8. Millette, B., Nasmith, L., Grand-Maison, P. et Lamontagne, R. « Le rôle central du médecin de famille dans la réforme de la santé au Québec », *Le Médecin Du Québec*, 1996 ; 31 : 5 : 87-93.
9. Netting, F. E. et Williams, F. G. « Case manager-physician collaboration : Implications for professional identity, roles, and relationships », *Health & Social* Work, 1996 ; 21 : 3 : 216-24.
10. Rodrigue, J., Savard, I., Dubé, R. et L'Heureux, M. « La pratique du médecin omnipraticien dans un réseau de services intégrés », *Le Médecin Du Québec*, 2000 ; 35 : 3 : 103-34.
11. Scheirer, M. A. *The Organizational Context ; Implementation and Organisational Change*, Sage publications, Beverly Hill, Ca, 1981.
12. SECOR, FirmeZins Beauchesne et associés. « Questionnaire sur le positionnement stratégique des cabinets privés de médecins omnipraticiens à la suite des transformations récentes du système de santé québécois », Québec, 1999.
13. Statistique Canada. « Rapports sur la santé. La santé de la population canadienne », *Institut canadien d'information sur la santé*, 1999 ; 11 : 3 : 53-66.
14. Walston, S. L., Kimberly, J. R. et Lawton, R. B. « Owned vertical integration and Health Care : promise and performance », *Health Care Manage Review*, 1996 ; 21 : 1 : 83-92.
15. White, M., Gundrum, G., Shearer, S. et Simmons, W. J. « A role for case managers in the physician office », *Journal of Case Management*, 1994 ; 3 : 2 : 62-68.

8. Guide d'utilisation du questionnaire PRISMA-7 pour le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie significative

Michel Raîche, Réjean Hébert, Marie-France Dubois et les partenaires PRISMA

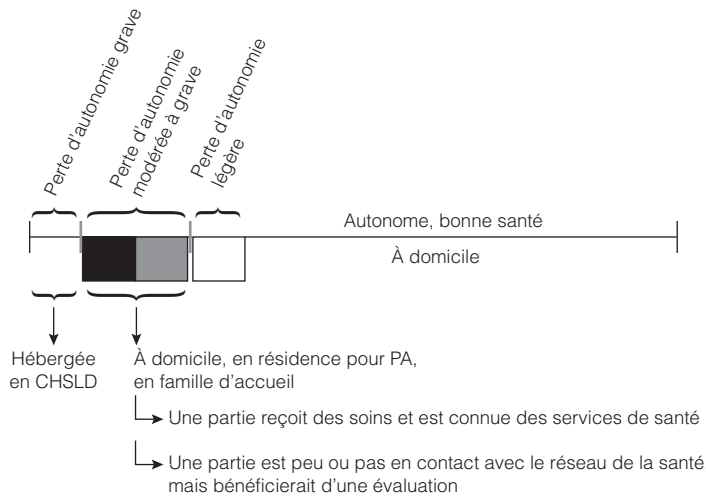
Introduction

La majorité des personnes âgées de plus de 65 ans vit en bonne santé et de manière autonome à domicile. Cependant, une partie des personnes âgées se retrouve en perte d'autonomie modérée à grave parmi celles qui vivent à domicile ou en résidence pour personnes âgées. Pendant le processus d'implantation d'un réseau intégré de services pour les personnes âgées en Estrie, les partenaires étaient à la recherche d'un moyen rapide et efficace pour identifier des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave, **en l'absence d'un score SMAF connu**. Johanne Bolduc, du Carrefour Santé de la MRC de Coaticook, avait exprimé le besoin pour un tel outil. L'équipe de recherche PRISMA avait réalisé une étude antérieure qui permettait d'identifier les personnes âgées à risque de perte d'autonomie (prédiction) au moyen d'un questionnaire postal. En ré-analysant ces données, il était possible d'identifier les questions qui constituaient **les meilleurs descripteurs de la perte d'autonomie actuelle**.

Ce document est destiné aux décideurs et cliniciens dont une partie ou la totalité de la clientèle est composée de personnes âgées, afin de leur présenter l'outil de repérage PRISMA-7.

Population cible et continuum d'autonomie

Continuum d'autonomie



Besoin

Identifier les personnes en perte d'autonomie modérée à grave dont on ne connaît pas l'état, état susceptible de se détériorer rapidement si une intervention n'est pas engagée, au minimum une évaluation de l'autonomie.

Objectif

En l'absence d'un score SMAF connu, identifier par un moyen simple, efficace et rapide les personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave, à l'occasion d'un contact avec un intervenant de la santé ou du milieu communautaire.

Outil de référence : le SMAF

Le SMAF, Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle[2, 4], composante de l'outil multiclientèle, est l'outil généralisé **dans tout le Québec** depuis le printemps 2002 par le ministère de la Santé et des Services Sociaux afin d'évaluer l'autonomie des personnes âgées. Basé sur des données épidémiologiques et sur l'observation de la distribution des Profils Iso-SMAF[1], un score SMAF ≥ 15 a été déterminé comme étant le

meilleur descripteur d'une perte d'autonomie modérée à grave par un groupe d'experts cliniciens en gériatrie.

But de l'étude

On peut poser une foule de questions afin de savoir si une personne âgée est en perte d'autonomie ou encore mieux, faire un SMAF au complet.

Peut-on identifier quelques questions ciblées qui permettraient d'avoir une idée assez juste si une personne a un score SMAF ≥ 15 ?

Évidemment, si on doit poser 100 questions pour avoir une idée si la personne a un score SMAF élevé, aussi bien faire le SMAF directement, ce sera moins long. Il existe des méthodes d'analyses statistiques qui permettent de trouver la force du lien entre une série de questions et un résultat à un test, en l'occurrence le score au SMAF. Évidemment, plus on pose de questions, plus on a de chances d'être précis.

Et c'est là le choix à faire : veut-on un outil résumé fortement associé au score SMAF ≥ 15, ou veut-on faire le SMAF au complet *?*

Nous avons donc conçu cette étude dans le but de construire un **outil résumé**, et non dans le but de dresser une liste de questions aussi longue que le SMAF lui-même (qui prend entre 15 et 20 minutes à administrer).

Bien sûr, on aura souvent l'impression qu'il manque des questions, que tel aspect est important aussi, mais les analyses effectuées permettent de conclure, hors de tout doute, que d'autres questions ne sont pas aussi performantes quand il s'agit d'être fortement associées à un score SMAF ≥ 15. Voir à ce sujet la liste ci-dessous des sujets étudiés dans cette recherche.

Méthodologie de l'étude

La liste des questions étudiées a été dressée à partir d'une revue de la littérature scientifique et clinique par un comité clinique d'experts en gériatrie, sur le thème de la perte d'autonomie. Le comité a ciblé une liste de 23 questions à répondre par oui ou non qui concernent les principaux problèmes liés à l'autonomie des personnes âgées. Ces questions portaient sur les chutes, les médicaments, les problèmes de mémoire, le besoin d'aide, la nutrition, l'état émotif, les hospitalisations, les limitations d'activité, la mobilité, l'ouïe, la vision, l'âge, le sexe, etc.

L'étude a porté sur 594 personnes âgées de la région sherbrookoise, choisies au hasard. Elles ont répondu aux 23 questions et ont par la suite été évaluées à domicile au moyen du SMAF. Comme première analyse, chacune des questions a été mise en relation avec un score SMAF ≥ 15.

Une première liste de questions significatives a ainsi pu être dressée (analyse statistique du Chi carré). Par la suite, une analyse de régression statistique multivariée a permis de trouver les questions requises et les plus performantes en lien avec un score SMAF ≥ 15. Enfin, des analyses de sensibilité et de spécificité ont permis d'étudier différents scores-seuils, c'est-à-dire le nombre de questions auxquelles une réponse positive devait être apportée par les personnes âgées pour que ces dernières soient considérées « à risque ».

Résultats

Dans la liste des 23 questions, 7 ont été trouvées comme les meilleurs descripteurs d'un score SMAF ≥ 15. Les autres se sont avérées moins performantes pour décrire un score élevé au SMAF.

Ces 7 questions sont présentées plus loin en version française, anglaise et polonaise.

Mode d'emploi du questionnaire

L'outil est démontré valide pour repérer les personnes visées, soit les personnes âgées vulnérables. Mais il y a des précautions à prendre lors de son utilisation.

1. Bien sûr, ne pas dire que la réponse « Oui » constitue la réponse à risque.

2. La bonne réponse = la réponse de la personne
   – puisque le questionnaire a été validé par la poste dans l'étude (donc aucun intervenant n'a influencé les réponses) ;
   – aucune interprétation de la réponse ne doit être faite ;
   – aucune influence ne doit être exercée sur la personne pendant qu'on lui pose les questions ;
   – aucun jugement ne doit être porté (par exemple : « Elle répond non, mais d'après moi ce devrait être oui. »).

3. Si la personne hésite entre oui et non, il faut l'inviter à choisir l'une des deux réponses.

4. Si, malgré plusieurs tentatives, elle persiste à répondre « un peu » ou « des fois », il faut indiquer « oui » comme réponse.

5. Il n'y a pas d'erreur à la question n° 6, « Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin ? ».

- La réponse « oui » est *bien* celle qui signifie qu'il pourrait falloir mener une évaluation plus approfondie.
- Probablement que le fait d'avoir *identifié* cette personne signifie que le besoin d'aide a été ressenti. Ce résultat peut être surprenant, mais il n'y a pas d'erreur, c'est bien ce qui a été mesuré chez les 594 personnes de l'étude, celles qui répondent « non » à cette question sont moins féquemment en perte d'autonomie que les personnes qui répondent « oui ». Une personne âgée qui n'a pas identifié une personne sur qui compter en cas de besoin est une personne plus autonome.

6. Ne pas dire à la personne si elle est identifiée positive ou négative au repérage
   – peut provoquer de l'inquiétude inutile si on lui dit qu'elle est à risque de quelque chose ;
   – lui dire que « si nécessaire, le guichet unique ou un intervenant vous contactera » ;
   – ce qui arrive ensuite : une évaluation plus approfondie (si elle a répondu 3 ou 4 « oui » et plus), c'est tout !

7. Ce qui arrive après avoir répondu au questionnaire : *peut-être* une évaluation plus approfondie (seulement si elle a répondu 3 ou 4 « oui » et plus), c'est tout !

Questions et réponses sur PRISMA-7

L'opération est-elle valide si c'est l'aidant qui répond aux questions ?

Oui, en autant qu'il connaisse bien la personne âgée et juge bien de ce qu'elle répondrait. Le ou la propriétaire d'une résidence pour personnes âgées peut également répondre pour une personne âgée, en autant qu'il la connaisse bien et sache ce qu'elle répondrait. La meilleure source d'information demeure cependant la personne âgée elle-même.

Question n^{o} 1 : Avez-vous plus de 85 ans ?

Pourquoi ce critère d'âge ?

Il est bien connu que les très âgés se retrouvent plus souvent en perte d'autonomie que les moins âgés. Mais, à partir de quel âge peut-on vraiment dire qu'il existe un très grand risque ? À partir de 80 ans ? 90 ans ? 82 ans ? Avec les données de l'étude, la barrière des 85 ans s'est avérée la plus fortement associée à la perte d'autonomie modérée à grave. Mais cela ne constitue qu'un facteur de risque supplémentaire et signifie pas

que le questionnaire est réservé aux personnes de 85 ans et plus. Au contraire. Il s'adresse aux personnes de 65 ans et plus. Une personne de 72 ans qui présente 4 autres réponses positives est davantage en perte d'autonomie qu'une personne de 90 ans qui n'a qu'une seule réponse positive au Prisma-7, soit l'âge de plus de 85 ans.

Question n^{o} 2 : De sexe masculin ?

Pourquoi les hommes doivent être considérés plus à risque ?

Il est bien connu que les hommes sont moins autonomes que les femmes pour certaines tâches domestiques. Cela a également été vérifié dans cette étude ; le fait d'être de sexe masculin est associé à la perte d'autonomie modérée à grave.

Question n^{o} 3 : ...*limiter* vos activités.

Si la personne ne comprend pas ce terme, « *ralentir* vos activités » peut être utilisé comme formulation.

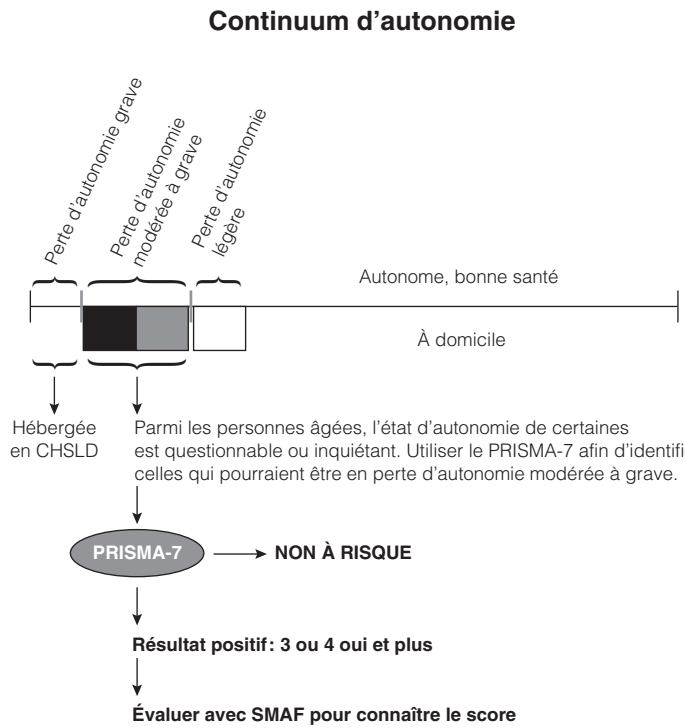
Question n^{o} 5 : ...vous aider *régulièrement*.

Si la personne demande ce que l'on veut dire par « régulièrement », c'est *sa* définition de ce mot qui compte. On lui demande : « Pour vous, régulièrement veut dire à toutes les semaines ou tous les jours ? » Si elle répond : « À toutes les semaines », lui reposer alors la question en la reformulant : « Avez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider *toutes les semaines* ? »

Note sur le questionnaire en polonais

Il existe une petite communauté d'origine polonaise en Estrie. Comme l'une des agentes de recherche de PRISMA est également d'origine polonaise, elle a bien voulu accepter de le traduire afin que les intervenants puissent s'adresser dans leur langue d'origine à cette partie de la population quand la langue était un obstacle à la compréhension !

Que faire des personnes évaluées positives



Une **personne âgée identifiée positive** au PRISMA-7 **doit ensuite être évaluée avec le SMAF** pour vérifier son état d'autonomie. C'est l'étape qui suit un PRISMA-7 positif.

Comme pour tout test de dépistage, les résultats positifs incluent des vrais positifs (ceux que l'on cherche) et des faux positifs. Seule une évaluation avec le SMAF permet de discriminer entre les deux. Mais le PRISMA-7 permet de réduire de deux tiers le nombre de personnes à évaluer d'emblée avec le SMAF, puisque 35,5 % des personnes sont identifiées positives au test (dans le cas du seuil à 3 oui et plus). Dans le cas du seuil à 4 « oui » et plus, seulement 19 % des personnes sont identifiées positives, ce qui élimine 81 % des personnes à évaluer. Évidemment, à ce moment, la sensibilité diminue, mais la spécificité augmente significativement. Il appartient aux décideurs et cliniciens de **choisir le seuil à privilégier** en fonction du **processus d'évaluation des nouveaux cas de personnes âgées** dans leurs équipes. Certaines équipes

avaient choisi de commencer avec le seuil de quatre réponses positives et plus. Une fois rodées, elles ont abaissé le seuil à trois réponses positives et plus.

Même si on le souhaiterait, aucun test de dépistage n'est parfait à 100 %. Même le « Pap test » pour dépister le cancer du col de l'utérus n'est pas parfait à 100 %, même si son utilisation est très largement répandue. D'ailleurs, la sensibilité du « Pap test » est du même ordre que celle du PRISMA-7. Pour ce type de questionnaire, c'est un bon résultat qui permet d'en recommander et d'en généraliser l'utilisation.

Prévalence de la perte d'autonomie modérée à grave dans une population ciblée

La validation du PRISMA-7 a été faite avec un échantillon de personnes âgées sélectionnées au hasard. La prévalence (fréquence à un moment précis) de perte d'autonomie modérée à grave dans la population âgée de plus de 75 ans non institutionnalisée est de 21 %. Bien évidemment, la fréquence de perte d'autonomie modérée à grave est *plus élevée* dans la population âgée qui consulte ou reçoit des services. Les personnes âgées qui sont tout à fait autonomes consultent beaucoup moins pour recevoir des services. Par conséquent, si le PRISMA-7 est utilisé, par exemple, avec l'ensemble des personnes âgées qui consultent dans un CLSC, la proportion de personnes en perte d'autonomie modérée à grave sera plus élevée que parmi les membres âgés d'un club de golf. Il faut s'attendre à détecter une fréquence de personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave supérieure à 21 % dans la clientèle âgée qui consulte en CLSC.

Des cliniciens ont utilisé le PRISMA-7 seulement avec des personnes âgées qu'ils jugeaient à risque. Un fort pourcentage de ces personnes étaient identifiées positives au PRISMA-7. Est-ce normal d'obtenir ce haut pourcentage ? Chose certaine, ce n'est pas surprenant ! La seule chose que cela signifie, c'est que ce résultat confirme l'intuition de cliniciens expérimentés. En ciblant au départ, à partir d'une clientèle identifiée vulnérable par un clinicien, la fréquence sera bien supérieure à 21 % également dans cette situation.

Le PRISMA-7 ne remplace pas l'intuition et le jugement clinique, elle les appuie en documentant et en chiffrant la possibilité de se retrouver devant une personne âgée en perte d'autonomie. Auparavant, seule une évaluation plus approfondie permettait de savoir si tel était le cas. **Le PRISMA-7 permet de faire un premier triage parmi les cas qui**

devraient être évalués en premier. L'étape suivante demeure d'évaluer la personne âgée avec le SMAF.

Note sur le PRISMA-7 et les gestionnaires de cas

Certaines régions du Québec se sont dotées d'équipe de gestionnaires de cas dans l'implantation de réseau de soins intégrés pour les personnes âgées. **Un PRISMA-7 positif ne signifie pas que la personne requiert obligatoirement un gestionnaire de cas**. *Peut-être que oui*, mais seule une évaluation plus approfondie peut répondre à cette question.

PRISMA-7 positif	≠	**besoin de gestion de cas**
PRISMA-7 positif	=	**besoin d'une évaluation plus approfondie**

Dans quel cadre utiliser le PRISMA-7

Le PRISMA-7 peut être utilisé dans le cadre d'un guichet unique, il peut être utilisé par téléphone, par des cliniciens ou des bénévoles formés à son utilisation (voir les consignes à respecter), par des services à domicile, à l'urgence, et par des bénévoles de divers organismes (popote roulante, par exemple). Certaines équipes cliniques prévoient l'utiliser lors de la campagne de vaccination des personnes âgées contre la grippe, une bonne occasion d'effectuer un repérage élargi.

Conclusion

- Ce repérage lors d'un contact avec des intervenants constitue une occasion d'effectuer une avancée très novatrice en termes de santé publique.
- Il répond à un besoin d'utiliser un outil validé et efficace pour repérer les personnes âgées vulnérables, fragiles.
- Cela constitue une occasion privilégiée d'identifier ces personnes vulnérables avant qu'elles ne soient trop avancées dans le processus de perte d'autonomie, augmentant ainsi le potentiel d'intervention.
- On peut alors les orienter vers une évaluation plus approfondie qui déterminera les soins et les services requis par leur état.

Diverses versions du questionnaire PRISMA-7

La plupart des utilisateurs ont refait la mise en page pour inclure un espace pour la carte d'assurance maladie et le logo de l'établissement. Cela ne nous pose aucun problème évidemment, la seule restriction que nous ayons étant de conserver tel quel le libellé des questions puisque la validation a été faite avec ces questions. Nous ne pouvons fournir aucune « garantie » sur la validité de formulations de questions qui seraient modifiées.

La version auto-administrée et la version à utiliser par un intervenant *visent exactement la même clientèle, soit les personnes de 65 ans et plus*. La présentation visuelle et le ton de certaines informations seulement ont été changées. Par exemple, nous avons enlevé la désignation de « personnes âgées en *perte d'autonomie modérée à grave* » dans le titre du questionnaire pour ne pas provoquer d'inquiétude inutile chez les personnes âgées qui le rempliraient en mode auto-administré et pour ne pas affecter leurs réponses. Ce questionnaire *n'est pas limité aux personnes de 85 ans et plus*. Il vise au contraire toute la clientèle âgée. Voir à ce sujet la section « Questions et réponses sur le Prisma-7 ».

PRISMA

Questionnaire PRISMA-7

Pour le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave

Cette personne a-t-elle un gestionnaire de cas ?
Si oui, transmettre l'information que vous détenez sur sa santé au gestionnaire de cas, et ne pas compléter ce questionnaire.

Si elle n'a pas de gestionnaire de cas, son score SMAF est-il connu et à jour ?
Si oui, ne pas compléter ce questionnaire. Si son score est ≥ 15, référer le dossier de la personne au guichet unique.

Ce questionnaire s'adresse aux personnes âgées qui n'ont pas de gestionnaire de cas, et dont on ne connaît pas le score SMAF ou dont le SMAF n'est pas à jour.

Identification : _____ date : _____

Question	réponse	
1. Avez-vous plus de 85 ans ?	**oui**	**non**
2. Sexe masculin ?	**oui**	**non**
3. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à limiter vos activités ?	**oui**	**non**
4. Avez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider régulièrement ?	**oui**	**non**
5. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à rester à la maison ?	**oui**	**non**
6. Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin ? *	**oui**	**non**
7. Utilisez-vous régulièrement une canne ou une marchette ou un fauteuil roulant pour vous déplacer ?	**oui**	**non**
Nombre de « oui » et de « non »	__	__

www.prisma-qc.ca

Consignes :
Pour les questions 3 à 7, il n'y a aucune interprétation de la réponse à faire. Noter la réponse de la personne âgée sans juger si la réponse devrait être « oui » ou « non ». Si la personne âgée hésite entre « oui » ou « non », il faut l'inviter à choisir l'une des deux réponses. Si, malgré plusieurs tentatives, elle persiste à répondre « un peu » ou « des fois », à ce moment indiquer la réponse « oui ».

(Verso du questionnaire, ou 2e page si doit être envoyé par télécopieur)

Identification de la personne à qui les questions ont été posées

Prénom : _____

Nom à la naissance : _____

Adresse : _____

Municipalité : _____

Code postal : _____

de téléphone : _____

NAM : _____

Identification de la personne qui a utilisé le questionnaire :

Prénom : _____

Nom : _____

Organisme : _____

de téléphone : _____

Marche à suivre
Si la personne a obtenu **3 oui et plus**, transmettre ce questionnaire ou ses résultats au **guichet unique** pour les personnes âgées de votre territoire :

téléphone du guichet unique : _____

télécopieur du guichet unique : _____

*** Note :**
La réponse « oui » à la question # 6 constitue vraiment un risque, contrairement à ce que l'on pourrait penser a priori.

Source :
Questionnaire développé et validé par l'équipe dirigée par Dr Réjean Hébert du Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Pour toute information supplémentaire sur ce questionnaire ou toute suggestion, contacter Michel Raîche au (819) 829-7131 poste 2652.

Mise à jour du document : novembre 2003

PRISMA

PRISMA-7 Questionnaire

To identify elderly people

with a moderate or severe loss of autonomy

Does this person have a case manager ?
If yes, send the information you have on the person's health to the case manager, and do not complete this questionnaire.

If this person does not have a case manager, do you know his/her « up-to-date » SMAF score ?
If yes, do not complete this questionnaire. If his/her score is ≥ 15, refer the person's file to the single entry point.

This questionnaire is designed for elderly people who do not have a case manager and whose SMAF score is not known.

Identification: _____ Date: _____

Question	Answer	
1. Are you more than 85 years old ?	**Yes**	**No**
2. Male ?	**Yes**	**No**
3. In general, do you have any health problems that require you to limit your activities ?	**Yes**	**No**
4. Do you need someone to help you on a regular basis ?	**Yes**	**No**
5. In general, do you have any health problems that require you to stay at home ?	**Yes**	**No**
6. In case of need, can you count on someone close to you ? *	**Yes**	**No**
7. Do you regularly use a cane, a walker or a wheelchair to move about ?	**Yes**	**No**
Number of Yeses and Noes	__	__

www.prisma-qc.ca

Instructions
For questions 3 through 7, no interpretation of the answer is necessary. Simply note the person's answer without considering if the answer should be Yes or No. If the elderly person hesitates between Yes and No, you must ask him/her to choose one of the two answers. If, despite several attempts, he/she persists in answering "A bit" or "Sometimes", check Yes.

PRISMA

(*version en polonais*)

Kwestionariusz PRISMA-7

Kwestionariusz na temat zdrowia i autonomi

(Questionnaire sur la santé et l'autonomie)

Identyfikacja : _____ data : _____
(Identification) (date)

Pytanie (Question)	**Odpowiedź** (réponse)	
1. Czy ma pani/pan powyżej 85 lat? (Avez-vous plus de 85 ans ?) W jakim wieku jest pani/pan? _____ lat (Quel est votre âge?) (ans)	TAK **(oui)**	NIE **(non)**
2. Płeć męska? (Sexe masculin ?)	TAK	NIE
3. Ogólnie biorąc, czy problemy zdrowia zmuszają panią/pana do ograniczania zajęć? (En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à limiter vos activités ?)	TAK	NIE
4. Czy często potrzebuje pani/pan kogoś do pomocy? (Avez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider régulièrement ?)	TAK	NIE
5. Ogólnie biorąc, czy problemy zdrowia zmuszają panią/pana do pozostania w domu? (En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à rester à la maison ?)	TAK	NIE
6. W razie potrzeby, czy może pani/pan liczyć na pomoc kogoś bliskiego? (Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin ?)	TAK	NIE
7. Czy często używa pani/pan laske, albo chodzik lub wózek inwalidzki do przemieszczania się? (Utilisez-vous régulièrement une canne ou une marchette ou un fauteuil roulant pour vous déplacer ?)	TAK	NIE
Ilość odpowiedzi na "TAK", "NIE" (Nombre de oui et de non)	__	__

www.prisma-qc.ca

Traduction en polonais faite par Monika Szpotowicz, agente de recherche de l'équipe PRISMA.

PRISMA

(*version auto-administrée*)

Questionnaire destiné aux personnes âgées

Questionnaire sur la santé et l'autonomie

Avez-vous un gestionnaire de cas ?
Si oui, vous n'avez pas besoin de compléter ce questionnaire.

Identification :

Prénom : _____
Nom à la naissance : _____
Adresse : _____
Municipalité : _____
Code postal : _____
de téléphone : _____
Numéro d 'assurance-maladie : _____

Votre âge : ____ ans

Sexe :

Homme ☐ Femme ☐

Question	Encerclez votre réponse	
1. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à limiter vos activités ?	**oui**	**non**
2. Avez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider régulièrement ?	**oui**	**non**
3. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à rester à la maison ?	**oui**	**non**
4. Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin ?	**oui**	**non**
5. Utilisez-vous régulièrement une canne ou une marchette ou un fauteuil roulant pour vous déplacer ?	**oui**	**non**

www.prisma-qc.ca

Consignes :

Il n'y a pas de bonnes réponses, votre réponse est la bonne. Indiquez spontanément ce que vous pensez et remettez la feuille à un responsable.

PRISMA

(*version auto-administrée anglaise*)

Questionnaire for persons aged 65 years and older

Questionnaire on health and autonomy

Do you have a <u>case manager</u>?

<u>If yes</u>, you <u>don't need</u> to complete this questionnaire.

Identification :

First name : _____

Last name : _____

Adress : _____

City : _____

Postal Code : _____

Phone : _____

Health insurance number : _____

<u>Your age</u> : ____years

<u>Sex</u> :

Men ☐ Women ☐

Question	Circle your answer	
1. In general, do you have any health problems that require you to limit your activities ?	**Yes**	**No**
2. Do you need someone to help you on a regular basis ?	**Yes**	**No**
3. In general, do you have any health problems that require you to stay at home ?	**Yes**	**No**
4. In case of need, can you count on someone close to you ? *	**Yes**	**No**
5. Do you regularly use a cane, a walker or a wheelchair to move about ?	**Yes**	**No**

www.prisma-qc.ca

Instructions :

There is no good answers, your answers are the good ones. Indicate spontaneously what you think and give the questionnaire to a person in charge.

Formulaire de consentement

Dans le réseau de la santé, on doit bien évidemment s'assurer de la confidentialité de la transmission de l'information clinique. Dans certaines situations, il peut être nécessaire d'utiliser un formulaire de consentement avec le PRISMA-7, par exemple lors d'une utilisation communautaire (coopérative de services à domicile, popote roulante). Ces organismes ne sont pas couverts par les formulaires de consentement des établissements de santé. On doit alors demander l'autorisation de la personne âgée pour transmettre ses réponses au PRISMA-7 au réseau de la santé, par exemple au guichet unique ou encore au médecin de famille si la personne exprime des réticences.

Voir aux pages suivantes un exemple de formulaire de consentement qui serait utilisé, par exemple par la popote roulante, dans la MRC Memphrémagog (produit par Paul Martel, organisateur communautaire à Magog).

Certains organismes communautaires qui l'utilisent en Estrie ont demandé à recevoir une rétroaction sur les personnes qu'elles réfèrent au guichet unique, lorsqu'elles l'ont repérée positive au PRISMA-7. Sans demander à recevoir d'information confidentielle, bien sûr, ils veulent simplement être mis au courant des suites, comme savoir que la personne a été contactée et qu'elle sera évaluée telle date.

Il peut arriver qu'une personne âgée refuse de répondre à un bénévole. S'il juge que l'intégrité physique ou psychologique de la personne âgée est menacée, il existe maintenant une loi qui protège les personnes agissant de bonne foi dans le but de protéger la santé d'une autre personne, par exemple en appelant au guichet unique pour signaler la situation d'une personne âgée dont l'état paraît inquiétant. Cette loi a été adoptée en décembre 2001.

La loi 180, loi modifiant diverses dispositions législatives eu égard à la divulgation de renseignements confidentiels en vue d'assurer la protection des personnes…

…permet la transmission de renseignements confidentiels **sans le consentement** de la personne concernée dans des situations où il existe un **motif raisonnable** de croire qu'un **danger imminent de mort ou de blessures graves** (physiques ou psychologiques) menace une personne ou un groupe de personnes.

La communication des renseignements doit **se limiter aux renseignements nécessaires aux fins poursuivies** par la communication et elle ne peut se faire qu'à la personne ou aux personnes exposées ou aux personnes susceptibles de leur porter secours.

PRISMA

Consentement à transmettre le questionnaire PRISMA-7

Ce questionnaire sert à identifier si je peux bénéficier d'une évaluation plus approfondie de mon autonomie et, s'il y a lieu, en accord avec un intervenant, déterminer mes besoins et les services que je pourrais recevoir.

J'accepte de répondre à ces questions et que mes réponses soient transmises à l'accueil psycho-social (guichet unique) du Centre de santé Memphrémagog, *qui me contactera si nécessaire*.

J'autorise l'accueil psycho-social (guichet unique) du Centre de santé Memphrémagog à faire un suivi auprès du référant, soit l'organisme ou l'intervenant qui me pose les questions.

_____ _____

Signature de la personne ou de son représentant *date*

_____

Numéro de téléphone

_____ _____

Signature du référant *date*

_____

Numéro de téléphone

Consent to transfer the questionnaire PRISMA-7

I understand that this questionnaire is used to determine whether I may benefit from a more detailed evaluation of my autonomy. If it is required, a health professional may determine my needs and the services I may receive.

I agree to answer these questions knowing that my answers may be transmitted to the single-entry point of services of the (name of establishment) which will contact me if required.

I authorise the (.....) single-entry point of services to do a follow-up with the referring organization or the health professional who administered the questionnaire.

_____ _____

Signature of the person or a representative *date*

_____

Telephone number

_____ _____

Signature of the referring organization *date*

_____

Telephone number

Choix du score-seuil au questionnaire PRISMA-7

Deux scores-seuils se sont avérés possibles pour l'utilisation du PRISMA-7. Nous vous présentons ci-dessous les résultats obtenus lors des analyses, appliqués à un exemple d'une population de 1000 personnes âgées (tableaux 8.1 et 8.2).

Capacité du questionnaire à repérer la clientèle visée

				Valeur prédictive
Seuil critique	**Repérage positif**	**Sensibilité**	**Spécificité**	**positive**
3 oui et plus	35,52 %	78,26 %	74,74 %	42,65 %
4 oui et plus	19,02 %	60,87 %	91,02 %	61,95 %

On sait que la prévalence de perte d'autonomie modérée à grave (SMAF ≥ 15) est d'environ 21 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile. Ainsi, sur une population de 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, 210 d'entre elles sont en perte d'autonomie modérée à grave. Ce sont ces 210 personnes que l'on désire identifier à l'aide du questionnaire de repérage.

Si on pose les questions aux 1000 personnes, 355 d'entre elles auront un repérage positif avec un seuil critique de 3 « oui » et plus. L'évaluation plus approfondie (SMAF) de ces 355 personnes permettra d'identifier 164 personnes en réelle perte d'autonomie modérée à grave.

Ainsi, avec un seuil à 3 « oui » et plus,

- 355 évaluations sur 1000 sont nécessaires pour identifier 164 des 210 personnes ciblées ;
- 46 des 210 personnes ciblées ne sont pas identifiées par le processus.

De façon similaire, avec un seuil à 4 « oui » et plus,

- 190 évaluations permettent d'identifier 128 des 210 personnes ciblées ;
- 82 des 210 personnes ciblées ne sont pas identifiées par le processus.

Ces chiffres correspondent à une population dont on ne connaîtrait le score SMAF pour personne. Bien entendu, dans la réalité, une proportion de ces 210 personnes vivant à domicile ou en résidence pour personnes âgées ont déjà été évaluées avec le SMAF, puisqu'une partie reçoit déjà des services et a été évaluée auparavant.

Tableau 8.1
Capacité du questionnaire PRISMA-7 à repérer la clientèle visée, seuil = 3

		Perte d'autonomie (SMAF ≥ 15)		
		Oui	**Non**	
Questionnaire	Positif (≥ 3)	**164*** *Vrais positifs* a b	**191*** *Faux positifs*	**355*** a + b
	Négatif (≤ 2)	**46*** *Faux négatifs* c d	**599*** *Vrais négatifs*	**645*** c + d
		210* a + c	**790*** b + d	**1000*** a + b c + d
		Sensibilité = $\frac{a}{a+c} = 78{,}26\%$	***Spécificité =*** $\frac{d}{b+d} = 74{,}74\%$	Nombre total de personnes âgées

Valeur prédictive positive = $\frac{a}{a+b} = 42{,}65\%$

Valeur prédictive négative = $\frac{d}{c+d} = 93{,}47\%$

Prévalence = $\frac{a+c}{a+b+c+d}$ $\frac{210}{1000} = 21\%$

* Les pourcentages et les nombres de sujets diffèrent puisque les nombres de sujets ont été arrondis pour illustrer l'exemple sur une population de 1000 personnes

Tableau 8.2
Capacité du questionnaire PRISMA-7 à repérer la clientèle visée, seuil = 4

		Perte d'autonomie (SMAF ≥ 15)		
		Oui	**Non**	
Questionnaire	Positif (≥ 4)	**128***	**62***	**190***
		Vrais positifs a	*Faux positifs* b	a + b
	Négatif (≤ 3)	*Faux négatifs* c	*Vrais négatifs* d	c + d
		82*	**728***	**810***
		a + c	b + d	a + b c + d
		210*	**790***	**1000***
		Sensibilité = $\frac{a}{a+c} = 60{,}87\%$	***Spécificité =*** $\frac{d}{b+d} = 91{,}02\%$	Nombre total de personnes âgées

Valeur prédictive positive = $\frac{a}{a+b} = 61{,}95\%$

Valeur prédictive négative = $\frac{d}{c+d} = 90{,}64\%$

Prévalence = $\frac{a+c}{a+b+c+d} \quad \frac{210}{1000} = 21\%$

* Les pourcentages et les nombres de sujets diffèrent puisque les nombres de sujets ont été arrondis pour illustrer l'exemple sur une population de 1000 personnes

Les deux possibilités présentent des avantages, le choix du score-seuil appartient aux équipes impliquées dans l'évaluation des personnes âgées, à déterminer en fonction de leurs priorités d'intervention et de leur organisation. Ces équipes doivent déterminer qui va alors évaluer les personnes identifiées positives au PRISMA-7, comment l'information leur sera acheminée et quel volume d'évaluations elles sont en mesure d'effectuer.

Références

Ces résultats proviennent d'une nouvelle analyse des données ayant mené aux publications suivantes :

Hébert, R., Bravo, G., Korner-Bitensky, N. et Voyer, L. « Predictive validity of a postal questionnaire for screening community-dwelling elderly individuals at risk of functional decline », *Age & Ageing*, 1996 ; 25 : 2 : 159-67.

Hébert, R., Bravo, G., Korner-Bitensky, N. et Voyer, L. « Refusal and information bias associated with postal questionnaires and face-to-face interviews in very elderly subjects », *Journal of clinical epidemiology*, 1996 ; 49 : 3 : 373-81.

Un article est en préparation sur le PRISMA-7 :

Raîche, M., Hébert, R., Dubois, M. F. et les partenaires PRISMA. « PRISMA-7 : A screening tool to identify older adults with moderate to severe loss of functional autonomy » (en préparation).

Autres références

1. Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M. et Trottier, L. « Système de classification basé sur le profil d'autonomie fonctionnelle » dans Hébert, R. et Kouri, K. *Autonomie et vieillissement* (rédacteurs), Edisem, St-Hyacinthe, 1999, p. 255-272.
2. Hébert, R., Carrier R. et Bilodeau, A. « Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) », *Revue de gériatrie*, 1988 ;14 :161-167.
3. Hébert, R., Carrier, R. et Bilodeau, A. « The functional autonomy measurement system (SMAF) : Description and validation of an instrument for the measurement of handicaps, *Age and Ageing*, 1988 ;17 :293-302.
4. Hébert, R., Desrosiers, J., Dubuc, N., Tousignant, M., Guilbeault, J. et Pinsonnault, E. « Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) – Mise au point », *Revue de gériatrie*, 2003 ; 28 :323-336.

9. Du développement à l'implantation des profils Iso-SMAF : une mise à jour*

Nicole Dubuc, Réjean Hébert, M.Tousignant

Introduction

Afin de répondre le plus adéquatement possible aux multiples besoins des personnes âgées, un éventail de soins et services impliquant de nombreux intervenants et dispensateurs doit être offert. Dans le contexte du vieillissement de la population, où les ressources sont de plus en plus rares et la demande de services de plus en plus forte, les systèmes de soins de longue durée doivent s'assurer que les ressources seront offertes judicieusement aux personnes qui en ont le plus besoin, d'où la nécessité de développer différentes méthodes pour lier systématiquement les besoins, les services et les ressources.

Au Québec, d'importants efforts ont été consentis pour consolider le système de soins actuel, en favorisant un continuum de services tant à domicile qu'en institution et améliorer l'organisation du réseau de soins et services afin qu'il soit mieux intégré, de façon à assumer la responsabilité globale de la santé de la personne âgée sur un territoire donné[4, 21, 36]. Cependant, le succès de cette approche demeure tributaire de la mise en place d'un système de gestion clinico-administratif basé sur une conception qui permet de refléter la réalité sanitaire de cette population[55].

Pour répondre aux différentes préoccupations cliniques telles que l'évaluation, la planification, la mise en place d'un plan d'intervention, l'orientation de la personne dans un réseau diversifié et enfin le suivi systématique des besoins des personnes âgées, un système de gestion en soins de longue durée doit être basé sur une conception fonctionnelle de la santé. Cette conception semble mieux répondre aux besoins de la personne âgée en perte d'autonomie. En effet, plusieurs spécialistes ont démontré les limites de l'approche centrée sur le diagnostic pour décrire

* Déjà publié dans *Age and Ageing* sous « Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long-term care facilities », 2003 ; 32(1) : 60-66.

la santé d'une personne âgée[10]. Ces dernières ont habituellement de multiples diagnostics, avec la présence de maladies chroniques importantes, qui ont un impact sur leur capacité à accomplir des tâches habituelles[27]. De plus, le physique, le psychique et le social sont très intimement liés et nécessitent une évaluation multidimensionnelle, si l'on veut pouvoir cerner toutes les dimensions. Cela implique que pour évaluer les besoins d'une personne âgée, non seulement faut-il prendre en considération les problèmes de santé qui peuvent se manifester, mais aussi le retentissement de ces problèmes sur son autonomie fonctionnelle[31, 40, 44]. À l'heure actuelle, la mesure de l'autonomie fonctionnelle sert de base pour établir l'admissibilité à des services de longue durée et la mesure de leur succès dans de nombreux pays[3, 41, 48]. Elle est finalement considérée comme l'ingrédient essentiel de l'évaluation gériatrique[32].

Notons que les systèmes de gestion reposent pour la plupart sur un système de classification. C'est probablement dans le domaine des soins infirmiers que l'on retrouve la plus grande quantité et diversité de systèmes de classification en raison du fait que ce type de soins représente généralement de 60 à 80 % des coûts dans un établissement de santé[12, 47]. Cependant, la terminologie employée en référence aux systèmes de classification varie largement selon les finalités recherchées (plan d'intervention, orientation, dotation, financement), les milieux cliniques d'application (centre hospitalier, soins à domicile, soins ambulatoires, centre d'hébergement), la clientèle visée (santé mentale, pédiatrie, soins de longue durée), ce qui contribue à une certaine confusion dans ce domaine. De plus, le terme « classification » est parfois incorrectement utilisé pour décrire des systèmes de mesure de charge de travail en soins infirmiers qui, en fait, n'emploient pas le regroupement ou les principes de classification de patients.

Sans prétendre à l'exhaustivité, il existe trois grandes approches pour le développement des systèmes de classification en santé. D'une part, il y a les systèmes développés par l'approche directe. Ces systèmes sont généralement des mesures de charge de travail en soins infirmiers désignés par les acronymes PRN 80, GRASP, NISS, MESSII, CTMSP[59]. Un outil de mesure de la charge de travail en soins infirmiers compile les heures-soins requises pour des usagers à partir de temps standards validés des activités de soins qui leur sont nécessaires. Cette information permet de faire une recommandation objective et chiffrée du nombre de personnes nécessaires pour réaliser ces activités *prévisibles* pendant 24 heures et par quart de travail. Ces systèmes utilisent habituellement

l'approche additive en se basant sur le postulat que les besoins de l'usager sont équivalents à la somme d'un certain nombre, d'un certain type et d'une certaine fréquence d'activités ou de tâches de soins qui sont généralement des soins infirmiers ou d'assistance. Chaque activité, traitement ou procédure possède un poids ou un pointage correspondant. Chaque point correspond ensuite à un certain nombre de minutes, et la somme de ces minutes fournit une estimation de la charge des soins requis. En fait, cette procédure est centrée sur les tâches et n'est pas vraiment liée à la création de groupes de sujets, mais plutôt à des niveaux d'intensité de soins. Dans ce genre de système, on ne tient pas compte des interactions possibles entre les facteurs cliniques à la fois objectifs et subjectifs. Un autre postulat est qu'une activité particulière prend le même temps, en moyenne, peu importe les caractéristiques du patient, les compétences de l'intervenant ou les particularités organisationnelles.

La deuxième approche est une approche indirecte qui utilise des indicateurs critiques pour représenter des groupes d'activités de soins. Les éléments sélectionnés sont fortement corrélés avec la quantité de soins infirmiers et ont démontré leur utilité pour distinguer les patients qui requièrent peu de soins, de ceux qui en requièrent plus. Les indicateurs peuvent refléter des besoins comme l'assistance pour le bain, pour marcher, ou peuvent représenter la condition (inconscience), l'état de la personne (cécité), ou une activité de soins spécifique (pansement complexe). Ils sont habituellement cotés selon différents niveaux d'intensité, représentant les besoins ou la situation des individus, pour ensuite être combinés de façon à former une valeur unique pour chaque sujet. Le regroupement des indicateurs est ensuite effectué par consensus, en comité, ou par approche statistique comme l'analyse de régression multivariée ou l'analyse factorielle. Ces indicateurs sont eux aussi adaptés aux réalités cliniques comme le système OMAHA pour les soins à domicile ou le système MEDICUS en centre hospitalier de courte durée[22]. Par ailleurs, le système OMAHA ne comporte pas de module pour l'allocation quantitative ou qualitative de personnel et MEDICUS ne donne aucune information en regard de la validation du lien entre les indicateurs et la charge de travail.

Enfin, en troisième lieu, on retrouve une approche qui réfère à une façon différente de présenter les données que par un résultat global. En effet, pour certains chercheurs[24, 25, 27], l'utilisation d'un résultat global masque une certaine réalité et permet difficilement de dégager l'image clinique réelle du patient. Ainsi, comme ils le suggèrent, un même résultat

peut être obtenu par des combinaisons d'items différents puisque les sujets peuvent être affectés par des conditions chroniques différentes. La connaissance des divers profils offre une information plus raffinée et est, dans ce cas, beaucoup plus utile aux intervenants. Selon cette approche, les systèmes sont aussi basés sur l'évaluation d'indicateurs liés aux soins des patients, mais ils regroupent les sujets en utilisant une approche statistique différente, comme la classification automatisée (*cluster analysis*) et ses variantes. Les sujets évalués sont alors comparés aux groupes d'individus qui possèdent des caractéristiques communes, qui requièrent à peu près le même mélange et niveau de services et qui imposent des ressources ou des coûts similaires à l'établissement concerné, d'où le terme ISO-ressources[14]. Des temps standard de soins infirmiers ou d'autres types de services ou des coûts standard sont généralement attribués pour chacun des groupes par des procédures de validation particulières qui varient aussi grandement.

Pour agréger les personnes, seules peuvent être utilisées les caractéristiques personnelles des personnes qui reflètent les conditions cliniques qui mesurent le mieux le domaine d'intérêt résultant en une provision de services [29, 38, 68]. Comme il est reconnu que le statut fonctionnel explique un pourcentage significatif de la variance des soins infirmiers, les activités de la vie quotidienne sont au cœur de la plupart des systèmes de classification [38, 68]. Weissert et Musliner rappellent que les groupes doivent être définis, selon une pertinence clinique et posséder un sens pour l'intervenant plutôt que de seulement regrouper des personnes pour leur similarité en regard du coût des soins. Enfin, bien que la plus fréquente utilisation des groupes iso-ressources soit à des fins financières, leur mesure rend aussi possible la comparaison des résultats de soins comme la qualité [26].

Parmi les systèmes de gestion développés au cours des dernières années en soins de longue durée, les systèmes de classification basés sur des groupes iso-ressources (GIRs) ou « case-mix », sont maintenant les plus populaires. Au niveau des établissements d'hébergement, notons, par exemple, le système RUGs III (Resources Utilization Groups), mis au point aux États-Unis et le plus répandu dans d'autres pays comme l'Angleterre, le Japon, l'Espagne et la Finlande[7, 26], le système AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes ISO-Ressources) en France[9], les SHRUGs (Health Service Resource Utilization Groups en Écosse et RCI (Resident Classification Instrument) and PCAI (Personal Care Assessment Instrument) en Australie[54]. Pour l'utilisation en soins à

domicile[50], on retrouve peu de système actuellement en place à l'exception des HHRGs (Home Health Resource Groups)[57] aux États-Unis.

Rappelons que le choix d'un système de gestion basé sur des groupes iso-ressources doit s'effectuer en fonction des objectifs poursuivis par le système de santé qui nous préoccupe et de ses différentes qualités métrologiques comme la fiabilité, la validité, la sensibilité, la robustesse et l'efficience[11, 68]. En tenant compte de leur propre contexte, les approches choisies par ces systèmes répondent aux objectifs visés et peuvent s'appliquer dans des systèmes de santé fonctionnant de façon similaire. En revanche, ils possèdent aussi certaines limites en regard du choix des échantillons, de la méthode d'analyse, de la mesure des ressources ou des variables de classification utilisées et ne s'appliquent pas dans le contexte d'un système de soins intégrés qui peut suivre et répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie dans le continuum de services (domicile, ressources intermédiaires, institutions)[19].

C'est pourquoi cette situation a mené au développement d'un système de gestion composé de groupes iso-ressources nommés Profils Iso-SMAF. Basée sur l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, cette classification constitue la base d'un système d'informations cliniques et administratives tenant compte de toutes les personnes âgées pouvant se rencontrer dans la panoplie des services de soins de longue durée, que ce soit à domicile, en milieu intermédiaire ou en institution. Maintenant en implantation depuis quatre ans pour diverses applications dans certaines régions du Québec, cet article révise brièvement le développement et la validation de ce système et définit ses potentiels d'utilisation.

Méthode

Devis général

Les profils d'incapacités ont été identifiés à l'aide d'analyses de classification automatisée (*Cluster Analysis*) en utilisant les 29 items du SMAF comme variables de classification. La méthode d'analyse choisie pour cette étude fournit plusieurs classifications possibles. Chacune d'entre elles a été étudiée pour sa fiabilité et validité grâce aux paramètres suivants : stabilité, reproductibilité, homogénéité des profils, hétérogénéité entre les profils et validité prédictive en terme d'heures de soins infirmiers requis, coût des soins et coûts totaux (soins, infrastructure, fonctionnement, et soutien administratif). Par la suite, la validité de contenu fut assurée en soumettant les classifications possédant de bonnes propriétés à un comité d'experts afin de déterminer leur utilité clinique

et de choisir la classification la plus significative. Chacun de ces paramètres est détaillé plus loin.

Échantillon et collecte des données

L'étude transversale impliquait 1977 personnes âgées en perte d'autonomie, choisies selon un échantillonnage stratifié et 112 établissements. L'échantillon fut restreint aux personnes de 65 ans et plus vivant dans divers milieux de vie (domicile avec ou sans services (n = 15), ressource intermédiaire (n = 52) et institutions (n = 45) et provenant de plusieurs régions du Québec (zones métropolitaines, urbaines et rurales). Une évaluation clinique et une estimation des coûts des services requis (soins, hébergement, support administratif) ont été réalisées. Les sujets ont été évalués au moyen du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) pour la détermination de l'incapacité et du formulaire révisé CTMSP pour la détermination des services requis et reçus[13, 18, 30, 60, 61]. Une évaluation des coûts a été effectuée à partir des données financières obtenues de chacun des établissements et des renseignements recueillis lors des entrevues avec les sujets

Développement, validation et choix de la classification

Lors du développement d'un système de classification, le choix d'un instrument est influencé par les objectifs et la fonction qui lui sont réservés. Plusieurs travaux ont démontré l'importance de la multidisciplinarité et de l'interdisciplinarité lors de l'évaluation de la personne âgée[31]. Au niveau de l'équipe multidisciplinaire, une évaluation de l'autonomie fonctionnelle constitue le dénominateur commun des différents intervenants et permet de garder à l'esprit les objectifs pragmatiques visés. Il permet de suivre l'usager dans le système et ainsi assurer la coordination des soins et services. D'autre part, la mise en place d'interventions et l'orientation d'une personne âgée dans le meilleur milieu de vie possible exigent l'instauration de mécanismes uniformes d'évaluation des clientèles. Pour faciliter et donner plus de rigueur à cette évaluation, l'équipe doit se doter d'un instrument de mesure standardisé qui minimise le biais ou la manipulation par l'intervenant et qui évite le dédoublement. L'instrument doit donc être fiable, valide et sensible au changement de l'usager, de sorte que l'on puisse ajuster les soins et services en conséquence. Il doit être acceptable autant pour les individus évalués que pour les intervenants. Enfin, il doit constituer un indicateur utile pour suivre l'évolution des usagers. Pour être utilisable dans le contexte du Québec, cet instrument doit être fiable et valide aussi bien en français qu'en

anglais. De plus, il doit être simple, rapide et facile à utiliser par divers types de professionnels sans formation spécifique poussée.

Comme spécifié plus tôt, les 29 items du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) ont été utilisés pour développer la classification. Le SMAF évalue 29 fonctions couvrant les activités de la vie quotidienne (AVQ) (7 items), la mobilité (6 items), les communications (3 items), les fonctions mentales (5 items) et les tâches domestiques (8 items). Chaque fonction du SMAF est cotée sur une échelle de 0 à −3, pour un score total de 87, selon des critères précis, à partir de renseignements obtenus par interrogatoire du sujet, observation ou interrogation d'un tiers. Il permet également de recueillir l'information concernant les ressources matérielles et sociales mises en place pour compenser les incapacités permettant ainsi d'obtenir un score de handicap. Cet instrument est simple, rapide et facile à utiliser par divers professionnels sans formation spécifique poussée. Il a la particularité de constituer au niveau de l'équipe multidisciplinaire en soins de longue durée le dénominateur commun des différents intervenants. Le SMAF est inclus dans l'Outil d'Évaluation Multi-Clientèle (OEMC) mandaté depuis 2001 par le gouvernement pour son utilisation dans tous les établissements dispensant des soins et services de longue durée (MSSS, 2001). Disponible en plusieurs langues, cet instrument est utilisé à des fins cliniques dans plusieurs provinces canadiennes et dans de nombreux pays. Il a subi de nombreuses épreuves de validité et de fiabilité, de même qu'une étude de sensibilité au changement[33, 34, 43].

Considérant les objectifs visés par cette classification, nous avons choisi une méthode traditionnelle d'analyse de classification automatisée, la méthode non hiérarchique « K-means ». L'avantage de cette méthode est qu'elle permet de regrouper des sujets uniquement par leurs caractéristiques, sans égard aux pratiques de soins et aux structures actuelles. Cette procédure itérative est également considérée comme la plus utile des méthodes non-hiérachiques[14, 29]. Avec cette méthode, les sujets sont placés dans un espace multidimensionnel, avec autant d'axes que de variables, où leur position est obtenue en établissant comment ils cotent simultanément pour les 29 items du SMAF. Ensuite, par une procédure de sélection itérative, les cas qui possèdent la même proximité sont combinés en un seul groupe. La similarité des sujets a été mesurée par une mesure de distance nommée « distance euclidienne ». Par ailleurs, la procédure « K-means » requiert certaines spécifications comme la détermination du nombre de groupes et de centres. Pour obtenir cette information, la méthode hiérarchique de Ward a été initialement utilisée.

Cette procédure a été systématiquement appliquée à des classifications variant de 5 à 15 profils.

Ces diverses classifications ont été simultanément évaluées avec différents paramètres. La fiabilité a été évaluée en regard de la stabilité et de la reproductibilité. Généralement, lorsque les données sont clairement structurées, des solutions similaires doivent être obtenues avec divers échantillons, différentes méthodes ou sous-ensembles de variables[23]. La stabilité de chacune de ces classifications fut évaluée par une procédure de validation croisée de deux sous échantillons (*split-sample*) recommandée par Punj et Stewart[52]. Cette méthode implique les étapes suivantes : les 1 977 sujets sont divisés en deux sous échantillons de données, l'échantillon D1 et l'échantillon D2. L'échantillon D1 sert à former les groupes et l'échantillon D2 sert d'échantillon de validation interne. Une validation croisée de l'échantillon D2, utilisant une solution avec contraintes et une seconde, sans contrainte, pour chaque nombre de groupes (de 5 à 15 groupes) est appliquée. Pour un nombre particulier de groupes, la solution avec contraintes classifie tous les cas de l'échantillon D2 sur la base des résultats de l'analyse de l'échantillon D1, alors qu'avec la solution sans contrainte, elle n'impose aucune restriction. Un coefficient d'agrément Kappa est ensuite calculé pour les deux solutions obtenues de D2, pour chaque nombre particulier de groupes (5 à 15 groupes). Le seuil minimum de 0,61 a été utilisé comme critère pour retenir ou rejeter une solution. Selon Landis et Koch[42], un coefficient d'agrément se situant dans l'intervalle de 0,61-0,80 peut-être interprété comme très bon.

La reproductibilité fut étudiée en utilisant différentes méthodes d'analyses de classification automatisée telles « K-means » avec et sans l'option « running means » et « average linkage ». Toutes les solutions sont ensuite tracées, et la forme des divers profils est comparée par inspection visuelle pour évaluer si les différentes méthodes produisent les mêmes structures de profils.

Pour être utilisé comme mesure de remboursement, Turner *et al.*[67] ajoutent qu'un système de classification doit pouvoir expliquer au moins 30 % de la variation des coûts et représenter la plus grande part des activités d'un établissement. Comme il est reconnu que les soins infirmiers et d'assistance occupent de 60 à 80 % des coûts dans un établissement de santé, la majorité des systèmes conçus jusqu'à maintenant (RUG III, AGGIR, etc.) se sont surtout préoccupés à expliquer les différences dans les soins infirmiers[9, 26]. Bien que cette proportion puisse varier selon le

type d'organisation, elle demeure majoritairement la plus importante. À cette information, Dunstan et ses collaborateurs[20] soulignent que tout système de remboursement ou système financier devrait permettre l'équité des ressources, aussi bien entre les établissements d'une région qu'entre les régions. Ils devraient aussi être simples, robustes et obtenus par des données cliniques de routine. Ainsi, la validité prédictive fut déterminée par une analyse de variance utilisant les Profils Iso-SMAF comme variable indépendante, et les ressources requises comme variables dépendantes. La même procédure a été utilisée pour évaluer dans quelle mesure la variation des coûts en soins et totaux (soins, infrastructure, fonctionnement, support administratif) était expliquée par les Profils Iso-SMAF.

Les heures de soins infirmiers, d'assistance, de soutien et de surveillance ont été évaluées par le CTMSP modifié, consistant en une révision du système CTMSP (système de classification par types en milieux de soins prolongés) pour une utilisation à des fins épidémiologiques[18]. Par le passé, plusieurs auteurs ont souligné le manque d'uniformité dans l'utilisation du CTMSP, influençant ainsi différemment l'orientation des personnes âgées selon les régions[2, 66]. De plus, certains aspects, négligés au fil des ans par certains utilisateurs, rendaient cet instrument moins apte à saisir convenablement les besoins des personnes présentant des déficits cognitifs. Ces constatations, de même que les commentaires émis par différentes personnes ressources ont amené l'équipe à prêter une attention particulière à cet instrument. Ainsi, des améliorations importantes ont été apportées aux items liés aux comportements, à la surveillance et à la communication de support qui rendent compte des services nécessaires à ce type de clientèle. L'utilisation d'une mesure cognitive spécifique (3MS) a systématisé l'évaluation de cette dimension pour la détermination des services et a permis de recueillir des données précises sur l'atteinte cognitive des personnes âgées en perte d'autonomie. Enfin, l'utilisation judicieuse de consignes d'administration de l'instrument a permis d'assurer l'uniformité de la détermination des services, peu importe le milieu de vie.

Le processus s'est effectué en deux étapes. Tout d'abord, à l'aide d'un formulaire standardisé l'infirmière recueillait l'information concernant l'état de santé, la médication prescrite, les transports pour soins médicaux, les traitements et les méthodes diagnostiques, la respiration, l'alimentation et l'hydratation, la mobilité physique, l'observation systématique, les capacités sensorielles, l'autonomie fonctionnelle,

l'élimination urinaire et intestinale, l'état affectif et le comportement et la surveillance. Le 3MS était utilisé pour compléter l'aspect cognitif de l'évaluation. L'infirmière recueillait également l'information sur les ressources actuellement utilisées par le sujet (professionnel, paraprofessionnel, bénévole ou l'entourage) et la source de financement (privé, public et bénévolat). Dans un deuxième temps, une équipe de détermination composée d'une infirmière et d'une travailleuse sociale, déterminait les heures de services requises et fournies. Par une procédure standardisée, cette étape permettait de cumuler des points qui étaient ensuite transformés en heures de soins. Cette base de données a donc permis de recueillir l'information concernant les sujets appartenant aux différents profils et ainsi de déterminer pour chacun des sujets appartenant à un des 14 Profils Iso-SMAF un nombre médian d'heures de soins requis (professionnel et paraprofessionel).

L'évaluation des coûts incluait les soins (professionnels et paraprofessionnels ; surveillance, transport et fournitures), l'hébergement (infrastructure et fonctionnement) et le soutien administratif. Diverses sources d'information ont été utilisées pour obtenir les données nécessaires à l'estimation des coûts des services requis et obtenus par les sujets, notamment des coûts standards établis par Statistique Canada, ainsi que les rapports financiers et statistiques des établissements. Dans les établissements, une méthodologie fondée sur la comptabilité par activité ou *activity based costing* (ABC) a permis l'application de critères de répartition pour identifier la part de certains services (soutien administratif ou activités de soutien) affectés à l'unité de soins ou au programme afin de déterminer le coût journalier des services fournis à chacun des usagers[6]. Toutes ces données sont disponibles séparément et selon différents aspects comme les milieux de vie (domicile, milieux intermédiaires, établissements d'hébergements), les zones géographiques (métropolitaines, urbaines, rurales) et selon trois scénarios de valorisation du bénévolat (coût = 0, ou = secteur privé ou = secteur public).

L'homogénéité des profils peut être exprimée en calculant leur coefficient de variation. Le coefficient de variation s'évalue par le ratio de la déviation standard du profil par rapport à sa moyenne, et exprime l'étroitesse de la valeur choisie à l'intérieur d'un profil. Selon Weissert et Musliner[68], un coefficient de variation de moins de 0,5 indique que l'homogénéité de la distribution du profil est acceptable.

L'hétérogénéité peut être évaluée en explorant la capacité de la classification à différencier les groupes selon des variables n'ayant pas servi

à la classification, mais reconnues pour varier entre les groupes[52]. Elle est habituellement caractérisée par des différences dans la consommation moyenne des ressources et des coûts. Dans cette étude, elle repose aussi sur d'autres considérations comme des différences significatives dans la nature des soins, citons, par exemple, les soins d'incontinence ou la gestion des troubles de comportement. Des tests de signification (t-test, Wilcoxon) furent effectués. Les comparaisons 2 à 2 ont été corrigées pour l'erreur de première espèce selon le principe de Bonferroni.

Enfin, la validité de contenu (*face validity*) consiste à déterminer par le jugement d'un comité d'experts si la classification est appropriée pour les fins attendues[58]. Lorsque toutes les analyses ont été complétées, les classifications possédant de bonnes propriétés sont retenues. Pour chacune d'entre elles, une description des profils Iso-SMAF selon les 29 items du SMAF a été dégagée et chaque groupe a été décrit en regard de diverses variables. Ensuite, tous ces résultats ont été transmis à un comité d'expert dont la majorité des membres détenait une expertise clinique en gérontologie et une expérience en recherche. La sélection de ce comité fut effectuée de façon à privilégier la diversité des points de vue, de l'expérience et des compétences à l'intérieur du groupe. Une technique combinant la méthode Delphi et celle du groupe nominal a été utilisée afin de permettre aux membres de choisir la meilleure solution selon les paramètres énoncés et les critères suivants : la classification possède des profils dont la signification est interprétable par tous et clairement identifiable. Elle est utile dans le continuum de services du domicile aux établissements d'hébergement, permet un nombre de groupes faciles à gérer, fournit une information utile au processus d'orientation de la clientèle dans le réseau de soins de longue durée, permet de distinguer des conditions sous-jacentes de personnes qui requièrent différents types de services pour le même nombre d'heures requises par jour et a le potentiel d'être utile à différentes fins comme la planification des services et le financement.

Résultats

Plusieurs classifications ont été obtenues par la combinaison de la méthode hiérarchique Ward et de la méthode non hiérarchique « K-means » sans l'option « running means ». De façon simultanée, la procédure de validation croisée fut appliquée et les données ont été examinées par différentes méthodes d'analyses. Tout d'abord, en examinant les résultats de la validation croisée, trois solutions, dont le coefficient

Kappa ≤ 0,61 ont été retirées à cause de leur instabilité. Concernant la reproductibilité, les diverses méthodes d'analyse ont eu tendance à produire sensiblement les mêmes types de profils pour chaque solution à n groupes, mais avec un accroissement différent du niveau d'autonomie. Ainsi, par exemple, l'utilisation de la méthode « K-means » avec l'option « running means » a eu tendance à regrouper les sujets vers des groupes présentant de plus bas niveaux d'autonomie, alors que, sans cette option, les sujets étaient répartis plus équitablement dans des groupes se situant entre les deux extrémités de la perte d'autonomie.

Les autres solutions ont été évaluées pour l'homogénéité, l'hétérogénéité et leur validité prédictive et soumises au comité d'expert pour être examinées. Une solution à cinq groupes possédant un excellent coefficient Kappa (K = 0,95) n'a pas été retenue par le comité parce qu'elle n'était pas considérée utile cliniquement. D'autres solutions, démontrant toutefois des résultats statistiques plus modestes, n'ont pas été retenues pour la même raison. Finalement, parmi les 4 solutions restantes, c'est la classification comprenant 14 profils Iso-SMAF qui fut retenue. Cette décision s'est appuyée sur plusieurs considérations comme les objectifs de la classification, les diverses conditions associées au système souhaité, le cadre théorique, le jugement clinique, et finalement le « bon sens ». La fiabilité de la solution des 14 profils Iso-SMAF est appuyée par le Kappa obtenu lors de la validation croisée (K = 0,67) qui se situe dans l'intervalle 0,61 à 0,80 interprété comme « très bon », selon Landis et Koch[42].

Concernant la validité prédictive, l'analyse de variance a permis de constater que la classification expliquait 82 % des heures de soins requis ($p < ,0000$), 80 % des coûts des soins ($p < ,0000$) et 57 % ($p < ,0000$) des coûts totaux en dollars de 1995. La prédiction des coûts totaux est de 60 % lorsque la contribution de l'entourage n'est pas valorisée.

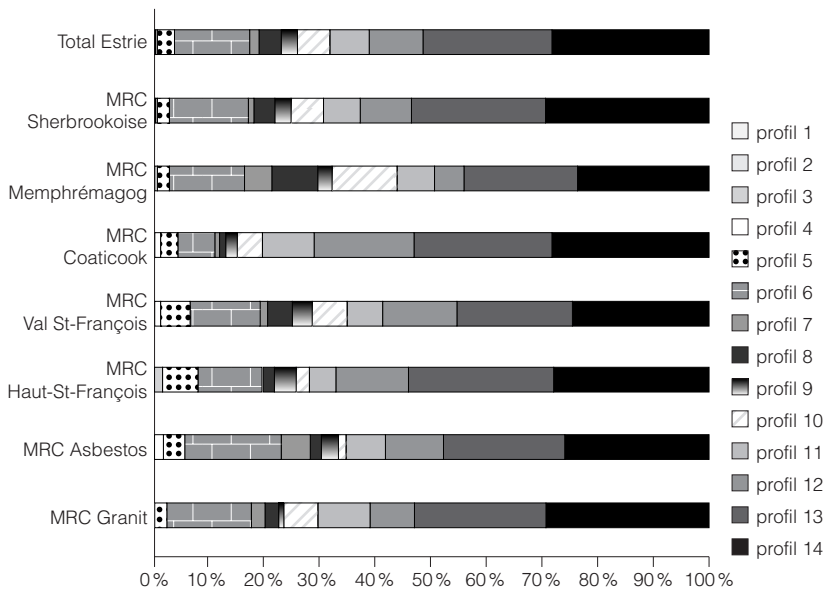
Les 14 profils sont homogènes en regard de leurs attributs cliniques définis par un coefficient de variation inférieur à 0,5. Pour le niveau d'autonomie, les coefficients varient de 0,05 à 0,38. Les profils 3 à 14 ont des coefficients de variation inférieurs à 0,21. Quant aux heures totales de soins requis, les coefficients varient de 0,19 à 0,48.

Concernant l'hétérogénéité entre les profils, on note que du Profil Iso-SMAF 1 au profil 14, les heures requises varient de 0,39 (0,16) à 4,07 (0,76) heures de soins par jour. Les différences entre les profils dans la consommation moyenne des ressources (temps ou coûts) sont significativement différentes, excepté pour les paires suivantes (1 et 2, 3 et 4, 7

et 8, 9 et 10, 11 et 12). En revanche, chacune de ces paires se distingue significativement dans la nature de services spécifiques. À titre d'exemple, les profils Iso-SMAF 11 et 12 ne diffèrent pas en ce qui a trait au niveau d'autonomie, aux heures totales de soins ou aux coûts totaux, mais se distinguent par contre en fonction de l'atteinte au 3MS, de l'âge, des méthodes diagnostiques (d'observation systématique) ($p < ,007$), de la mobilité ($p < ,003$) et des traitements requis ($p < ,001$). Au niveau des caractéristiques liées à l'autonomie, ils se différencient également, selon les fonctions de continence vésicale et intestinale, les transferts, les troubles de comportement et la prise des médicaments. Généralement, l'augmentation graduelle des incapacités entraîne des heures de soins également croissantes et par le fait même des coûts ascendants. Toutefois, la progression des heures professionnelles et paraprofessionnelles n'augmente pas de façon proportionnelle, de sorte que la proportion des heures de soins professionnels varie et représente de 19 à 37 % des heures de soins totaux selon les profils.

La figure 9.1 illustre les profils qui se dégagent des 14 groupes selon leurs résultats aux 5 dimensions soit les activités de la vie quotidienne, la

Figure 9.1
Sommaire des profils Iso-SMAF pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée de l'Estrie présenté par MRC



mobilité, les fonctions de communication, les fonctions mentales, et les activités domestiques. Les couleurs variant du **vert** (autonome) au **rouge** (dépendant) permettent de se représenter le score moyen de chacun des profils dans les sous-dimensions. À l'extrémité de chaque profil, on retrouve le score total moyen d'incapacité au SMAF avec son écart-type.

Du premier au dernier Profil, on remarque une perte d'autonomie croissante de 9,1 (3,4) à 73,8 (3,6). Parmi ces 14 Profils Iso-SMAF, on distingue globalement 5 catégories d'individus. Bien que les résultats soient abrégés afin de faciliter la présentation, notez bien que l'information est disponible distinctement pour les 29 items du SMAF. C'est cette dernière information qui fut mise à profit pour déterminer qualitativement les 14 profils d'autonomie. La première catégorie regroupe les trois premiers profils (1, 2 et 3) où les sujets ne présentent qu'une atteinte aux tâches domestiques, sous forme de difficultés (profil 1), de besoin de supervision (profil 2) ou de besoin d'aide (profil 3). En fait, le premier groupe est constitué d'une portion plus considérable de femmes (81,2 %) pour qui la perte d'autonomie se manifeste par des difficultés à accomplir certaines activités comme faire l'épicerie et utiliser les moyens de transport alors que le deuxième groupe est constitué à 54,7 % d'hommes, révélant surtout des incapacités pour les activités comme entretenir la maison, préparer les repas et faire la lessive. À l'autre extrémité, on retrouve la cinquième catégorie qui comprend les profils 13 et 14 représentant les sujets les moins autonomes, généralement alités et dépendants pour les activités de la vie quotidiennes (AVQ). Les personnes du Profil 14 représentent les personnes dans leurs derniers moments de vie, ne quittant plus le lit, ayant besoin d'une aide complète pour toutes les activités quotidiennes, même pour se nourrir, ne pouvant plus communiquer et présentant des déficits cognitifs très graves. Ces personnes ont, par contre, des problèmes de comportement plutôt mineurs comme des jérémiades et de la labilité émotive ou de l'apathie qui nécessitent une surveillance occasionnelle à cet égard. Entre ces extrêmes, on observe une progression des incapacités dans les activités domestiques et dans les activités quotidiennes accompagnée, la plupart du temps, d'une perte d'autonomie plus considérable soit dans les fonctions de mobilité ou dans les fonctions mentales. Ces incapacités se manifestent aussi graduellement à travers les profils.

La deuxième catégorie rassemble les profils où l'atteinte est surtout motrice avec une préservation relative des fonctions mentales. On y retrouve le profil 4, où les sujets sont autonomes dans les AVQ, le profil

6 où les sujets présentent des difficultés aux AVQ et le profil 9 où les sujets ont besoin d'aide tant pour la mobilité que pour les AVQ. La troisième catégorie comprend les profils où l'atteinte mentale est prédominante. Les sujets du profil 5 présentent une atteinte mentale modérée et des difficultés aux AVQ, alors que ceux du profil 7 exhibent une atteinte mentale grave avec de mineurs problèmes de comportement. Le profil 8 regroupe des sujets présentant aussi une atteinte grave, mais qui requièrent de la surveillance et de l'encadrement aux AVQ et pour les fonctions de mobilité. Les sujets du profil 10 ont, quant à eux, besoin d'aide pour les AVQ, sont ambulants et manifestent généralement des troubles du comportement importants (errance, fugues). Enfin, la quatrième catégorie inclut les profils 11 et 12 où les personnes présentent des incapacités substantielles aussi bien dans les fonctions de mobilité que dans les fonctions mentales. Le profil 11 regroupe des sujets qui ont besoin d'aide pour les fonctions de mobilité et pour les AVQ. Ils peuvent présenter de l'incontinence urinaire occasionnelle, mais conservent généralement leur fonction intestinale. Les sujets du profil 12 sont, quant à eux, dépendants dans les AVQ, ont besoin de surveillance pour les fonctions de mobilité et sont généralement incontinents. Ils démontrent également d'importants troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus intensive (agressivité envers soi ou les autres, errance, cris constants).

Discussion

Développement, validité et fiabilité

Grâce à un processus séquentiel incluant l'évaluation de l'autonomie, des procédures d'analyses de classification automatisée, une validation selon différents paramètres et l'avis d'un comité d'experts, cette étude a mis en évidence la fiabilité et la validité de cette classification composée de 14 Profils Iso-SMAF.

Ce système de gestion clinico-administratif possède une signification pour le clinicien en soins de longue durée, de sorte, qu'une personne avec un profil défini est identifiée par l'intervenant comme possédant généralement des caractéristiques similaires et requérant approximativement le même type de soins et de ressources qu'un autre individu présentant le même profil. Elle permet ainsi de contribuer à la compréhension des liens entre les besoins des individus, les services requis et les ressources nécessaires. C'est probablement l'une des plus grandes contributions de cette étude puisque, contrairement à la majorité des

systèmes déjà en place, le développement de ce système est d'abord conduit par des préoccupations cliniques plutôt que d'ordre budgétaire[8]. Le processus de validation à permis de déterminer que les profils sont homogènes et hétérogènes entre eux, en fonction de leurs attributs cliniques. La validation croisée a démontré la fiabilité de cette solution et une analyse de variance a permis de constater sa forte validité prédictive.

Concernant la méthode d'analyse choisie, Everitt et ses collaborateurs[23] rappelle qu'aucune méthode ne peut être jugée la meilleure dans toutes les circonstances et que certaines peuvent être préférables selon les données en présence et les objectifs de la classification. Considérant la théorie sous-jacente, les données et les objectifs de cette classification, la méthode itérative « K-means » précédée de la méthode hiérarchique Ward fut préférée. Cette méthode mixte est souvent reconnue pour posséder une bonne performance dans la reconnaissance des groupes[23, 46]. De plus, contrairement aux schèmes de classification employés dans les autres systèmes (HHRGs, RUGs) qui dérivent des groupes en tentant de maximiser la prédiction d'une variable dépendante comme les heures de soins ou les coûts, la procédure utilisée dans cette étude a permis la mise au point d'une classification uniquement basée sur les attributs cliniques des sujets, sans être dépendante de la prédiction des ressources. De cette manière, il est possible d'innover ou de modifier les approches de soins sans devoir développer à nouveau la classification.

Everitt et ses collaborateurs[23] suggèrent aussi, lors de l'établissement d'une classification de comparer les résultats avec différents échantillons et diverses méthodes. Cette étude a démontré que, en disséquant les données de diverses façons, il était possible de produire des résultats similaires. En appliquant une procédure de validation croisée, nous avons aussi démontré que la classification était stable. Toutefois, la classification pourrait être dépendante de l'échantillon, et c'est pourquoi il importe de valider cette classification auprès d'autres échantillons. À cette fin, une étude réalisée, quatre ans plus tard, dans une autre région, a permis de vérifier sa stabilité en reproduisant la même approche avec un échantillon de 742 personnes en perte d'autonomie vivant dans différents milieux de vie[16]. Cette étude a également permis de confirmer la validité de construit de ces profils en examinant leurs concordances avec d'autres mesures représentant des aspects cognitifs et physiques. Deux mesures, le 3MS (Modified Mini Mental State Examination) et le Modified Cohen Mansfield pour l'évaluation des troubles de comportements étaient représentatives des aspects cognitifs. Pour les aspects physiques,

nous avons utilisé le Tinetti qui évalue l'équilibre et la marche, et l'échelle du fonctionnement physique (PF-10) du SF-36.

Fonctionnement général

L'information nécessaire à l'assignation d'une personne dans un profil provient directement de l'évaluation du SMAF qui peut être recueillie de façon routinière et mise à jour régulièrement. Un programme informatisé permet ensuite de classifier automatiquement le sujet dans un des 14 profils en utilisant la distance euclidienne. Ainsi, chaque organisation de soins peut disposer du profil Iso-SMAF à des fins d'orientation ou de gestion, sans devoir effectuer d'évaluation supplémentaire. Ce processus rend ainsi possible la réalisation d'économies par la diminution des évaluations redondantes dans les différents milieux de soins. Par ailleurs, l'utilisation d'un système informatisé favorise la robustesse du système en fournissant automatiquement le profil, sans jugement ou opération supplémentaires de la part des intervenants diminuant ainsi les erreurs de classification et les manipulations indues. Elle supporte également l'efficience du système qui requiert peu de temps et d'efforts pour son utilisation.

Utilité clinique

Orientation des personnes

Depuis quelques années, au Québec comme ailleurs, un consensus s'est fait progressivement pour tenter de créer les meilleures conditions possible pour favoriser le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie[65]. Cependant, il peut arriver un moment où la personne devra être orientée vers un autre milieu de vie afin que l'on puisse subvenir à ces besoins de façon appropriée. La décision d'orienter une personne âgée vers un autre milieu de vie que le domicile n'est pas simple. Il n'existe pas à l'heure actuelle de recette miracle pour prédire de façon certaine qui aura besoin de placement. Chaque situation est unique, et l'orientation des personnes dans le réseau des services de soins de longue durée résulte d'un processus décisionnel qui peut être influencé par plusieurs facteurs. Notons, entre autres, la disponibilité des ressources, les caractéristiques personnelles, le degré de résistance de la personne à l'égard d'un type de structure ou de ressources, la variété des ressources sur le territoire, leur accessibilité géographique et leur aménagement fonctionnel[64]. D'autres facteurs, comme les conditions du milieu, le

soutien et le fardeau familial, et le niveau de risque, peuvent également moduler les décisions[45].

Un des principaux objectifs des 14 Profils Iso-SMAF est de permettre aux intervenants de se représenter la nature et l'intensité des divers services qui doivent être mis en place pour répondre aux besoins particuliers des personnes représentées par chacun des profils. Ils permettent l'utilisation d'un langage commun et standardisé qui peut servir à la fois à la coordination de ressources locales pour le maintien à domicile et à l'approche multi-établissement et multi-sectorielle. Dans le cas où les intervenants jugeraient à propos d'orienter un usager vers un autre milieu, le Profil Iso-SMAF, peux être comparé aux Profils d'accueil Iso-SMAF offerts dans une région. Par ailleurs, pour utiliser les Profils Iso-SMAF à des fins d'orientation en hébergement, il faut d'abord déterminer quels sont les profils que chaque établissement d'hébergement d'une région peut accueillir. Cette opération nécessite l'évaluation des clientèles actuellement hébergées (profils d'accueil actuels) et la détermination des profils souhaités. Ainsi, il revient aux diverses instances concernées comme les comités de concertation locaux ou régionaux et aux différents établissements d'une région de déterminer quels établissements sont en mesure de répondre à quels profils en particulier. Une fois cette information disponible, il est possible de déterminer, pour un usager donné présentant un des 14 Profils Iso-SMAF, quels sont les établissements d'hébergement qui peuvent l'accueillir, compte tenu des ressources dont ils disposent. Ainsi, c'est en fonction de différents éléments, par exemple le coût d'un profil en particulier dans des milieux de vie quelconques (domicile, milieu intermédiaire, centre d'hébergement) ou les différents facteurs énoncés plus tôt (accessibilité géographique, aménagement fonctionnel, disponibilité des ressources, soutien familial, etc.) que la décision de substituer un milieu de vie à un autre pour un profil donné pourra être prise. Une fois les critères d'admission spécifiés pour une région en particulier, le comité local d'admission pourra alors procéder à l'orientation de l'usager en tenant compte des divers éléments et de la situation de l'usager. Enfin, notons que, même si ce système de gestion semble sophistiqué, il ne constitue pas en soi un cadre rigide, mais plutôt une information qui permet de *guider* l'intervenant lorsqu'il entreprend une démarche d'orientation pour un usager. Ce système demeure un outil et ne remplace pas le jugement que doit exercer un professionnel. Ainsi, il incombera toujours à des hommes et non à des instruments ou à des systèmes de prendre les décisions qui s'imposent

en tenant compte du bon sens et des désirs des personnes et de leurs familles.

Par ailleurs, aux niveaux régional et provincial, ce système constitue le point de départ d'un mécanisme d'évaluation continue des clientèles (Profils Iso-SMAF) et des ressources (profils d'accueil Iso-SMAF) fournissant une information en temps réel et facilement mise à jour. À titre d'exemple, au cours des trois dernières années, la Régie régionale et d'autres acteurs de la région de l'Estrie ont décidé d'effectuer annuellement le recensement de leurs établissements d'hébergement, incluant les RTF et RI. Cette information a permis de spécifier des critères d'admission spécifique (profils 10) et d'allouer les ressources plus judicieusement en considérant l'éventail disponible des options de soins, tout en respectant les réalités locales et régionales. Puisque l'inventaire des ressources présentes démontrait des lacunes pour répondre aux besoins de certains profils, notamment les profils 5 et 9, l'information a également facilité la création de nouvelles ressources intermédiaires et autres alternatives à l'hébergement. En combinant cette information à des mesures de résultats, de qualité des soins et de satisfaction des clientèles, il sera bientôt possible pour cette région d'alimenter des réflexions quant à l'efficacité des systèmes d'organisation de services existants. Dans le cas du soutien à domicile, un projet d'implantation réalisé en 2003 en Montérégie a permis d'effectuer le recensement des profils Iso-SMAF de la clientèle SAD (long terme) auprès de 19 CLSC. Pour la première fois, cet exercice a permis de produire le portrait de l'autonomie fonctionnelle des usagers desservis par les CLSC.

Enfin, d'un autre point de vue, la connaissance des divers profils d'autonomie peut justifier la mise au point de protocoles ou d'outils de cheminement cliniques, en établissant un cadre pour déterminer quel ensemble de services ou panier de services chaque profil devrait recevoir. Il offre aussi la possibilité de connaître davantage à quelles clientèles spécifiques s'adressent mieux certains programmes favorisant l'autonomie des personnes âgées[5].

Utilité à des fins de gestion

En ce qui concerne la gestion des soins infirmiers, cette classification prédit 82 % des heures de soins infirmiers et d'assistance. Comme précédemment mentionné, notons qu'une attention particulière a été portée lors de l'évaluation des soins requis aux questions liées aux comportements, à la surveillance et à la communication de support qui rendent compte des services nécessaires pour les personnes présentant des troubles

cognitifs. D'autres analyses ont démontré que les troubles cognitifs corrélaient à 72 % avec les heures de soins infirmiers et d'assistance, ce qui confirme que le temps de soins est influencé significativement par les fonctions mentales[17]. Ainsi, lorsqu'on considère une personne appartenant à un profil caractérisé par des atteintes plus importantes des fonctions mentales, on peut être assuré qu'une portion des heures professionnelles et para-professionnelles de soins est associée à l'approche nécessaire pour offrir les services à ce type de clientèle. Il peut s'agir de surveillance, d'observation systématique par un professionnel ou de temps de communication support-relance pour des interventions telles que l'écoute et le soutien léger, la stimulation sensorielle ou le toucher thérapeutique, l'orientation à la réalité, l'aménagement des relations ou la gestion des troubles de comportement.

Par ailleurs, notons que, pour les besoins de cette étude, la quantification des heures de soins infirmiers par le CTMSP modifié constituait, à l'époque, la stratégie la plus valide et la moins coûteuse. En revanche, plusieurs éléments portent à croire qu'une stratégie différente pourrait maintenant être utilisée considérant les progrès technologiques dans ce domaine. Sans vouloir nier les améliorations notables apportées à l'outil original, il n'en demeure pas moins que ces changements n'ont modifié ses fondements théoriques, ni les éléments mesurés, de sorte que, pour certains aspects, les résultats de l'étude sont limités par les normes du CTMSP développées depuis plus de 15 ans. Quoique ces normes aient été établies suivant une méthodologie rigoureuse et valide, il reste possible qu'elles ne correspondent plus aux normes actuelles de pratique. De plus, d'autres facteurs militent contre l'approche additive utilisée par cet outil. En effet, dans ce genre de système, la complexité des soins et les interactions entre les soins requis par l'usager ne sont pas directement prises en compte, puisque l'on attribue le même temps à une activité particulière, peu importe les caractéristiques du patient ou du milieu. Ainsi, il est souvent difficile de bien représenter le temps requis pour effectuer certaines activités de soins pour des patients qui présentent des problèmes cognitifs ou des problèmes de collaboration.

Cette approche ne permet pas de différencier non plus le temps pour effectuer une intervention spécifique en établissement comparativement à son accomplissement au domicile. De plus, selon Quist[53], ces systèmes tendent à surestimer les temps requis puisqu'ils ne considèrent pas les activités faites simultanément qui peuvent représenter environ 20 % des activités réalisées en 24 heures. En fait, généralement, plus ces systèmes

contiennent d'items, plus ils génèrent du temps. Quoi qu'il en soit, il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus sur ce qui constitue la meilleure façon de mesurer la charge de travail infirmier. Certains auteurs affirment même qu'il est impossible de cerner correctement le travail parfois intangible de l'infirmière et la complexité croissante des soins infirmiers et qu'ainsi aucun instrument de mesure n'est parfaitement adéquat. Un des arguments soulevés par certains intervenants est que les personnes plus lucides présentant moins d'incapacités sont plus lourdes, parce qu'elles « demandent » davantage que les personnes très dépendantes présentant des problèmes de communication.Cette perception est généralement attribuable au fait que les demandes des personnes plus autonomes sont plus nombreuses, plus spontanées et sporadiques, donc moins prévisibles que les soins routiniers qu'il faut offrir aux personnes dépendantes ; de là, une des difficultés de cerner correctement la complexité et les aspects psychosociaux des soins. C'est pourquoi, avec les nouvelles technologies disponibles comme le système TEDDI, des travaux sont en cours pour tenter de mieux cerner la complexité des soins tout en considérant une multitude de facteurs[16]. De cette façon, il sera possible d'attribuer des temps standard moyens à chacun des 14 Profils Iso-SMAF en tenant compte, cette fois, des caractéristiques des personnes âgées et de leur environnement, et des interactions entre les différents facteurs. Cette information sera utile pour mieux soutenir le financement des services infirmiers. Quant à leur gestion opérationnelle dans les divers programmes ou unités d'un établissement (répartition du personnel), nous envisageons d'autres approches qui reposeraient directement sur l'information recueillie à partir du SMAF, des Profils Iso-SMAF (profils, % incontinence, % troubles de comportements) et de plans de soins guides définissant des diagnostics infirmiers, les interventions nécessaires et les résultats de soins attendus.

Gestion des coûts

En ce qui concerne les coûts, la classification explique 80 % des coûts des soins infirmiers, ce qui est supérieur aux autres systèmes existants comme les RUGs aux États-Unis (56, 9 %), au Japon (43,8 % et en Angleterre (45 %)[7, 26, 39], quoique notre classification n'inclut pas pour l'instant les services spécialisés de réadaptation. Cette exclusion vient d'un souci de simplifier l'étude proposée pour isoler certaines variables. Ce choix ne s'appuie pas sur le manque de pertinence à évaluer ces aspects, bien au contraire. La réadaptation physique et l'adaptation psychosociale des personnes âgées représentent des aspects fondamentaux

de la promotion de leur autonomie et constituent des éléments essentiels à la réduction de leurs incapacités et des coûts de santé. Pour compléter le système à cet effet, d'autres travaux sont en cours par notre équipe pour déterminer des indicateurs des besoins de réadaptation.

Les données actuelles permettent d'associer un coût médian à chacun des 14 Profils Iso-SMAF selon leur milieu de vie. Par ailleurs, puisque l'information est détaillée, il est possible d'observer les coûts selon différents points de vue (société, ministère, gestionnaire, milieu) ou encore d'ajuster certains types de coûts pour considérer l'inflation, les différences dans les taux salariaux, des caractéristiques particulières liées à des établissements, les types d'établissements, et le statut urbain ou rural. La connaissance des coûts associés aux différents profils (Profils $ Iso-SMAF) offre des données objectives permettant d'identifier les priorités et fournit une information permettant aux régions et aux organisations de mieux comprendre leur comportement en matière d'allocation financière. Par exemple, en évaluant la clientèle d'un établissement, il est possible de définir les ressources financières requises pour l'ensemble des profils identifiés et de les comparer au budget disponible, offrant ainsi un « indice de déficit relatif » pour chaque établissement. Ensuite, en juxtaposant ces indices, on obtient des « ratios d'équité » permettant d'observer dans quelle mesure les ressources financières sont réparties équitablement entre ces établissements. En 2001, des travaux réalisés en Estrie ont permis de démontrer la faisabilité d'une nouvelle approche de financement basé sur l'évaluation des profils pour les établissements d'hébergements[63]. Cette approche est utilisée dans cette région depuis maintenant trois ans avec différents ajustements effectués au fil des ans pour tenir compte de certaines caractéristiques. Une approche similaire a été appliquée dans la région de la Montérégie pour l'application de cette méthode auprès de 19 CLSC[62].

Il faut toutefois noter que le développement d'un système de classification est d'abord de nature scientifique et que celui d'un système de paiement peut clairement s'en différencier. En effet, la conceptualisation de ce dernier est largement politique et doit prendre en compte adéquatement les ressources financières disponibles et les variations occasionnées par les différentes philosophies thérapeutiques, les facteurs environnementaux, les progrès scientifiques et technologiques. Ainsi, comme pour le processus d'orientation des clientèles, les changements au niveau des processus de financement ne pourront pas s'effectuer sans respecter les réalités existantes. De plus, un système rigoureux

d'évaluation continue de la qualité des soins est nécessaire pour le développement d'un système de paiement équitable. Actuellement, la qualité des soins n'est pas considérée par ce système. Ainsi, bien que les profils Iso-SMAF constituent « *a work in progress* », nous considérons que cette question doit être abordée dans un avenir très rapproché. D'une part, avec des standards minimums de qualité, les gestionnaires peuvent être mieux placés pour argumenter le besoin de ressources supplémentaires s'ils disposent de données leur permettent de démontrer l'efficience des soins fournis. D'autre part, cette information peut être utile à la compréhension des niveaux appropriés de dotation ou des ratios acceptables de personnel entre les différentes catégories (*staff mix*). Dans le contexte de restrictions budgétaires et de pénuries dans le domaine de la santé, les modes de dotation et d'organisation des soins font l'objet d'une préoccupation importante chez les gestionnaires.

Réseau intégré

Enfin, dans le cas qui nous préoccupe, un système de gestion doit être utile pour assurer un suivi régulier et systématique de la personne dans un réseau intégré et être simple, convivial et facilement mis à jour selon les besoins. Le système actuellement développé respecte aussi ces caractéristiques. En effet, cette classification est la première à considérer l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie vivant aussi bien à domicile, dans les milieux intermédiaires que dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée. Elle prend également en compte aussi bien les personnes qui reçoivent des services gouvernementaux (CLSC, centres de jour, résidences d'accueil, pavillons, CHSLD), que celles qui utilisent les services privés.

Ce système constitue le point de départ d'un mécanisme d'évaluation continue des clientèles (Profils Iso-SMAF) et des ressources (profils d'accueil Iso-SMAF déterminés par chacune des régions) fournissant une information en temps réel et contribuant au suivi et à l'évaluation des décisions de placement. De plus, en combinant cette information à des mesures de résultats, de qualité des soins et de satisfaction des clientèles, ce mécanisme peut fournir des données sur l'efficacité des divers systèmes d'organisation de services existants et alimenter les réflexions concernant les profils d'accueil idéaux. Ce point pourrait constituer une avancée importante pour le système de santé québécois. Toutefois, il importe d'être conscient que le succès de cette opération repose sur la mise en place, dans les plus brefs délais, de la technologie nécessaire pour supporter ces mécanismes, ce qui peut

constituer une limite du système actuel. En revanche, puisque la thématique des ressources informationnelles est au cœur des préoccupations du système de santé québécois, il est possible de croire qu'elle ne devrait plus constituer une entrave à ce type de développement[1].

Conclusion

Dans un document traitant des enjeux politiques et méthodologiques de la planification régionale au Québec, on rappelle que la planification, comme tout effort pour mieux organiser, mieux décider, mieux choisir – et à cette fin, apprécier le futur immédiat ou à plus ou moins long terme –, doit s'appuyer sur une vision de la réalité[56]. Or, cette notion de vision de la réalité rejoint celle des membres du Forum national sur la santé « The Vision of an Evidence-Based Health System »[28]. Le principe est que, dans un système de santé efficace, l'évidence, c'est-à-dire l'information pertinente, utile, appropriée, suffisante, et mise à jour régulièrement, doit être accessible pour les décisions qui sont prises régulièrement, et intégrée à tous les niveaux : usager, intervenants, administrateurs, ministères et politiciens.

À l'heure actuelle, ce système de classification offre l'avantage de fournir un nombre succinct de profils pouvant être facilement administrés et révisés. Le système est pertinent dans les milieux de soins de longue durée où les personnes présentent une condition relativement stable et permet d'associer à chacun des profils les services requis en soins infirmiers. Avec l'information générée par ce système, il est possible de se représenter la réalité afin de s'intéresser à quel type de structure convient le mieux à qui, à quel prix, pour combien de temps, et ce, avec la meilleure efficacité possible. D'ailleurs, comme le dit si bien Palombo et ses collaborateurs[51], il faut cesser de rechercher des solutions toutes faites, standardisées et statiques, alors que l'offre et la demande se modifient constamment. Dès lors, il faut disposer d'un système qui permette d'observer automatiquement les changements et d'adapter rapidement la réponse selon les besoins et autres facteurs en place[55].

Références

1. Beaulieu, G. « Le ministère de la Santé et des Services sociaux va de l'avant avec des priorités d'actions ciblées », *Le Réseau Informatique*, 2001 ; *13*(1) : 11-12.
2. Bélanger, L., Bolduc, M. et Trahan, L. *Les mécanismes régionaux d'orientation et d'admission : Description de la clientèle et évaluation du proces-*

sus décisionnel, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, Québec, 1991.

3. Berdea, C. « Driving the system : long-term care coordination in Manitoba, Canada », *Journal of Case Management,* 1996 ; *5*(4) : 168-172.
4. Bergman, H., Beland, F., Lebel, P., Contandriopoulos, A. P., Tousignant, P., Brunelle, Y., Kaufman, T., Leibovich, E., Rodriguez, R. et Clarfield M. « Care for Canada's frail elderly population : fragmentation or integration ? », *Canadian Medicine Association Journal*, 1997 ; *157*(8) : 1116-21.
5. Blanchet, S. « Le suivi systématique de clientèles : Pour la qualité et l'efficacité des soins de santé », *L'infirmière du Québec*, janvier/février 1994, p. 15-17.
6. Boisvert, H. *La comptabilité de management : coûts, décisions et gestion*, Éditions du renouveau pédagogique, 1996.
7. Carpenter, G. I., Main, A. et Turner, G. F. « Casemix for the elderly inpatient : resource utilization groups (RUGs) validation project », *Age and Ageing*, 1995 ; *24*(1) : 5-13.
8. Cheah, J. et Chee, Y. C. « Case mix for better or for worse ? », *Singapore Medical Journal*, 1999 ;*40*(1) :9-12.
9. Coutton, V. *Les mécanismes de la grille AGGIR*, convention d'étude no 99/13/0019, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, équipe INSERM, démographie et santé, Montpellier, France, 2000.
10. Covinsky, K. E., Justice, A. C., Rosenthal, G. C., Palmer, R. M. et Landefold, C. S. « Measuring prognosis and case mix in hospitalized elders : The importance of functional status », *Journal of General Medicine*, 1997 ; *12*(4) : 203-208.
11. DeGroot, H. A. « Patient classification systems and staffing. Part 1, Problems and promise », *Journal of Nursing Administration*, 1994 ; *24*(9) : 43-51.
12. Delacretaz, A. C. et Frutiger, P. « Nursing summary and experienced workload. Computer Methods and Programs », *Biomedicine*, 1994 ; *43*(3-4) : 177-83.
13. Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R. et Dubuc, N. « Reliability of the revised functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research », *Age and Ageing*, 1995 ; *24*(5) : 402-406.
14. Dilts, D., Khamalak, J. M. et Plotkin, O. D. « Using cluster analysis for medical resource decision making », *Medical Decision Making*, 1995 ; *15*(4) : 333-47.

15. Dubuc, N. « A Disability-based Casemix for elderly people in integrated long term care services : An second examination of its validity and stability », Second Joint US-Canada Case Mix and Quality Assurance Conference, Casemix, Victoria, BC, 10-13 sept. 2003.

16. Dubuc, N., Boissy, P., Bourque, M., Potvin, J., Buteau, M. et Berthiaume, M. « TEDDI : Un outil informatisé d'aide à la décision pour la réorganisation des soins infirmiers en centre d'hébergement et de soins de longue durée », dans *L'informatique de la santé dans les soins intégrés : connaissances, application, évaluation*, chapitre 1 : Communication et soins intégrés, actes des 9es Journées Francophones d'Informatique Médicale, Québec, 2003, p. 46-57.

17. Dubuc, N., Buteau, M. et Hébert, R. « Impact des troubles cognitifs sur le coût des services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie », dans *Vieillissement cognitif normal et pathologique*, Acte du congrès scientifique, Sherbrooke, 1997.

18. Dubuc, N., Desrosiers, J., Bravo G. et Hébert, R. « Fidélité de la détermination des services requis en terme d'heures par le CTMSP modifié à des fins de recherche épidémiologique », *L'Année Gérontologique*, 1996 ; *10 :* 83-95.

19. Dubuc, N., Hébert, H., Desrosiers, J. et Buteau, M. « Les soins de longue durée aux personnes âgées : Choix d'un système clinico-administratif dans le contexte d'un réseau de soins intégrés », *Revue Canadienne du Vieillissement,* 2004 ; *23*(1) : 35-46.

20. Dunstan, E. J., Amar, K., Watt, A. et Seymour, D. G. « First steps in building ACME – an admission case-mix system for the elderly »' *Age and Ageing*, 1996 ; *25* : 102-108.

21. Durand, P. J., Tourigny, A., Bonin, L., Paradis, M., Lemay, A. et Bergeron, P. « Mécanisme de coordination des services géronto-gériatriques des Bois-Francs », dans *Unité de recherche en gériatrie*, Université Laval, Ste-Foy, 2001.

22. Edwardson, S.R. et Giovannetti, P. B. « Nursing workload measurement systems », *Annual Review of Nursing Research,* 1994 ; *12* : 95-123.

23. Everitt, B. S., Landau, S. et Leese, M. *Cluster Analysis*, 4e édition, Edward Arnold Publisher, A division of Hodder Healine Group, London, 2001, 238 p.

24. Finch, M., Kane RL. et Philp, I. « Developing a new metric for ADLs », *JAGS*, 1995 ;*43*(8) :877-884.

25. Fries, B. E. « Comparing case-mix systems for nursing home payment », *Health Care Financing Review,* 1990 ; *11*(4) : 103-120.

26. Fries, B. E., Schneider, D. P., Foley, W. J., Gavazzi, M., Burke, R. et Cornelius, E. « Refining a case-mix measure for nursing homes : resource utilization groups (RUG-III) », *Medical Care*, 1994 ; *32*(7) : 668-685.

27. Furner, S. E., Rudberg, M. A. et Cassel, C. K. « Medical conditions differentially affect the development of IADL disability : implications for medical care and research », *The Gerontologist,* 1995 ; *35*(4) : 444-450.

28. Gainer, K. *et al*. « Evidence-based decision making working group », Healnet Workshop #1, Toronto, 9-10 janvier 1998.

29. Hair, J. F. *Multivariate Data Analysis with Readings*, 4e édition, Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ, 1998.

30. Hébert, R. « L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées », *Canadian Family Physician,* 1982 ; *28 :* 754-762.

31. Hébert, R. « Functional decline in old age »' *Canadian Medical Association Journal,* 1997 ; *157*(8) : 1037-1045.

32. Hébert, R. *La perte d'autonomie : définition et épidémiologie*, dans Hébert, R. et Kouri, K. (rédacteurs) *Autonomie et vieillissement*, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Edisem, St-Hyacinthe, 1999.

33. Hébert, R. et Bilodeau, A. « Profil d'autonomie des personnes âgées hébergées en institution », *Les cahiers de l'ACFAS*, 1986 ; *46 :* 66-79.

34. Hébert, R., Carrier R. et Bilodeau, A. « The functional autonomy measurement system (SMAF) : Description and validation of an instrument for the measurement of handicaps », *Age and Ageing*, 1988 ; *17* : 293-302.

35. Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L., St-Hilaire, C. et Roy C. « Resources and costs associated with disabilities of elderly people living at home and in institutions », *The Canadian Journal on Aging,* 2001a ; *20*(1) : P1-22.

36. Hébert, R., Durand, P., Dubuc, N., Tourigny, A. et le groupe PRISMA. Prisma : a new model of Integrated Services Delivery for the Frail Older People in Canada », *International Journal of Integrated* Care, 2003 ; 3 : 1-10.

37. Hébert, R., Guilbault, J., Desrosiers, J. et Dubuc, N. « The functional autonomy measurement system (SMAF) : A clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people », *Journal of Canadian Geriatric Society*, 2001b ; 4 : 141-147.

38. Hornbrook, M. C. « Nursing home case-mix measurement », dans Peterson, M. D. et White, D. L. *Health Care of the Elderly*, Sage Publications, Newbury Park, London, 1989.

39. Ikegami, N., Fries, B. E., Takagi, Y., Ikeda, S. et Ibe, T. « Applying RUG-III in japanese long-term care facilities », *The Gerontologist,* 1994 ; *34*(5) : 628-639.

40. Jette, A. M., Assmann, S. F., Rooks, D., Harris, B. A. et Crawford, S. « Interrelationships among disablement concepts », *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences,* 1998 ; *53*(5) : M395-404.

41. Lagergren, M. « ASIM : a system for monitoring and evaluating the long-term care of the elderly and disabled », *Health Services Research,* 1993 ; *28*(1) : 27-44.

42. Landis, J. R. et Koch, G. G. « The measurement of observer agreement for categorical data », *Biometrics*, 1977 ; *33*(1) : 159-174.

43. Langlais, M. E. « Estimation et comparaison de la sensibilité au changement de trois échelles d'indépendance fonctionnelle couramment utilisées en réadaptation gériatrique », mémoire, Université de Sherbrooke, Québec, Canada, 1998.

44. Lawrence, R. H. et Jette, A. M. « Disentangling the disablement process », *Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences & Social Sciences*, 1996 ; *51*(4) : S173-82.

45. Lebel, P. « Services gérontologiques et gériatriques », dans Arcand, M. et Hébert, R. *Précis pratique de gériatrie*, chapitre 60, 1997, p. 805-820.

46. Macnab, J. J., Miller, L. T. et Polatajko, H. J. « The search for subtypes of DCD : is cluster analysis the answer ? », *Human Movement Science,* 2001 ; *20*(1-2) : 49-72.

47. McConnell, E. « Communication systems make a caring connection », *Nursing Management,* 2000 ; *31*(2) : 49-52.

48. Morris, J. N., Sherwood, S., May M. I. et Bernstein, E. « FRED : An innovative approach to nursing home level-of-care assignments », *Health Services Research,* 1987 ; *22*(1) : 117-138.

49. MSSS 2003. http ://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/groupes/pa_outil.html

50. Mykita, L. J., Loan, A. D., Thompson, R., Dickson, S., Allerby, J., Fort, A., Riessen, K. et Tyler, C. « Toward equity in long-term care », *Australian Health Review*, 1997 ; *20*(3) : 133-143.

51. Palombo, P. *et al*. « Essai méthodologique sur les notions de coût et d'efficacité dans le cadre des alternatives à l'hospitalisation », *Gérontologie et Société,* 1986 ; *39 :* 71-99.

52. Punj, G. et Stewart, D. « Cluster analysis in marketing research : review and suggestions for application », *Journal of Marketing Research*, 1983 ; *20* : 134-148.

53. Quist, B. D. « Work sampling nursing units », *Nursing Management*, 1992 ; *23*(9) : 50-1.

54. Rosewarne, R. C. « Australian approaches to resident classification and quality assurance in residential care », *Journal of Aging & Social Policy*, 13(2-3) : 117-35, 2001.

55. Ross, N. P. *et al*. « Managing health services : how administrative data and population-based analyses can focus the agenda », *Health Services Management Research,* 1998 ;*11* :1-19.

56. Sauvageau, A. G. « La planification régionale et les systèmes d'information », dans *La planification régionale des services sociaux et de santé ; enjeux politiques et méthodologiques*, chapitre 9, Les publications du Québec. 1996, p. 77-100.

57. St-Pierre, M. et Dumbi, W. A. « Home health PPS : New Payment system, news hope », *Caring Magazine*, 2000 ; *19*(1) : 6-11.

58. Streiner, D. L. et Norman, G. R. *Health measurement scales ; a practical guide to their development and use*, 2e édition, Oxford University Press, New York, 1995, 232 p.

59. Thibault, C., David, N., O'Brien-Pallas, L. L., Vinet, A. et Desrosiers, G. *Les systèmes de mesure de la charge de travail en soins infirmiers*, collection gestion des soins infirmiers, Association des hôpitaux du Québec, 1990.

60. Tilquin, C. et Coupal, M. « La détermination des services requis et la mesure des ressources requises par le bénéficiaire », CTMSP87, 1987,146 p.

61. Tilquin, C. et Fournier, J. « L'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale du bénéficiaire CTMSP 85 », équipe de recherche opérationnelle en santé (EROS), Université de Montréal, Montréa, 1985.

62. Tousignant, M., Hébert, R., Coulombe, C. et Dubuc, N. « Détermination du profil d'autonomie fonctionnelle et du taux de réponse aux besoins de la clientèle long terme du programme soutien à domicile des CLSC de la Montérégie », rapport de recherche présenté à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, décembre 2003.

63. Tousignant, M., Hébert, R., Dubuc, N., Simoneau, F. et Dieleman L. « Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long term care facilities », *Age and Aging*., 2003 ; *32* : 60-66.

64. Trahan, L. « Les facteurs associés à l'orientation des personnes âgées dans les établissements d'hébergement : une revue de la littérature », Service de l'évaluation, réadaptation et services de longue durée, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1989.

65. Trahan, L. *Les mécanismes régionaux d'orientation et d'admission ; une mise à jour. Collection études et analyses 32*, direction de la recherche et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux. 1997, 104 p.

66. Trahan, L., Bélanger, L. et Bolduc, M. « Une évaluation de la prestation de services dans les CLSC et les centres hospitaliers pour des services de qualité aux personnes âgées en perte d'autonomie », ministère de la Santé et des Services sociaux, direction de l'évaluation, 1994.

67. Turner, G. F., Main, A. et Carpenter, G. I. « Case-mix, resource use and geriatric medicine in England and Wales (commentary) », *Age and Ageing*, 1995 ; *24*(1) : 1-4.

68. Weissert, W. G. et Musliner, M. C. « Case mix adjusted nursing-home reimbursement : a critical review of the evidence », *Milbank Quarterly*, 1992 ; *70*(3) : 455-90.

10. Application de la classification des profils Iso-SMAF à la détermination des profils d'accueil et à la répartition d'allocation budgétaire à l'intérieur de la méthode d'équité – volet hébergement de la région de l'Estrie

M. Tousignant, R. Hébert, N. Dubuc, F. Simoneau, L. Dieleman

Introduction

Au cours de la dernière décennie, les décideurs ont fait des efforts marqués afin d'allouer les ressources financières en santé de façon à tenir compte des différences dans la quantité de ressources consommées selon le type d'usager. Le financement des établissements de soins et d'hébergement de longue durée n'échappe pas à cette façon de faire, car sans une reconnaissance explicite de l'intensité des ressources consommées entre les résidants, une démotivation pourrait s'installer dans l'admission de la clientèle lourde dont les besoins en ressources sont plus marqués.

En Estrie, avant 2001-2002, la répartition budgétaire entre les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) reposait sur une méthode d'équité basée sur l'outil d'évaluation de besoin des personnes : la classification par type en milieu de soins prolongés (CTMSP).

Cet outil utilisé dans le contexte de la répartition budgétaire s'avère intéressant, puisqu'il tient compte de l'intensité des services liés aux soins infirmiers et aux soins d'assistance ainsi qu'aux composantes administration, hébergement (alimentation et buanderie), soutien (entretien ménager, fonctionnement des installations et entretien, réparation des installations) et aux services thérapeutiques (pharmacie, physiothérapie, ergothérapie et finalement activités dirigées). Cependant, il ne tient pas compte des changements possibles attribuables à des facteurs environnementaux et à la participation de l'entourage[10].

D'autres méthodes d'allocation des ressources en soins prolongés ont été développées aux États-Unis et en Europe[1, 4, 9, 11]. Cependant, ces méthodes ne sont pas applicables au territoire québécois, parce que la population, la nature des soins et le système de santé sont différents.

Au Québec, un nouveau système clinico-administratif a été élaboré à partir des données d'une étude réalisée auprès de 1997 sujets en perte d'autonomie[7], vivant tant à domicile que dans divers types d'établissements d'hébergement. Cette classification comprend 14 groupes, nommés profils Iso-SMAF[3], qui permettent l'orientation des personnes âgées en fonction de leur autonomie fonctionnelle. Les profils Iso-SMAF sont associés aux services requis en soins infirmiers et soins d'assistance, ainsi qu'aux services de soutien, exclusion faite des soins infirmiers spécialisés (injections intra-veineuses, soins de trachéotomie, etc.), de l'inhalothérapie, de la réadaptation, des coûts des médicaments, de la pastorale et des activités dirigées. Ils permettent également de connaître les coûts de ces ressources en dollars de 1994-1995, selon le type d'établissement qui dispense le service.

Dans ce contexte, la région de l'Estrie a décidé d'innover en utilisant les résultats de l'étude provinciale pour répartir les réallocations budgétaires 2001-2002 – volet hébergement. Les objectifs de cette étude sont les suivants : 1) recenser et caractériser, selon le profil d'autonomie fonctionnelle, la population de personnes âgées hébergées dans les CHSLD de l'Estrie et 2) utiliser la classification des profils ISO-SMAF afin d'établir la budgétisation des CHSLD de l'Estrie dans une optique de répartition des budgets entre établissements en tenant compte de la gravité de l'atteinte fonctionnelle de la clientèle.

Méthodologie

Dispositif de recherche

Le dispositif de recherche utilisé a été une étude transversale avec fenêtre d'observation du 15 novembre 2000 au 15 février 2001.

Population à l'étude

La population à l'étude a été constituée de l'ensemble des personnes âgées hébergées dans les CHSLD du territoire de l'Estrie (tableau 10.1). Un recensement de la clientèle par établissement a été fait à partir de la base de données IMAGE et des registres d'admission des établissements afin d'établir la liste des résidants au moment du recensement.

Tableau 10.1
Centres d'hébergement et de soins de longue durée sur le territoire de l'Estrie

Établissement	Nombre de résidants
A	95
B	89
C	115
D	100
E	134
F	130
G	60
H	51
I	48
J	379
K	386
Total	1590

Mesure clinique

La mesure clinique utilisée pour caractériser les personnes âgées en hébergement est l'autonomie fonctionnelle. Elle a été mesurée avec l'instrument standardisé « Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle » (SMAF)[5]. Le SMAF est un instrument comprenant 29 items mesurant les aptitudes fonctionnelles dans 5 domaines (tableau 10.2). Chaque item est évalué sur une échelle de 4 ou 5 points, de 0 (indépendant) à 3 (dépendant) pour un maximum d'un score total de 87. Le SMAF doit être utilisé par des professionnels de la santé qui évaluent l'individu ou ses proches par questionnaire ainsi que par observation et évaluation du patient lui-même. Sa fidélité et sa validité ont été démontrées dans de nombreuses études[2, 5, 6].

Tableau 10.2
Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)

Aptitudes fonctionnelles	Nombre d'items (29)
Les activités de la vie quotidienne	7
La mobilité	6
La communication	3
Les fonctions mentales	5
Les activités instrumentales de la vie quotidienne	8

Évaluateurs

Quatre infirmières ont été initiées à l'utilisation du SMAF lors d'une formation structurée. De l'enseignement magistral, des études de cas et des discussions ont permis de s'assurer de l'uniformité de l'utilisation du SMAF. Un suivi était possible si l'infirmière en ressentait le besoin lors de la collecte des données.

Procédure de la collecte des données cliniques

L'assignation d'une infirmière à l'un ou l'autre des établissements a été faite par convenance. Ainsi, les CHSLD de grande capacité d'hébergement ont été visités par les quatre infirmières qui se répartissaient les différentes unités de soins. Par contre, les établissements de moindre capacité ont été visités par une ou deux infirmières.

Préalablement à la visite des infirmières, une entente sur les procédures à suivre a été conclue avec chacun des établissements. L'information sur le projet et la méthodologie utilisée ont alors été présentées. Par la suite, l'infirmière, en collaboration avec l'infirmière soignante et l'infirmière-auxillaire de l'établissement, a procédé à l'évaluation avec le SMAF.

De plus, dans le but de décrire les coûts des services fournis de soins infirmiers spécialisés et d'inhalothérapie, un questionnaire rapportant la fréquence quotidienne de ces services a été rempli par les infirmières de recherche, en collaboration avec l'infirmière soignante. Cette fréquence quotidienne a été jumelée avec un temps standard par acte afin de donner le temps de services fournis.

Allocation budgétaire selon la méthode d'équité

La méthode utilisée en Estrie pour répartir les budgets pour le volet hébergement est la réallocation budgétaire basée sur l'équité par territoire de municipalité régionale de comté (MRC). Dans cette méthode, un pourcentage de manque à financer par MRC est obtenu en divisant le budget disponible par le budget standard.

Budget standard calculé avec la méthode des profils Iso-SMAF

Le budget standard se définit par le budget nécessaire pour combler les besoins de la clientèle desservie. Dans le cadre de cette étude, il s'établit par la sommation du nombre de résidants de l'établissement dans chacun des 14 profils Iso-SMAF, multiplié par le coût annuel de la prise en charge d'un résidant d'un profil déterminé :

Budget standard Iso-SMAF = Σ[(nombre de résidants par profil X 6 $/jour) X 365 jours]

Le coût par jour de la prise en charge d'un résidant hébergé en CHSLD a été établi selon les données de l'étude sur les services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie[8]. Les médianes des coûts publics pour les différents profils Iso-SMAF ont été calculées pour les CHSLD privés conventionnés et publics (milieux 7 et 8), pour les zones urbaines et rurales confondues. Ces coûts n'incluaient pas les infrastructures. Par la suite, ils ont été indexés en dollars de 2000-2001.

Les coûts des profils Iso-SMAF incluent donc les soins infirmiers et d'assistance, de surveillance, de fournitures, de fonctionnement des installations, d'entretien et de sécurité, de buanderie, d'alimentation, d'entretien ménager et de section administratif. Les coûts des médicaments, des soins infirmiers spécialisés, de l'inhalothérapie, de la réadaptation, des activités dirigées et de la pastorale ne sont pas inclus dans les coûts associés aux profils Iso-SMAF.

Budget disponible

Le budget disponible se définit par le budget alloué à un établissement pour une année financière donnée. Dans cette étude, il est basé sur le budget disponible 1994-1995 des établissements, duquel ont été soustraites les compressions, exception faite de la compression en lien avec la modernisation, et auquel ont été ajoutées les réallocations accordées depuis 1995-1996 jusqu'en 2000-2001. De façon à rendre le budget disponible comparable au budget standard Iso-SMAF, les mêmes exclusions ont été faites, soit les coûts des médicaments, des soins infirmiers spécialisés, de la réadaptation, des activités dirigées et de la pastorale. Ces exclusions ne diminuent en rien le budget de l'établissement pour dispenser les soins requis aux usagers.

Méthode de réallocation budgétaire basée sur l'équité

La réallocation des nouveaux budgets par MRC se fait sur la base du ratio du budget disponible sur le budget standard Iso-SMAF, nommé pourcentage des besoins comblés. Dans cette méthode d'équité, la MRC la plus pauvre, celle dont le pourcentage des besoins comblés est le plus bas, voit son budget rehaussé jusqu'à ce que son pourcentage atteigne le pourcentage des besoins comblés de la deuxième MRC la plus pauvre, et ainsi de suite. Les résultats de cette réallocation ne sont pas présentés dans le présent article.

Résultats

Les résultats concernant le profil d'accueil des établissements sont décrits en premier. Par la suite, les résultats de la répartition d'allocation budgétaire, à l'intérieur de la méthode d'équité du volet hébergement de la région de l'Estrie, sont présentés.

Profils d'accueil des établissements

Afin de présenter les résultats du recensement et de l'évaluation de la clientèle hébergée dans les CHSLD de la région de l'Estrie, les résidants, déjà caractérisés par un profil Iso-SMAF, ont été regroupés selon leur caractéristique principale, soit une atteinte dans les activités de la vie quotidienne (profils 1, 2 et 3), une atteinte prédominante des fonctions motrices (profils 4, 6 et 9), une atteinte prédominante des fonctions mentales (profils 5, 7, 8 et 10) et les incapacités mixtes et lourdes (profils 11, 12, 13 et 14). La figure 10.1 montre la distribution des profils pour les différentes MRC et la figure 10.2, pour les différents établissements CHSLD de l'Estrie. En général, plus de 60 % des résidants présentaient des profils mixtes et lourds (profil 11 à 14).

Figure 10.1
Sommaire des profils Iso-SMAF pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée de l'Estrie présenté par MRC

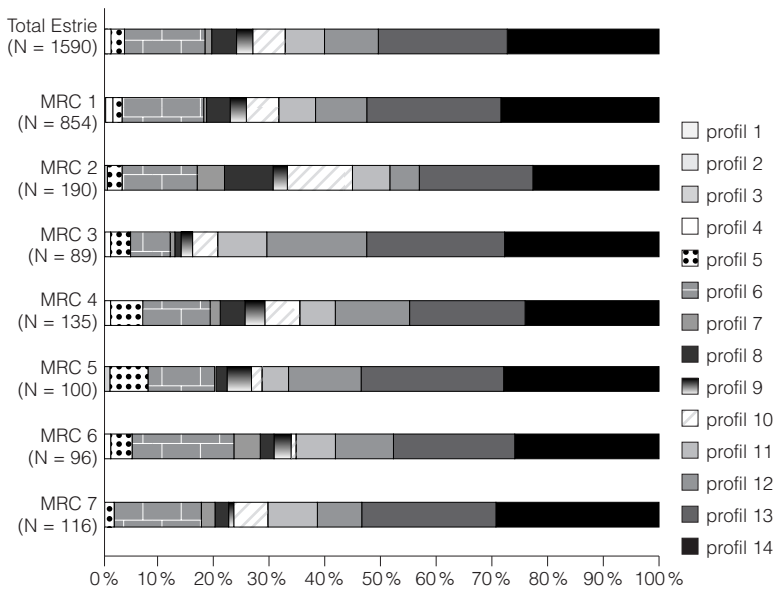
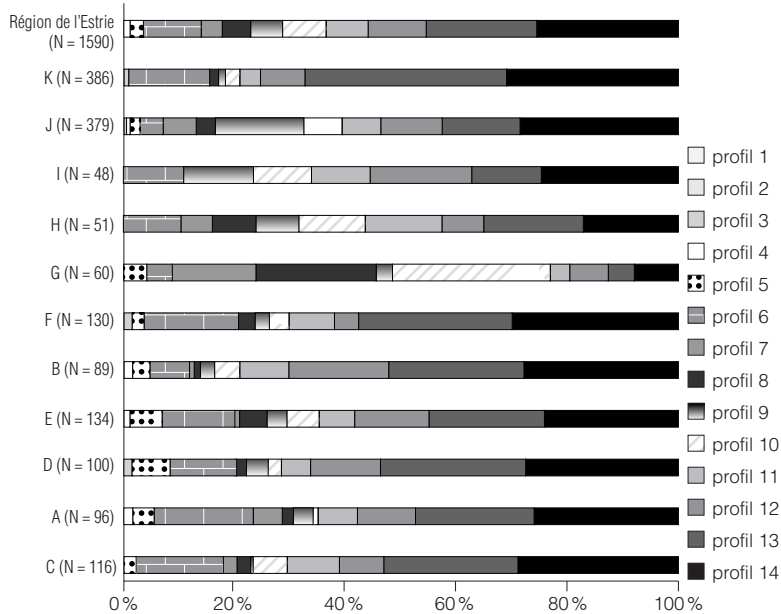


Figure 10.2
Sommaire des profils Iso-SMAF pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée de l'Estrie présenté par établissement



Allocation budgétaire selon la méthode d'équité

Le budget standard basé sur les profils Iso-SMAF et le budget disponible sont présentés par MRC et par établissement (tableau 9.3). Les résultats montrent qu'il existe un manque à financer aux budgets disponibles afin d'atteindre les budgets standards Iso-SMAF. Ce manque à financer est exprimé en pourcentage en considérant que le budget standard correspond au 100 % de ce qui devrait être fourni afin de répondre aux besoins des résidants selon leurs caractéristiques d'autonomie fonctionnelle. La figure 10.3 montre les pourcentages à financer pour les MRC. On observe que les pourcentages à financer varient de 75 à 86 % entre les MRC et qu'ils constituent un manque de financement annuel de près de 22 millions de dollars pour l'ensemble de la région estrienne. La figure 10.4 montre que les pourcentages à financer sont plus importants lorsqu'ils sont présentés par établissement, variant de 67 à 98 %.

Description des coûts des services fournis de soins infirmiers spécialisés et d'inhalothérapie

Les coûts des services fournis de soins spécialisés ont été établis à 3 516 760 $. Ils représentent de 2 à 8 % du budget disponible et de 1 à 5 % du budget standard Iso-SMAF.

Concernant les coûts d'inhalothérapie, ils ont été comptabilisés à 362 761 $, soit de l'ordre de 0,3 % des budgets disponible et standard. Ces coûts ont été assumés par seulement trois établissements, dont 97,2 % par le premier, 2,7 % pour le deuxième et 0,1 % pour le troisième.

Discussion

Les objectifs de cette étude ont été de déterminer les profils d'accueil des établissements d'hébergement et de soins de longue durée de l'Estrie, et d'établir la répartition d'allocation budgétaire à l'intérieur de la méthode d'équité du volet hébergement de la région de l'Estrie. Seuls les budgets disponible et standard Iso-SMAF ont été calculés, et – par le fait même – les sommes présentées dans cet article ne contiennent donc pas certains ajustements particuliers et les réallocations des nouveaux budgets 2000-2001. De plus, une comptabilisation des services fournis de soins infirmiers spécialisés et d'inhalothérapie a été fournie à titre descriptif.

Concernant la détermination des profils d'accueil, la collecte de données basée sur un recensement, plutôt qu'un échantillon, est un point fort de cette étude éliminant par le fait même la possibilité d'un biais de sélection. De plus, la méthodologie utilisée dans la collecte des données cliniques ajoute à la crédibilité de ces résultats. En effet, deux faits méritent d'être mis en relief afin de discuter de la possibilité d'un biais d'information. Premièrement, une attention particulière a été portée à la formation des infirmières de recherche. Cette formation préalable, complétée par un suivi afin de répondre aux questions posées au début de la collecte des données, favorise une utilisation uniforme de l'instrument standardisé SMAF par les évaluateurs. Deuxièmement, les infirmières de recherche étaient indépendantes des milieux étudiés. L'information collectée n'a pu être entachée d'un biais associé aux conditions de travail, au manque de personnel et d'autres facteurs dépendants du milieu. Ces points rassurent quant à la possibilité d'un biais d'information.

En ce qui a trait à la répartition d'allocation budgétaire à l'intérieur de la méthode d'équité du volet hébergement, la validité des coûts attribués à la prise en charge des résidants hébergés en CHSLD selon leur

profil est reconnue[7, 8]. En effet, la rigueur méthodologique quant à la sélection des milieux de l'échantillon et la méthodologie de l'estimation des coûts ont été des points forts de cette étude d'envergure provinciale.

Tableau 10.3
Budget standard Iso-SMAF et budget disponible présentés par MRC et par établissement

			Manque à financer	
	Budget disponible	**Budget standard (Iso-SMAF)**	**Montant ($)**	**%**
K	18 661 178 $	22 773 450 $	(4 112 272) $	82 %
J	14 610 327 $	21 692 976 $	(7 082 649) $	67 %
H	2 389 823 $	2 782 931 $	(393 108) $	86 %
I	1 937 723 $	2 662 467 $	(724 744) $	73 %
C	6 759 347 $	7 991 441 $	(1 232 094) $	85 %
D	5 149 136 $	6 784 084 $	(1 634 948) $	76 %
A	5 548 173 $	6 726 120 $	(1 177 947) $	82 %
E	8 100 285 $	9 378 250 $	(1 277 965) $	86 %
G	2 201 419 $	2 242 907 $	(41 488) $	98 %
F	9 669 835 $	12 851 823 $	(3 181 988) $	75 %
B	4 428 917 $	5 373 118 $	(944 201) $	82 %
Total pour la RRSSS de l'Estrie	79 456 163 $	101 259 567 $	(21 803 404) $	78 %

Une autre constatation mérite une attention particulière. Selon les résultats de cette étude, il semble que la proportion des coûts des services fournis de soins infirmiers soit marginale par rapport au budget disponible ou au budget standard de l'établissement. De plus, le phénomène est encore plus évident pour les coûts des services d'inhalothérapie.

Deux limites de cette nouvelle méthode d'allocation budgétaire doivent être discutées. Premièrement, le budget standard Iso-SMAF n'inclut pas les coûts des soins infirmiers spécialisés, de l'inhalothérapie, de la réadaptation, des médicaments des activités dirigées et de la pastorale. Tel que mentionné précédemment, les coûts des services de soins infirmiers spécialisés et l'inhalothérapie sont marginaux. Cependant, d'autres études devront aborder spécifiquement la question des coûts des autres centres d'activités. Deuxièmement, l'utilisation de la

médiane des coûts standard par profil demeure robuste quand elle est appliquée à des établissements typiques et présentant un grand nombre d'usagers. Cependant, cette robustesse pourrait devenir précaire dans un établissement présentant des caractéristiques très différentes des normes habituelles et dont la capacité d'accueil est faible.

Deux impacts se dégagent de cette recherche. Le premier est le potentiel que représentent les profils d'accueil afin d'aider les administrateurs du réseau et des établissements à gérer les nouvelles admissions dans les CHSLD en fonction des caractéristiques de la clientèle existante versus celle en voie d'être admise. Le deuxième impact se trouve dans la méthode de répartition d'allocation budgétaire, où les profils d'autonomie fonctionnelle ont été utilisés par la RSSS de l'Estrie afin d'allouer les budgets 2001-2002 aux CHSLD de son territoire sur la base d'un coût par jour des différents profils d'autonomie. Cette nouvelle façon de budgétiser les CHSLD est tout à fait innovatrice au Québec.

Figure 10.3
Pourcentage du manque à financer au budget disponible par rapport au budget standard Iso-SMAF présenté par MRC

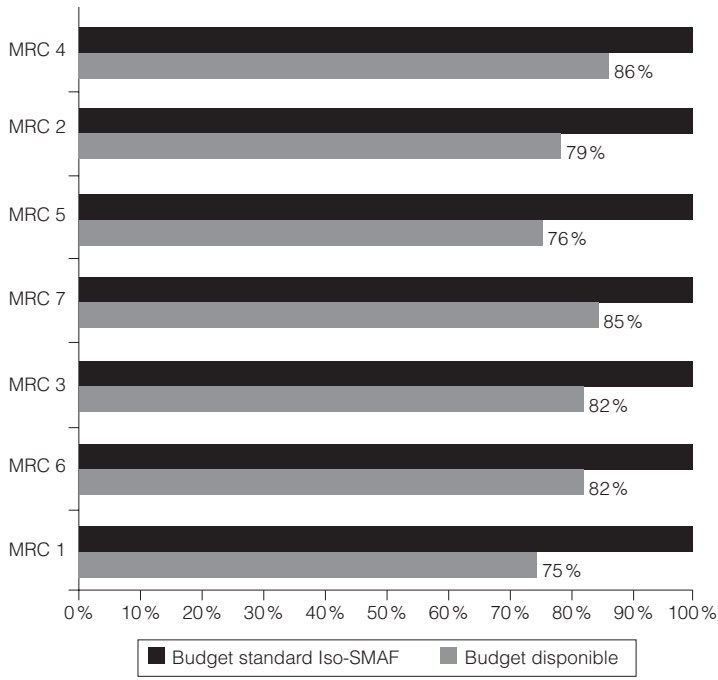
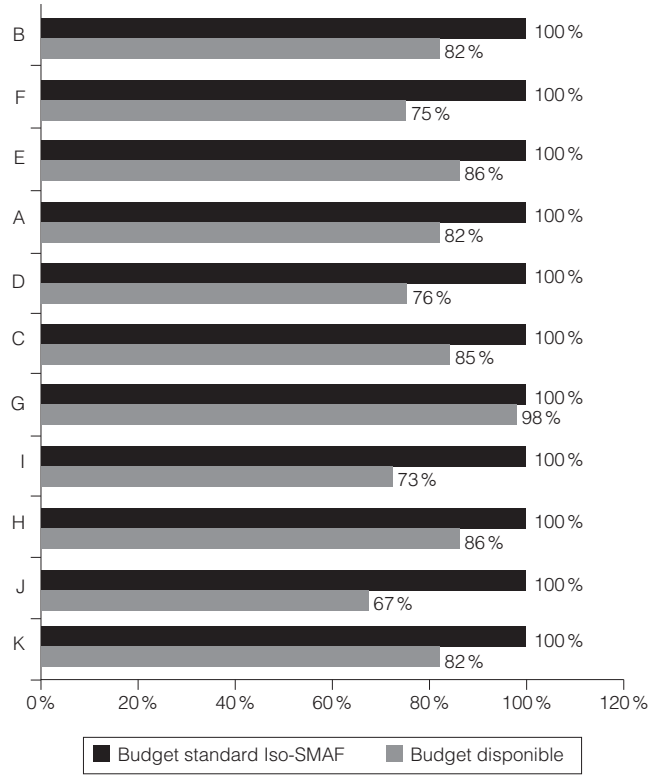


Figure 10.4
Pourcentage du manque à financer au budget disponible par rapport au budget standard Iso-SMAF présenté par établissement



Dans une perspective d'avenir et dans un souci d'efficience, cette méthodologie devra être basée sur un système d'information continue plutôt que sur un recensement épisodique.

Conclusion

Cette étude transversale a permis de recenser et de déterminer les caractéristiques de la population des personnes âgées de l'Estrie hébergées dans un CHSLD en terme de profils d'autonomie fonctionnelle. Les résultats ont permis de dresser le portrait de chacun des CHSLD dans la région estrienne. De plus, les résultats ont montré que la proportion des coûts des services fournis de soins infirmiers spécialisés et d'inhalothé-

rapie est marginale par rapport au budget disponible ou au budget standard de l'établissement.

La méthodologie et les résultats de cette étude sont d'un intérêt certain pour les décideurs et les gestionnaires dans les fonctions de planification, d'affectation et de gestion des décisions de l'allocation budgétaire à l'intérieur de la méthode d'équité du volet hébergement. D'autres études devront tenter d'améliorer cette méthodologie en développement, de façon à prendre en considération, entre autres, des coûts des services de la réadaptation et des médicaments.

Remerciements

L'équipe de chercheurs tient à remercier la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, de l'allocation des ressources humaines et financières qui a rendu possible la réalisation de ce projet.

De plus, des remerciements particuliers sont adressés à Mme Carole Demers pour son soutien logistique et de secrétariat, ainsi qu'à Mme Lise Trottier pour son assistance dans les analyses statistiques.

Références

1. Botz, C. K., Bestard, S., Demaray, M. et Molloy, G. « Resource utilization groups (RUGs) : defining chronic care, rehabilitation and nursing home case mix in Canada », *Health Manage Forum*, 1993 ; 6 : 5-19.
2. Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R. et Dubuc, N. « Reliability of the revised functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research », *Age and Ageing*, 1995 ; 242 : 402-406.
3. Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M. et Trottier. L. « Système de classification basé sur le profil d'autonomie fonctionnelle », dans Hébert, R. et Kouri, K. (rédacteurs) *Autonomie et vieillissement*, Edisem, St-Hyacinthe, 1999, p. 255-272.
4. Fries, B. E., Schneider, D. P, Foley, W. J., Gavazzi, M., Burke, R. et Cornelius, E. « Refining a case-mix measure for nursing home : Resource utilization groups (RUG-III) », *Medical Care*, 1994 ; 32 : 668-685.
5. Hébert, R., Carrier, R. et Bilodeau, A. « Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) », *Revue de gériatrie*, 1988a ; 14 : 161-167.
6. Hébert, R., Carrier, R. et Bilodeau, A. « The functional autonomy measurement system (SMAF) : Description and validation of an instrument for the measurement of handicaps », *Age and Ageing*, 1988b ; 17 : 293-302.
7. Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L., St-Hilaire, C. et Roy, C. « Ressources and costs associated with disabilities

of elderly people living at home and institutions, *Canadian Journal on Aging*, 2001 ; 20 : 1-21.

8. Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Roy, C., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L. et St-Hilaire, C. « Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie », Évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie, dans Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1997.
9. Hornbrook, M. C. « Nursing home case-mix measurement », dans Peterson, M. D. et White, D.L. (rédacteurs) *Health care of the elderly*, Sage Publications, 1989.
10. Kaufman, T., Asselin, F., Boyer, M. L., Corriveau, A., Coutures, J., Flynn, L., Girard, S., Mercier, L., Normandeau, L. et Quintal, J. « Comité aviseur sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis notamment en institution ou à domicile », ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec, 2000, p. 84.
11. Urquhart, J., Kennie, D. C., Murdoch, P. S., Smith, R. G. et Lennox, I. « Costing for long-term care : the development of Scottish health service resource utilization groups as a casemix instrument », *Age and Ageing*, 1999 ; 28 : 187-92.

11. Relation entre le coût des médicaments et le profil d'autonomie fonctionnelle des résidants des CHSLD de la région de l'Estrie

M. Tousignant, R. Hébert, N. Dubuc, C. Ducharme, F. Simoneau

Introduction

La présente étude s'inscrit dans la continuité du projet de recherche portant sur l'application des profils Iso-SMAF à la répartition d'allocations budgétaires à l'intérieur de la méthode d'équité entre les municipalités régionales de comté – volet Hébergement de la région de l'Estrie l'équité[8]. Cette étude transversale a permis de recenser et d'évaluer l'ensemble de la clientèle hébergée sur ce territoire.Elle a permis de déterminer les caractéristiques de cette population en terme de profils d'autonomie fonctionnelle (profils Iso-SMAF) et de dresser le portrait des usagers de chacun des CHSLD d'une même région. L'utilisation de données Iso-SMAF pour la répartition des budgets de développement en Estrie est tout à fait novatrice au Québec.

Une des limites de cette étude a été que les dépenses de médicaments n'ont pu être incluses dans la méthode basée sur les profils Iso-SMAF. C'est donc dire qu'il n'y a pas, à l'heure actuelle, de prise en compte dans la méthode d'allocation des budgets ou des dépenses de médicaments en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) autre que celle basée sur les dépenses réelles. Constatant les limites de cette méthode traditionnelle, il existe donc un besoin de proposer une méthode qui permettrait d'obtenir un budget standard des médicaments. Il devient donc pertinent de vérifier s'il est tenable d'inclure, dans la méthode des profils Iso-SMAF, un coût moyen quotidien des médicaments qui pourrait ajouter un complément à l'utilisation actuelle de cette méthode de budgétisation des CHSLD pour les budgets de développement.

Ce projet s'inscrit donc dans le cadre d'une entente avec l'Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux de l'Estrie (l'Agence). Les objectifs de ce *projet pilote* sont de vérifier 1) s'il existe une relation entre le profil d'autonomie fonctionnelle et le coût des médicaments, 2) s'il existe une relation entre le type d'atteinte du résidant et le coût des médicaments et 3) l'adéquation entre un budget standard des médicaments développé à partir des profils Iso-SMAF et le budget disponible des CHSLD.

Méthodologie

Dispositif de recherche

Le dispositif de recherche utilisé a été une étude transversale avec une fenêtre d'observation allant du 1er mai 2002 au 30 juin 2002.

Population à l'étude

La population à l'étude était constituée de l'ensemble des personnes hébergées dans les CHSLD du territoire de l'Estrie (11 établissements). Un recensement de la clientèle par établissement a été fait à partir des registres d'admission des établissements, afin d'établir la liste des résidants au moment du recensement.

Profils Iso-SMAF

Dans l'étude réalisée en 2001[8], le profil d'accueil des établissements a reposé sur l'évaluation du résidant avec le Système de Mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)[3, 4, 7]. À partir des scores aux différents items du SMAF, une classification a été établie (profils Iso-SMAF) afin de regrouper les individus selon des caractéristiques mutuellement exclusives[1].

Les profils Iso-SMAF constituent un système de gestion qui définit des groupes de sujets ayant un profil d'incapacité semblable et qui nécessitent globalement des services similaires (groupes iso-ressources ou Resources Utilization Groups). À partir d'une base de données recueillies auprès d'un échantillon représentatif de 1977 sujets en perte d'autonomie résidant dans divers types de milieux de vie (du domicile, aux institutions d'hébergement)[6], une analyse de regroupement automatisée (*cluster analysis*) a permis de déterminer des groupes iso-ressources où le profil d'incapacité des individus est relativement homogène à l'intérieur des groupes, mais hétérogène d'un groupe à l'autre. Des pro-

cédures de validation statistique et la consultation d'un groupe d'experts ont permis d'établir la présence de *14 profils Iso-SMAF*. Ces profils sont ordonnés d'un niveau d'incapacité faible (profil 1) à un niveau d'incapacité très important (profil 14). Les profils Iso-SMAF sont associés aux services requis en soins infirmiers et d'assistance, ainsi qu'aux services de soutien. Entre autres, un coût moyen par jour est établi pour les soins infirmiers, d'assistance, de soutien et de surveillance. Cependant, cette étude ne tenait pas compte des coûts inhérents aux médicaments.

La présente étude vise donc à vérifier la pertinence d'inclure la composante médicaments dans ces coûts quotidiens par profil Iso-SMAF.

Procédures de la collecte des données

Autorisation préalable à la recherche

Les informations sur la consommation de médicaments des usagers des CHSLD sont confidentielles. Le pharmacien de l'établissement a la responsabilité de préserver cette confidentialité. Toutefois, sa pratique dans un établissement fait en sorte que les informations ne sont pas sa propriété. Comme dans toute étude, des précautions doivent être prises à l'égard de la confidentialité des données recueillies.

En effet, la Loi sur les services de santé et les services sociaux reconnaît l'utilité de la circulation d'informations concernant un usager et précise que le directeur des services professionnels ainsi que le directeur général peuvent autoriser l'accès sans le consentement de l'usager par les exceptions que l'on retrouve dans cette loi (article 19.2), de même que dans la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (article 18, 5^{e} alinéa).

Dans le contexte de cette recherche, l'autorisation d'obtenir les informations relatives à la consommation des médicaments des usagers des CHSLD a été obtenue par une lettre adressée au directeur général de l'établissement par les instances de l'Agence.

Collecte des données

En Estrie, un seul des 11 établissements n'est pas membre du groupe d'achat en commun (CASSSE). La CASSSE fait appel à deux fournisseurs pour l'approvisionnement des autres établissements. Le pharmacien responsable de l'approvisionnement des établissements a été mandaté de fournir la consommation de médicaments pour le dernier cycle de 35 jours. Il devait fournir également le coût d'achat et la classe du produit par numéro de chambre de l'usager sur un formulaire approprié.

Exemple : Établissement 1 – chambre 223 – 123,45 $
pour les 35 derniers jours

Ce formulaire a été acheminé au responsable des établissements. Ce responsable local a remplacé le numéro de chambre par le profil Iso-SMAF du résidant. Ce formulaire couplant l'information $-Profil Iso-SMAF a été acheminé par la suite à la responsable du dossier de l'Agence.

Exemple : Établissement 1 – ~~chambre 223~~ – 123,45 $
pour les 35 derniers jours

Établissement 1 – Profil 10 – 123,45 $
pour les 35 derniers jours

Résultats

Description de la population à l'étude

Dix des 11 établissements répartis sur 16 sites ont produit les données demandées. Au total, les données ont été obtenues pour un nombre de 1469 résidants avec un taux de participation de 92 %. Le tableau 11.1 montre la distribution des résidants par établissement.

Tableau 11.1
Distribution des résidants par établissement

Établissements	Nombre de résidants
A	47
B	403
C	372
D	59
E	91
F	93
G	128
H	118
I	98
J	60
Sous-total	**1 469**
K[1]	132
TOTAL	**1 601**

1. Cet établissement n'a pas produit les données requises pour les fins de l'étude

Coût des médicaments par profil Iso-SMAF selon le fournisseur

Considérant qu'il y a trois fournisseurs qui approvisionnent en médicaments les CHSLD de l'Estrie (deux par l'entremise de la CASSSE et un indépendant), une première analyse a porté sur le coût des médicaments associés à un profil identique, selon le fournisseur. Le but est de déterminer si le fournisseur influence le coût moyen par jour des médicaments. Le tableau 11.2 présente les résultats de cette analyse.

Tableau 11.2
Coûts des médicaments selon le fournisseur par profil Iso-SMAF

Profil Iso-SMAF	Fournisseur	Nombre de sujets	Moyenne ($/jour)
4	Fournisseur A	2	8,09 $
	Fournisseur B	4	4,11 $
5	Fournisseur A	8	4,09 $
	Fournisseur B	12	3,85 $
	Fournisseur C	10	9,73 $
6	Fournisseur A	5	4,77 $
	Fournisseur B	36	5,15 $
	Fournisseur C	2	9,98 $
7	Fournisseur A	22	3,54 $
	Fournisseur B	61	4,13 $
	Fournisseur C	14	12,10 $
8	Fournisseur A	12	6,57 $
	Fournisseur B	52	3,80 $
	Fournisseur C	2	16,62 $
9	Fournisseur A	96	4,39 $
	Fournisseur B	155	5,18 $
	Fournisseur C	1	1,66 $
10	Fournisseur A	38	3,55 $
	Fournisseur B	76	2,88 $
	Fournisseur C	21	8,14 $
11	Fournisseur A	61	3,50 $
	Fournisseur B	70	3,14 $
	Fournisseur C	1	16,35 $
12	Fournisseur A	66	3,63 $
	Fournisseur B	86	3,02 $
	Fournisseur C	4	6,77 $

Tableau 11.2 (*suite*)

Profil Iso-SMAF	Fournisseur	Nombre de sujets	Moyenne ($/jour)
13	Fournisseur A	177	2,98 $
	Fournisseur B	101	4,13 $
	Fournisseur C	2	3,84 $
14	Fournisseur A	122	2,10 $
	Fournisseur B	124	2,42 $
	Fournisseur C	3	5,80 $

Une forte tendance se dégage de ces résultats : à profil égal, le fournisseur C présente des coûts supérieurs aux deux autres, sauf pour le profil 13 où le nombre de sujets est très faible. Il appert que le fournisseur C est celui qui approvisionne l'établissement qui ne fait pas partie des achats de groupe. C'est donc dire que, dans les établissements étudiés en Estrie, pour un résidant d'un même profil Iso-SMAF, les coûts des médicaments sont très largement supérieurs lorsque l'approvisionnement provient du pharmacien indépendant. À l'opposé, les coûts ne présentent pas de différence importante pour les deux fournisseurs impliqués dans les achats de groupes, à l'exception du coût du profil 13 qui est statistiquement différent (B > A).

Devant le constat que le coût des médicaments est largement supérieur pour le fournisseur qui ne fait pas partie des achats de groupe**,** nous avons fait le choix de ne pas inclure cet établissement dans les analyses subséquentes.

Coût des médicaments par profil Iso-SMAF pour les établissements bénéficiant des achats de groupe (CASSSE)

Une deuxième analyse portant sur 10 établissements a permis de produire un coût journalier de la consommation des résidants selon le profil Iso-SMAF. Le tableau 11.3 montre ces résultats.

Une première constatation s'impose : il y a très peu de profils 1, 3 et 4. Ces données sont exclues des analyses statistiques subséquentes. Une analyse complémentaire a permis de mettre en évidence des différences significatives entre les coûts de médicaments et les profils Iso-SMAF (F = 0,000). Ces différences sont les suivantes :

– le profil 14 présente une différence statistiquement significative (moins coûteux) que les profils 6, 7, 8, 9, et 13 ;
– le profil 9 présente une différence statistiquement significative (plus coûteux) que les profils 10, 11, 12, 13 et 14.

Tableau 11.3
Coût par jour des médicaments par profil Iso-SMAF

Profil Iso-SMAF	Nombre de résidants par profil Iso-SMAF (n = 1390)	Coûts des médicaments – $/jour	
		Moyenne	Intervalle de confiance (95 %)
1	1	1,08 $	–
3	3	7,62 $	9,32
4	6	5,44 $	3,69
5	20	3,94 $	1,84
6	41	5,11 $	1,70
7	83	3,97 $	1,05
8	64	4,42 $	1,24
9	251	4,88 $	0,89
10	114	3,11 $	0,76
11	131	3,31 $	0,55
12	152	3,28 $	0,77
13	278	3,40 $	0,39
14	246	2,26 $	0,39

* Il y a 9 données manquantes des profils Iso-SMAF et 10 données manquantes de coûts = 19 données manquantes au total.

Cependant, une mise en garde doit être faite. Dans l'entente sur la confidentialité des données, l'âge et le sexe des résidants n'ont pu être collectés. Cette contrainte nous empêche d'ajuster les résultats pour un éventuel effet de confusion des variables d'âge et de sexe.

Coût des médicaments par regroupement des profils Iso-SMAF pour les établissements bénéficiant des achats de groupe

Une analyse du coût/jour de la consommation des médicaments des résidants a été effectuée en tenant comte du regroupement des profils Iso-SMAF en catégories selon la prédominance de l'atteinte de l'usager. Le tableau 11.4 montre les résultats de cette analyse.

Tableau 11.4
Coût par regroupement de profils Iso-SMAF, tous les milieux confondus

Regroupement des profils Iso-SMAF (n = 1386)	Fréquence	Moyenne ($/jour)	IC (95 %)
Groupe 2 Profils 4, 6 et 9 – l'atteinte est surtout motrice avec préservation relative des fonctions mentales	298	4,92 $	0,55
Groupe 3 Profils 5, 7, 8 et 10 – l'atteinte mentale est prédominante	281	3,70 $	0,54
Groupe 4 Profils 11 - aide pour les AVQ et sont généralement continents ; profil 12 – dépendants dans les AVQ, généralement incontinents, troubles de comportement	283	3,29 $	0,48
Groupe 5 Les moins autonomes, généralement alités et dépendants pour les AVQ	524	2,86 $	0,27

Certaines tendances se dégagent, car il y a des différences significatives des coûts des médicaments et le regroupement de profils Iso-SMAF (F = 0,000) :

– groupe 2 (atteinte motrice prédominante) est différent (plus coûteux) de tous les autres groupes ;
– groupe 3 (atteinte mentale prédominante) est différent (plus coûteux) du groupe 5 (les moins autonomes).

Comparaison d'un budget standard au budget disponible pour les coûts de médicaments de l'année 2002-2003

De façon à établir la précision d'un budget basé sur les profils Iso-SMAF (excluant les salaires), nous avons reconstruit un budget standard (requis) à partir du nombre d'usagers par profil Iso-SMAF de chacun des établissements pour l'année 2002-2003. De l'autre côté de l'équation, nous avons comparé les dépenses réelles du centre d'activité pharmacie (excluant les salaires) du rapport financier AS-471 pour la même période financière. L'hypothèse de recherche est que la reconstruction du budget standard à partir des profils Iso-SMAF devrait équivaloir aux dépenses réelles de l'année en cours en pharmacie (excluant les salaires).

Le *budget standard* se définit par le budget nécessaire pour combler les besoins en médicaments de la clientèle desservie. Dans le cadre de cette étude, il s'établit par la sommation du nombre de résidants de l'éta-

blissement dans chacun des 14 profils Iso-SMAF, multiplié par le coût annuel moyen de la consommation en médicaments d'un résidant d'un profil déterminé :

$$\text{Budget standard médicament Iso-SMAF} = \Sigma\,[(\text{nombre de résidants par profil} \times 6\ \$/\text{jour-médicament}) \times 365\ \text{jours}]$$

Le *budget disponible* se définit par le budget dépensé par un établissement pour la même année financière. Dans cette étude, il est basé sur les dépenses 2002-2003.

Un taux de réponse aux besoins en médicaments a été établi. Ce taux se définit comme une proportion dans laquelle le numérateur correspond aux coûts des médicaments fournis et le dénominateur aux coûts des médicaments requis selon les profils Iso-SMAF.

$$\text{Taux de réponse aux besoins} = \frac{\text{Budget disponible}}{\text{Budget standard Iso-SMAF}}$$

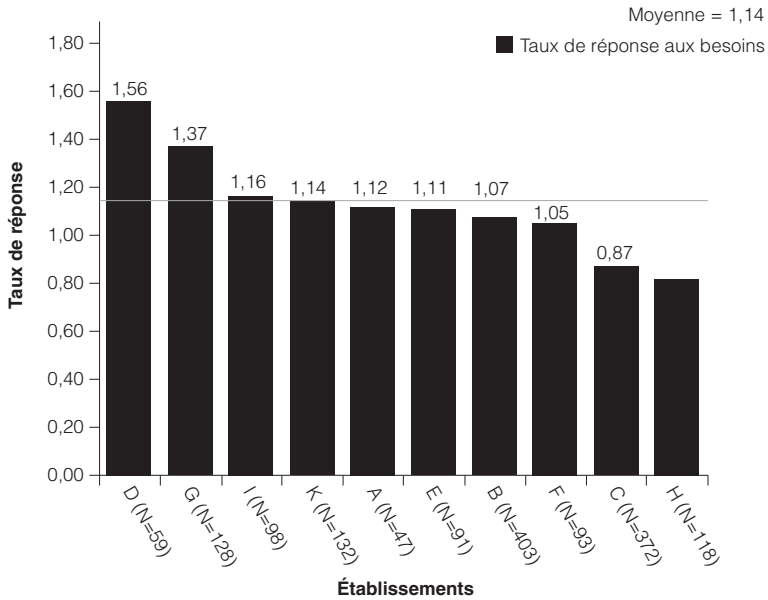
La figure 11.1 illustre la distribution des taux de réponse aux besoins pour les 10 établissements. Les résultats montrent que le taux moyen de réponse aux besoins en médicaments pour la région de l'Estrie est de 114 %. C'est donc dire que le budget dépensé est supérieur au budget requis calculé selon la méthode des profils Iso-SMAF, et que cet écart est en moyenne de 14 %. Deux groupes se démarquent des établissements près de la moyenne régionale. En effet, deux établissements présentent une dépense largement supérieure à celle requise, selon la méthode d'estimation utilisée (23 et 42 %). Deux autres sont à l'opposé ; ils dépensent moins que ce qui est requis (27 et 32 %).

Discussion

Cette étude pilote a voulu vérifier s'il y avait un lien entre le coût des médicaments et la perte d'autonomie. Nos résultats démontrent qu'il y a une hétérogénéité quant aux coûts de la consommation des médicaments selon le profil Iso-SMAF.

Nous avons également vérifié s'il existe un lien entre et le coût des médicaments, et le type de l'atteinte du résidant. Nos résultats démontrent que pour la clientèle des CHLSD dont l'atteinte prédominante est les fonctions mentales (groupe 3), le coût est supérieur à celui des résidants les moins autonomes (groupe 5), mais moindre que ceux présentant une atteinte motrice prédominante (groupe 2). Par contre, il est à noter que le seul établissement dont la vocation principale est la santé mentale a été exclu des analyses, parce qu'il n'était pas membre des

Figure 11.1
Comparaison des taux de réponse aux besoins en médicaments calculés avec le coût par jour des 14 profils Iso-SMAF



achats de groupes. Il a donc été impossible de déterminer si les personnes hébergées avec un diagnostic en santé mentale coûtent plus ou moins cher en médicaments que ceux au prise avec des problèmes des fonctions mentales liés au vieillissement. Nos résultats quant au lien entre l'atteinte et le coût des médicaments est donc tenable dans la population des résidants des CHSLD et ne peuvent être généralisés aux établissements dont la vocation principale est la santé mentale.

Finalement, cette étude a permis de vérifier l'adéquation entre un budget standard développé à partir des profils Iso-SMAF et les dépenses réelles pour les CHSLD de l'Estrie. À notre connaissance, il n'existe pas d'autres études portant sur ce domaine, et les résultats de notre étude ne peuvent être comparés à ceux de travaux similaires. De façon à documenter la précision d'un budget pour le centre d'activité pharmacie (excluant les salaires) basé sur les profils Iso-SMAF, un budget standard a été mis en relation avec les dépenses réelles du centre d'activités pharmacie (excluant les salaires) du rapport financier AS-471, pour la même période financière. La méthode proposée d'estimation des coûts des

médicaments ne semble pas parfaite. En effet, les résultats ont démontré que, en moyenne, la méthode des profils Iso-SMAF sous-estime de 14 % les dépenses réelles des établissements.

Certains points méritent d'être abordés quant à la validité interne de cette étude. Premièrement, le taux de participation est très satisfaisant (92 %). Un établissement parmi les 11 n'a pas accepté de participer à l'étude. D'autre part, seulement 9 données sur les profils Iso-SMAF et 10 sur les coûts journaliers des médicaments sont manquantes. Deuxièmement, la collecte des données a été supervisée par l'Agence. Les informations ont été collectées par les fournisseurs en médicaments et les établissements. Des directives claires et faciles d'usage permettent de croire en une bonne qualité des données lors de l'identification des coûts par chambre d'établissement par le pharmacien fournisseur. De plus, les profils Iso-SMAF jouissent d'une bonne validité de par leurs utilisations dans des études antérieures[2, 6], et les données sur les dépenses proviennent du rapport financier AS-471.

Comment doit-on interpréter cet écart ? *Premièrement*, une question à se poser est s'il y a des coûts qui ne seraient pas pris en considération dans l'établissement du coût journalier des médicaments par profil Iso-SMAF. La méthodologie est limpide sur ce point : des deux côtés de l'équation, seuls les coûts des médicaments inscrits au dossier médical (excluant les salaires) devaient être inclus. Cependant, aurait-on inclus, à tort, des fournitures médicales dans la dépense réelles de médicaments ? Nous ne pouvons répondre à cette question. *Deuxièmement*, le nombre de résidants par profil Iso-SMAF fluctue au cours de l'année. En effet, le taux de roulement a été de l'ordre de 42,8 % durant cette période. Cette fluctuation dans le portrait pris à une date fixe peut entraîner une certaine imprécision dans le calcul du budget requis, alors que les dépenses réelles tiennent compte des résidants tout au long de l'année. *Troisièmement*, la fenêtre d'observation de 35 jours peut influencer l'estimation du coût journalier des médicaments. En effet, le coût a été établi sur la base d'un inventaire des prescriptions au dossier médical sur une période d'observation durant l'été. Un effet saisonnier dans la consommation de médicaments de la clientèle des résidants des CHLSD ne peut donc pas être exclu comme source d'écart entre le budget standard et la dépense. Des études ultérieures devront vérifier ce point précis. *D'autres facteurs* demeurent également sans réponse : Y a-t-il eu ajout/retrait entre l'été et le reste de l'année de certains prescripteurs qui pourraient avoir une pratique différente de l'ensemble des

autres prescripteurs ? L'établissement a-t-il donné des consignes particulières en relation avec la prescription de médicaments dans ce même intervalle ? En fait, bien que certaines pistes d'explication de cet écart de 14 % soient mises de l'avant, il est difficile d'en préciser l'exactitude à ce jour sur la seule base de ces résultats.

Devrait-on utiliser la méthode des profils Iso-SMAF pour les coûts des médicaments dans la budgétisation des CHLSD ? Cette question d'importance n'appelle pas de réponse simple. Certains peuvent arguer que, malgré son imprécision relative, elle constitue une base commune permettant de budgétiser les établissements, probablement mieux que l'absence actuelle de critère autre que les dépenses indexées de l'année précédente. De plus, cette méthode permet aux établissements, qui présentent des écarts importants par rapport à la moyenne régionale, de s'interroger sur ses pratiques de prescription en médicaments.

Naturellement, d'autres pourraient dire que des études supplémentaires sont nécessaires afin de répondre aux questions restées sans réponse, l'effet saisonnier, par exemple. Nous convenons que ces résultats sont novateurs et qu'ils doivent être interprétés avec précaution. D'autres études devront reproduire ces résultats avant d'établir formellement l'existence d'un lien entre la consommation de médicaments et l'autonomie fonctionnelle.

Conclusion

Cette étude transversale a vérifié l'hypothèse qu'il existe un lien entre le profil d'autonomie fonctionnelle, l'atteinte prédominante du résidant et le coût des médicaments. Par contre, il a donc été impossible de déterminer si les personnes hébergées avec un diagnostic en santé mentale coûtent plus cher en médicaments que ceux au prise avec des problèmes des fonctions mentales liés au vieillissement.

De plus, cette étude a permis de déterminer un coût moyen par profil d'autonomie fonctionnelle de la consommation de médicaments de la population des personnes âgées de l'Estrie hébergées en CHSLD. La précision de la prédiction des dépenses réelles à partir d'un budget standard basé sur un coût moyen par jour a été vérifiée pour chacun des établissements. Ainsi, en reproduisant les budgets standard des établissements et en les comparant aux dépenses réelles pendant la même période de temps, il a été démontré que, en moyenne, le budget mis à la disposition des établissements surestime de 14 %, ce qui est requis des résidants des établissements sur la base des profils Iso-SMAF. Cepen-

dant, ces résultats devront être reproduits sur une période d'observation plus grande pour tenir compte d'un effet saisonnier potentiel.

La méthodologie et les résultats de cette étude sont d'un intérêt certain pour les décideurs et les gestionnaires dans les fonctions de planification, d'affectation et de gestion des décisions de l'allocation budgétaire à l'intérieur de la méthode d'équité du volet hébergement en ce qui a trait aux coûts des médicaments. Bien que toutes les réponses aux écarts trouvés entre le budget standard et les dépenses réelles en médicaments ne soient pas expliquées, cette méthode est une base commune permettant aux établissements de remettre en cause leur pratique quant à la consommation des médicaments de personnes âgées hébergées dans un CHSLD.

Références

1. Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M. et Trottier, L. « Système de classification basé sur le profil d'autonomie fonctionnelle », dans Hébert, R. et Kouri, K. (rédacteurs) *Autonomie et vieillissement*, Edisem, St-Hyacinthe, 1999, p. 255-272.
2. Dubuc, N., Tousignant, M., Hébert, R. et Coulombe, C. « Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie du territoire de la RRSSS de Laval. Rapport numéro 3 : Les services de soins infirmiers, d'assistance, de surveillance et de soutien requis et fournis et estimations des coûts de ces services », Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke, 2002, p. 93.
3. Hébert, R., Carrier, R. et Bilodeau, A. « Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) », *Revue de gériatrie*, 1988a ; 14(4) : 161-167.
4. Hébert, R., Carrier, R. et Bilodeau, A. « The functional autonomy measurement system (SMAF) : Description and validation of an instrument for the measurement of handicaps », *Age and Ageing*, 1988b ; 17 : 293-302.
5. Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L., St-Hilaire, C. et Roy, C. « Ressources and costs associated with disabilities of elderly people living at home and institutions », *Canadian Journal on Aging*, 2001 ; 20(1) : 1-21.
6. Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Roy, C., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L. et St-Hilaire, C. « Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie », dans Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1997.
7. Hébert, R., Guilbault, J., Desrosiers, J. et Dubuc, N. « The functional autonomy measurement system (SMAF) : A clinical-based instrument for

measuring disabilities and handicaps in older people », *Journal of the Canadian Geriatrics Society*, 2001 ; 4 : 141-147.

8. Tousignant, M., Hébert, R., Dubuc, N., Simoneau, F. et Dieleman, L. « Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long-term care facilities », *Age and Ageing*, 2003 ; 32 : 60-66.

12. Programme de soutien à domicile : mesure de l'adéquation de l'offre de service et des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie

Michel Tousignant, Réjean Hébert, Nicole Dubuc, Carole Coulombe, Danielle Benoit, Guylaine Allard

Introduction

Les orientations ministérielles en matière de services offerts aux personnes en perte d'autonomie soulignent l'importance d'une allocation efficiente des nouvelles ressources financières aux soins et services des personnes âgées en perte d'autonomie. À cette fin, il devient nécessaire de fournir aux décideurs des données robustes sur les besoins et le coût des ressources requises dans le cadre du programme Soutien à domicile (SAD) et ce, afin de maintenir la capacité de la personne âgée et ainsi favoriser une qualité de vie optimale à domicile.

C'est dans cette préoccupation que la Table des directeurs généraux des CLSC de la Montérégie, la Table des responsables de l'administration du programme SAD et la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) de la Montérégie ont décidé d'entreprendre une réflexion sur l'allocation des ressources pour le programme SAD. Cette réflexion découle de la démarche d'harmonisation des pratiques et poursuit, entre autres, les objectifs généraux suivants :

- disposer d'une banque de données quantifiée, réelle, mesurable et comparable ;
- élaborer une méthode permettant de mesurer le taux de réponse aux besoins (services requis vs services fournis) de la clientèle du programme SAD.

Ces travaux s'inscrivent dans la continuité des projets de recherche de l'équipe PRISMA. En effet, dans une étude effectuée en collaboration avec la RRSSS de l'Estrie, l'équipe s'est intéressée à la détermination des profils d'accueil des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de la région de l'Estrie[10]. Cette étude transver-

sale a permis de recenser et d'évaluer l'ensemble de la clientèle hébergée dans ce territoire. Elle a permis de déterminer les caractéristiques de cette population en terme de profils d'autonomie fonctionnelle (profils Iso-SMAF) permettant de dresser le portrait des usagers de chacun des CHSLD d'une même région. Deux impacts se sont dégagés de cette recherche. Le premier impact fut de rendre disponibles aux gestionnaires du réseau et des établissements des informations utiles afin de mieux gérer les nouvelles admissions dans les CHSLD en fonction des caractéristiques de la clientèle existante. Le deuxième a été d'adopter une nouvelle façon de faire concernant l'allocation des nouveaux budgets aux CHSLD de la région basée sur un coût par jour des différents profils d'autonomie et de l'application d'un principe d'équité inter-établissement. Cette nouvelle façon de budgétiser les CHSLD est tout à fait novatrice au Québec.

Cette recherche vise à utiliser une approche similaire afin de déterminer une méthode de mesure du taux de réponse aux besoins pour la clientèle du programme soutien à domicile basé sur le profil d'autonomie fonctionnelle. Dans ce contexte, elle apportera un complément aux travaux en cours sur le financement des services de santé offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Une des principales retombées de cette recherche est d'apporter des données permettant de comparer les taux de réponse aux besoins du programme de soutien à domicile des différents CLSC de la région de la Montérégie.

Cette recherche poursuit deux objectifs spécifiques.

1. Déterminer le profil d'accueil de la clientèle long terme du Programme SAD des CLSC de la Montérégie : les personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA), les personnes présentant une déficience physique (DP) ou intellectuelle (DI).
2. Mesurer l'écart entre les heures de soins requises et fournies pour les soins infirmiers, d'assistance, de soutien pour la catégorie d'usagers « personnes âgées en perte d'autonomie ».

Méthodologie

Population à l'étude

Cette recherche vise les personnes âgées en perte d'autonomie de la clientèle long terme du Programme SAD des CLSC de la Montérégie. Les personnes répondant aux critères suivants sont admissibles à l'étude :

– être parmi la clientèle long terme d'un des profils usagers d'intervention suivants : DI, DP, PAPA ;
– être un « usager actif », c'est-à-dire recevoir au moins un soin/service du CLSC ou recevoir une allocation directe durant la fenêtre d'observation à l'étude ;
– être évalué à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF).

Mesures cliniques

Pivot de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), le SMAF[1, 6, 7, 9] est une mesure clinique d'autonomie fonctionnelle. Il comporte 29 items mesurant les habiletés fonctionnelles dans 5 domaines : activités de la vie quotidienne (7 items), mobilité (6 items), communication (3 items), fonctions mentales (5 items) et activités instrumentales de la vie quotidienne (8 items). Chaque item est évalué sur une échelle de 4 ou 5 points, variant de 0 (indépendant) à 3 (dépendant), pour un score maximal de 87 indiquant un haut niveau de dépendance.

À partir des scores aux différents items du SMAF, une classification a été établie (profils Iso-SMAF) afin de regrouper les individus selon des caractéristiques mutuellement exclusives. Des procédures de validation statistique et la consultation d'un groupe d'experts ont permis d'établir la présence de *14 profils Iso-SMAF*. Ces profils sont ordonnés d'un niveau d'incapacité faible (profil 1) à un niveau d'incapacité très important (profil 14). On distingue cinq regroupements de profils selon l'atteinte prédominante : 1) les personnes ne présentent qu'une atteinte aux tâches domestiques ; 2) l'atteinte est surtout motrice avec préservation relative des fonctions mentales ; 3) l'atteinte mentale est prédominante ; 4) les personnes ont besoin d'aide pour se mobiliser ; et 4) les personnes les moins autonomes, généralement alitées et dépendantes pour les AVQ.

Estimation des temps des soins – Personnes âgées en perte d'autonomie

Le temps total de soins comprend deux composantes : le temps direct, soit celui passé directement auprès de l'usager, le temps indirect nécessaire pour le déplacement de l'intervenant au domicile de l'usager et pour les activités administratives (rédaction des dossiers et organisation du soin). Le temps indirect est dépendant du nombre de visites selon la formule suivante :

$$\text{Temps total de soins} = \Sigma\,\text{Temps direct} + [(\text{Temps de déplacement} + \text{Temps indirect}) \times \#\text{ de visites}]$$

Temps de soins requis

L'estimation du temps direct de soins requis en soins infirmiers et soins d'assistance, de services de soutien et de surveillance repose sur les profils Iso-SMAF[3]. Plus précisément, les résultats de ces recherches ont mené à la détermination d'un nombre d'heures moyen de soins/services requis par jour pour les 14 profils Iso-SMAF. Appliquées à la présente étude, ces moyennes d'heures de soins/services requis par jour sont attribuées à chacun des usagers selon son profil Iso-SMAF. Ce temps individuel est par la suite additionné pour l'ensemble des usagers pour constituer le nombre total d'heures de soins/services requis par année pour prendre en charge la clientèle du CLSC, et ce, pour les quatre composantes de soins/services : infirmiers, assistance, soutien et surveillance.

Une étude antérieure de temps et de déplacements a permis d'estimer le temps lié au déplacement de l'intervenant et aux activités indirectes telles la rédaction des notes au dossier et l'organisation du soin[2, 4]. La cueillette des données a été réalisée à l'aide d'un ordinateur de poche permettant un chronométrage des différentes activités reliées à la dispensation des soins pendant la journée. Les intervenants devaient, au fur et à mesure, pointer avec un stylet les activités effectuées, alors que l'ordinateur calculait le temps écoulé pour la réalisation de ces activités. Ainsi, les deux estimés ont été utilisés pour majorer le temps direct de soins selon le nombre de visites requises pour dispenser les soins.

Temps des soins fournis

Le temps de soins fournis est représenté par la durée des interventions à domicile dispensées par les intervenants (infirmières et les infirmières sociales et familiales) du CLSC dans le cadre du programme SAD afin de répondre aux besoins de l'usager. Il est donc possible d'extraire de la base de données SIC la durée de chacune des interventions dispensées par intervenants pour un usager durant la fenêtre d'observation. Ce temps direct fourni est par la suite additionné pour l'ensemble des usagers pour constituer le nombre total d'heures de soins/services fournis par année pour prendre en charge la clientèle du CLSC, et ce, pour deux composantes de soins : les soins infirmiers et d'assistance. La même procédure de majoration du temps direct a été appliquée au temps direct fourni.

Cette étude inclut également dans les soins fournis le programme Fonds régional (incluant le volet SIMAD utilisé par certains CLSC) et le

programme Soutien à la Famille. Le programme Fond régional attribue des heures de services (taux horaire du salaire minimum, employé gré à gré rémunéré par un chèque-emploi-services). Ce programme permet à la personne de se procurer l'aide nécessaire pour effectuer les activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD) requises à son maintien à domicile. Pour sa part, le programme Soutien à la Famille octroie des montants d'argent à la personne. Pour les besoins de cette étude, les montants alloués ont été transposés en heures sur la base du tarif horaire de 7,30 $. Ce programme permet aux familles d'assumer leurs responsabilités spécifiques envers la personne, tout en poursuivant leurs activités personnelles, sociales et professionnelles, ainsi que d'évoluer dans les mêmes conditions que les autres familles.

Procédures de la collecte de données

Pour des raisons de faisabilité, nous avons retenu une fenêtre d'observation de trois mois, du 29 septembre au 21 décembre 2002. Durant cet intervalle de temps, tous les usagers long terme du programme SAD des 19 CLSC qui répondaient aux critères ont été inclus dans l'étude.

Préalablement à la recherche, tous les intervenants ont reçu une formation complète sur l'utilisation de l'OEMC. Dans le contexte de cette recherche, la présence d'un SMAF au dossier de l'usager a été vérifiée lorsqu'un usager était inclus dans l'étude. En son absence, une procédure de rattrapage des évaluations manquantes a été instaurée afin de s'assurer de la disponibilité du SMAF au dossier de l'usager. Les données du SMAF ont été informatisées localement et transmises à l'agent de recherche responsable de la base de données du projet de recherche.

Quant à eux, les services fournis ont été documentés à l'aide de la base de données « Système d'Information Clientèle » (SIC) qui s'appuie sur le « Cadre normatif CLSC ». Une démarche d'harmonisation des pratiques relatives aux données SIC a été implantée préalablement, combinée à un suivi systématique tout au long de la recherche dans le but d'assurer la qualité des données provenant de la base SIC. Les intervenants de chacun des usagers ont donc entré les informations sur la durée des visites et le nombre de visites dans la fenêtre d'observation. Pour chacun des établissements, une archiviste entraînée aux procédures de la recherche était responsable de valider les données et de fournir un rapport contenant les données provenant du SIC. Par la suite, une responsable de l'établissement a été mandatée afin de fournir les données SIC à l'équipe de recherche. Les données ont été transférées dans un fichier en format texte afin d'être acheminées par voie électronique.

Finalement, les fichiers en format texte de chacun des CLSC ont été importés dans le logiciel.

Stratégie d'analyse des résultats

Les statistiques descriptives sont présentées afin de décrire la population étudiée. La distribution relative des profils Iso-SMAF dresse le portrait de la clientèle du programme long terme SAD. Finalement, la mesure de l'écart entre ce que le système public de santé des CLSC rend comme service et les besoins de la personne en perte d'autonomie est évalué. Cette relation est exprimée par un taux de réponse aux besoins de la personne.

$$\text{Taux de réponse aux besoins} = \frac{\text{Nombre d'heures de services fournies par le CLSC}}{\text{Nombre d'heures de services requises selon les profils Iso-SMAF}}$$

Résultats

Description de la population étudiée

Au total, 13 881 usagers ont été répertoriés dans la base de données. De ce nombre, 11 845 (85 %) ont répondu aux critères d'inclusion. Il y a donc eu 2036 usagers exclus des analyses. Le tableau 12.1 montre la distribution des raisons d'exclusion pour la population étudiée.

Tableau 12.1
Raison et proportion des exclusions présentées par CLSC

	Nombre d'usagers exclus (n = 2036)	Raison de l'exclusion	Distribution des raisons d'exclusion
Dossier avec un SMAF	124	Appartenance à deux clientèles cibles	20
		Sans profil, sans allocation et sans soutien	104
Dossier sans SMAF	1912	Dossier fermé avant l'évaluation	228 (12 %)
		Dossier suspendu (Usager hôpital)	22 (1 %)
		Prélèvement ponctuel	996 (52 %)
		Refus de l'usager de recevoir le service	34 (2 %)
		Demande CPAP uniquement	15 (1 %)
		Suivi court terme	196 (10 %)
		Autres	154 (8 %)
		Prélèvement régulier	112 (6 %)
		Injection régulière	39 (2 %)
		Raison manquante	116 (6 %)

Ce tableau montre qu'une forte proportion (70 %) des exclusions résulte d'une mauvaise distinction entre les clientèles long terme et court terme (prélèvement ponctuel, suivi court terme, prélèvement régulier, injection régulière).

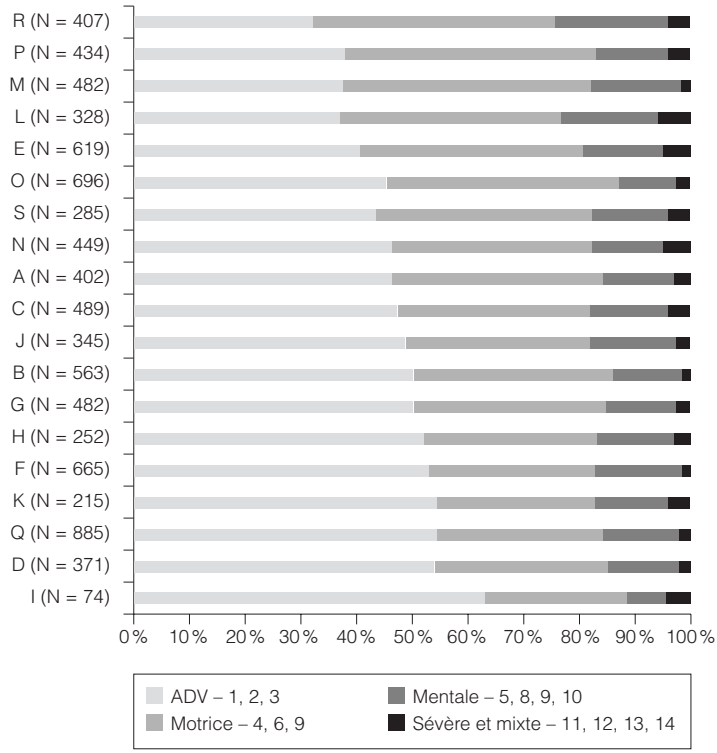
Le tableau 12.2 montre les statistiques descriptives de la population étudiée. On y voit que la majorité des participants PAPA sont des femmes dont l'âge moyen est de 80 ans. De plus, on note que l'âge moyen du sous-groupe « Allocations directes » est de 25 ans, laissant supposer que cette clientèle est en grande partie constituée des personnes présentant une déficience intellectuelle.

Tableau 12.2
Statistiques descriptives de la population étudiée (N = 11 845)

Profil usager	Sexe % homme	Âge Moyenne (écart type)	SMAF total Moyenne (écart type)
Allocation directe ou Soutien à la famille (N = 1640)	54 %	25,1 (23,2)	35,0 (15,8)
Déficience physique (N = 1318)	40 %	49,4 (18,3)	29,2 (17,3)
Déficience intellectuelle (N = 444)	57 %	23,7 (18,3)	34,5 (16,1)
Personne âgée en perte d'autonomie (N = 8443)	32 %	80,4 (7,6)	23,1 (14,8)

Les résultats portant sur la distribution des profils Iso-SMAF sont présentés à la figure 12.1. Une lecture globale nous amène à conclure à une hétérogénéité dans la distribution des profils Iso-SMAF de la clientèle long terme du programme SAD. En général, le portrait global de la clientèle est congruent avec la mission du CLSC, soit de desservir une très grande proportion des personnes présentant des incapacités légères (profils 3, 4, 5 et 6) et significatives (profils 7, 8, 9 et 10), en contraste avec la clientèle des milieux d'hébergement où se retrouvent des personnes souffrant d'incapacités lourdes (11, 12, 13 et 14). Toutefois, on peut mettre en doute la grande proportion des profils 1 et 2 retrouvée dans cette population qui reçoit des services du CLSC. Des informations complémentaires sont toutefois nécessaires afin de porter un jugement sur la pertinence de l'offre de service pour cette clientèle présentant peu d'incapacité.

Figure 12.1
Profils Iso-SMAF (SAD long terme Montérégie)



Rappelons la notion de taux de réponse aux besoins : ratio des heures fournies (SIC) sur les heures requises (Iso-SMAF). Ces taux de réponses sont présentés pour trois composantes de temps, soit 1) les soins infirmiers, 2) les soins d'assistance et de soutien, et 3) les soins infirmiers, d'assistance et de soutien.

La figure 12.2 présente la moyenne des taux de réponses aux besoins de soins infirmiers pour l'ensemble de la Montérégie, ainsi que le taux de réponse des 19 CLSC respectifs. On constate qu'un premier sous-groupe de 5 établissements présente un écart de plus de 3 % par rapport à la moyenne territoriale, et qu'un second groupe de 5 présente un écart de moins de 3 %.

La figure 12.3 présente la moyenne des taux de réponse aux besoins des soins d'assistance et de soutien. On constate qu'un premier sous-groupe de 4 établissements présente un écart de plus de 3 % par rapport à la moyenne territoriale, et qu'un second groupe de 6 présente un écart de moins de 3 %.

Figure 12.2
Taux de réponse aux besoins (heures) : soins infirmiers

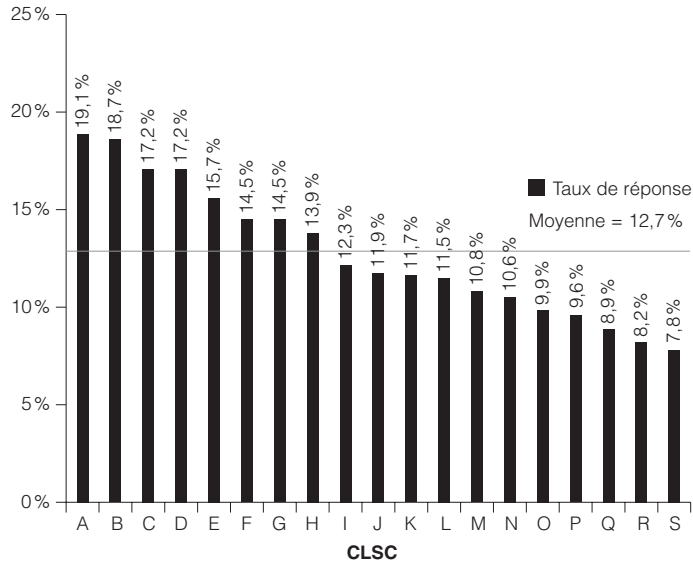


Figure 12.3
Taux de réponse aux besoins (heures) : soins d'assistance et de soutien

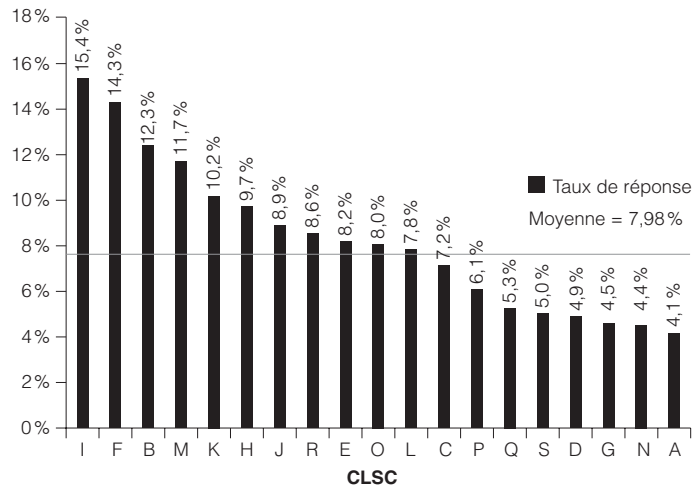
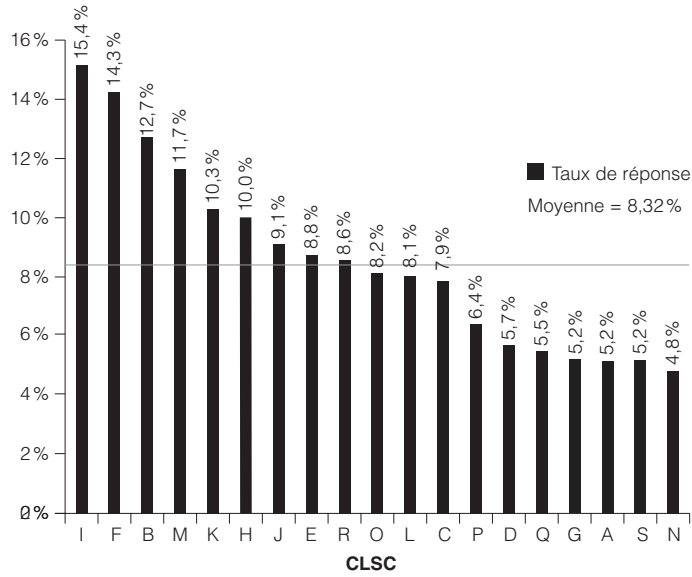


Figure 12.4
Taux de réponse aux besoins (heures) : soins infirmiers, d'assistance et de soutien



La combinaison des composantes de temps de soins infirmiers, d'assistance et de soutien ne change pratiquement rien à la tendance observée pour les composantes de soins d'assistance et de soutien : les établissements présentant les plus hauts et les plus bas taux de réponse demeurent les mêmes, quoique certains établissements du centre de la distribution changent de rang (figure 12.4). La plus forte proportion de temps de soins d'assistance et de soutien par rapport aux soins infirmiers explique cette similitude.

Discussion

Les objectifs de cette recherche ont été de décrire en termes d'autonomie fonctionnelle les usagers du programme SAD de la Montérégie et de mesurer l'écart entre les soins requis et les soins fournis pour les personnes âgées en perte d'autonomie. À notre connaissance, cette étude constitue une percée dans le domaine de la recherche sur les services de santé portant sur les programmes de soutien à domicile. En effet, en se dotant d'un outil unique d'évaluation clinique qui se couple à un système de gestion, le Québec est à l'avant-garde au Canada et dans le monde pour l'organisation des services de longue durée.

Certains points méritent d'être discutés concernant la validité interne de cette recherche. Le fait d'étudier l'ensemble de la population long terme du programme SAD de la Montérégie constitue une force de cette étude, car il évite un éventuel *biais de sélection*. D'autre part, le *biais d'information* a mérité une attention spéciale dans cette recherche. En effet, une des caractéristiques de cette recherche-terrain est que les données ont été recueillies par les intervenants dispensant les soins et services (plus de 950 intervenants). Cette caractéristique a nécessité la mise en place de procédures afin d'assurer une uniformité dans la prise des données. Deux types d'informations ont été collectés : 1) le SMAF et 2) les données du SIC.

Concernant le SMAF, tous les intervenants ont suivi une formation sur son utilisation. De plus, des formations de rappel de connaissances ont été implantées localement selon les besoins du milieu. Une autre préoccupation relative au biais d'information a été les données réunies dans la base de données SIC. Des efforts importants ont été mis en œuvre pour s'assurer de la meilleure qualité possible des données. Pour ce faire, une « pilote régionale » a coordonné l'ensemble des activités d'harmonisation auprès des « pilotes locales » des coordonnateurs SAD et les différents intervenants des 19 CLSC. Les activités de validation comprenaient des séances de formation, un suivi individualisé durant la collecte des données, une assistance lors de la production des rapports exigés, une vérification de la qualité des données à l'aide d'un rapport de validation pour identifier les erreurs, les corrections des erreurs faites directement dans la base SIC locale et un retour formatif auprès des intervenants. Suite à la réception des fichiers des établissements, des procédures de vérification des rapports d'erreurs potentielles et un retour aux établissements afin d'effectuer les corrections des erreurs ont été effectuées. Sans nier qu'il existe probablement une certaine imprécision dans les données recueillies du fait du nombre élevé d'intervenants, nous sommes confiants que le biais d'information a été réduit à son minimum dans ce contexte de recherche-terrain. Forte de ces considérations, la validité interne de cette étude ne devrait donc pas être une préoccupation d'importance.

Cette recherche est la première permettant d'avoir un portrait de la clientèle long terme PAPA du programme de soutien à domicile sur l'ensemble d'un territoire d'une régie régionale. Cette description s'opère par une classification, les profils Iso-SMAF, dont la validité a été vérifiée chez des personnes âgées en perte d'autonomie[3, 5, 8] et dont

l'outil SMAF est intégré dans l'outil d'évaluation multiclientèle. Ainsi, pour la première fois au Québec, il est possible d'acquérir des informations cliniques utilisables à des fins de gestion qui permettent de comparer les usagers des CLSC. Un constat s'impose quant à l'atteinte fonctionnelle prédominante des usagers : il existe une hétérogénéité de la clientèle long terme du programme SAD dans les CLSC de la Montérégie. Cette situation permet de confirmer les résultats d'études antérieures concernant les personnes âgées en perte d'autonomie[5, 8]. De plus, nous disposons pour la première fois de données sur deux autres clientèles particulières : les personnes atteintes de déficience physique ou présentant une déficience intellectuelle. Des analyses complémentaires de validation des profils Iso-SMAF sur ces clientèles sont en cours au Centre de recherche sur le vieillissement.

Un deuxième aspect novateur de cette recherche a été de produire un taux de réponse aux besoins pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Un autre constat s'impose : il existe une certaine hétérogénéité dans les taux de réponse aux besoins entre les CLSC. De plus, il est dorénavant possible de quantifier quelle est la proportion de soins et de services dispensés par les CLSC pour combler l'ensemble des besoins de la personne âgée en perte d'autonomie vivant à domicile. Par exemple, les budgets des CLSC de la Montérégie permettent de prendre en charge 8 % des besoins de soins infirmiers, d'assistance et de soutien. En cohérence avec les résultats d'études antérieures[5, 8], cette recherche met en relief la grande contribution des autres acteurs entourant la personne âgée, soit les proches aidants, les organismes communautaires et le secteur privé. La présente recherche ne peut cependant ventiler quelle est la proportion relative des besoins à combler par ces autres acteurs.

Doit-on être surpris d'un taux de réponse aussi peu élevé ? Une étude a montré que le système public assumait 12 % des soins infirmiers, d'assistance et de soutien des personnes âgées vivant à domicile avec services gouvernementaux[8]. Une des hypothèses explicatives de cette diminution du système public dans la clientèle long terme du programme SAD peut se trouver dans la pression ressentie en soutien à domicile pour offrir les services à la clientèle court terme, au détriment de celle en long terme. En effet, il est reconnu que le virage ambulatoire des dernières années a augmenté la pression sur les soins/services de courte durée afin de palier la réduction des temps d'hospitalisation. Puisque les budgets des programmes de soutien à domicile court et long terme ne sont pas des enveloppes distinctes, il revient donc à la discré-

tion des gestionnaires d'affecter le budget en court ou long terme. Y a-t-il eu une telle dérive des budgets vers le court terme au détriment du long terme ? Cette recherche ne peut répondre à cette question, mais l'hypothèse est valable aux fins de vérification.

Du point de vue administratif, il devient intéressant de comparer entre eux les taux de réponse aux besoins des différents CLSC. Ainsi, on observe une variation du taux de réponse pour les soins infirmiers, d'assistance et de soutien de 6 à 18 %. Malheureusement, les informations recueillies dans cette étude ne permettent pas de trouver les sources de cette variation, mais déjà certaines hypothèses peuvent être avancées. L'organisation des soins peut fournir une des explications des écarts des taux de réponse. En effet, le taux de réponse est basé sur le temps direct de soin dispensé. D'autres activités cliniques ou administratives peuvent prendre place à même le budget SAD et diminuer le temps direct consacré aux soins. Par exemple, des tâches entourant la planification du soin accomplies par une personne autre que l'intervenant et la fréquence des rencontres multidisciplinaires peuvent être différentes d'un milieu à l'autre. Si tel est le cas, le taux de réponse est influencé par le choix d'organisation des soins. Des études complémentaires devront donc s'intéresser à la causalité des écarts entre les taux de réponse des divers CLSC dans un contexte de performance et d'efficience.

Un dernier point mérite d'être mis de l'avant concernant les soins infirmiers, d'assistance et de soutien : l'offre de service des CLSC n'est pas articulée autour des besoins des usagers, tel que démontré par l'absence de relation entre le score SMAF et les heures de soins/services fournis. Ce résultat ne diffère pas de ceux des études antérieures[5, 8]. Ainsi, on peut poser la question du rationnel sous-jacent à l'offre de services aux personnes âgées en perte d'autonomie de programme SAD : la réponse du système public ne devrait-elle pas être proportionnelle aux besoins des clients ?

Bien que le concept de taux de réponse aux besoins soit applicable aux soins infirmiers, d'assistance, de soutien et de surveillance, il demeure non applicable aux autres services offerts par le programme SAD. En effet, il n'existe pas à l'heure actuelle de méthode permettant d'estimer le temps requis de services de réadaptation, d'inhalothérapie, d'intervention psychosociale et de nutrition.

Conclusion

L'objectif principal de cette étude était d'effectuer, pour la première fois à notre connaissance, un recensement de la clientèle SAD (long terme) sur le territoire d'une régie régionale. De plus, ce recensement a été bonifié d'une évaluation de la clientèle afin de produire un portrait de l'autonomie fonctionnelle des usagers en appliquant les profils Iso-SMAF.

Un deuxième volet important était de mesurer l'écart entre les services requis et fournis à la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie. Cette mesure nous a permis de cerner la contribution du système de santé public à la prise en charge de cette population en perte d'autonomie vivant à domicile. En moyenne, les CLSC comblent 8 % des besoins de soins infirmiers, d'assistance et de soutien de cette clientèle. Ce résultat met en relief la contribution importante des autres acteurs gravitant autour des personnes âgées en perte d'autonomie et la nécessité d'établir un objectif normatif pour l'implication du financement public dans ce secteur.

Quoique intéressants, ces résultats sont incomplets. En effet, rien n'est connu sur le taux de réponse aux besoins de la clientèle court terme et des soins palliatifs du programme SAD. Ces informations seront nécessaires afin de porter un jugement éclairé sur l'efficience des allocations budgétaires des ressources publiques à l'ensemble des personnes âgées recevant des services à domicile.

Dans une perspective d'avenir, cette étude permettra d'acquérir de nouvelles connaissances sur les clientèles des personnes présentant une déficience intellectuelle ou physique. De plus, des efforts particuliers devront être faits afin de combler le vide sur les besoins requis des services de réadaptation, d'inhalothérapie, de psychologie et de nutrition.

Deux impacts se dégagent de cette recherche. Des données sont dorénavant disponibles comme outil de prise de décision en ce qui a trait aux allocations des ressources financières pour le programme « Personnes âgées en perte d'autonomie ». En preuve, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie a attribué 30 % du montant des nouvelles allocations financières pour l'année 2003-2004 en fonction des résultats de la recherche. Dans une perspective d'équité budgétaire, les résultats de cette étude mettent en place une pièce du casse-tête du financement des programmes SAD offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Deuxièmement, cette recherche s'interroge sur l'offre de services du programme long terme SAD. En effet, cette recherche

permettra de dresser les grandes orientations quant aux critères d'admissibilité et à la nature de l'offre de servie dans ce programme de soutien à domicile.

Références

1. Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R. et Dubuc, N. « Reliability of the revised functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research », *Age and ageing*, 1995 ; 242 : 402-406.
2. Dubuc, N., Hébert, R., Buteau, M. et Coulombe, C. « Temps consacré aux différentes activités de services de soutien à domicile fournis par les CLSC de la RRSSS de Laval », Centre de recherche sur le vieillissement et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, Sherbrooke, 2002, p. 36.
3. Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M. et Trottier, L. « Système de classification basé sur le profil d'autonomie fonctionnelle », dans Hébert, R. et Kouri, K. (rédacteurs) *Autonomie et vieillissement*, Edisem, St-Hyacinthe, 1999, p. 255-272.
4. Dubuc, N., Hébert, R., Trottier, L. et Buteau, M. « Temps consacré aux différentes activités de services de soutien à domicile fournis par les CLSC », Centre de recherche sur le vieillissement et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Sherbrooke, 1997, p. 36.
5. Dubuc, N., Tousignant, M., Hébert, R. et Coulombe, C. « Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie du territoire de la RRSSS de Laval. Rapport numéro 3 : Les services de soins infirmiers, d'assistance, de surveillance et de soutien requis et fournis et estimations des coûts de ces services », Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke, 2002, p. 93.
6. Hébert, R., Carrier, R. et Bilodeau, A. « Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) », *Revue de gériatrie*, 1988a ; 14(4) : 161-167.
7. Hébert, R., Carrier, R. et Bilodeau, A. « The functional autonomy measurement system (SMAF) : Description and validation of an instrument for the measurement of handicaps », *Age and Ageing*, 1988b ; 17 : 293-302.
8. Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Roy, C., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L. et St-Hilaire, C. « Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie », dans Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, Québec.
9. Hébert, R., Spiegelhalter, D. et Brayne, C. « Setting the minimal metrically detectable change on disability rating scales », *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1997 ; 78 : 1305-1308.

10. Tousignant, M., Hébert, R., Dubuc, N., Simoneau, F. et Dieleman, L. Application of a case-mix classification based on the functional auotnomy of the residents for funding long-term care facilities*, Age and Ageing*, 2003 ; 32 : 60-66.

13. Aspects financiers liés à l'intégration des services de maintien de l'autonomie – Volet « Implantation et fonctionnement »

Suzanne Durand, Danièle Blanchette, Réjean Hébert

La commission Clair[4] a souligné la fragmentation de l'offre de services du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Les personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) ont davantage besoin d'interventions concertées[5]. L'intégration des services de maintien de l'autonomie vise une amélioration de la continuité des services et un accès facilité[10]. Vu la rareté des ressources, il est important de s'assurer que cette intégration constitue un moyen économique d'améliorer la qualité de vie des PAPA et de ralentir la détérioration de leur autonomie fonctionnelle.

Le Programme de recherche d'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA) fournit l'occasion d'analyser les aspects financiers de ce type d'intégration. Les études d'implantation et d'impact du réseau intégré de services pour personnes âgées (RISPA) de l'Estrie comportent un volet d'évaluation économique. Nous en traçons les grandes lignes avant de décrire, de façon détaillée, les coûts d'implantation et de fonctionnement du RISPA à partir desquels cette évaluation sera réalisée.

Contexte

Les travaux menés dans PRISMA concernent l'impact du RISPA sur plusieurs variables, notamment l'utilisation et les coûts des services sociosanitaires, l'évolution du niveau d'autonomie fonctionnelle et d'autonomisation des participants, leur satisfaction, la continuité des services ainsi que le fardeau de leurs aidants. Cette recherche longitudinale, commencée en 2001, s'appuie sur la participation d'environ 900 personnes âgées « à risque » vivant dans l'ensemble des 3 territoires (MRC) de la zone expérimentale (Estrie) et des 3 territoires de la zone témoin (Chaudière-Appalaches). À ces personnes, environ 500 autres doivent s'ajouter en 2003. Ces deux cohortes participeront aux collectes de données jusqu'en 2005.

La mise en réseau assurant l'intégration des services est une forme de réorganisation (de réingénierie) à l'intérieur même du réseau public de la santé et des services sociaux au niveau d'une région administrative. Pour ce faire, des mécanismes et des structures sont modifiés, ou créés, afin d'assurer la prise en charge des PAPA et la prestation des services requis au bon moment, au bon endroit et par la bonne ressource. Le RISPA fait appel à tous les établissements publics de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux organisations des secteurs privé et bénévole qui offrent des services de maintien de l'autonomie. Les établissements et organisations qui deviennent membres du RISPA conservent leur mission et leurs structures et collaborent, selon leur sphère d'activité, à la mise en place des six composantes du réseau : la concertation inter-établissements, la porte d'entrée unique, la gestion de cas, le plan de services individualisés (PSI), les outils d'évaluation et de classification (PRISMA-7, SMAF, profils Iso-SMAF), et le système d'information géronto-gériatrique (SIGG).

La majeure partie du financement nécessaire à l'implantation et au fonctionnement des six composantes du RISPA provient du secteur public. La Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie (ci-après, Régie) alloue, aux établissements régionaux et aux établissements locaux des sept MRC de la région, des budgets dédiés au RISPA, en plus d'assumer quelques dépenses, notamment pour le développement du SIGG et quelques programmes de formation. Les allocations budgétaires étant restreintes, les établissements doivent également puiser dans leurs budgets d'opération pour compléter le financement du RISPA. De plus, l'implantation du RISPA occasionne des frais pour les organisations privées et bénévoles, principalement pour la concertation.

Les programmes d'intégration des services pour les personnes âgées sont assez récents. Ces programmes, implantés dans quelques pays, diffèrent du RISPA de l'Estrie par leur niveau d'intégration et par les composantes qui les caractérisent[14]. Alors que le RISPA est conçu sur un modèle d'intégration de niveau intermédiaire dans lequel la coordination constitue la pierre d'assise, plusieurs programmes[1, 7, 15] appliquent le modèle d'intégration complète qui se construit à l'intérieur d'une seule organisation se rendant responsable de l'ensemble des services nécessaires à sa clientèle[14]. Quant aux études réalisées sur les programmes d'intégration des services, certaines se concentrent sur une seule des six composantes du modèle PRISMA, comme la gestion de cas[8] ou un système de dossiers informatisés[19]. De plus, la majorité des

travaux publiés sont basés sur des méthodologies moins élaborées que celle de PRISMA, notamment quant à l'absence de groupe de contrôle et d'évaluation économique complète. Afin de pallier le manque de modèle, les bases théoriques de notre étude sont tirées de l'économie de la santé[3, 6].

Objectifs de l'étude

Dans un premier temps, l'étude économique vise à mesurer l'impact du RISPA sur les coûts des services socio-sanitaires. Par la suite, elle sert à vérifier si le RISPA permet une utilisation efficiente des ressources.

L'efficience réfère à la relation entre les ressources utilisées et les effets attendus[17]. Une intervention est qualifiée d'efficiente si elle permet d'obtenir le meilleur résultat pour une quantité de ressources données[3]. En d'autres termes, l'efficience conduit à minimiser les ressources mobilisées pour obtenir un résultat donné, ou à maximiser le résultat obtenu à partir de ressources données[6].

Analyse économique

La vérification de l'efficience repose sur une analyse économique complète[3, 6], « une analyse comparative d'options possibles, sur la base de leurs coûts comme de leurs conséquences »[6]. Nous devons donc identifier, mesurer, évaluer et comparer les coûts et les conséquences des diverses options. Cette comparaison est basée sur une analyse différentielle par laquelle la différence entre les coûts des options étudiées est comparée à la différence entre leurs conséquences. Dans le cadre de notre étude, nous comparerons deux options qui concernent, d'une part, l'implantation d'un RISPA (zone expérimentale) et, d'autre part, le maintien de services non intégrés (zone témoin).

Les conséquences du RISPA peuvent être mesurées à l'aide des variables à l'étude (autonomie, continuité, satisfaction, par exemple). Nous priorisons une conséquence sur la santé, celle du niveau d'autonomie fonctionnelle, sans rejeter la possibilité de réaliser d'autres analyses par la suite. Ainsi, une utilisation plus efficiente des ressources, occasionnée par le RISPA, pourrait se manifester de trois façons : 1) aucun effet significatif sur la détérioration du niveau d'autonomie fonctionnelle des participants, tout en engendrant des coûts inférieurs à ceux de l'option avec services non intégrés ; 2) un ralentissement de la détérioration du niveau d'autonomie des participants, tout en engendrant des coûts équivalents ou inférieurs à ceux de l'option avec services non

intégrés ; 3) un ralentissement de la détérioration du niveau d'autonomie des participants, tout en engendrant des coûts supérieurs à ceux de l'option avec services non intégrés, dans la mesure où les coûts différentiels du RISPA n'excèdent pas les coûts des services requis pour pallier une détérioration de l'autonomie équivalente à celle qu'il a permis d'éviter.

Dans la première situation, il faut procéder à une analyse de minimisation des coûts (AMC) qui consiste à identifier l'option la moins coûteuse, en estimant le coût différentiel engendré par le RISPA (coût net du RISPA). Pour les deux autres situations, l'analyse coût-efficacité (ACE) s'impose, car elle est appropriée lorsque les conséquences sur la santé de deux options, bien que non équivalentes, sont mesurables en fonction d'une unité de mesure commune[6]. Pour notre étude, l'équation décrivant l'ACE serait :

$$\text{ACE} = \frac{\text{Coût net du RISPA}}{\text{Ralentissement de la détérioration du niveau d'autonomie produit par le RISPA}}$$

Soulignons que la mesure du ralentissement de la détérioration de l'autonomie fonctionnelle sera établie à l'aide du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)[11]. Le résultat de l'ACE fournira le coût d'un ralentissement d'un point au SMAF. Un coût négatif indiquera une utilisation efficiente des ressources, tandis qu'un coût positif devra être comparé au coût des services requis pour pallier une diminution d'un point au SMAF. Ce coût est disponible dans l'étude de Hébert *et al*.[12].

Avant de définir le coût net du RISPA, précisons que, puisque le groupe expérimental est composé de trois des sept MRC de la région de l'Estrie, nous n'obtiendrons pas de données complètes pour la région. Ainsi, l'analyse économique sera réalisée pour l'ensemble des trois MRC participantes. Ces MRC étant de nature différente (urbaine ou rurale, avec ou sans CH), chacune d'elles fera aussi l'objet d'une analyse économique distincte.

Coût net du RISPA

Le choix de la perspective d'une analyse économique est en quelque sorte le point de départ de l'analyse des coûts. Nous avons choisi la perspective sociétale qui nous amène à considérer les coûts assumés par l'ensemble des sources publiques, privées et bénévoles. La perspective sociétale est privilégiée dans la littérature[6] et nous semble la plus pertinente dans le contexte du RISPA afin de fournir une vue d'ensemble de ses conséquences financières. Soulignons que les coûts provenant des

différentes sources seront compilés distinctement dans le but de vérifier si le RISPA occasionne des modifications de l'apport de ces trois sources de financement.

Le coût net d'un programme, tout comme celui du RISPA, est égal à la différence entre les coûts occasionnés par le RISPA et les économies qu'il engendre[6]. Le tableau 13.1 permet de distinguer les quatre grandes composantes du coût net du RISPA.

Tableau 13.1
Composantes du coût net du RISPA

Coûts occasionnés par le RISPA	Moins	Économies engendrées par le RISPA
• Coûts d'implantation • Coûts de fonctionnement		• Économies dans la consommation des services • Économies produites par la réorganisation de l'offre des services

Coûts occasionnés par le RISPA

Dans toute évaluation économique, les coûts communs aux options étudiées ne doivent pas être considérés[3, 6]. Ainsi, devons-nous – en analysant la situation dans les MRC de la zone expérimentale – isoler les ressources supplémentaires affectées au RISPA, c'est-à-dire celles qui n'auraient pas été dépensées si le RISPA n'avait pas été implanté.

La figure 13.1 illustre une évolution fictive des ressources dépensées pour les services aux PAPA dans une MRC. La situation marquée « avant » correspond à l'option services non intégrés, alors que celle qui indique « après » correspond à l'option RISPA. Le coût du RISPA, partie foncée désignée par la flèche, est un exemple de ce que pourrait être une proportion des ressources supplémentaires affectées au RISPA, qui doit être distinguée de celles affectées à d'autres programmes.

Les ressources supplémentaires disponibles n'étant pas suffisantes pour couvrir toutes les dépenses requises pour l'implantation et le fonctionnement du RISPA, des ressources initialement consacrées à d'autres activités ou programmes ont été soustraites de ceux-ci et réaffectées au RISPA. La figure 13.2, qui illustre ces « ressources réaffectées », présente une image plus conforme au contexte réel d'implantation du RISPA dont les coûts découlent de ressources supplémentaires et de ressources réaffectées.

Les ressources réaffectées peuvent être considérées comme des sacrifices, des investissements, consentis afin d'implanter et de faire fonctionner le RISPA, dans l'espoir d'améliorer les services pour les

Figure 13.1
Coût du RISPA : ressources supplémentaires

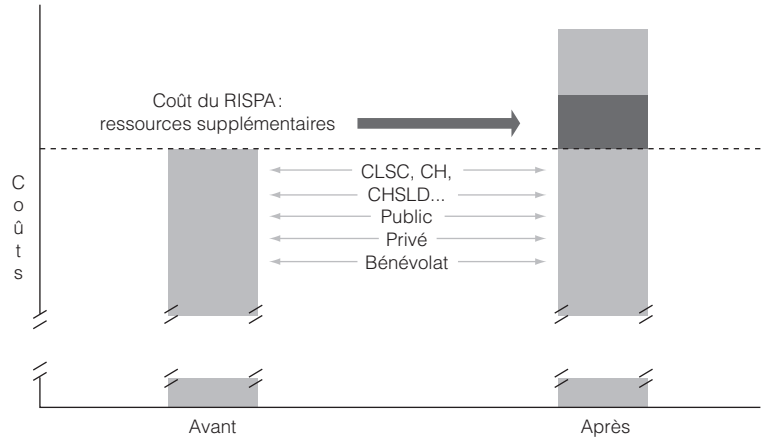
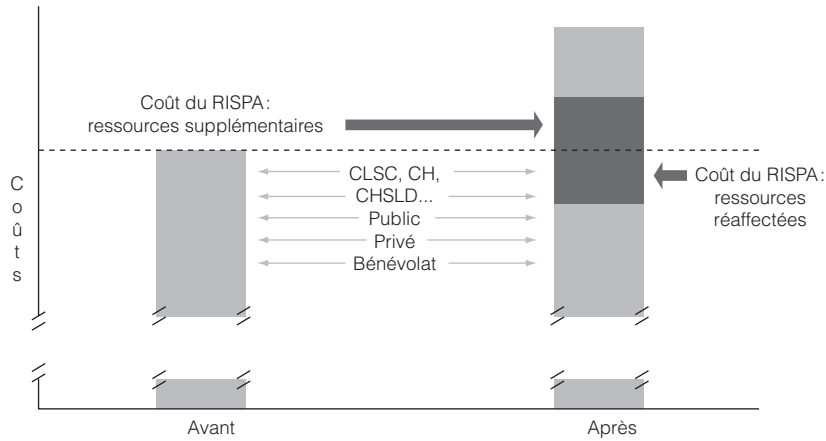


Figure 13.2
Coût du RISPA : ressources supplémentaires et réaffectées



PAPA. Soulignons que les économies que l'on prévoit réaliser grâce au RISPA sont susceptibles de compenser pour ces investissements. Il est important de noter que, bien qu'il soit fort possible que ces économies se réalisent, nous ne les avons pas intégrées aux figures qui précèdent afin de ne pas alourdir la présentation.

L'évaluation des coûts est basée sur deux types de données : la quantité des ressources utilisées et le prix de ces ressources. Les données relatives aux quantités sont recueillies en nombre d'unités pour les ressources matérielles, (micro-ordinateur, bureau, ligne téléphonique), tandis qu'elles le sont en heures travaillées pour les ressources humaines.

Le prix des ressources devrait théoriquement correspondre au coût d'opportunité, c'est-à-dire la valeur que la ressource aurait pu produire si elle avait été consacrée à sa meilleure utilisation alternative possible[6, 18]. Puisque le prix du marché peut être considéré comme équivalent au coût d'opportunité[6, 18], les ressources, qu'elles soient supplémentaires ou réaffectées, sont estimées au prix réel, entre autres, le prix d'achat d'un micro-ordinateur, les frais d'installation d'une nouvelle ligne téléphonique, les honoraires de consultation et les tarifs horaires en vigueur pour la fonction assumée. Pour ce qui est des ressources bénévoles, comme il n'existe pas de prix du marché, nous envisageons utiliser trois scénarios tel que suggéré dans la littérature[6] : 1) considérer un tarif nul, 2) considérer un tarif équivalent au salaire minimum et 3) considérer un tarif équivalent au salaire correspondant à la tâche accomplie.

Coûts d'implantation

La plupart des études sur l'intégration des services consultées[1, 7, 8, 15] font peu état de coûts d'implantation, ce qui semble assez courant, en pratique, dans l'évaluation de programme[16]. Cependant, les coûts d'organisation et de mise en place d'un programme doivent être évalués[3, 6]. Cela permet de mieux informer les acteurs du milieu pratique sur les activités essentielles à la constitution d'un RISPA et les coûts afférents.

Les principales activités engendrant des coûts d'implantation sont le développement des mécanismes de concertation et de coordination, l'embauche et la formation du personnel requis pour la porte d'entrée unique et la gestion de cas, la mise au point et la mise en place des outils communs et du SIGG. Les coûts qui en découlent sont décrits dans la section des résultats préliminaires. Soulignons que ces activités donnent lieu à des dépenses non récurrentes.

Coûts de fonctionnement

Tout comme pour les coûts d'implantation, il est essentiel de dégager les coûts différentiels exclusivement rattachés au RISPA. Les coûts de fonctionnement se rapportent à des dépenses récurrentes découlant des nouvelles activités mises en place suite à l'implantation du RISPA. Ainsi, nous devons principalement nous concentrer sur les ressources humai-

nes, et les frais afférents, qui assument les nouvelles fonctions requises par les composantes du RISPA, notamment la porte d'entrée unique, la gestion de cas et le SIGG.

Économies engendrées par le RISPA

Économies dans la consommation des services

L'implantation d'un RISPA devrait permettre de réaliser des économies dans la consommation des services grâce, entre autres, à la réduction de l'utilisation inappropriée de ressources coûteuses (hôpitaux, services d'ur-gence)[10]. Des études portant sur des modèles variés d'intégration des services pour les personnes âgées ont démontré les effets suivants : une diminution du nombre d'hospitalisations[2, 15] ou de la durée d'hospitalisation[2, 7], des institutionnalisations plus tardives[2], une utilisation réduite de médicaments[7, 15].

L'identification des services socio-sanitaires consommés par les participants de l'étude de PRISMA ainsi que l'évaluation des coûts et des économies correspondants ne font pas l'objet de la présente publication.

Économies produites par la réorganisation de l'offre des services

Les six composantes du RISPA provoquent une réorganisation de l'offre des services de maintien de l'autonomie pour les personnes âgées. De cette réorganisation, nous pouvons attendre un gain de productivité découlant de liaisons facilitées grâce à la concertation inter-établissements, de la centralisation des demandes à une porte d'entrée unique et d'une réduction du temps d'évaluation et de consultation des dossiers résultant de l'utilisation généralisée des mêmes outils de planification, d'évaluation et de classification. Pour sa part, le SIGG, en plus de faciliter la consultation des dossiers, peut entraîner une réduction du temps de transcription dans les dossiers[19].

La méthodologie visant à identifier et à évaluer de telles économies n'est pas encore arrêtée. Nous devons tenter de saisir la source précise d'éventuels gains de productivité que Gadrey considère comme de l'efficience opérationnelle[9]. À cet effet, il propose une division fonctionnelle des opérations impliquées dans la prestation de services en trois catégories : les opérations de logistique et de transformation matérielle, les opérations de logistique informationnelle et les activités de prestation de services directs. La première catégorie ne concerne pas directement la réorganisation des services à l'étude, alors que les opérations de logistique informationnelle sont susceptibles d'être affectées

par la réorganisation étudiée. Nous envisageons d'obtenir, directement des intervenants, une estimation du temps économisé grâce au RISPA. Quant aux activités de prestation de service direct, elles constituent aussi une avenue intéressante. Le temps économisé par les intervenants pouvant se traduire par la réalisation d'un plus grand nombre de prestations, nous prévoyons comparer le nombre de prestations réalisées au cours d'une période donnée, avant et après l'implantation du RISPA. Ces deux techniques serviront de point de départ dans la conception de la méthodologie visant l'évaluation des économies produites par la réorganisation de l'offre de services.

Collecte des données

Le contexte de l'implantation du RISPA en Estrie étant particulièrement complexe, il convient, avant d'aller plus loin dans la description de notre démarche, de préciser certaines difficultés auxquelles nous sommes confrontés.

- La transformation de l'offre de services occasionnée par l'implantation du RISPA a été réalisée de façon progressive sur une période d'environ deux ans et sans que les six composantes sur lesquelles repose le RISPA se soient développées au même rythme. De plus, ce rythme a varié d'une MRC à l'autre.
- Le RISPA s'étend à l'intérieur du grand réseau public de la santé et des services sociaux du Québec, en liens étroits avec plusieurs départements ou programmes différents. Qui plus est, ce grand réseau subit d'autres transformations en concomitance. Le recours aux organisations des secteurs privé et bénévole multiplie les sources des données à recueillir. Aussi, les systèmes d'informations comptables des nombreux membres du RISPA ne permettent pas, pour la plupart, un repérage aisé des coûts spécifiques à chaque activité.
- Selon les principes d'évaluation économique[6], les coûts pourraient être estimés à partir des budgets. Par contre, certains budgets alloués par la Régie combinent l'intégration des services et l'amélioration de la gamme de ces services. Bien que cette amélioration soit une condition favorisant le succès du RISPA, les sommes qui lui sont consacrées ne doivent pas être considérées dans notre étude, car cette amélioration n'est pas tributaire du RISPA. Toutefois, nous devons tenir compte des sommes provenant de budgets courants d'opération des MRC réaffectées au RISPA.

- Les dépenses encourues par la Régie et les établissements à vocation régionale s'appliquent au réseau régional. Notre étude portant sur trois des sept MRC, nous devons tenter de répartir ces coûts entre les sept territoires et ne retenir que ceux propres aux territoires étudiés.

Tous ces facteurs font en sorte que nous ne pouvons prétendre cerner avec exactitude tous les coûts d'implantation et de fonctionnement du RISPA. Cependant, les informations provenant de l'étude d'implantation réalisée en concomitance par l'équipe de PRISMA, combinées à la précieuse collaboration des partenaires du milieu (membres du RISPA), nous ont permis d'identifier les principales activités associés à l'implantation et au fonctionnement du RISPA ainsi que leurs coûts afférents.

Nous avons procédé à la collecte des données relatives aux coûts d'implantation et de fonctionnement simultanément. Pour ce qui est des coûts d'implantation, ils sont comptabilisés à compter du 1er septembre 2000. Cette date a été déterminée, après discussions avec les partenaires concernés, pour représenter le début des travaux de développement du RISPA. Quant aux coûts de fonctionnement, ils sont compilés à partir de la date de mise en fonction de la composante concernée (ces dates sont indiquées au tableau 12.3).

À ce jour, les données ont été recueillies pour la période couvrant du 1er septembre 2000 au 31 mars 2002. La deuxième collecte de données, pour l'année se terminant le 31 mars 2003, est en cours. Les grandes étapes réalisées en vue de l'obtention des données, sont les suivantes.

- En novembre 2002, rencontre de consultation avec les partenaires du milieu, visant à préciser la méthodologie relative à l'évaluation des coûts du RISPA. Des représentants de la plupart des établissements locaux et régionaux ainsi que de la Régie étaient présents à cette rencontre animée par l'équipe de l'étude économique de PRISMA.
- Production d'un document explicatif afin de clarifier les données à recueillir, puis transmission à toutes les personnes impliquées dans la collecte des données.
- Production de deux questionnaires (implantation, fonctionnement) afin de guider la collecte des données relatives à toutes les composantes, excluant la concertation inter-établissements.
- Pour la concertation, identification, dans un premier temps, du nombre de réunions consacrées au RISPA ainsi que des personnes présentes.
- Par la suite, réalisation d'entrevues individuelles afin de compléter la cueillette des données relatives à la concertation et de compléter les questionnaires pour la période se terminant le 31 mars 2002. Notons

que ces entrevues ont été réalisées avec des représentants de la Régie et de tous les établissements publics partenaires du RISPA. Ces personnes ont fourni les renseignements concernant leurs propres établissements et, au besoin, concernant d'autres organisations de leur territoire (pharmacies, organismes communautaires).

Résultats préliminaires

Précisons que, à ce stade d'avancement de nos travaux, seuls des résultats préliminaires peuvent être présentés. Par ailleurs, il faut mentionner que plusieurs facteurs sont susceptibles d'influer sur les coûts d'implantation et de fonctionnement du RISPA dans les différentes MRC. Il s'agit principalement de la nature (urbaine ou rurale) de la MRC ; de la disponibilité des ressources matérielles, humaines et financières ; des structures de gestion en place avant l'implantation du RISPA ainsi que des choix quant à la configuration et aux modes d'implantation des nouvelles structures et des mécanismes de coordination ; de la présence ou non d'établissements regroupant plusieurs missions ; de la gamme des services offerts sur le territoire de la MRC ; du nombre de personnes âgées qui, lorsqu'il représente une masse critique, favorise une utilisation plus efficiente des ressources. Le tableau 12.2 fait ressortir quelques caractéristiques de chacune des MRC à l'étude.

Tel que mentionné précédemment, les données ont été recueillies jusqu'au 31 mars 2002, et le rythme d'implantation varie en fonction des MRC et des composantes. À cette date, le SIGG n'était en fonction dans aucune des trois MRC à l'étude, alors que la porte d'entrée unique ne l'était pas dans la MRC de Sherbrooke. De plus, la mise en fonction de

Tableau 13.2
Caractéristiques des MRC à l'étude

MRC de Sherbrooke, 18 715 personnes âgées de plus de 64 ans, ville-centre où sont situés des établissements à vocations régionale et locale :
CHSGS, CLSC et CHSLD à vocation universitaire ; CR, URFI, UCDG, Centre de jour et hôpital de jour.
MRC de Coaticook, 2297 personnes âgées de plus de 64 ans, territoire rural où est situé un Carrefour de la santé regroupant :
CLSC, CHSLD et urgence de 6 lits ; au besoin, les résidents de ce territoire se rendent dans les établissements régionaux de l'Estrie.
MRC du Granit, 3299 personnes âgées de plus de 64 ans, territoire rural où est situé un Carrefour de la santé regroupant :
CHSG, CLSC et CHSLD ; au besoin, les résidents de ce territoire se rendent dans les établissements régionaux de l'Estrie ou d'une région administrative limitrophe.

la plupart des composantes était relativement récente, la période de fonctionnement variant de deux à six mois. Dans ces circonstances, les coûts d'implantation recueillis sont relativement incomplets. Par ailleurs, puisque la progression des coûts n'est pas directement proportionnelle au degré d'implantation, il serait inapproprié d'estimer les coûts totaux au moyen de techniques d'extrapolation. Quant aux coûts de fonctionnement, ils ne sont pas représentatifs, car ils n'ont été observés que sur une très brève période. Outre la période d'adaptation et d'apprentissage que cette situation entraîne, le volume d'activité était encore sous-optimal.

Pour ces raisons, nous limitons la présentation des résultats à une description générale des activités et des acquisitions ayant engendré des coûts spécifiques à l'implantation et au fonctionnement du RISPA, et ce, distinctement pour chacune des composantes et chacune des MRC à l'étude. Le tableau 13.3 présente un sommaire des ressources associées au RISPA jusqu'au 31 mars 2002.

Concertation inter-établissements

La concertation implique tous les niveaux (stratégique, tactique, clinique) des organisations[14], et rassemble des représentants des différents établissements au sein de tables de concertation et de divers comités. La plupart de ces lieux de rencontre existaient déjà avant le développement du RISPA. Les nouveaux comités, et quelques réunions spéciales, qui n'auraient pas été mis en œuvre sans le RISPA ont été identifiés : 668 heures/personne pour Sherbrooke, 48 heures/personne pour Coaticook et 123 heures/personne pour le Granit.

La concertation inter-établissements a aussi entraîné des frais de consultation pour la MRC du Granit. Dans la MRC de Sherbrooke, un poste de direction et un poste de secrétaire ont été créés et rattachés au Comité local de concertation (CLC) dont le mandat cumule la coordination de l'implantation et du fonctionnement du RISPA ainsi que l'amélioration de la gamme de services. Nous considérons la proportion de ces postes consacrée au RISPA.

Porte d'entrée unique

La mise en place d'une porte d'entrée unique s'appuie sur un répertoire de services offerts aux personnes âgées par tous les établissements publics, privés et bénévoles, ainsi que sur des mécanismes de repérage des clientèles « à risque ». Dans certains cas, cette entrée unique se con-

Tableau 13.3
Sommaire des ressources associées au RISPA au 31 mars 2002

Composante	**Coût**	**SHERBROOKE** (date d'entrée en fonction)	**COATICOOK** (date d'entrée en fonction)	**GRANIT** (date d'entrée en fonction)
Concertation	Implantation	668 h/pers. de comités Recrutement et mise en place de : 0,25 poste de coordination 0,25 poste de secrétaire	48 h/pers. de comités	123 h/pers. de comités Services de consultation
	Fonctionnement	Aucune ressource	Aucune ressource	Aucune ressource
Entrée unique	Implantation	(Non implanté)	Services de consultation Formation	Services de consultation Nouvelle ligne téléphonique Information de la population
	Fonctionnement	(Non en fonction)	(10 déc. 2001) Aucune ressource	(07 janv. 2002) 1 ligne téléphonique
Gestion de cas, PSI et autres outils	Implantation	Services de consultation Recrutement, formation et mise en place de : 5 nouveaux postes	Formation pour : 2 ARH déjà en poste	Services de consultation Recrutement, formation et mise en place de : 1 nouveau poste 1 transformation de poste
	Fonctionnement	(01 oct. 2001) 5 gestionnaires de cas 0,10 poste de coordination 0,25 poste de secrétaire	(01 fév. 2002) 0,10 gestionnaire de cas	(28 janv. 2002) 2 gestionnaires de cas
SIGG	Implantation	(Non implanté)	(Non implanté)	(Non implanté)
	Fonctionnement	(Non en fonction)	(Non en fonction)	(Non en fonction)

crétise par une réorganisation des ressources d'accueil n'entraînant aucun coût supplémentaire ; dans d'autres, elle nécessite l'ajout ou la réaffectation de ressources.

Au 31 mars 2002, cette composante était en fonction dans les MRC de Coaticook et du Granit seulement. Nous avons observé des coûts de consultation dans les deux MRC, des coûts de formation pour Coaticook, des frais liés à une nouvelle ligne téléphonique ainsi que des frais de promotion visant à informer la population pour le Granit.

Gestion de cas et PSI

La gestion de cas est un nouveau service. C'est pourquoi elle a entraîné des coûts de recrutement, de formation, d'installation et d'équipements afin d'outiller les nouveaux gestionnaires de cas. De plus, des frais de consultation ont été engagés pour Sherbrooke et Granit.

Pour ce qui est du fonctionnement, il faut compter la rémunération des gestionnaires de cas. Sherbrooke compte cinq gestionnaires de cas nouvellement embauchés et qui sont appuyés par des services de secrétariat et de coordination. À Coaticook, deux postes d'agent de relations humaines (ARH) ont été modifiés afin d'y ajouter les fonctions de gestionnaire de cas. Quant au Granit, un nouveau poste a été créé et un poste d'ARH a été transformé en poste de gestionnaire de cas.

Soulignons que la réalisation des PSI fait partie de la tâche des gestionnaires de cas qui sont aussi assistés des membres d'équipes multidisciplinaires. Les coûts découlant de la réalisation et de l'utilisation des PSI par les gestionnaires de cas sont compilés à même les ressources consacrées à la gestion de cas. Pour leur part, les équipes multidisciplinaires n'ont engendré aucun coût supplémentaire, car elles étaient déjà actives avant l'implantation du RISPA.

Outils d'évaluation et de classification

Ces outils sont notamment utilisés par les gestionnaires de cas et, à ce titre, ils font partie des coûts de gestion de cas. Dans le cas des autres utilisateurs, essentiellement des établissements publics, aucun coût supplémentaire lié à ces outils n'a été relevé.

Quant au SIGG, il n'était pas en fonction au 31 mars 2002.

Enfin, notons que, selon les données recueillies au 31 mars 2002, la majeure partie du financement provient du secteur public. Les autres sources, privées ou bénévoles, ont assumé quelques contributions mineures au niveau de la concertation.

Conclusion

Le RISPA à l'étude est un programme novateur d'intégration des services offerts aux PAPA. La réalisation d'analyses économiques complètes, incluant l'évaluation des coûts d'implantation de ce type de programme, est une innovation en soi. La nécessité de mesurer l'efficience dans l'utilisation des ressources justifie l'intérêt de cette étude économique. Nous avons présenté quelques aspects de la méthodologie dont l'élaboration doit se poursuivre dans les prochains mois. Quant aux analyses d'efficience du RISPA, elles seront réalisées pour les quatre années de l'étude et permettront ainsi d'en suivre l'évolution.

Références

1. Béland, F., Bergman, H. et Lebel, P. « SIPA : Un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation de la phase I, juin 1999 à mai 2000 », Groupe de recherche des universités de Montréal et McGill sur les services intégrés aux personnes âgées, Montréal, 2001.
2. Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V., Rubenstein, L. Z. et Carbonin, P. « Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community », *British Medical Journal*, 1998 ; 316(7141) : 1348-1351.
3. Bourgueil, Y., Brémond, M., Develay, A., Grignon, M., Midy, F., Naiditch, M. et Polton, D. *L'évaluation des réseaux de soins, enjeux et recommandations*, Ouvrage collectif, Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), Biblio n° 1343, 2001.
4. Commission Clair. « Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Rapport et recommandations. Les solutions émergentes », Gouvernement du Québec, Québec, 2000.
5. Demers, L., Dupuis, A. et Poirier, M. « L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements ? », *Santé mentale au Québec*, 2002 ; XXVII (2) : 74-92.
6. Drummond, M. F., O'Brien, B. J., Stoddart, G. L. et Torrance, G. W. *Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé*, 2e édition, Économica, Paris, 1998.
7. Eng, C., Pedulla, J., Eleazer, G. P., McCann, R., Fox, N. « Program of all-inclusive care for the elderly (PACE) : An innovative model of integrated geriatric care and financing », *Journal of American Geriatrics Society*, 1997 ; 45 : 223-232.

8. Frossard, M., Boitard, A. et Jasso Mosqueda, G. *L'évaluation des coordinations gérontologiques*, Réseau de consultants en gérontologie, Fondation de France, 2001.
9. Gadrey, J. *Socio-économie des services*, 3e édition, Éditions La Découverte, Paris, 2003.
10. Hébert, R. « Les réseaux intégrés de services aux personnes âgées, une solution prometteuse aux problèmes de continuité », *Le Médecin Du Québec*, 2001 ; 36(8) : 77-84.
11. Hébert, R., Desrosiers, J., Dubuc, N., Tousignant, M., Guilbeault, J. et Pinsonnault, E. « Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) – Mise au point 2003 », *Revue de gériatrie*, 2003 ; 28 : 323-336.
12. Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L., St-Hilaire, C. et Roy, C. « Resources and costs associated with disabilities of elderly people living at home and in institutions », *Canadian Journal on Aging*, 2001 ; 20(1) : 1-22.
13. Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Roy, C., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L. et St-Hilaire, C. « Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie, évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie », MSSS Direction de la recherche et de l'évaluation, Collection Études et analyses (33), 1997.
14. Hébert, R., Durand, P. J., Dubuc, N., Tourigny, A. et le groupe PRISMA. « PRISMA : A new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada », *International Journal of Integrated Care*, 2003 ; 3.
15. Pinnel Beaulne Associates Ltd. « CHOICE evaluation project », Evaluation summary, final report, 1998.
16. Rossi, P. H. et Freeman, H. E. *Evaluation : A systematic approach*, Sage, Newbury Park, CA, 1993.
17. Tishlias, D. P. « How to Measure your Organization's Efficiency », *Nonprofit World*, mai-juin 1992.
18. Weinstein, M., Siegel, J., Gold, M., Kamlet, M., et Russel, L. « Recommandations of the Panel on cost-effectiveness in health and medicine », *Journal of the American Medical Association*, 1996 ; 276(15) : 1253-1258.
19. Zdon, L. et Middleton, B. « Ambulatory electronic records implementation cost benefit : an enterprise case study », *Discover the synergy : proceedings of the 1999 Annual HIMSS Conference*, Atlanta, Georgia, 21-25 février 1999, 4 : 97-118.

14. Les variables associées à la satisfaction et de l'autonomisation chez des personnes très âgées

Maxime Gagnon, Réjean Hébert, Micheline Dubé, Marie-France Dubois

Dans un contexte de restructuration des services de santé, nécessaire en raison des changements démographiques des dernières décennies, il importe d'évaluer de façon continue la qualité des soins dispensés. L'un des indices reconnus pour procéder à cette évaluation est le niveau de satisfaction des patients. Par ailleurs, avec l'augmentation des services de soins dispensés à domicile, l'examen des aptitudes du patient à prendre en charge sa santé, de façon responsable, s'avère de plus en plus déterminant.

Bien que plusieurs variables contribuant à la détermination du niveau de satisfaction aient été étudiées, peu d'entre elles font l'unanimité, mis à part l'âge et le niveau d'éducation dont l'impact, bien que contradictoire, semble plus manifeste[5, 10, 22]. La plupart des études n'établissent également aucune différence significative entre les hommes et les femmes[18, 20, 22], l'origine ethnique, le revenu, le statut civil et le niveau de satisfaction[10]. Toutefois, des corrélations positives ont été établies entre la perception du soutien offert par le réseau et la perception de son état de santé[4, 11, 20].

Parallèlement à la mesure de la satisfaction, le niveau d'autonomisation, dans un contexte de soins où la responsabilisation du patient est mise de l'avant, devient un complément d'information appréciable. En effet, la maximisation de l'intervention repose désormais non seulement sur l'adéquation des diagnostics et des actes médiaux, mais également sur l'investigation des dispositions individuelles du patient à assurer de façon optimale son propre bien-être physique. Ainsi, les personnes âgées qui ressentent un sentiment de compétence et de contrôle sont plus enclines à s'investir et à trouver des solutions qui leur sont propres[23].

À la lumière de ces constats, il appert essentiel d'envisager la détermination du degré de satisfaction et d'autonomisation comme pouvant découler de facteurs complémentaires, mais distincts des variables

sociodémographiques traditionnellement analysées. La présente recherche poursuit donc trois objectifs spécifiques : 1) identifier les variables associées de la satisfaction et de l'autonomisation, 2) déterminer l'influence des variables liées à la santé sur la satisfaction et l'autonomisation, et 3) établir empiriquement la force du lien entre le concept de satisfaction et d'autonomisation.

Méthode

Participants

Les sujets étaient impliqués dans le Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie (PRISMA) dans la région de Sherbrooke et de Québec[16]. Les sujets, choisis de façon aléatoire parmi les personnes de plus de 75 ans, ont été contactés à partir d'une liste de noms produite par la RAMQ (Régime d'assurance maladie du Québec). Pour être admissibles à l'étude, les sujets devaient avoir été identifiés à risque de perte d'autonomie par le Questionnaire postal de Sherbrooke, vivre à domicile ou dans des ménages collectifs dans l'une des régions visées, comprendre et parler le français et accepter de participer à l'étude.

Procédure

Chaque sujet de l'étude a été rencontré à son domicile par une intervieweuse préalablement formée. Lors de la complétion des différents questionnaires, qui pouvaient être remplis par la personnes âgée elle-même ou son aidant naturel lorsqu'elle présentait certaines altérations cognitives, le répondant recevait la consigne de considérer l'ensemble des entretiens expérimentés avec un intervenant de la santé au cours des six derniers mois. Cette consigne évitait que le sujet fasse reposer son évaluation sur une seule expérience, positive ou négative. Pour faciliter les réponses, les sujets étaient invités à se référer à des cartons sur lesquels étaient reproduites les différentes échelles de réponse utilisées. Ces rencontres, d'une durée approximative de 90 minutes, étaient – selon le cas – effectuées en présence de l'aidant naturel. Les sujets et leurs aidants naturels étaient informés sur les objectifs de l'étude ainsi que sur son caractère confidentiel. Lorsque les sujets étaient inaptes, le consentement du mandataire, du curateur ou de la personne responsable était requis.

Variables dépendantes

La mesure de la satisfaction en regard des services reçus est obtenue à l'aide d'un instrument de mesure mis au point à l'intérieur du programme de recherche PRISMA. Cet instrument est composé de 26 questions évaluant la satisfaction face à la relation avec l'intervenant (12 items), la satisfaction face à la prestation des services (6 items) et la satisfaction face à l'organisation des services (5 items). Deux questions supplémentaires portent sur la satisfaction face aux services reçus à l'égard de l'accomplissement des AVQ et des AVD, et un article évalue la satisfaction globale. La validité de contenu a été effectuée auprès de plusieurs experts du domaine de la santé. Des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires, effectuées auprès de 850 sujets, ont permis de confirmer le caractère multidimensionnel du concept de satisfaction. Les trois facteurs expliquent plus de 52 % de la variance totale. L'analyse de la cohérence interne a permis d'établir des coefficients alpha de Cronbach de 0,93, 0,74 et 0,78 pour les facteurs 1, 2 et 3 respectivement. L'alpha pour l'échelle globale est, quant à lui, de 0,92. La stabilité temporelle de l'instrument a été évaluée par une étude « test-retest » réalisée auprès de 38 sujets. Les coefficients de corrélation intra-classe (CCI)[21] pour les 3 facteurs sont de 0,79 (95 % CI : 0,63 - 0,89), 0,67 (95 % CI : 0,45 - 0,81) et 0,76 (95 % CI : 0,58 - 0,87). Le CCI est de 0,72 (95 % CI : 0,52 - 0,84) pour l'ensemble de l'échelle.

L'autonomisation est également un construit multidimensionnel qui se définit par l'aptitude à prendre en main son état de santé. Cette autodétermination comporte deux aspects fondamentaux, soit le niveau de contrôle et le sentiment d'efficacité personnelle. Le niveau de contrôle constitue la première dimension du questionnaire (3 articles). Le sentiment d'efficacité peut être de deux natures. Premièrement, il peut être en lien avec la capacité d'exprimer ses besoins et de faire des démarches appropriées pour atteindre ses objectifs. Cette dimension se veut être l'implication du patient dans son interaction avec l'intervenant (4 items). Deuxièmement, il peut être en lien avec une recherche active d'information et la possibilité de faire des choix rationnels. Cette dimension renvoie à l'implication du patient dans sa recherche de renseignements afin de participer au processus décisionnel de façon éclairée (3 items). Les analyses factorielles ont confirmé la présence de ces 3 facteurs qui expliquent plus de 68 % de la variance totale. Les études de validité de contenu et de validité de construit (convergente et discriminante) ont été concluantes. Par ailleurs, la cohérence interne a montré des coefficients

alpha de 0,79, 0,79 et 0,89 pour les facteurs 1, 2 et 3 respectivement. L'alpha pour l'échelle globale est de 0,83. Les coefficients de corrélation intra-classe pour les 3 facteurs ont été établis à 0,62 (95 % CI : 0,37 - 0,78), 0,70 (95 % CI : 0,49 - 0,83) et 0,60 (95 % CI : 0,35 - 0,77). Le ICC est de 0,70 (95 % CI : 0,48 - 0,83) pour l'ensemble des items (N = 38).

Variables indépendantes

Les variables indépendantes sociodémographiques incluaient l'âge, la région (rurale VS urbaine), le genre, l'état civil et le nombre d'années d'études. Les variables indépendantes relatives à la santé étaient l'auto-perception de sa santé (évaluation subjective de son état de santé comparativement aux autres personnes de son âge), le nombre d'hospitalisations, la prise de médicaments, l'obtention de services de maintien à domicile (MAD) du Centre local de services communautaires (CLSC), le milieu de vie (habite seul ou avec pensionnaire VS habite avec la famille), le nombre de problèmes de santé, le nombre de problèmes de santé gênants (qui ont une incidence sur la réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique) et l'autonomie fonctionnelle mesurée par le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)[13]. Le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) est un instrument d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle développé à partir de la conception fonctionnelle de la santé et de la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps de l'Organisation Mondiale de la Santé[12]. Il évalue 29 fonctions couvrant les activités de la vie quotidienne (AVQ) [7 items], la mobilité [6 items], les communications [3 items], les fonctions mentales [5 items] et les tâches domestiques (activités « instrumentales ») [8 items]. Chaque fonction est cotée sur une échelle de 4 degrés : 0 (autonome), 1 (besoin de surveillance ou stimulation), 2 (besoin d'aide), 3 (dépendant)[14]. Pour chacun des items, une évaluation des ressources en place pour pallier l'incapacité permet l'obtention d'un score de handicap. Une révision récente a permis l'ajout d'une cote 0,5 à certains items pour marquer une fonction accomplie de façon autonome, mais avec difficulté. Un score total (sur 87) est obtenu en additionnant les cotes de chaque item ; des sous-scores par dimension peuvent également être calculés. La fidélité inter-juges du SMAF a été démontrée (kappa = 0,75) lors d'une étude réalisée auprès de 300 sujets faisant appel à des interviewers de formations différentes (infirmières, travailleurs sociaux) et de milieux de pratique différents (institution, communauté)[17]. La version révisée a fait l'objet

d'études de fidélité supplémentaires qui montrent des coefficients de corrélation intra-classe pour le score total de 0,95 (intervalle de confiance à 95 % de 0,90 à 0,97) pour le test-retest (n = 39) et 0,96 (0,93 à 0,98) pour l'inter-juges (n = 45)[6]. Plusieurs épreuves de validité ont été réalisées, notamment une étude de corrélation avec le temps de soins infirmiers qui montre un coefficient de corrélation 0,92 ($p < 0,0001$) avec le nombre d'heures-soins requis[15].

Analyses

L'analyse des données, produite à l'aide du logiciel SAS 8,02 (SAS Institute Inc., Cary, NC.), s'est faite en deux étapes. Premièrement, des analyses bivariées ont été conduites par des analyses de variance (variables catégoriques) et des test-T (variables continues) afin de déterminer les relations significatives à $p > 0,2$ entre les variables indépendantes et les deux variables dépendantes. Par la suite, des analyses multivariées (régression de type « backward »), incluant les variables significatives, ont été réalisées pour déterminer leur influence sur le niveau de satisfaction et d'autonomisation. La régression de type « backward » est une procédure de sélection par laquelle chaque variable entrée dans l'équation est supprimée de façon séquentielle et logique. La variable dont le coefficient de corrélation partielle est la moins élevée est soustraite en premier pour ensuite refaire le processus jusqu'à ce qu'un modèle optimal émerge. De plus, des régressions, incluant les variables liées à la santé, ont été réalisées afin d'établir leur effet sur les différentes sous-échelles de la satisfaction et de l'autonomisation. Pour rencontrer le dernier objectif de recherche, des coefficients de corrélation de Pearson ont été calculés entre les différentes sous-échelles des concepts de satisfaction et d'autonomisation.

Résultats

L'échantillon utilisé pour effectuer les analyses était composé de 450 femmes et de 269 hommes dont l'âge moyen était de 83 ans. Les caractéristiques des sujets sont présentées au tableau 14.1.

Les variables sociodémographiques associées à la satisfaction sont le type de région habité ainsi que le milieu de vie. L'autonomisation est également associée à ces deux variables, en plus du statut civil. En ce qui concerne les variables relatives à la santé, le niveau de satisfaction est influencé par la perception subjective de son état de santé, le fait de recevoir ou non des services de santé de maintien à domicile, la présence de

Tableau 14.1
Caractéristiques sociodémographiques des sujets

Variables		**Femme (*n* = 450)**	**Homme (*n* = 269)**	**Ensemble (*n* = 719)**
Âge		*M* = 83,6 *ET* = 5,2	*M* = 82,1 *ET* = 4,4	*M* = 83 *ET* = 5
Statut marital	Marié(e)	112 (24,9 %)[1]	200 (74,4 %)	312 (43,4 %)
	Veuf(ve)	41 (9,1 %)	18 (6,7 %)	59 (8,2 %)
	Autres	297 (66 %)	51 (19 %)	348 (48,4 %)
Nombre d'année d'étude		*M* = 6,7 *ET* = 2,7	*M* = 6,4 *ET* = 3,6	*M* = 6,6 *ET* = 3,1
Autoperception de sa santé	Excellente	71 (16 %)	48 (17,9 %)	119 (16,7 %)
	Bonne	202 (45,5 %)	124 (46,3 %)	326 (45,8 %)
	Moyenne	143 (32,2 %)	80 (29,9 %)	223 (31,3 %)
	Mauvaise	28 (6,3 %)	16 (6 %)	44 (6,2 %)
SMAF		*M* = 18,6 *ET* = 12,8	*M* = 19,2 *ET* = 11,6	*M* = 18,8 *ET* = 12,3

[1] Fréquence, (pourcentage)

Tableau 14.2

Analyses bivariées des facteurs associés à la mesure de la satisfaction et de l'autonomisation (variables catégoriques)

		Satisfaction (/16)				Autonomisation (/16)			
		n	*M*	*ET*	*p*	*n*	*M*	*ET*	*p*
Région	Urbaine	287	7,68	2,68	0,03	283	6,57	3,04	0,03
	Rurale	432	7,55	2,38		427	6,24	2,45	
Genre	Femme	450	7,63	2,57	0,64	445	6,41	2,77	0,66
	Homme	269	7,54	2,4		265	6,32	2,60	
Statut marital	Marié(e)	312	7,58	2,42		306	6,39	2,61	
	Veuf(ve)	59	7,10	2,51	0,23	59	5,43	2,58	0,02
	Autres	348	7,70	2,57		345	6,53	2,78	
Autoperception de sa santé*	Excellente	119	8,32	2,68	0,001	119	7,19	3,05	0,001
	Autres	593	7,44	2,45		585	6,21	2,61	
Hospitalisations*	0	514	7,66	2,52	0,28	507	6,53	2,84	0,01
	1 ou plus	203	7,44	2,49		202	6,0	2,30	
Medicaments/jour*	> 3	544	7,57	2,54	0,49	537	6,21	2,75	0,003
	≤ 3	170	7,73	2,40		168	6,92	2,51	
Service MAD*	Oui	168	7,95	2,83	0,06	165	6,53	2,71	0,39
	Non	549	7,5	2,39		544	6,33	2,71	
Milieu de vie	Seul(e)	320	7,36	2,65		318	6,10	2,77	
	Avec famille	399	7,79	2,37	0,02	392	6,59	2,64	0,02
	Résidence	82	8,10	3,03		82	6,96	2,95	

* Variables liées à la santé

problèmes de santé ainsi que la présence de problèmes de santé gênants. Le niveau d'autonomisation est influencé quant à lui par l'autoperception de sa santé, le nombre d'hospitalisations au cours de l'année, le nombre de médicaments consommés quotidiennement et la présence de problèmes de santé gênants. Les résultats détaillés sont exposés aux tableaux 14.2 et 14.3.

Tableau 14.3
Analyses bivariées (corrélations de Pearsons) des facteurs associés à la mesure de la satisfaction et de l'autonomisation (variables continues)

	Satisfaction		Autonomisation	
Variables	*r*	*p*	*r*	*p*
Nombre de problèmes de santé*	-0,08	0,03	-0,04	0,29
Nombre de problèmes de santé gênants*	-0,16	0,001	-0,1	0,008
Autonomie fonctionnelle (SMAF)*[a]	0,04	0,34	-0,05	0,19
Âge	-0,02	0,59	-0,04	0,29
Nombre d'années d'étude	0,05	0,20	0,07	0,07

* Variables liées à la santé
a Un score élevé indique une plus grande perte d'autonomie

Analyses multivariées

Les analyses multivariées ont démontré que les niveaux de satisfaction ($p = 0,03$) et d'autonomisation ($p = 0,005$) sont plus élevés lorsque l'aidant répond seul aux questionnaires que lorsque le sujet est impliqué dans l'évaluation. Toutefois, lorsque le questionnaire a été rempli par l'aidant seul, aucune caractéristique de celui-ci n'est associée au degré de satisfaction et d'autonomisation. Indépendamment de ces constats, les sujets les plus satisfaits perçoivent leur état de santé excellent comparativement aux gens de leur âge ($p = 0,002$), reçoivent des services MAD du CLSC ($p = 0,01$), ont moins de problèmes de santé gênants ($p < 0,0001$) et habitent avec un ou plusieurs membres de leur famille ($p = 0,02$). D'autre part, les personnes les plus autonomisées sont plus scolarisées ($p = 0,02$), ne sont pas veuves ($p = 0,008$), perçoivent leur état de santé excellent comparativement aux gens de leur âge ($p = 0,006$), n'ont pas été hospitalisées au cours de la dernière année ($p = 0,03$) et prennent moins de 4 médicaments par jour.

Des analyses multivariées ont également été menées en tenant compte des différentes sous-échelles de la satisfaction et de l'autonomisation. Les résultats démontrent que les personnes qui ont plus de problèmes de santé, mais moins de problèmes de santé gênants, montrent des niveaux de satisfaction et d'autonomisation plus élevés en ce qui concerne les dimensions impliquant une relation directe avec l'intervenant (relation avec l'intervenant et implication dans l'interaction) et l'organisation des services. Par ailleurs, les individus qui présentent une autonomie fonctionnelle altérée sont moins satisfaits de l'organisation des services, mais s'impliquent plus dans le processus décisionnel à l'égard des soins et des services qu'ils reçoivent. Finalement, l'état de santé est un déterminant important tant pour la satisfaction face à l'intervenant et l'organisation des services que pour l'autonomisation dans l'interaction avec l'intervenant et le niveau de contrôle (tableau 14.4). Il peut être noté que les valeurs de R^2 sont relativement faibles, ce qui suggère la présence d'autres facteurs associés.

Une forte corrélation est établie entre le degré de satisfaction et d'autonomisation face aux soins et services de santé ($r = 0{,}605$; $p = 0{,}001$). Les analyses corrélationnelles démontrent que l'implication dans le processus décisionnel, l'implication dans l'interaction avec le professionnel et le niveau de contrôle face aux soins et services de santé sont significativement corrélés au niveau de satisfaction globale. Par ailleurs, il existe également de fortes relations entre les trois sous-échelles de la satisfaction et le construit de l'autonomisation (tableau 14.5).

Discussion

Parmi les variables sociodémographiques à l'étude, contrairement à plusieurs recherches antérieures[5, 10], la scolarisation, le sexe du répondant, l'âge et le statut civil ne se sont pas avérés importants sur le niveau de satisfaction relatif aux soins et services de santé. Toutefois, l'originalité de cette recherche réside en la diversité des variables analysées, c'est-à-dire incluant des variables relatives à la santé, pour expliquer les changements dans le degré de satisfaction. L'autoperception de sa santé s'avère être le facteur ayant le plus d'incidence, tant sur la détermination du niveau de la satisfaction que de l'autonomisation. Ces résultats corroborent les conclusions de plusieurs études[4, 11, 20]. À l'inverse, les personnes aux prises avec plusieurs problèmes de santé gênants présentent un niveau de satisfaction moins élevé. Certains auteurs soulignent que les conséquences psychologiques néfastes liées à la maladie telles que la

Tableau 14.4
Régression multiple (Backward) (modèle final) (N = 719).

	Implication dans la décision			**Implication dans l'interaction**			**Degrée de contrôle**			**Relation avec les professionnels**			**Prestations des services**			**Organisation des services**		
Variables	*B*[a]	*ES*[b]	*p*	*B*	*ES*	*p*	*B*	*ES*	*p*	*B*	*ES*	*p*	*B*	*ES*	*p*	*B*	*ES*	*p*
Nombre de problèmes de santé				0,222	0,078	0,005				0,13	0,062	0,04						
Nombre de problèmes de santé gênants				-0,41	0,082	0,001				-0,253	0,065	0,001				-0,291	0,058	0,001
Autonomie fonctionnelle	-0,03	0,014	0,04													0,036	0,009	0,001
Autoperception de sa santé (excellente)				0,914	0,329	0,006	0,827	0,37	2,23	0,947	0.266	0,001				0,997	0,324	0,002
R^2		5,6 %			6,3 %			4,3 %			7,2 %			0			5,5 %	

B[a] : Coefficient estimé
ES[b] : Erreur standardisée
p

Tableau 14.5
Corrélations de Pearsons entre le construit de satisfaction et d'autonomisation et leurs sous-échelles

	Implication dans la décision	Implication dans l'interaction	Degrée de contrôle	Autonomisation totale
Relation avec les professionnels	0,19*	0,63*	0,21*	0,52*
Prestation de services	0,25*	0,59*	0,33*	0,53*
Organisation des services	0,16*	0,66*	0,23*	0,50*
Satisfaction totale	0,24*	0,74*	0,29*	0,61*

* Corrélations significatives à 0,001 (2-tailed)

douleur[3], la frustration et la colère peuvent amener l'individu à modifier son opinion face aux soins médicaux et, de ce fait, réduire son niveau de satisfaction[11]. Par ailleurs, le niveau de satisfaction élevé des personnes qui reçoivent des services MAD et qui cohabitent avec des membres de leur famille pourrait s'expliquer par la présence d'un soutien familial continu ainsi que par l'octroi des services adaptés à leurs besoins. L'une des hypothèses serait que les services MAD et le soutien familial ont un effet de halo influençant la perception du patient sur l'ensemble des soins offerts dans le réseau de la santé.

Les conclusions relatives au niveau de satisfaction lors d'interactions avec l'intervenant, bien que semblant contradictoires au premier abord, sont cohérentes. En effet, une personne éprouvant des problèmes de santé (non gênants) a davantage recours aux soins et services de santé disponibles lui permettant d'évaluer plus judicieusement l'efficacité des interventions et des intervenants qu'une personne dont l'appréciation repose sur des visites médicales sporadiques[24]. Toutefois, dépassé un certain seuil, c'est-à-dire lorsque les problèmes de santé deviennent chroniques ou encore suffisamment importants pour induire un inconfort permanent, la personne a tendance à manifester de l'insatisfaction puisqu'elle juge les interventions inefficaces. Cette explication semble se confirmer, puisque les personnes dont le niveau d'autonomie fonctionnelle est le moins élevé sont moins satisfaites de l'organisation de l'ensemble des services.

Les résultats de l'autonomisation, qui sont davantage de nature exploratoire en raison d'une documentation restreinte à ce sujet, ont dé-

montré que le niveau de scolarité, le statut civil, le nombre d'hospitalisations et la prise de médicaments étaient en lien avec l'autodétermination face à son état de santé. Il est plausible de croire que les personnes âgées plus scolarisées auraient davantage de ressources pour acquérir de l'information sur leurs problèmes et davantage d'assurance pour s'impliquer dans la relation avec les intervenants, particulièrement auprès des médecins. Les consommations de médicaments ainsi que le nombre d'hospitalisations, généralement associés à un état de santé précaire, influenceraient la perception des proches et des intervenants concernant les capacités de l'individu à élaborer des stratégies efficaces et à participer activement au processus décisionnel relatif aux soins et services requis.

À l'étude des sous-échelles, il peut être constaté, comme dans le cas de la satisfaction, que les personnes moins autonomisées face à leur interaction avec l'intervenant éprouvent davantage de problèmes de santé gênants. Elles seraient donc plus sujettes à se percevoir comme impuissantes face aux changements possibles de leur état de santé[19]. À l'encontre, les gens qui présentent une autonomie fonctionnelle élevée seraient plus enclins à se percevoir comme aptes à prendre en charge leur santé et à s'impliquer dans le processus décisionnel relatif aux soins qu'ils requièrent[2].

Les résultats concernant la relation entre la satisfaction et l'autonomisation suggèrent que ces concepts sont intimement liés. Rien de surprenant puisqu'une démarche axée sur une responsabilisation partagée permet d'instaurer une relation « égalitaire » et de recentrer la problématique au cœur même des préoccupations du patient et de l'intervenant[1]. En effet, une relation empreinte d'ouverture mutuelle et de collaboration permettra de faciliter l'accompagnement, de mettre à profit l'expertise professionnelle en transmettant des connaissances éclairées et éclairantes, d'optimaliser le processus décisionnel et, conséquemment, d'accroître le niveau de satisfaction. Il importe de souligner qu'un certain chevauchement entre les notions de satisfaction et d'autonomisation était déjà anticipé en raison de leur proximité conceptuelle.

Les recherches futures devront poursuivre le travail entrepris dans la détermination des facteurs du niveau de satisfaction et d'autonomisation. Bien qu'il ait été démontré que des variables autres que sociodémographiques (variables relatives à la santé) contribuaient à expliquer ces concepts, il importe de poursuivre les analyses avec d'autres variables permettant d'accroître la variance expliquée. Ce travail serait d'autant plus pertinent en ce qui concerne la notion d'autonomisation, puisque peu d'études ont été réalisées jusqu'à maintenant. Il serait également

intéressant de considérer l'autodétermination du patient comme variable indépendante pour analyser son effet sur l'obtention de services MAD, sur l'autoperception de sa santé, sur la satisfaction face aux soins et services de santé, et sur sa qualité de vie perçue. Finalement, des recherches ultérieures pourraient permettre de vérifier empiriquement le lien de causalité entre les concepts de satisfaction et d'autonomisation.

Références

1. Barr, D. et Cochran, M. « Understanding and supporting empowerment : Redefining the professional role », *Networking Bulletin,* 1992 ; 2 : 3.
2. Butow, P. N., Dunn, S. M., Tattersall, M. H. N. et Jones, Q. J. « Patient participation in the cancer consultation : Evaluation of a question prompt shett », *Annual Oncologic,* 1994 ; 5(3) : 199-204.
3. Casarett, D. J., Hirshman, K. B., Miller, E. R. et Farrar, J. T. « Is satisfaction with pain management a valid and reliable quality indicator for use in nursing home ? », *Journal of the American Geriatrics Society,* 2002 ; 50 : 2029-2034.
4. Cleary, P. D. et McNeal, B. J. « Patient satisfaction as an indicator of quality of care », *Inquiry,* 1988 ; 25 : 25-36.
5. Cohen, G. « Age and health status in a patient satisfaction survey », *Social Science and Medicine,* 1996 ; 42 (7) : 1085-1093.
6. Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R. et Dubuc, N. « Reliability of the revised functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research », *Age and Ageing,* 1995 ; 4 (5) : 402-406.
7. Folstein, M. F., Folstein, S. E. et McHugh, P. R. « Mini-mental state : A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician », *Journal of Psychiatric Research,* 1975 ; 12 : 189-198.
8. Gagnon, M., Hébert, R., Dubé, M. et Dubois, M. F. *Development of an instrument to measure satisfaction with health care and services and validation in an elderly population : The Health Care Satisfaction* Questionnaire, Manuscript submitted for publication, 2004a.
9. Gagnon, M., Hébert, R., Dubé, M. et Dubois, M. F. *Development of an instrument to measure empowerment with health care and services and validation in an elderly population : The Health Care Empowerment* Questionnaire, Manuscript submitted for publication, 2004b.
10. Hall, J. A. et Dornan, M. C. « What patients like about their medical care and how often they are asked : A meta-analysis of the satisfaction literature », *Social Science and Medicine,* 1988 ; 27(9) : 935-939.
11. Hall, J. A., Milburn, M. A. et Epstein, A. M. « A causal model of health status and satisfaction with medical care », *Medical Care,* 1993 ; 31 : 84-94.

12. Hébert R. « L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées », *Canadian Family Physician,* 1982 ; 28 : 754-762.
13. Hébert, R., Carrier, R. et Bilodeau, A. « Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) », *La revue de Gériatrie,* 1988 ; 13(4) : 161-167.
14. Hébert, R., Carrier, R. et Bilodeau, A. « Élaboration d'un instrument de mesure des handicaps : le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) », dans Tilquin, C. (rédacteur) *SYSTED 83 : First international conference on systems science in health/social services for the elderly and the disabled*, Édition sciences des systèmes, Montréal, 1995.
15. Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Roy, C., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L. et St-Hilaire, C. « Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie : évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie », *Collection Études et analyse,* 33, Gouvernement du Québec, Québec, 1997.
16. Hébert, R., Durand, P., Dubuc, N., Tourigny, A. et le groupe PRISMA. « Prisma : A new model of integrated services delivery for frail older people in Canada », *International Journal of Integrated Care,* 2003 ; 3 : 1-10.
17. Hébert, R., Spiegelhalter, D. J. et Brayne, C. « Setting the minimal metrically detectable change on disability rating scales », *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,* 1997 ; 78 : 1305-1308.
18. Hopton, J. L., Howie, J. G. R. et Porter, M. D. « The need for another look at the patient in general practice satisfaction surveys », *Journal of Family Practice,* 1993 ; 10 : 82-87.
19. Kaplan, S. H., Gandeck, B. et Greenfield, S. « Patient and visit characteristics related to physicians participatory decision-making style », *Medical care,* 1995 ; 33 : 1176-1187.
20. Lee, Y. et Kasper, J. D. « Assessment of medical care by elderly people : General satisfaction and physician quality », *Health Services Research,* 1998 ; 32 (6) : 741-758.
21. Lord, F. M. et Novick, M. R. *Statistical theory of mental tests*, Addison-Wesley, Reading, MA, 1965.
22. Meng, Y.-Y., Jatulis, D. E., McDonald, J. P. et Legorreta, A. P. « Satisfaction with access to and quality of health care among medicare enrolees in a health maintenance organization », *Western Journal of Medicine,* 1997 ; 166 (4) : 242-247.
23. Myers, J. « The psychological basis for empowerment », dans Thursz, D., Nusberg, C. et Prather, J. (rédacteurs) *Empowering older people : An international approach*, Cassell, London, 1995.
24. Rice, D. et Feldman, J. J. « Living longer in the United States : Demographic changes and health needs of the elderly », *Milbank Memorial Fund Quarterly,* 1983 ; 61(3) : 362-396.

15. Le plan de services individualisé (PSI) Concept et utilisation à travers les expériences québécoises et internationales d'intégration des services aux personnes âgées

D. Somme, R. Hébert, G. Bravo, F. Blanchard

Ce travail a pu être réalisé grâce au soutien financier du groupe PRISMA, de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, du ministère français des Affaires étrangères dans le cadre du programme de Bourse Lavoisier et de l'Assistance-Publique Hôpitaux de Paris.

Contexte

Selon plusieurs auteurs, l'élaboration d'un plan de services individualisé (PSI) est un élément essentiel à l'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie[21, 25]. Certains en font même un critère de qualité de la gestion de cas[18, 42]. En 2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec affirmait que l'élaboration d'un PSI devait être un élément déterminant de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie[33].

On peut différencier, sous l'appellation « PSI », un ensemble de processus et un produit[35]. En effet, la planification individualisée est un ensemble de processus (réunion ou regroupement d'informations d'évaluation et de disponibilité des services, coordination des différentes interventions, implication de la personne visée ou de son entourage) qui aboutit à un document écrit. Ce document devrait pouvoir servir à répartir clairement les tâches et les objectifs, à s'assurer de la participation de l'usager, à identifier une équipe de prise en charge, à la surveillance de l'application du plan, à l'imputabilité des interventions et à la réévaluation[35]. Néanmoins, la forme et le contenu exact du document PSI ne paraissent pas clairement établis[1], ce qui explique probablement en partie d'importantes difficultés à la réalisation de PSI « de qualité » rapportées précédemment[39], la nécessité ressentie par les gestionnaires de

cas de formation complémentaire dans ce domaine[4] et la grande variabilité du contenu des PSI à l'intérieur d'un même système intégré[4, 38]. Nous avons donc conduit une analyse bibliographique à la recherche de normes concernant la forme, le contenu et l'utilisation pratique par les gestionnaires de cas du document PSI.

Méthodologie

Nous avons consulté plusieurs banques de données informatisées (MEDLINE par OVID jusqu'au mois de novembre 2003, NCBI/PubMed en novembre 2003, HEALTH STARS par OVID jusqu'au mois de novembre 2003, AGELINE jusqu'au mois d'août 2003, EMBASE jusqu'au mois de septembre 2003) avec les mots clefs suivants : *individualized service plan* ou *individualized plan* en texte libre ou en combinant le mot *individualized* ou le mot *plan* aux termes *service-delivery*, *service-demand*, *service-planning*, *case-management*, *patient-care-plan*, *individualized-care*, *managed-care*, *integrated-care* et *tool*. La lecture du résumé des articles ainsi identifiés ne permet pas de sélectionner de référence consacrée uniquement au contenu ou à l'utilisation pratique du PSI. C'est donc à partir de la description d'expériences réellement conduites de gestion de cas en gérontologie que nous avons recueilli les informations sur le contenu et l'utilisation du PSI. Pour la sélection des articles décrivant des expériences de *case-management*, nous avons consulté les synthèses récentes sur le sujet[21, 23, 25]. Les articles cités dans ces synthèses ont servi de guide à une nouvelle recherche bibliographique sur NCBI/PubMed (à partir du nom du projet ou des noms des auteurs). Nous avons sélectionné les articles qui décrivaient le processus de *case-management*. Pour les projets menés au Québec, la recherche a été étendue aux rapports publiés dans Internet. Nous avons également consulté les documents émanant du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec qui concernaient le PSI, ainsi que les textes cités en référence dans ces documents officiels permettant de retracer un historique de l'utilisation des PSI au Québec.

Historique et réseaux au Québec

Historique

Au Québec, l'élaboration de PSI a d'abord fait l'objet d'une promotion en santé mentale et dans le champ du handicap à l'occasion du virage ambulatoire vers la fin des années 1970. Les premiers rapports utilisant

le terme PSI datent des années 1980 traduisant l'expression « case-management » par l'expression « coordination des PSI »[31]. Le terme PSI a d'abord été introduit dans la loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en 1978, mais ce n'est qu'au début des années 1990 que la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) en préconise plus largement l'utilisation (*voir l'annexe 14.1*). Néanmoins, dans la LSSSS, le contenu attendu du PSI est laissé à la discrétion du coordonnateur ; la seule obligation qui est faite concerne la participation des clients ou de leurs représentants à l'élaboration du PSI, sans que la nature de cette participation soit précisée. Un document récent de l'Office des personnes handicapées du Québec apporte des précisions sur l'historique des PSI dans les différents milieux[5]. Il oppose à la gestion de cas, modèle retenu dans les réseaux intégrés de services aux personnes âgées, le modèle de la coordination concertée qui était jusque là principalement recommandée par l'Office[5]. Un ouvrage paru en 1990 apporte une bonne description du modèle de coordination concertée pour aider à l'élaboration d'un PSI : « Le plan de services individualisé – participation et animation », de Daniel Boisvert[7]. Le livre, qui est principalement un guide à la tenue d'une réunion multidisciplinaire afin d'élaborer un PSI, semble avoir largement influencé la littérature subséquente sur le PSI. Le déroulement de la réunion à laquelle assiste le patient est explicité étape par étape. Le document proposé comme guide à la rédaction du plan issu de la réunion est une feuille à quatre colonnes (objectifs, intervention prévue, responsable de l'intervention, date de réalisation). C'est sur un autre document que les besoins sont recensés selon divers axes. Toute la fin du livre s'attache à décrire des critères de qualité de la réunion de PSI et de son animation[7]. On trouve une forte influence de ce livre dans le document issu du MSSS en 1992 intitulé « Séminaire de sensibilisation à la démarche du plan de services individualisé »[34]. À partir de six définitions différentes, ce document propose la définition suivante : « Le plan de services individualisé (PSI) est une démarche qui, par la participation active de la personne ou de son représentant et la coordination des interventions, permet la planification et la prestation des services nécessaires pour répondre aux besoins de cette personne afin de favoriser ou de maintenir son intégration sociale tout en assurant sa protection. » L'accent est mis sur la nécessité d'une réunion multidisciplinaire à laquelle la personne et son représentant doivent être présents. Il est toutefois stipulé que, « en fonction du contexte, des alternatives plus fonctionnelles peuvent être développées pour l'éla-

boration du plan de services individualisé (PSI) »[34]. La gestion de cas et le rôle d'un gestionnaire de cas par rapport au PSI ne sont pas du tout abordés, puisque cette fonction était très peu élaborée au Québec au moment de la rédaction du document (et uniquement dans le champ de la santé mentale, semble-t-il). Le PSI est présenté comme devant répondre aux besoins du client avec cette précision : « Le but ultime de l'évaluation consiste à permettre à la personne d'établir un portrait précis de sa situation et de cerner ses attentes quant à son avenir. C'est par l'écart entre ces deux éléments que les besoins liés à son maintien ou à son intégration dans la communauté pourront apparaître et que les services pourront lui être proposés »[34]. Ainsi, ce qui détermine le contenu du PSI est l'écart, au moment de la rédaction du PSI, entre la situation actuelle et la situation souhaitée, en pratique une situation de handicap ou de problèmes. La phase d'élaboration du PSI est présentée comme une phase de priorisation des problèmes. Les modalités de la participation de la personne à son PSI mentionnées dans le document sont les suivantes : « Elle contribue dans la mesure de ses capacités, à préciser sa situation, elle exerce des choix face aux alternatives qui lui sont proposées pour répondre à ses besoins, elle s'engage dans les décisions qui la concernent et elle participe à l'organisation des interventions »[34]. Par ailleurs, l'Office des personnes handicapées du Québec a édité un dépliant à l'intention des personnes handicapées, détaillant ce qui devait être contenu dans le PSI : tous les traitements médicaux que la personne reçoit, le plan d'intervention en adaptation ou réadaptation, le plan d'intervention en maintien dans son milieu, le plan d'intervention en services éducatifs, le plan d'intervention en intégration au travail et le plan d'intervention en loisirs.

Avec la mise au point, puis la diffusion de l'outil d'évaluation multiclientèle, les professionnels de la gérontologie ont eu accès à un document intitulé « Plan d'intervention et d'allocation de services » (PIAS) qui en pratique a été utilisé comme guide à la réalisation de PSI[41]. Un certain nombre d'éléments essentiels sont soulignés dans le cahier de l'utilisateur[10]. L'usager et ses proches sont les cibles du plan d'intervention à l'élaboration duquel ils participent. Le plan d'intervention comprend uniquement les interventions entreprises par les prestataires de soins et de services pour répondre aux besoins de l'usager et de ses proches (dans ce chapitre, il est fait mention qu'un portrait plus global serait du domaine du PSI). Un plan d'intervention et d'allocation de services est élaboré pour chaque usager pour lequel des interventions sont requises à

moins qu'une ou deux interventions seulement soient prévues et qu'aucune suite ne soit envisagée. Le plan d'intervention est disciplinaire ou interdisciplinaire selon qu'une ou plusieurs disciplines sont impliquées. Le consensus de tous les intervenants doit être recherché à toutes les étapes d'élaboration du plan d'intervention. Un intervenant professionnel est nommé pour assurer la coordination et la révision de chaque plan d'intervention. Enfin, le plan d'intervention doit être révisé à une date prédéterminée ou chaque fois qu'un changement important survient dans la situation de l'usager.

Le formulaire qui a souvent été utilisé au Québec comme formulaire de PSI est constitué d'un feuillet double[41]. Sur la première page, on trouve les informations d'identité et la raison de la prise en charge, ainsi que la date de rédaction et de révision. Le double feuillet central comporte 9 colonnes dont le contenu est présenté dans l'encadré 15.1. Dans la suite de ce chapitre sur le Québec, nous analysons les documents en rapport avec deux expériences d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Encadré 15.1

Contenu du formulaire papier (issu de l'outil d'évaluation multi-clientèle et intitulé « Plan d'intervention et d'Allocation des Services ») utilisé au Québec pour élaborer un PSI[41]

Le formulaire de plan d'intervention et d'allocation de services de l'outil d'évaluation comporte 8 colonnes :

1. Date (du problème et des objectifs) ;
2. N° (du problème) ;
3. Problèmes identifiés pour lesquels une note d'utilisation précise : « problèmes identifiés à la suite de l'évaluation des besoins et sur lesquels l'usager et ses proches sont d'accord autant que possible, mais font consensus auprès de l'équipe multidisciplinaire. Il est demandé d'identifier la cause et la manifestation du problème : déficience, incapacité, handicap » ;
4. Objectifs pour lesquels une note d'utilisation précise : « (l'objectif) doit décrire un comportement observable ou inclure une norme de mesure en indiquant le délai fixé pour la réalisation de l'objectif (ex : d'ici 5 jours ou 3 semaines) sauf pour les objectifs dont le maintien des résultats dépend de la poursuite des interventions. Plus d'un objectif peut être fixé pour chaque problème » ;
5. Moyens/interventions pour lesquels une note d'utilisation précise « décrit l'action à entreprendre pour résoudre les difficultés. Plusieurs interventions peuvent être déterminées pour chaque objectif »
6. Intervenants
7. Services alloués (nombre de fois ou fréquence)
8. Évaluation (avec des sous-colonnes date et résultat)

Encadré 15.2

Grille d'évaluation des PSI pour les animateurs de l'expérience SIPA.

L'atteinte de chacun de ces 10 objectifs est appréciée sur une échelle allant de 0 à 3, d'où on calcul un score sur 30 avec une place pour les commentaires.

1. Le PSI est présent au dossier.
2. Il reflète une collecte de données multidimensionnelle avec des outils standardisés en incluant les perceptions/attente de l'usager/entourage.
3. Les problèmes sont reliés à des déficiences, incapacités et handicap ; l'usager est en accord le plus possible avec et ils font consensus auprès de l'équipe multidisciplinaire.
4. Les objectifs décrivent un comportement observable ou incluent des normes de mesure ; certains objectifs incluent la notion de gestion de risques.
5. Les moyens pertinents sont identifiés ; ils décrivent des actions à poser.
6. Les intervenants impliqués sont identifiés ainsi que la fréquence des services alloués.
7. La date de réévaluation est indiquée ; l'échéancier est réaliste.
8. Le résultat du PSI est évalué.
9. Le PSI est communiqué à l'usager/entourage, verbalement ou par écrit ; une note au dossier y fait référence.
10. Le PSI est communiqué aux autres dispensateurs, notamment le médecin traitant, verbalement ou par écrit ; une note au dossier y fait référence.

Expérience SIPA

Dans l'expérience SIPA, des PSI étaient prévus pour chaque client. Une grille de qualité des PSI était prédéfinie (encadré 15.2). Cette grille n'a pas été utilisée à notre connaissance dans les analyses de qualité effectuées à ce jour[19]. Cette grille permet de cerner les composantes principales sur lesquelles on peut juger de l'adéquation du PSI :

- implication de l'usager ;
- présence de sections problèmes, objectifs, moyens, intervenants avec fréquence ;
- date de réévaluation.

Dans l'évaluation de la qualité des soins et services de cette expérience, P. Lebel rapporte que dans 80 % des cas il y a eu élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) (révisé en profondeur en cours d'année dans 60 % des cas)[28]. Il n'est pas fait mention de PSI mais, dans une expérience où les membres de l'équipe multi sont supposés couvrir les besoins de la personne en appartenant au seul établissement « SIPA », il n'est pas étonnant que PSI et PII deviennent quasiment indifférenciés. Il n'y a pas d'analyse de contenu ni de forme de ces PSI.

Expérience des Bois-Francs

Dans l'étude portant sur les mécanismes de coordination de services géronto-gériatriques[39], les auteurs rapportent une utilisation des PSI de l'ordre de 25 %. Lors de l'étude de répartition des tâches des gestionnaires de cas, 6 gestionnaires de cas ont été accompagnés dans leurs tâches pendant 16 jours. Durant cette période, aucun PSI n'a été complété, mais les services requis ont été mis en place. Les auteurs concluent que les PSI ont parfois été complétés par la suite, une fois les démarches faites avec les intervenants ou les partenaires et que les ententes ont été conclues. L'analyse qualitative du contenu et de la formulation des PSI mettait en évidence certains éléments.

- Les problèmes sont formulés de façon trop générale, sans qualifier suffisamment leur gravité et leurs conséquences.
- Les objectifs tendent à être formulés en fonction du client, mais on ne retrouve presque jamais d'indicateur de résultats ni de notion de temps.
- Les moyens et les interventions sont indiqués de façon non spécifique. On retrouve peu d'information sur les interventions psychosociales thérapeutiques des intervenants-pivots.
- L'information concernant la ressource responsable est bien présente.
- La fréquence des services fournis n'est pas indiquée de façon précise.
- La section sur la réévaluation n'est pas utilisée.
- Il apparaît difficile de suivre l'évolution des besoins de services entre les divers PSI.

Par ailleurs, les auteurs rapportent un délai évaluation SMAF-PSI moyen de 44,7 jours (bien que dans 30 % des cas il ait été de 0). Les auteurs concluent à la nécessité de repenser la forme du PSI afin d'améliorer son utilité décisionnelle dans la planification des services pour un client donné. Une nouvelle évaluation après informatisation met en évidence une augmentation sensible de l'élaboration de PSI (46,4 % des personnes en gestion de cas ont un PSI). Cette analyse est également intéressante dans la mesure où c'est la première qui permet de connaître l'utilisation des PSI (sur plus de 3199 PSI écrits, 741 sont lus dans les 6 mois qui suivent leur rédaction et principalement par le rédacteur lui-même)[44].

Le psi à travers les expériences de gestion de cas

Contenu du PSI

Le PSI ou *individualized services (*ou *care) plan* est un élément qui semble constant dans les expériences de type *managed care* ou *integrated care* [9, 19, 38, 45]. Applebaum estime que l'élaboration d'un plan individualisé de soins orienté vers des objectifs est un des buts prioritaires de la gestion de cas de longue durée. Il reconnaît qu'il n'y a pas de formule standardisée applicable à tous les contextes de soins, mais il s'agit pour lui d'un élément essentiel pour permettre une démarche d'assurance qualité de la gestion de cas[3]. Nous présentons dans l'encadré 15.3 les éléments essentiels issu de l'analyse des expériences de gestion de cas et concernant le contenu du PSI.

Encadré 15.3

Éléments conceptuels du PSI issus de la revue de littérature

- Le plan de services doit suivre une évaluation standardisée multidimensionnelle dont on dégage les besoins du client[3, 4, 6, 13, 14, 18, 22, 24, 26, 32, 35, 40, 42, 43]
- Le plan doit faire une liste des fournisseurs de services avec le détail du service fournis (fréquence et durée)[2, 3, 6, 9, 11, 14, 18, 32, 35, 42, 43, 45]
- Cette liste doit couvrir des services formels et informels de différents types[3, 11, 14, 18, 22, 24, 35, 37, 42]
- Le plan doit prévoir des mécanismes de monitoring et de réévaluation[2, 9, 22, 24, 35]
- La notion d'objectifs standardisés mesurables et donc de délais d'obtention[3, 9, 15, 18, 35, 37, 40, 42], pour chacun des services n'est pas universelle (le seul fait que le service ait été délivré comme prévu est parfois jugé satisfaisant)[2, 6, 14, 32, 37, 43]
- Certains insistent sur l'identification d'une intervention précise pour chaque intervenant[18, 19, 35], mais nous ne trouvons pas cette distinction de l'intervention et de l'intervenant chez les autres auteurs.
- Le plan doit être communiqué à tous les acteurs de santé y compris le médecin[6, 11, 15, 20, 42]

Domaines du PSI

Peu d'articles font la liste des domaines couverts par les PSI. Wilber *et al*. citent 8 domaines (avec chacun entre 2 et 22 services adaptés) : les soins domestiques et de la vie quotidienne, la nutrition, la sécurité domestique, les transports, les aides techniques, les services de soutien, les services médicaux, les services du programme[45]. Foote et Stanners identifient 9 domaines à prendre en compte au moment de l'évaluation pour l'élaboration du PSI (avec chacun entre 2 et 9 sous-domaines) : la perspective du client, le contexte clinique, la prévention des maladies,

les soins personnels et de bien-être, les sens, la santé mentale, les relations, la sécurité et l'environnement[16].

Participation des clients

La participation du client au processus d'élaboration de son plan de services individualisé est sous-entendue dans certaines études ; à l'inverse, il arrive que le plan prenne l'aspect d'un contrat signé entre le gestionnaire de cas et le client[38, 42]. Certains précisent que le client est « participant » du processus d'élaboration et approuve l'allocation de service[15, 35, 40, 45]. Riley et *al*. définissent des marqueurs d'assurance qualité sur le *case-management* centré sur le client. Parmi les critères, on trouve notamment l'existence d'un document écrit décrivant « qui fait quoi, quand et comment »[42]. Il est également noté que doivent être présents au dossier, au décours de la démarche de planification (et donc assez logiquement sur le PSI lui-même), les perspectives du client dans ses mots propres, ses préférences en matière d'horaire, et l'historique des éventuels désaccords entre client et fournisseur de services. Cette idée est reprise par Foote et Stanners récemment en y ajoutant les perspectives en matière de fin de vie ou de qualité de vie[16]. De même, Leutz et *al*. ont étudié la participation des clients dans les HMO. Partant du principe général, approuvé par les HMO, que la participation du client est souhaitable, les auteurs ont cherché sur les PSI si un espace était prévu pour l'accord du client et si les directives données aux gestionnaires de cas indiquaient un processus pour obtenir cet accord. Dans 15 HMO sur 24, les auteurs ont trouvé un espace pour la signature du client sur les PSI ; de plus, 15 sites donnaient des instructions à leurs gestionnaires de cas pour impliquer les clients[29]. Enfin, Kodner fait de la participation active des personnes visées par les services une des conditions du succès de l'intégration[25]. MaloneBeach *et al*. ont, par ailleurs, montré que les aidants des personnes atteintes de démence souhaitaient participer à l'élaboration des plans de services et connaître les règles et processus qui les rendaient éligibles ou non aux aides dont ils pensaient avoir besoin. Les auteurs pensent que le premier pas en est la communication des plans détaillés à la famille. Ainsi, celle-ci est considérée non seulement comme bénéficiaire du PSI mais comme membre de l'équipe de services et de soins[30].

Variabilité de la gestion de cas

La gestion de cas est un processus qui comprend les étapes clés suivantes[11, 16, 30, 31, 32, 35, 38, 42] : l'identification des cas selon des critères

prédéfinis, une évaluation multidimensionnelle standardisée, la planification individualisée et l'identification des ressources, la mise en application, la surveillance et la réévaluation du plan. Certains y ajoutent la notion d'« advocacy » qui combine le conseil et la représentation[8, 11, 17].

Néanmoins, l'analyse des différentes expériences de gestion de cas permet d'appréhender la grande diversité de pratique dans l'exercice de cette fonction, parfois à l'intérieur d'une même expérience[45]. Ces diversités d'organisation ont une influence directe à la fois sur le processus d'élaboration, sur l'utilisation et sur le contenu des PSI. Ainsi, le *case-management* d'équipe[2, 14, 15, 20, 28, 37] produit nécessairement des PSI différents du *case-management* individuel[13, 16, 22, 26, 40]. Dans le premier cas, le PSI fait partie du travail régulier de l'équipe qui, par ailleurs, est responsable de son application et de sa réévaluation. Il est souvent un compte rendu de réunion, et chacun participe plus ou moins à sa rédaction avec le niveau de langage qui lui est propre et est influencé par sa profession. Notons qu'il existe deux types de *case-management* d'équipe : celui où les membres de l'équipe multidisciplinaire sont ceux qui prennent en charge le client[14, 28, 20] et celui où les membres de l'équipe multidisciplinaire ne sont que les prescripteurs en commun des services délivrés par d'autres[15]. Dans le cas d'une gestion de cas individuelle, il peut ou non y avoir réunion d'équipe pour l'élaboration du plan, mais surtout le gestionnaire de cas effectue seul le monitorage ; le PSI doit alors l'aider dans cette tâche et le niveau de langage sera le plus souvent celui du professionnel qui rédige le document. On peut comprendre que, dans ce cas, il y aura une grande influence de la profession antérieure sur le contenu du PSI[1, 43], ce qui ne devrait pas être le cas lorsque la fonction de gestion de cas est assurée par l'équipe. Le fait que chaque professionnel ait une tâche distincte vis-à-vis de la gestion de cas est ce que Capitman et *al*. appelaient le niveau variable de spécialisation des expériences de réseaux intégrés[9]. En terme de processus, la réunion multidisciplinaire est préconisée par certains auteurs[13, 16, 35, 43] et, dans des modèles où la gestion de cas est assurée par l'équipe[13, 14, 20, 28, 37], il ne peut en être autrement. Elle ne semble cependant pas obligatoire à l'élaboration du plan[16, 22, 40]. Il s'agit parfois d'un processus de révision entre gestionnaires de cas[40, 42], ou avec un médecin gériatre ou un responsable superviseur[1, 45]. Parfois, le gestionnaire de cas propose un plan qui est discuté d'abord avec le médecin puis avec le patient, son réseau primaire et en même temps ou secondairement avec les fournisseurs de services au cours d'une réunion[15, 26]. Enfin, le gestionnaire de cas peut parfois

établir le PSI avec le client seul[3, 22, 40]. Abrahams et *al*. ont montré l'influence de la compartimentation du travail (social et médical, même à l'intérieur de réseaux dit « intégrés ») et de la responsabilité vis à vis du système de soins sur le contenu des PSI[1]. Aux USA, en Grande-Bretagne et en France, la gestion de cas s'accompagne d'une obligation de contrôle des coûts (ceux-ci apparaissent alors dans le PSI)[1, 12, 13, 16, 18, 32]. Ainsi, le rôle de gestionnaire de cas peut parfois être de donner d'une main ce qu'on reprend de l'autre en impliquant notamment davantage le réseau primaire (combinant ainsi les fonctions « advocacy » et « gatekeeper »), ce qui peut soulever des problèmes éthiques[4] et éventuellement limiter l'utilisation des plans si le contrôle qu'a la gestionnaire de cas sur les finances est insuffisant[32]. Dans les autres pays, si la logique économique apparaît toujours au niveau de la gouvernance et surtout au niveau stratégique, elle est le plus souvent absente du niveau clinique où se positionne le gestionnaire de cas. Ainsi, le PSI ne comporte pas, semble-t-il, de coûts associés aux services fournis[26, 28]. En parallèle de la notion de coût, l'horizon temporel dans lequel s'inscrit le PSI (et donc le budget) semble également pouvoir en influencer de façon importante le contenu[1]. Soulignons aussi la grande variation du *caseload* (de 7 à 300 cas par gestionnaire de cas), ce qui a nécessairement une influence sur le processus de production et le contenu du PSI[1] par le seul fait du temps que l'on peut consacrer à cette activité. De même le *case management* uniquement par téléphone[3, 45] identifie moins de problèmes et aboutit à un nombre moindre d'intervention que le *case management* avec entrevue personnelle[45]. La disponibilité régionale des services, et donc la politique régionale (favorisant par exemple le développement de centre de jour ou, au contraire, le développement des emplois d'aide à domicile), a évidemment également une influence importante sur le contenu des PSI[1]. Enfin, Capitman souligne aussi l'influence de la professionnalisation variable de l'activité de gestionnaire de cas pour expliquer la variation du contenu des PSI[9].

Difficultés d'implantation

Les difficultés rencontrées à propos des PSI dans les réseaux intégrés ont fait l'objet de peu d'études jusqu'à présent. Pourtant, comme le rapportent Chamberlain *et al*., la fidélité de l'implantation réelle d'une nouvelle technologie (comme la gestion de cas) par rapport au modèle idéal ne peut être parfaite, et une implantation de 6 à 29 % des composants d'une nouvelle technologie est habituelle[12]. Applebaum identifie l'éla-

boration d'un plan de soins diversifiés orientés par des buts standardisés et comprenant des services formels et informels comme une des tâches requérant une formation complémentaire parmi les gestionnaires de cas impliqués dans le projet Channeling[4]. Ceci semble témoigner d'un inconfort des gestionnaires de cas avec l'outil. Il est par ailleurs intéressant de noter qu'une formation unique de quatre semaines permet de limiter de façon importante la variabilité inter-individuelle des PSI[27]. Dans leur étude sur les SHMO, Harrington *et al*. ont mis en évidence que les contacts entre le gestionnaire de cas et le médecin étaient moins fréquents que prévus, et que ces derniers n'avaient pas un accès facile ou n'utilisaient ni l'évaluation faite par le gestionnaire de cas ni le plan de soins[20]. L'évaluation et le plan étant dans un dossier séparé du dossier médical, les autres professionnels n'y avaient pas accès. Interrogés sur leur non-utilisation de l'évaluation lorsqu'elle était disponible, les médecins estimaient qu'elle était trop longue et détaillée pour une utilité clinique. Dans l'évaluation du *case-management* pour les patients âgés dans 18 HMO, Pacala *et al*. ont rapporté que les *case-manager* formulaient un plan de soins dans 78 % des cas et le plus souvent après une réunion multidisciplinaire et que, dans 39 % des cas, ce plan prenait l'aspect d'un contrat signé avec le client. De plus, dans quatre des HMO étudiés, les gestionnaires de cas organisaient et autorisaient l'accès à des services sans définir de PSI ni d'objectif spécifique et sans réunion multidisciplinaire[38]. Par ailleurs Abrahams *et al*. ont étudié les différences de pratiques dans la gestion de cas en soumettant sept cas fictifs à des équipes de *case-management* de quatre S/HMO. Le PSI n'était pas systématiquement réalisé (il était fait dans 4/7 cas dans une S/HMO, 5/7 cas dans une autre et 6/7 cas dans les deux dernières)[1]. Le fait que l'entourage subvienne aux besoins du client était parfois pris en compte pour justifier l'absence de PSI[1]. Si les utilités potentielles du PSI, que nous avons rappelées en introduction[35], ne font pas l'objet de débat, il n'y a pas à notre connaissance d'étude sur l'utilisation réelle que les gestionnaires de cas font de cet outil, ce qui paraît pourtant déterminant pour expliquer les variations de contenu et les limiter, du moins à l'intérieur d'un même réseau intégré.

Questions non résolues

Certaines questions paraissent insolubles à l'issu de cette analyse de littérature.

Le PSI devrait-il être un portrait de tous les services en place auprès d'un client ?

En effet, le document émanant du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec que nous avons déjà cité semble indiquer que seules les situations où il y a déséquilibre entre la situation actuelle et la situation souhaitée devrait apparaître dans le PSI[34]. Nous avons relevé dans certains cas que le critère d'entrée en gestion de cas est d'avoir au moins un besoin non comblé[15]. Dans d'autre cas, le PSI est décrit comme devant répondre aux besoins immédiats, à courts termes et en cours[43] ou bien reposer sur l'identification de besoins non comblés[36]. Mais d'autres documents que nous avons pu consulter évoquent souvent un portrait de tous les services en place auprès des clients[20]. C'est surtout évident lorsque le PSI sert également à contrôler les coûts[32].

Quelle est la place de l'aide apportée par les proches dans les PSI ?

La plupart des personnes en gestion de cas ont une famille ou un entourage qui prend souvent à sa charge une part importante des incapacités. Il arrive souvent que cette aide soit apportée de longue date, sans épuisement ni lassitude, voire même que des responsabilités aient glissé dans un couple d'un conjoint à l'autre (concernant la gestion des finances ou les courses, par exemple). Lorsque cette aide est apportée de façon continue et sans difficulté, doit-elle apparaître au PSI, et dans quel but ? Ainsi, dans certaines expériences, si les besoins de la personne sont couverts par les proches et que la charge (évaluée par un questionnaire standardisé par téléphone) ne dépasse pas un certain seuil, la personne n'est pas éligible à la gestion de cas[15].

Quelle est la place du médecin dans le PSI ?

Dans les expériences publiées, le rôle du médecin est extrêmement variable : il peut intervenir directement dans la gestion de cas elle-même[6], ou en être un partenaire actif[15, 19], mais il est parfois plutôt un correspondant des gestionnaires de cas[20]. Sa place dans le PSI varie donc de façon importante en fonction du rôle qui lui est attribué.

Quel niveau de précision s'attend-on à trouver dans le PSI ?

Dans certains cas, il semble que tous les détails des services doivent se trouver dans les PSI (nom des intervenants, jour précis de délivrance des services). En effet, certains auteurs précisent qu'une fréquence par semaine ou par mois pourrait être suffisant[2, 9, 35]. D'autres au contraire pensent que le plan doit pourvoir permettre de suivre les services de

façon détaillée[18, 42]. Au Québec, cela rejoint la question de savoir si on doit différencier de façon radicale les plans d'interventions interdisciplinaires (qui sont détaillés) des PSI, et dans ce cas comment les articuler. Cette question touche également à l'articulation entre les PSI et les protocoles standardisés de pratique.

Quelle utilisation réelle les gestionnaires de cas et les intervenants font-ils de cet outil ?

Seule l'étude de l'utilisation du dossier clinique informatisé nous donne des indications à ce sujet[44] en indiquant qu'actuellement les gestionnaires de cas sont les principaux lecteurs des plans qu'ils ont rédigés. Mais le moment précis de leur travail où le recours à cet outil est indispensable reste flou de même que le recours par les autres professionnels. Cet aspect pourrait avoir une influence sur la forme du PSI. Un plan serait plus utile au gestionnaire de cas eux-mêmes, dans la phase de coordination et d'implantation, mais pourrait être trop variable dans le temps pour que les professionnels y aient souvent recours. À l'inverse, un compte rendu des services mis en place serait plus utile aux professionnels à titre d'information et utile au gestionnaire de cas, mais plutôt au moment du suivi ou de la réévaluation.

Conclusion

Notre analyse documentaire met en évidence que le PSI, élément essentiel de la gestion de cas, paraît très variable dans son contenu, sa forme, son utilité conceptuelle et son utilisation. Il paraît souhaitable que ceux-ci soient mieux définis pour permettre une implantation et une utilisation plus simple de cet outil de gestion de cas.

Références

1. Abrahams, R., Capitman, J., Leutz, W. et Macko, P. « Variations in care planning practice in the social/HMO : an exploratory study », *Gerontologist*, 1989 ; 29 : 725-36.
2. Abrahams, R., Von Sternberg, T., Zeps, D., Dunn, S. et Macko, P. « Integrating care for the geriatric patient. Examples from the Social HMO (SHMO) », *HMO Pract*, 1992 ; 6 : 12-9.
3. Applebaum, R. et Austin, C. *Long-term care case management. Design and evaluation*, Springer Publishing Co, New York, 1990.

4. Applebaum, R. A. et Wilson, N. L. « Training needs for providing case management for the long-term care client : lessons from the National Channeling Demonstration », *Gerontologist*, 1988 ; 28 : 172-6.
5. Berger, P. « La problématique du plan de services de la personne. État de situation dressée par l'Office des personnes handicapées du Québec », Office des personnes handicapées du Québec, Drummondville, 2003. http ://www.ophq.gouv.qc.ca/ (page consultée le 12 janvier 2004)
6. Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V., Rubenstein, L. Z.et Carbonin, P. « Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community », *BMJ*, 1998 ; 316 : 1348-51.
7. Boisvert, D., Boutet, M., Despins, S. *et al*. *Le plan de Services Individualisé. Participation et animation*, Éditions Agence d'Arc Inc., Ottawa, Ontario, 1990.
8. Capitman, J. et Sciegaj, M. « A contextual approach for understanding individual autonomy in managed community long-term care », *Gerontologist*, 1995 ; 35 : 533-40.
9. Capitman, J. A., Haskins, B. et Bernstein, J. « Case management approaches in coordinated community-oriented long-term care demonstrations », *Gerontologist*, 1986 ; 4 : 398-404.
10. Centre d'expertise, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. « Outil d'évaluation multiclientèle », cahier de l'utilisateur, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2003
11. Challis, D., Darton, R., Johnson, L., Stone, M. et Traske, K. « An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients : II. Costs and effectiveness », *Age and Ageing*, 1991 ; 20 : 245-54.
12. Chamberlain, R. et Rapp, C. A. « A decade of case management : a methodological review of outcome research », *Community Ment Health J*, 1991 ; 27 : 171-88.
13. Eggert, G. M., Zimmer, J. G., Hall, W. J. et Friedman, B. « Case management : a randomized controlled study comparing a neighborhood team and a centralized individual model », *Health Serv Res*, 1991 ; 26(4) : 471-507.
14. Eng, C., Pedulla, J., Eleazer, G. P., McCann, R. et Fox, N. « Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) : an innovative model of integrated geriatric care and financing », *J Am Geriatr Soc*, 1997 ; 45 : 223-32.
15. Enguidanos, S. M., Gibbs, N. E., Simmons, W. J., Savoni, K. J., Jamison, P. M., Hackstaff, L., Griffin, A. M. et Cherin, D. A. « Kaiser Permanente community partners project : improving geriatric care management practices », *J Am Geriatr Soc*, 2003 ; 51 : 710-4.

16. Foote, C. et Stanners C. *Integrating Care for Older People. New Care for Old- A Systems Approach*, Jessica Kingsley Publishers, London, 2002.
17. Genrich, S. J. et Neatherlin, J. S. « Case manager role. A content analysis of published literature », *Care Manag J*, 2000 ; 3 : 14-9.
18. Geron, S. M. et Chassler, D. « Advancing the state of the art : establishing guidelines for long-term care case management », *J Case Manag*, 1995 ; 4 : 9-14.
19. Groupe de recherche Université de Montréal-Université McGill sur les services intégrés pour les personnes âgées. Site du Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie http ://www.solidage.ca/f/index.htm (page consultée le 12 janvier 2004)
20. Harrington, C., Lynch, M. et Newcomer, R. J. « Medical services in social health maintenance organizations », *Gerontologist*, 1993 ; 33 : 790-800.
21. Hébert, R., Durand, P. J., Dubuc, N., Tourigny, A. et le groupe PRISMA. « Frail elderly patients. New model for integrated service delivery », *Can Fam Physician*, 2003 ; 49 : 992-7.
22. Hollander, M. J. et Pallan, P. « The British Columbia Continuing Care system : service delivery and resource planning », *Aging* (Milano), 1995 ; 7 : 94-109.
23. Johri, M., Beland, F. et Bergman, H. « International experiments in integrated care for the elderly : a synthesis of the evidence », *Int J Geriatr Psychiatry*, 2003 ; 18(3) : 222-35.
24. Kane, R. L., Illston, L. H. et Miller, N. A. « Qualitative analysis of the Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) », *Gerontologist*, 1992 ; 32 : 771-80.
25. Kodner, D. L. « The quest for integrated systems of care for frail older persons », *Aging Clin Exp Res*, 2002 ; 14 : 307-13.
26. Landi, F., Lattanzio, F., Gambassi, G., Zuccala, G., Sgadari, A., Panfilo, M., Ruffilli, M. P. et Bernabei, R. « A model for integrated home care of frail older patients : the Silver Network project », SILVERNET-HC Study Group.
27. Landi, F., Sgadari, A., Cipriani, L., Castellani, M., Pahor, M., Carbonin, P. U. et Bernabei, R. « A simple program to train case managers in community elderly care », *Aging* (Milano), 1996 ; 8 : 211-8.
28. Lebel, P. « L'évaluation de la qualité des soins et services », projet de démonstration SIPA, évaluation de la Phase 1, juin 1999 à mai 2000, Fonds d'adaptation des services de santé, Santé Canada, Montréal, 2002 http ://www.solidage.ca/docs/sipa2002/pp/3LebelP.pdf (page consultée le 12 janvier 2004)

29. Leutz, W., Sciegaj, M. et Capitman, J. « Client-centered case management. A survey of state programs », *J Case Manag*, 1997 ; 6 : 18-24.

30. MaloneBeach, E. E., Zarit, S. H. et Spore, D. L. « Caregivers' perceptions of case management and community-based services : barriers to service use », *J Appl Gerontol*, 1992 ; 11 : 146-59.

31. Marceau, M. P. « La coordination des plans de services », texte de référence à partir d'une revue de la littérature, Centre de Services Sociaux du Montréal Métropolitain, direction des services professionnels, Montréal, 1984.

32. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. « L'allocation personnalisée d'autonomie », guide pratique, Le ministère, Paris, 2001 http ://www.social.gouv.fr/apa (page consultée le 12 janvier 2004)

33. Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie », gouvernement du Québec, Le Ministère, Québec, 2001 http ://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publications.html (page consultée le 12 janvier 2004)

34. Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Séminaire de sensibilisation à la démarche du plan de service individualisé », gouvernement du Québec, Le Ministère, Québec, 1992.

35. Moxley, D. P. *The practice of case management* (A Sage Human Services guides, vol 58), Sage Publications, Inc., Newbury Park (CA), 1989

36. Newcomer, R., Arnsberger, P. et Zhang, X. « Case management, client risk factors and service use », *Health Care Financ Rev*, 1997 ; 19(1) : 105-20.

37. Newcomer, R., Harrington, C. et Kane, R. « Challenges and accomplishments of the second-generation social health maintenance organization », *Gerontologist*, 2002 ; 42 : 843-52.

38. Pacala, J. T., Boult, C., Hepburn, K. W., Kane, R. A., Kane, R. L., Malone, J. K., Morishita, L. et Reed, R. L. « Case management of older adults in health maintenance organizations », *J Am Geriatr Soc*, 1995 ; 43 : 538-42.

39. Paradis, M., Bonin, L., Tourigny, A. et Durand, P. « Réseau de services intégrés aux aînés des Bois-Francs : mécanisme de coordination des services géronto-gériatriques », rapport de l'évaluation d'implantation et de processus, la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2001 http ://www.rrsss04.gouv.qc.ca/NosProduits/rsiabf/rsiabf_rapp_fin.pdf (page consultée le 12 janvier 2004)

40. Paul, S. et Weatherill, S. « New approaches for the elderly show significant results », *Hosp Q*, 1999 ; 3 : 54-9.

41. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. « Plan d'intervention et d'allocation de services multiclientèle », ministère de la Santé et des Services sociaux ; Québec, 2002

http ://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publications.html (page consultée le 12 janvier 2004)

42. Riley, P. A., Fortinsky, R. H. et Coburn, A. F. « Developing consumer-centered quality assurance strategies for home care. A case management model », *J Case Manag*, 1992 ; 1 : 39-48.
43. The HMO Workgroup on Care Management. « Essential components of geriatric care provided through health maintenance organizations », *J Am Geriatr Soc*, 1998 ; 46 : 303-8.
44. Tourigny, A., Bonin, L. et Morin, M. « Système d'information gérontogériatrique interdisciplinaire et interétablissements. Utilité perçue et Utilisation en temps réel », La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2003 http ://www.prisma-qc.ca/ (page consultée le 12 janvier 2004)
45. Wilber, K. H., Allen, D., Shannon, G. R. et Alongi, S. « Partnering managed care and community-based services for frail elders : the care advocate program », *J Am Geriatr Soc*, 2003 ; 51 : 807-12.

Annexe 1
Cadre légal au Québec

Neuf articles de la loi du Québec font référence au PSI. Il s'agit de quatre articles de la loi sur les services de santé et les services sociaux (S-4.2) et de cinq articles de la loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées (E-20.1).

Article 10. Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103.

Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans

Article 102. Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505, dans la mesure qui y est prévue, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'usager par les divers intervenants concernés de l'établissement.

Article 103. Lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505 doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désigné après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé.

Article 505. Le gouvernement peut par règlement :

Paragraphe 27° déterminer les catégories d'usagers pour lesquels des plans d'intervention ou des plans de services individualisés doivent être élaborés.

Il n'y a jamais eu de règlement.

Article 45. Toute personne handicapée qui réside au Québec au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) peut demander à l'Office de voir à la préparation d'un plan de services afin de faciliter son intégration scolaire, professionnelle et sociale. Cette demande doit être présentée suivant la procédure prescrite par règlement de l'Office.

Article 47. L'Office statue sur l'admissibilité d'une personne handicapée à un plan de services selon des critères et normes fixées par règlement, dans les soixante jours de la réception de la demande. La décision de l'Office doit être motivée et communiquée, par écrit, à la personne handicapée.

Article 49. L'Office voit à la préparation du plan de services d'une personne handicapée qu'il déclare admissible conformément à l'article 47, et ce, notamment, en faisant directement appel aux ressources existantes et aux organismes locaux et régionaux

Article 50. Un plan de services peut comprendre, un ou plusieurs des éléments suivants :

a) un programme de réadaptation fonctionnelle, médicale et sociale ;

b) un programme d'intégration sociale ;

c) une orientation scolaire et professionnelle ;

d) un programme de formation générale et professionnelle ;

e) un travail rémunérateur.

Ce plan peut être modifié pour tenir compte de circonstances nouvelles.

Dans l'élaboration d'un plan de services et dans les modifications qui y sont apportées, l'Office doit respecter le libre choix de la personne handicapée.

Article 51. Dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de services, l'Office aide une personne handicapée à obtenir des ministères, organismes publics et autres administrations publiques les services requis

16. Cadre de référence pour l'évaluation de la qualité des soins et services aux personnes âgées vulnérables

André Tourigny, Lise Côté, Edeltraut Kröger, Paule Lebel, Marie-Jeanne Kergoat, Diane Morin, Michel Tousignant

Introduction

Dans le contexte du vieillissement accéléré de la population, observé tant au Québec qu'ailleurs au Canada, les pertes d'autonomie vécues par les aînés et leurs aidants posent d'importants défis au plan de l'organisation et de la prestation des services. Une diversité des ressources et de services, que ce soit de première ou de deuxième ligne, vise à répondre à ces besoins accrus d'évaluation, de traitement, de réadaptation, de soutien psychologique et social ainsi que d'aide pour favoriser le maintien à domicile. Toutefois, la dispensation des services par cette multitude de ressources et d'intervenants constitue un enjeu majeur pour la continuité et la qualité des services. Le développement de réseaux de services intégrés pour les aînés et leurs aidants représente notamment une des façons de réduire les problèmes de continuité et de fractionnement des services[8, 15, 18]. L'intérêt de connaître et de mesurer la qualité et la continuité des services offerts aux aînés dans un tel contexte représente donc un enjeu important, autant pour les décideurs que pour les dispensateurs de ces services.

Le principal objectif de ce chapitre vise à faire connaître la démarche d'évaluation de la qualité des soins dispensés aux personnes âgées vulnérables présentement en élaboration au Québec. Après avoir discuté de la pertinence, des objectifs de la démarche et des perspectives privilégiées d'évaluation de la qualité, les principales définitions de la qualité des soins et des services dans le domaine de la santé seront décrites. Par la suite, nous proposerons une définition de la qualité privilégiée et un cadre de référence de la qualité à la base de l'actuelle démarche. Chacune des dimensions qui composent ce cadre d'évaluation de la qualité sera présentée, notamment en situant l'importance de la continuité comme dimension de la qualité des soins et services offerts aux aînés.

L'approche retenue d'évaluation de la qualité « par indicateur » sera illustrée par la description du processus permettant le choix des mesures ou des indicateurs. En conclusion seront présentées les étapes liées à la conception et à la réalisation de la démarche d'évaluation de la qualité et de la continuité des services offerts aux aînés.

Pourquoi s'intéresser à l'évaluation de la qualité et de la continuité des soins et services offerts aux personnes âgées vulnérables ?

Les préoccupations des décideurs et dispensateurs de soins à l'égard de la qualité et de la continuité des services traduisent des défis de taille, non seulement pour l'ensemble du réseau de services intégrés, mais à chacun des endroits où l'aîné reçoit des soins, soit en milieu communautaire (domicile, cabinet privé, CLSC, organismes communautaires) ou en milieu institutionnel (hôpital, centre de réadaptation ou d'hébergement). L'intérêt de suivre et d'évaluer la qualité des soins et services aux aînés est de répondre aux besoins d'information nécessaires pour permettre d'améliorer l'organisation et la dispensation des services qui leur sont destinés et de leur assurer des services de qualité et appropriés à leurs besoins. La pertinence d'évaluer la qualité s'inscrit dans la logique « on ne peut pas améliorer ce que l'on ne peut pas mesurer ». Suite aux commentaires des partenaires-décideurs dans ce projet, il est devenu clair que l'évaluation de la continuité est à privilégier, car elle est moins développée et très pertinente à la qualité. Les partenaires ont aussi suggéré d'intégrer dans la démarche de ce projet des initiatives déjà en place dans les milieux. L'évaluation de la continuité est de plus désirée pour mieux apprécier le bénéfice des réseaux intégrés dont une des missions clé était d'augmenter la continuité des services. Il devient prioritaire de mettre au point des démarches d'évaluation de la qualité qui intègrent une mesure de la continuité des soins et services pour mieux répondre aux questions relatives à la capacité du réseau à offrir des soins et services continus aux aînés, en tenant compte des nouvelles dynamiques d'échange introduites entre partenaires provenant des réseaux publics, privés et communautaires.

L'intérêt de la démarche ici proposée repose sur le besoin de mieux évaluer la qualité et la continuité des services, en considérant la complexité des problèmes inhérents aux pertes d'autonomie chez les aînés. Les indicateurs généraux de la qualité retrouvés dans la littérature ne s'appliquent pas nécessairement à la clientèle de 65 ans ou plus, et cette

clientèle âgée est souvent négligée par les démarches de qualité. De plus, la démarche vise à fournir de l'information utile pour contribuer à orienter la restructuration du système de soins sur des données factuelles afin d'optimiser leur adaptation aux besoins des aînés vulnérables. Elle touche notamment la mise en place d'un nouveau modèle d'organisation des soins médicaux, soit les groupes de médecine de famille (GMF) pour lesquels les aînés constituent une clientèle importante. La démarche pourra enrichir les réflexions déjà amorcées dans certaines régions du Québec pour bâtir des tableaux de bord d'indicateurs de qualité pertinents aux personnes âgées et mieux répondre au divers besoins d'information des décideurs et dispensateurs de soins.

Objectif général de la démarche

Le principal objectif de la démarche vise à développer et à adapter l'évaluation de la qualité et de la continuité au contexte des soins et services offerts à la population âgée, qu'il s'agisse de personnes âgées à domicile (soutien à domicile, services en cabinet privé, CLSC), de celles qui reçoivent des soins et services en milieu hospitalier ou en milieu d'hébergement, ou dans le cadre d'un réseau de services intégrés. On veut identifier et valider des mesures de qualité et de continuité des services appropriées à la réalité des aînés, en retenant des indicateurs pertinents et fiables qui soient particulièrement liés aux processus de soins et services. Cette approche permet de tenir compte des nouvelles dynamiques d'échange introduites entre les diverses pratiques de soins, parmi les nombreux dispensateurs de soins, qu'ils soient du domaine médical, infirmier, de la réadaptation, de la pharmacie, des services sociaux et psychosociaux, ou qu'ils soient des partenaires provenant des réseaux publics, privés ou communautaires. La démarche proposée s'intéresse spécifiquement à la population des personnes de 65 ans et plus, particulièrement vulnérables, c'est-à-dire celles qui présentent un risque accru de perte d'autonomie et de décès ou encore celles déjà affectées d'une perte d'autonomie. On estime qu'entre un tiers et un quart des personnes de 65 ans et plus font partie de ce groupe, en tenant compte des caractéristiques d'âge, de maladies et des activités de la vie quotidienne[22].

Perspectives de l'évaluation

Dans le cadre de cette démarche d'évaluation où l'on vise à créer une information utile pour améliorer les services, il est important de préciser

la perspective privilégiée et de tenir compte de l'auditoire, c'est-à-dire de ceux qui utiliseront l'information fournie par l'évaluation. Selon la littérature relative à l'évaluation de la qualité des services de santé[7], diverses perspectives sont envisageables. L'évaluation de la qualité et de la continuité des services développée dans une perspective populationnelle s'applique à une population déterminée par certaines caractéristiques communes sur une base locale, régionale ou nationale. Dans cette perspective, on retrouve divers preneurs ayant des rôles et des mandats différents à l'égard de la qualité, soit comme gestionnaires d'établissements soit comme planificateurs de soins et services régionaux ou provinciaux.

L'évaluation peut aussi se définir selon une perspective individuelle ou clinique[7], lorsqu'on s'intéresse à la qualité des soins offerte à un type de patient donné ou dans un milieu clinique ciblé. La démarche d'évaluation de la qualité vise alors à produire de l'information qui va intéresser davantage les dispensateurs de soins ou l'équipe d'intervention offrant des services particuliers aux clientèles âgées. Dans le cadre de la présente démarche d'évaluation de la qualité et de la continuité des services aux aînés, on vise à fournir de l'information susceptible de fournir de l'information utile à la fois à la perspective populationnelle et à la perspective individuelle ou clinique.

Définitions de la qualité

Dans le but de mieux définir le concept de « qualité » sous-jacent à la présente démarche, une revue systématique de la littérature a été réalisée. Les auteurs s'entendent sur le fait que les définitions de la qualité des soins sont très nombreuses et qu'une définition unique reste difficile à établir, car celle-ci reflète nécessairement les perspectives et les objectifs des groupes concernés, soit les patients, les intervenants, les médecins, les gestionnaires ou les décideurs[2, 5, 16]. En fait, plus d'une centaine de définitions ont été répertoriées par l'Institute of Medicine (IOM) des États-Unis[4]. Trois de ces définitions sont citées plus souvent que d'autres : celle de Donabedian, celle de l'American Medical Association (AMA) et celle de l'IOM.

Selon Donabedian, une qualité élevée correspond à « ce type de soins dont on attend qu'il maximise une mesure inclusive du bien-être des patients, après avoir pris en compte l'équilibre entre les gains et les pertes liées au processus de soins dans toutes ses parties »[2, 9]. Selon cet auteur, la qualité est déterminée par des caractéristiques ou des facteurs relevant de la structure, du processus et des résultats des soins de santé[9].

Cette distinction en structure, processus et résultats a été retenue par plusieurs auteurs du domaine de la qualité des soins[3, 4]. Il en découle que l'évaluation de la qualité peut comprendre des mesures de ces trois éléments. Plus récemment, il a été précisé que dans une démarche qui veut améliorer la qualité par un changement des processus, les caractéristiques du processus seraient les facteurs à privilégier pour mesurer la qualité, en autant que leur lien avec les résultats soit établi[3, 24]. De plus, concernant les caractéristiques de structure, il faut démontrer que la variation de ces caractéristiques influe sur les résultats, ce qui est souvent difficile[3]. Finalement, les caractéristiques de résultats peuvent servir à l'évaluation de la qualité, dans la mesure où leur variation peut être attribuée à celles des caractéristiques de la structure ou du processus de soins[3]. Cependant, les résultats de santé sont également influencés par un grand nombre de facteurs non associés aux soins de santé, mais plutôt liés au patient. Ce fait oblige à ajuster pour des critères qui caractérisent les patients quand on veut utiliser des mesures de résultats pour évaluer la qualité des soins. Ces ajustements nécessitent des données qui ne sont pas nécessairement disponibles dans la démarche décrite ici.

La deuxième définition citée fréquemment est celle de l'AMA, selon laquelle des soins de qualité sont « des soins qui contribuent de façon constante à l'amélioration ou au maintien de la qualité ou de la durée de vie »[1]. Conceptuellement, cette définition est proche de celle de Donabedian[10], quoique moins spécifique et axée essentiellement sur les résultats visés par les services. Dans le but de formuler une définition de la qualité, l'Institute of Medicine (IOM) a analysé de façon détaillée plus de 130 définitions fournies par différents organismes, associations et hôpitaux américains[16]. Cette analyse a permis de dégager 18 dimensions contenues dans les définitions formelles ou génériques. Huit de ces dimensions ont été retenues par l'IOM pour former la base de leur propre définition[16].

Définition de la qualité retenue

Aux fins de la présente démarche d'évaluation de la qualité et de la continuité des services aux aînés, la définition de la qualité retenue est celle de l'IOM qui intègre plusieurs aspects et dimensions dans sa formulation. Une « qualité élevée de soins » correspond « au degré avec lequel les services de santé pour les individus et la population augmentent la probabilité de résultats de santé désirés et qui sont en accord avec l'état

des connaissances professionnelles actuelles* »[9] (traduction libre). Cette définition de la qualité de l'IOM a été retenue en raison de son caractère complet qui cible bien les éléments à évaluer ; elle a aussi une portée tant à l'échelle de l'individu que de la population ; elle apparaît particulièrement appropriée dans le cadre de réseaux intégrés de soins aux aînés vulnérables.

De plus, cette définition de la qualité reprend dans sa « formulation »les nombreux « aspects ou éléments considérés comme importants dans la littérature sur la qualité des services de santé ». Plus spécifiquement, elle inclut une échelle de qualité : « degré avec lequel … » et elle s'applique à un large éventail d'éléments de soins : « services de santé ». Cette définition identifie à la fois les individus et la population comme cibles des efforts pour mesurer la qualité : « les individus et la population ». De plus, elle est orientée vers un but, « augmentent… des résultats de santé désirés ». Enfin, elle inclut le caractère probabiliste des résultats, mais valorise l'atteinte d'un bénéfice net : « augmentent la probabilité de… ». Cette définition souligne aussi l'importance des résultats et associe le processus des soins aux résultats « services de santé... augmentent… résultats », et ce, tout en considérant l'importance des préférences du patient comme individu et aussi celles des valeurs de la société et qu'elles doivent être considérées dans la prise des décisions et dans les politiques des soins de santé, « résultats de santé désirés ». Cette définition tient aussi compte des contraintes imposées à la performance professionnelle selon l'état des connaissances techniques, médicales et scientifiques, et implique que cette responsabilité du professionnel de la santé d'utiliser la meilleure base de connaissances disponibles soit constante« …correspondent au niveau des connaissances professionnelles en cours »[16].

Finalement, cette définition met aussi en évidence le lien entre les processus des soins et services et les résultats de santé, ce qui tient compte des réflexions de Donabedian[10] et de Brook[3].

Démarche pour identifier le cadre de référence de la qualité

Après avoir retenu une définition de la qualité des services de santé, il importe d'identifier un cadre de référence en lien avec cette définition

* Quality is « the degree to which health services for individuals and populations increase the likehood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge ». (IOM, 1990, 2001)

privilégiée. Ce cadre de référence sur la qualité vise à fournir une base fiable qui spécifie les dimensions et les aspects à être mesurés et suivis par des indicateurs pendant la démarche d'évaluation de la qualité des services aux aînés. Cette étape a été réalisée par la comparaison des cadres de référence ou conceptuels existant dans la littérature pour l'évaluation de la qualité des soins et services. Plusieurs ont été répertoriés à partir des cadres adoptés par différents organismes nationaux, des organisations majeures du Canada et des États-Unis ainsi que deux cadres internationaux[20, 25]. Les cadres nationaux qui s'intéressent plus spécifiquement à la qualité comme celui de IOM (États-Unis) et celui de la Nouvelle-Zélande ont été analysés. On a aussi considéré les cadres développés pour mesurer la performance d'un système de soins, selon qu'ils abordent les dimensions de la qualité de soins (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations [États-Unis]), le National Health Service (Grande-Bretagne). L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a aussi proposé les principales dimensions liées au rendement du système de santé au Canada (rapport final de la Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population). Les distinctions entre les concepts « évaluation de la performance » et « évaluation de la qualité » ne sont pas toujours claires ; ainsi, tous comprennent des dimensions qui se recoupent et se ressemblent. Toutefois la littérature parle davantage d'« évaluation de la qualité » lorsqu'on s'intéresse aux pratiques cliniques des dispensateurs de soins [7].

Les dimensions proposées par chacun de ces cadres ont été analysées et regroupées dans un tableau comparatif, ce qui a permis ensuite d'étudier les dimensions proposées en fonction de celles mises de l'avant par l'IOM, par celles de l'ICIS sur la performance, celles de Maxwell ou de Donabedian[11, 17]. Cette analyse comparative a facilité le choix des dimensions considérées les plus pertinentes pour la constitution de notre cadre de référence d'évaluation de la qualité.

Cadre de référence proposé

Le cadre de référence de l'évaluation de la qualité proposé résulte de la comparaison des cadres conceptuels existants, desquels les dimensions caractérisant la qualité ont été dégagées. Les dimensions et les aspects retenus par ce cadre de référence proposé reposent en grande partie sur celui de l'IOM[14] et tiennent compte de la plupart des dimensions en provenance d'autres cadres, notamment celui de l'ICIS, sur la performance.

Le cadre de référence proposé se base sur diverses catégories de dimensions ; celles qui décrivent les composantes de la qualité liées aux soins de santé (dimensions horizontales) et celles qui décrivent la perspective des consommateurs ou « résultats désirés par les aînés et leurs aidants » (dimensions verticales).

		Composantes des soins de santé			
	Résultats désirés par les aînés et leurs aidants	**Sécurité**	**Efficacité**	**Soins centrés sur l'aîné et sa communauté**	**Accès**
Résultats désirés par l'aîné et ses aidants	Dimension transversale : Continuité				
	• Rester en bonne santé				
	• Guérir				
	• Mieux vivre avec la maladie ou le handicap				
	• Faire face à la fin de la vie				
	Dimension transversale : Équité				

Deux dimensions transversales, « continuité » et « équité », sont aussi intégrées et mises en relation avec les deux autres types de dimensions.

Chacune des dimensions relatives aux soins de santé (horizontales) sera mise en relation avec celles des étapes ou résultats visés par les aînés (verticales), afin de mieux préciser les indicateurs ou mesures de qualité à privilégier .

Pour les aspects caractéristiques des soins et services de santé, on retrouve les dimensions de « sécurité » (*safety*), « efficacité » (*effectiveness*), « soins centrés sur l'aîné » (*patient-centeredness*) et « accès » (*timeliness*) qui correspondent aux dimensions suggérées par l'IOM .

La sécurité des soins correspond à la manière dont les soins et les services donnés, ou l'environnement dans lequel ils sont fournis, évitent ou minimisent un effet négatif sur le patient ou sa famille (mauvaise utilisation, *misuse*)[19]. L'efficacité des soins correspond à des soins et services fondés sur les connaissances scientifiques qui sont dispensés à tous ceux qui peuvent en bénéficier et qui sont épargnés à ceux qui n'en bénéficieront pas (sur et sous utilisation, *over and underuse*)[14]. La

dimension d'efficacité regroupe ici les mesures et les aspects liés à la compétence, au caractère approprié et à l'efficacité énoncés par le concept de qualité du ICIS[20].

Pour l'évaluation de la qualité des services dispensés aux personnes âgées, il est important d'intégrer la perspective de l'aîné ou du patient, par la dimension « soins centrés sur l'aîné et sa communauté » qui correspond à des soins de santé qui établissent un partenariat entre les professionnels de la santé, les dispensateurs des soins, le sujet et sa famille, pour assurer que les décisions respectent les désirs, besoins et préférences du patient et pour fournir à ce dernier l'éducation et le soutien dont il a besoin pour prendre des décisions éclairées[15]. La dimension d'acceptabilité suggérée par ICHI est incluse dans les « soins centrés sur l'aîné ». L'autre dimension caractéristique des soins est l'accès aux soins et services, qui représente la possibilité d'obtenir les soins nécessaires au bon endroit et au bon moment et de minimiser les délais inutiles[14]. Cette dimension inclut celle d'accessibilité proposée par l'ICIS.

Tout comme l'IOM, le cadre de référence considère aussi divers aspects liés à la « perspective des consommateurs » qui correspond aux « résultats désirés par les aînés et leurs aidants ». Ces aspects (verticaux) touchent les besoins et les attentes des clientèles selon les diverses étapes ou situations où surviennent les recours aux services de santé, soit « rester en bonne santé » (*staying healthy*)[*], « guérir » *(getting better*), « vivre avec la maladie ou le handicap » (*living with illness or disability*) et « faire face à la fin de la vie »(c*oping with the end of life*)[14].

Dans le cadre de référence retenu pour l'évaluation de la qualité des services aux aînés, la dimension « continuité » occupe une place déterminante (transversale) et touche la majorité des autres dimensions considérées. La dimension de la « continuité » est très pertinente à l'évaluation des soins et services dispensés aux personnes âgées vulnérables, puisque la fragmentation des services, révélateur d'un manque de continuité, constitue un problème majeur de qualité. La définition privilégiée pour la dimension « continuité » est celle proposée par Jeannie Haggerty *et al*.[13]. La continuité correspond à « la façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et liés dans le temps ; cet aspect des soins est le résultat d'un bon transfert d'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination des soins ». Comme la continuité comporte plusieurs aspects différents, plusieurs mesures sont nécessaires pour couvrir toutes les facettes du concept. Trois aspects caractérisent et définissent la continuité, soit la continuité d'approche

qui fait référence « aux soins reçus de différents intervenants qui sont reliés de façon cohérente », la continuité relationnelle qui traduit « l'importance d'une relation continue dans le temps entre le client et le soignant », et la continuité informationnelle qui réfère à « l'utilisation de l'information antérieure et actuelle afin d'adapter les soins courants aux besoins du client ».

L'équité se veut aussi une dimension transversale du cadre de référence, comme le suggère l'IOM[14]. L'équité correspond à l'absence de variation des soins ou services en raison de caractéristiques personnelles telles que le genre, l'ethnie, la localisation géographique ou le niveau sociodémographique[14]. Pour l'évaluation de l'équité, on s'intéresse à l'influence de ces caractéristiques sur les mesures des autres dimensions, notamment les dimensions verticales.

Il faut noter que toutes les dimensions proposées par le cadre de l'IOM ont été retenues dans notre cadre final. On a ajouté la continuité, puisqu'on la considère comme une dimension clé pour l'évaluation de la qualité aux aînés. Concernant les dimensions proposées par l'ICIS[6], elles se retrouvent toutes dans notre cadre de référence proposé, soit la sécurité, l'efficacité, le caractère approprié, la compétence, l'acceptabilité, l'accessibilité et la continuité, à l'exception de l'efficience qui touche particulièrement le concept de rendement et moins directement celui de la qualité. L'IOM a également exclu l'efficience de son cadre, car il considère que ces aspects de l'efficience, qui sont étroitement liés à la qualité, sont reflétés dans les autres dimensions retenues (par exemple, les erreurs dans les soins sont une forme de gaspillage ou de manque d'efficacité). Cependant, le coût unitaire d'un service est considéré comme un aspect de l'efficience non pertinent pour l'évaluation de la qualité des soins et services[14]. L'intérêt du cadre de référence proposé réside dans une meilleure compréhension et identification des mesures et des indicateurs incontournables liés à l'évaluation de la qualité des services offerts aux aînés. Chacun des indicateurs et des mesures de qualité retenus sera relié à l'une ou l'autre des dimensions horizontales et à l'une des attentes de services du consommateur, les phases verticales.

Évaluation de la qualité et de la continuité par la mesure d'indicateurs

Comme décrit ci-dessus, l'évaluation envisagée dans cette démarche repose principalement sur des mesures de processus. Certaines mesures des résultats ou de la structure pourront être retenues si elles sont recon-

Cadre conceptuel proposé pour l'évaluation de la qualité des soins et services dispensés aux personnes âgées

La qualité: correspond au « degré avec lequel les services de santé pour les individus et la population augmentent la probabilité de résultats de santé désirés et qui sont consistants avec l'état des connaissances professionnelles actuelles » [IOM, 1992, 2001].

Dimensions principales	Sécurité (Safety)	Efficacité (Effectiveness)	Soins centrés sur le patient et sa communauté (Patient-centeredness)	Accès (Timeliness)	RÉSULTATS DÉSIRÉS PAR LES AÎNÉS ET DE LEURS AIDANTS
	La sécurité des soins correspond à la manière dont les soins et les services donnés, ou l'environnement dans lequel ils sont donnés, évitent ou minimisent un effet négatif sur le patient (ou sa famille). *(NHQW 2001)* *Safety of care is the extent to which harm from care or from the environment in which care is carried out, is avoided or kept to a minimum.* (NHQW 2001)	L'efficacité des soins **correspond à des soins et services fondés sur les connaissances scientifiques qui sont dispensés à tous ceux qui peuvent en bénéficier et qui sont évités ou non donnés à ceux pour qui il n'est pas probable qu'ils en bénéficient (on fait ici référence à la sur utilisation et à la sous utilisation) (IOM 2001)** *Providing services based on scientific knowledge to all who could benefit, and refraining from providing services to those not likely to benefit (avoiding overuse and underuse)* (IOM 2001).	Des **soins centrés sur le patient** réfèrent à des soins de santé qui établissent un partenariat entre les professionnels de la santé, les dispensateurs des soins, les patients et leurs familles et communautés (si approprié) pour assurer que les décisions respectent les désirs, besoins et préférences du patient et que les patients ont l'éducation et le support dont ils ont besoin pour prendre des décisions et pour participer à leurs propres soins. (IOM 2001) *Health care that establishes a partnership among practitioners, patients, their families (when appropriate) to ensure that decisions respect patients' wants, needs, preferences and that patients have the education and support they require to make decisions and participate in their own care (IOM 2001).*	**L'accès aux soins et services** signifie d'obtenir les soins nécessaires à la bonne place et au bon moment, et de minimiser des délais inutiles (IOM 2001). *Obtaining needed care **at the right place and time** (CIHI), and minimising unnecessary delays in getting that care* (IOM 2001).	**RESTER EN BONNE SANTÉ** **GUÉRIR** **MIEUX VIVRE AVEC LA MALADIE OU L'HANDICAP** **FAIRE FACE À LA FIN DE LA VIE**
Dimension transversale : CONTINUITÉ					
	La continuité correspond à « la façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et reliés dans le temps; cet aspect des soins est le résultat d'un bon transfert de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination des soins » (FCRSS,2002).				
	CONTINUITÉ DE L'APPROCHE: • Réfère à ce que les soins reçus de différents intervenants soient reliés de façon cohérente.		**CONTINUITÉ RELATIONNELLE:** • Réfère à l'importance de la relation continue entre le patient et le soignant (durée de cette relation comme catalyseur de la continuité). Comprend le support permettant de relier les soins dans le temps et d'assurer la transition entre des événements.	**CONTINUITÉ INFORMATIONNELLE:** • Correspond à l'utilisation de l'information sur des circonstances, événements antérieurs dans le but d'adapter les soins courants au patient et à son mal.	
Dimension transversale : Équité (Equity)					
	L'équité correspond au degré avec lequel les soins ou services ne varient pas en raison des caractéristiques personnelles comme le genre, l'ethnicité, la localisation géographique ou le niveau socio-démographique. *Providing care that does not vary in quality because of personal characteristics such as gender, ethnicity, geographic location, and socio-economic status* (IOM 2001).				

Modification ou ajout au cadre de qualité proposé comparativement à celui de l' IOM 2001.

nues comme déterminantes dans le contexte de la qualité des services offerts aux aînés et si leur mesure s'avère réalisable. La démarche s'appuie sur des indicateurs de qualité et de continuité, qui sont des mesures par critères explicites**.** On les distingue des mesures par critères implicites[3]. Les critères implicites réfèrent au jugement du professionnel de la santé en l'absence de standards ou directives extérieurs. On peut nommer trois critères implicites, qui se résument par les questions suivantes : « Le processus des soins était-il adéquat ? De meilleurs soins auraient-ils amélioré les résultats ? Les soins globaux étaient-ils acceptables ? »[3].

Les mesures de processus à utiliser dans cette démarche sont des mesures par critères explicites. Celles-ci seront appuyées par une revue de la littérature scientifique démontrant un lien, de préférence causal, entre le processus évalué et les résultats sur la santé[4]. Les indicateurs de qualité du processus seront choisis dans une liste de mesures proposées établie d'après une revue de la littérature. Ce choix se fera selon certains critères. Plusieurs organismes et auteurs ont proposé de tels critères pour des indicateurs ou mesures de la qualité des soins[14]. Suite à une revue de cette littérature, des critères ont été retenus pour le choix des indicateurs pertinents pour l'évaluation de la qualité des soins et services pour la clientèle âgée. Ces critères sont fortement inspirés des travaux de l'IOM et comprennent l'importance globale, la valeur scientifique et la faisabilité.

Identification des indicateurs à utiliser

Les indicateurs de la qualité de soins pour cette démarche ont été localisés dans plusieurs sources, dont certaines ont permis d'identifier des indicateurs de processus. Les sources consultées étaient notamment les travaux de l'IOM[14], du projet « Assessing care of the vulnerable elders » (ACOVE)[24], du National Health Service (NHS) de la Grande-Bretagne et du Research and Development Corporation (RAND). ACOVE est un projet de recherche d'envergure sur l'évaluation de la qualité des soins dispensés aux personnes âgées vulnérables. Pour compléter la démarche, la littérature de diverses autres organisations de plusieurs pays et d'auteurs du domaine a été consultée, et une liste complète des documents consultés est disponible. Les indicateurs repérés de cette façon ne sont pas tous applicables au contexte des personnes âgées et n'ont pas toujours fait l'objet d'un consensus d'experts. Souvent, la source ne fournit pas de documentation scientifique pour les indicateurs recensés. D'autres revues de la littérature ont permis d'identifier des indicateurs

de qualité spécifiques aux soins infirmiers, aux soins psychosociaux et aux soins d'ergothérapie. Ces indicateurs n'ont pas nécessairement fait l'objet d'une validation par comité d'experts et ne sont pas toujours appuyés par des études cliniques ou d'observation, mais proviennent plutôt parfois d'un consensus de cliniciens experts, en lien avec des lignes directrices établies par des associations professionnelles. Deux étapes de sélection ont été faites afin de déceler, parmi tous les indicateurs répertoriés, ceux susceptibles de s'appliquer aux services offerts et dispensés à la population âgée, en tenant compte des indicateurs répertoriés par le projet ACOVE. La plupart des indicateurs répertoriés ont été classés selon chacune des dimensions retenues dans le cadre de référence. Le projet ACOVE nous fournit également plusieurs indicateurs de continuité, enrichis par de nouvelles mesures appliquées, dans un premier temps, à la démence. L'ensemble des indicateurs retenus à cette étape est réparti selon les dimensions du cadre conceptuel. On distingue des indicateurs applicables à plusieurs problèmes de santé des personnes âgées vulnérables, soit des indicateurs des aspects généraux des soins, et des indicateurs applicables seulement à des problèmes particuliers, soit des indicateurs spécifiques.

Exemples d'indicateurs de qualité pour évaluer les processus

Dimension du cadre conceptuel	Indicateur des aspects généraux des soins	Indicateur spécifique à une problématique
Sécurité	Histoire médicamenteuse	Contentions dans les comportements perturbateurs
Efficacité	Information sur l'activité physique	Traitement de la dépression
Soins centrés sur le patient	Informer sur le choix du traitement	Consentement lors des contentions
Accès	Délai entre diagnostic et traitement	Facilité d'obtenir des soins de première ligne au besoin

Pour l'évaluation de la sécurité, un exemple d'indicateur des aspects généraux des soins est le suivant : « Pour toute personne âgée vulnérable, l'histoire médicamenteuse doit être à jour chez tout médecin consulté dans une clinique de première ligne comme dans le dossier d'hôpital. » Cet indicateur est en lien avec la phase « guérir et mieux vivre avec la maladie ». Un indicateur spécifique au problème de la

démence est : « Lors de l'utilisation de contentions dans les soins des personnes démentes, a) les contentions doivent être relâchées aux 2 heures et b) une réévaluation par le médecin ou l'infirmière doit être faite aux 4 heures et avant tout renouvellement de la directive de contentions ». La phase visée ici est la prévention.

Pour l'évaluation de l'efficacité**,** un exemple d'un indicateur des aspects généraux des soins est : « Dans plusieurs situations (ostéoarthrite, chutes) l'offre d'un programme d'activité physique doit faire partie d'un plan de soins efficace ». La phase visée est la prévention et mieux vivre avec la maladie. Un indicateur spécifique au problème de la dépression est : « En cas de diagnostic de dépression, un traitement doit être prescrit. » La phase visée est guérir.

Pour l'évaluation des soins centrés sur le patient**,** un exemple d'indicateur des aspects généraux des soins est : « Pour plusieurs problèmes, des soins centrés sur le patient doivent englober les informations fournies au patient sur les choix de traitement possibles. » Ici, plusieurs phases sont visées, soit prévenir, guérir, mieux vivre avec la maladie et faire face à la fin de la vie. Un exemple pour un indicateur spécifique à la démence est : « Si l'utilisation de contentions est envisagée, le comportement perturbateur ou le problème de sécurité à l'origine de ces contentions doit être communiqué à la personne consentante et noté au dossier de la personne âgée. » La phase visée est mieux vivre avec la maladie.

Pour l'évaluation de l'accès**,** un exemple d'indicateur des aspects généraux des soins est : « Le délai observé entre le diagnostic et le traitement de la plupart de problèmes doit respecter des normes préétablies. ». Les phases visées sont prévenir, guérir, mieux vivre avec la maladie et faire face à la fin de la vie. Un exemple pour un indicateur spécifique à certaines maladies chroniques, comme l'hypertension, est : « Dans le cas de plusieurs maladies chroniques, la facilité d'obtenir des soins de première ligne au besoin est un indicateur de processus d'accès. » Plusieurs phases sont encore visées, soit prévenir, guérir, mieux vivre avec la maladie.

Étapes d'une démarche d'évaluation de la qualité

La démarche décrite ici se réalise en plusieurs étapes qui ont fait l'objet de discussions au sein de l'équipe de recherche et avec l'ensemble des partenaires décideurs impliqués dans la planification, l'organisation et la prestation de services aux personnes âgées dans différentes régions du Québec. Les deux premières étapes ont été réalisées ou sont en cours, tandis que les étapes subséquentes seront réalisées plus tard.

Première étape : choix des problématiques

La première étape est le choix d'une ou plusieurs problématiques, maladies ou conditions pour la validation d'indicateurs et pour la réalisation d'une évaluation de la qualité et de la continuité des services offerts aux clientèles âgées. Les critères pour le choix des problématiques ont été tirés de la publication de Sloss *et al*.[23] sur la sélection des conditions pour l'amélioration de la qualité des soins chez les personnes âgées vulnérables et qui ont, pour la plupart, servi de base pour le projet ACOVE. Les autres critères qui ont été ajoutés touchent notamment l'expérience de recherche des chercheurs impliqués dans ce projet ainsi que leurs travaux antérieurs. En somme, les critères suivants ont été utilisés pour le choix des problèmes à évaluer :

1. Prévalence ou incidence du problème parmi les personnes de 65 ans et plus
2. Impact sur la santé et la qualité de vie des personnes âgées vulnérables
3. Efficacité des soins (médicaux) à améliorer les résultats « outcomes » chez les personnes âgées vulnérables
4. Disparité dans la qualité des soins selon les dispensateurs de soins et services, et selon les aires géographiques
5. Possibilité d'obtenir les données (à partir de dossiers médicaux, entrevues pour évaluer les soins, banques de données administratives.)
6. Implication des intervenants de diverses professions ou disciplines (multidisciplinarité)
7. Répartition des soins dans les domaines à la fois préventifs, curatifs et de réadaptation (continuum de soins)
8. Correspondance aux expertises et travaux déjà en cours au sein de l'équipe de recherche

En respectant ces critères, six problèmes ont été identifiées comme prioritaires pour amorcer la démarche, soit la démence (3)* , la médication (1) , les chutes (6), l'incontinence (12), les plaies de lit (12) et l'accident vasculaire cérébral (AVC) (5). Les problématiques choisies répondent aussi aux critères 6 et 7, car les soins dispensés pour traiter ces pro-

* Rang sur 35 lors du classement des problématiques fait dans le projet ACOVE[18].

blèmes sont susceptibles d'impliquer différents types d'intervenants, notamment des infirmières, des médecins, des pharmaciens, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux. De plus, plusieurs de ces problématiques exigent des soins préventifs, curatifs, de réadaptation, de longue durée et en fin de la vie, c'est-à-dire dans un continuum de soins fournis en première ligne, à l'hôpital, en CHSLD, et à domicile, et qui correspond au Québec à l'approche privilégiée par les réseaux de services intégrés en développement pour les personnes âgées. Parmi ces problèmes, la démence, l'incontinence et les plaies de lit sont d'un intérêt particulier en soins infirmiers ainsi qu'en soins de longue durée, ce qui rejoint les intérêts de recherche et les expertises en nursing et soins de longue durée des divers chercheurs impliqués dans le projet. Finalement, le projet PRISMA, dans le cadre duquel une évaluation de la qualité des soins et services dispensés est nécessaire, a utilisé une approche de cas traceurs. Ces cas traceurs étaient les fractures de la hanche, les troubles cognitifs et des cas d'AVC. Tout comme dans le projet ACOVE, où l'on n'a retenu qu'un nombre limité de problèmes, soit « la démence, les chutes et l'incontinence » pour faciliter et valider le développement d'indicateurs à utiliser lors de l'évaluation de la qualité des services auprès des aînés, la problématique « démence » sera retenue comme premier objet de la démarche d'évaluation de la qualité et de la continuité des services offerts aux aînés au Québec.

Deuxième étape : validation des indicateurs

Il faut identifier et valider, auprès d'un comité d'experts, les indicateurs qui touchent la qualité et la continuité des soins et des services aux aînés et à leurs aidants dans les milieux communautaire et institutionnel. Cette étape vise à déterminer les indicateurs les plus pertinents à l'évaluation de la qualité des soins et services pour les personnes âgées vulnérables dans le contexte québécois et canadien, et ce, à partir du répertoire d'indicateurs déjà réalisé. La validation des indicateurs répertoriés est effectuée par une démarche d'atteinte de consensus, de type Delphi ou Delphi modifiée (RAND). Elle comprend l'évaluation de l'importance globale, soit l'impact sur la santé de l'indicateur évalué, son utilité et la probabilité qu'un indicateur puisse être influencé par le système ou le dispensateur de soins (susceptibilité). La valeur scientifique est évaluée dans la démarche Delphi et par l'équipe de recherche. Elle comprend la validité et la fiabilité de la mesure, et la netteté des preuves scientifiques démontrant un lien entre un indicateur de processus et les résultats sur la santé.

L'atteinte de consensus par la méthode Delphi modifié a déjà été testée dans le cadre de ce projet. Un répertoire provisoire comprenant des indicateurs du projet ACOVE, pour les problèmes chutes, démence, ostéoporose, médication et insuffisance cardiaque, ainsi que des indicateurs d'autres sources, mais sans documentation des évidences scientifiques, a été soumis pour cotation à un panel de neuf experts (médecins omnipraticiens, gériatres [tous les indicateurs] et pharmaciens [indicateurs sur la médication et l'insuffisance cardiaque]). Cette étape à permis d'obtenir des informations sur la faisabilité de la démarche Delphi, sur la documentation à soumettre, sur la collaboration des experts-cliniciens et sur l'analyse de l'atteinte de consensus suivant la technique « RAND UCLA appropriateness method »[12] qui est une adaptation de la technique Delphi. L'atteinte de consensus se fera en consultant les experts cliniciens des différentes professions, soit des médecins omnipraticiens, des gériatres et psychogériatres, des infirmiers, des ergothérapeuthes, des pharmaciens, des psychologues et neuropsychologues, des travailleurs sociaux et des diététistes et des divers milieux impliqués (UCDG, CHSLD, CLSC, soins ambulatoires) dans les soins et services dispensés aux personnes âgées vulnérables du Québec et susceptibles d'être touchées par la problématique démence. Cette validation par comité d'experts permettra d'obtenir des indicateurs jugés les plus pertinents pour la population âgée, en regard de l'évaluation des soins et des services de santé.

La faisabilité est évaluée par l'équipe de recherche dans une démarche parallèle. L'évaluation de la faisabilité s'intéresse à l'existence de prototypes des mesures retenues, aux sources de données, au coût et à la lourdeur de la mesure, et éventuellement à la possibilité de faire des analyses de sous-groupes. Comme la disponibilité de plusieurs de ces indicateurs dépend de la nature et de la qualité des sources de données, un exercice devra être fait afin de documenter la disponibilité de ces sources, leur validité, de même que les sources à développer afin de pouvoir les mesurer. Cet exercice devra aussi prendre en compte les différentes stratégies possibles de collecte de l'information à partir de données quantitatives ou qualitatives. L'exercice est nécessaire, puisque les personnes consultées par la méthode Delphi pourront être à l'aise pour juger de la pertinence d'un indicateur, mais se sentir moins à l'aise pour identifier si une source de données est disponible et si elle est valide. Cette étape fournira un répertoire d'indicateurs validés permettant d'évaluer la qualité et la continuité des soins et services spécifiques à la

problématique choisie ainsi que des aspects généraux des soins qui sont pertinents pour la clientèle touchée.

Troisième étape : expérimentation des indicateurs

Les indicateurs retenus et les stratégies de collecte de données pour ces indicateurs seront testés et le potentiel des banques de données disponibles pour mesurer ces indicateurs sera évalué. Cette étape s'intéressera à l'expérimentation de la démarche dans divers milieux et pour le problème cible, en misant sur la production d'information valide et utile aux divers auditoires concernés par les soins aux aînés. Une importante partie de cette démarche concerne le défi de mettre au point des stratégies qui, sur la base de l'évaluation, amèneront une amélioration continue de la qualité et de la continuité des soins et servies dispensés aux personnes âgées vulnérables. Ces stratégies comprennent un transfert efficace des connaissances et des moyens qui seront acquis auprès des partenaires pour favoriser l'amélioration de la continuité et de la qualité des soins dans les milieux. Suivant cette logique, les étapes suivantes de la démarche sont de trois ordres.

- Expérimenter l'utilisation de l'ensemble des indicateurs de qualité et de continuité afin d'identifier les facteurs facilitant et contraignant leur utilisation selon les divers milieux ;
- Mesurer pour des clientèles d'aînés et leurs aidants, sur une base locale et régionale, la continuité des soins et services de santé dans le cadre d'une démarche d'évaluation de la qualité globale des soins et des services aux aînés et de leurs aidants.
- Mettre en place des mécanismes visant l'utilisation des résultats de l'évaluation à l'échelle locale et régionale, pour obtenir une amélioration continue des pratiques organisationnelles et cliniques.

Conclusion

Notre démarche propose une définition de la qualité et privilégie un cadre conceptuel pour l'évaluation de la qualité et de la continuité des soins et services aux personnes âgées vulnérables. Ensuite, elle propose une évaluation de la qualité et de la continuité par des indicateurs de processus qui auront été validés dans le contexte québécois. L'identification des indicateurs à utiliser suit la méthodologie développée aux États-Unis par l'IOM et le RAND. Les indicateurs, applicables dans un premier temps à la problématique de la démence, mais englobant des aspects généraux ainsi que la continuité des soins, seront ensuite expérimentés dans les divers milieux cliniques. Cette étape fournira des mesu-

res permettant de cibler des problèmes de qualité et de continuité et amorcera une amélioration continue des pratiques organisationnelles et cliniques qui pourra être adaptée, en particulier, aux réseaux intégrés des soins.

Références

1. American Medical Association CoMS. « Quality of care », *JAMA*, 1986 ; 256 : 1032-4.
2. Blumenthal, D. « Part 1 : Quality of care--what is it ? », *N Engl J Med*, 1996 ; 335 : 891-4.
3. Brook, R. H., McGlynn, E. A. et Cleary, P. D. « Quality of health care. Part 2 : measuring quality of care », *N Engl J Med*, 1996 ; 335 : 966-70.
4. Brownson, R. C. et Petitti, D. B. « Applied epidemiology – theory to practice », dans Ross, C. et Brownson, D. B. P. (rédacteurs) Oxford University Press, New York, 1998 : 396.
5. Buetow, S. A. et Roland, M. « Clinical governance : bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care », *Qual Health Care*, 1999 ; 8 : 184-90.
6. Canadian Institute for Health Information (CIHI). *Development of National Indicators and Reporting System for Home Care – Revised – Data Definitions and Coding Specifications for Home Care National Pilot Test*, Canadian Institute for Health Information (CIHI), Ottawa, 2000 : 34 p.
7. Derose, S. F. et Petitti, D. B. « Measuring quality of care and performance from a population health care perspective », *Annu Rev Public Health*, 2002 ; 2 : 2.
8. Direction générale de la santé publique. *Priorités nationales de santé publique 1997-2001. Vers l'atteinte des résultats attendus : 3e bilan*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1997.
9. Donabedian, A. « Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care », *Med Care Rev*, 1980 ; 37 : 653-98.
10. Donabedian, A. « The quality of care. How can it be assessed ? », *JAMA*, 1988 ; 260 : 1743-8.
11. Donabedian, A. « The seven pillars of quality », *Arch Pathol Lab Med*, 1990 ; 114 : 1115-8.
12. Fitch, K., Bernstein, S. J., Aguilar, M. D. *et al*. « The RAND/UCLA appropriateness method user's manual », dans RAND (rédacteur) *RAND*, 2001 : 109 p.
13. Haggerty, J., Reid, R., McGrail, K. et McKendry, R. *Here, There and All Over the Place : Defining and Measuring Continuity of Health Care :*

Canadian Health Services Research Foundations Canadian Institute for Health Information Federal / Provincial / Territorial Advisory Committee on Health Services, 2001 : 50 p.

14. Hurtado, M. P., Swift, E. K. et Corrigan, J. M. *Envisioning the National Health Care Quality Report*, Institute of Medicine, Board on Health Care Services, Washington, D.C., 2001 : 234 p.
15. Lamarche, P.-A. « Intégration et continuité des soins : perspective québécoise, Forum organisation des services et gouverne ; commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux », amphithéâtre Hydro-Québec, Pavillon Desjardins, Université Laval, 2000.
16. Lohr, K. N. « Medicare : A strategy for quality assurance », dans Lohr, K. N. *Committee to design a strategy for quality review and assurance in Medicare*, Institute of Medecine, (rédacteur), volume II : *Sources and Methods*, National Academy Press, 1990 : 476.
17. Maxwell, R. J. « Quality assessment in health », *Br Med J (Clin Res Ed)*, 1984 ; 288 : 1470-2.
18. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Rapport comparatif sur la santé de la population québécoise et sur la performance du système de santé québécois – Indicateurs et tendances*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002 : 272 p.
19. National Advisory Committee on Health and Disability. *Summary of the National Health Committee Quality Workshop*, National Advisory Committee on Health and Disability, Wellington, New Zealand, 2001 : 53.
20. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). *Être à la hauteur : mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, Santé Canada, Paris, 2002 : 396 p.
21. Petitti, D. B. et Amster, A. « Measuring the quality of health care », dans Ross, C. et Brownson, D. B. P. (rédacteurs) *Applied epidemiology – theory to practice*, Oxford University Press, New York, 1998 : 396.
22. Saliba, D., Elliott, M., Rubenstein, L. Z. *et al.* « The vulnerable elders survey : a tool for identifying vulnerable older people in the community », *J Am Geriatr Soc*, 2001 ; 49 : 1691-9.
23. Sloss, E. M., Solomon, D. H., Shekelle, P. G. *et al.* « Selecting target conditions for quality of care improvement in vulnerable older adults », *J Am Geriatr Soc*, 2000 ; 48 : 363-9.
24. Wenger, N. S. et Shekelle, P. G. « Assessing care of vulnerable elders : ACOVE project overview », *Ann Intern Med*, 2001 ; 135 : 642-6.
25. WHO. *The World Health Report 2000 – Health Systems : Improving Performance*, World Health Organization (WHO), Genève, 2000 : 46.

17. Une approche sociopolitique de l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie*

Louis Demers

Introduction

Depuis quelques années, l'intégration des services semble faire l'unanimité comme moyen d'améliorer la continuité des services aux aînés en perte d'autonomie. Plusieurs expériences canadiennes et étrangères vont dans ce sens[10, 18]. Au Québec, les réseaux intégrés sont une des orientations promues par le ministère de la Santé et des Services sociaux

* Ce texte s'inscrit dans le cadre du projet de recherche sur *Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie*. L'équipe de recherche est composée des membres suivants : Louis Demers, chercheur principal, École nationale d'administration publique ; Michèle-St-Pierre, co-chercheuse principale, Université Laval ; Pierre Bergeron, Institut national de santé publique du Québec ; André Tourigny, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval et INSPQ ; Lucie Bonin, Direction de la santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec ; Philippe Rancourt, CHSLD Ermitage de la MRC d'Arthabaska ; Patricia Caris et Lysette Trahan, ministère de la Santé et des Services sociaux ; Linda Dieleman, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie ; Hélène Barrette, CLSC et CHSLD de la MRC de Desjardins. Anne Hébert et Judith Lavoie sont les agentes de recherche du projet.

Ce projet est financé par les organismes suivants : Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, Fonds de la recherche en santé du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie, de la Mauricie et du Centre-du-Québec et de Chaudière-Appalaches. Nous tenons également à souligner l'appui du programme PRISMA à la formulation de ce projet.

L'auteur tient enfin à remercier Michel Audet et Yolande Pelchat pour leurs commentaires sur une version préliminaire de ce texte.

(MSSS) dans ses *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*[15]. L'existence de tels réseaux contribue en outre à maintenir les personnes âgées à leur domicile, ce qui rejoint à la fois leur désir de demeurer chez elles, celui des intervenants d'assurer la meilleure qualité de vie possible à ces personnes et celui des dirigeants des centres hospitaliers et d'hébergement d'utiliser les lits de leur établissement pour les patients qui en ont le plus besoin. Bref, la mise en place de réseaux intégrés de services semble être une solution sans perdant. Pourtant, elle progresse laborieusement et son degré d'avancement varie sensiblement d'une région à l'autre et, à l'intérieur des régions, d'un territoire à l'autre.

Selon nous, le degré d'avancement de l'intégration des services n'est pas directement fonction de facteurs « objectifs » comme le nombre et la proportion d'aînés en perte d'autonomie ou la richesse relative d'une région. Il faut plutôt envisager l'instauration d'un système efficace de coordination des services comme une innovation sociale qui n'aurait pu survenir sans l'action et l'interaction d'individus désireux de mettre en place un tel système. Pour mettre au jour comment des acteurs interviennent en ce sens et pourquoi, nous exploiterons une approche sociopolitique de l'action organisée inspirée des travaux de Giddens[8] et de Lemieux[12, 14].

Après avoir présenté quelques concepts centraux de cette perspective, nous mettrons celle-ci à contribution pour montrer en quoi le système québécois de la santé et des services sociaux s'est structuré au fil des ans pour produire des services qui n'exigent que peu ou pas de coordination entre organisations et entre praticiens de professions différentes. Nous verrons ensuite que la mise en place de moyens et de pratiques favorisant l'intégration des services constitue une innovation sociale, nécessairement ancrée dans un contexte particulier, à laquelle des acteurs locaux, régionaux et ministériels peuvent contribuer. En conclusion, nous dégagerons quelques pistes de réflexion inspirées de cette analyse.

Approche sociopolitique : quelques notions de base

Par approche sociopolitique, nous entendons une façon d'étudier les phénomènes sociaux, politiques ou organisationnels en y cherchant ce qui relève des relations entre les acteurs, tout en tenant compte du fait que ces acteurs s'inscrivent dans des systèmes sociaux dont ils reproduisent des propriétés structurelles qui conditionnent leur action. Comme nous le ver-

rons, les acteurs peuvent faire appel à ces propriétés structurelles pour maintenir les façons de faire existantes ou pour les transformer.

Selon cette perspective, l'être humain est un agent compétent, c'est-à-dire qu'il est en mesure de faire une différence dans une situation donnée. Cette capacité de faire une différence, c'est l'exercice du pouvoir, dans sa forme générique. Le pouvoir est la capacité d'un acteur, individuel ou collectif, de produire des résultats. C'est d'abord un « pouvoir de » et non un « pouvoir sur ». Un acteur agit de façon réflexive : il n'est pas réductible au rôle ou à la position qu'il occupe.

Les acteurs n'évoluent pas de façon isolée. Dans le cadre de leur travail, par exemple, ils entretiennent des relations avec d'autres acteurs : supérieurs, collègues, subordonnés, clients, collaborateurs. Les relations entre ces acteurs peuvent se décomposer en trois dimensions[11]. Deux d'entre elles retiennent plus particulièrement l'attention, d'un point de vue sociopolitique. La première est celle des liens entre les acteurs. Ces liens, noués au fil des interactions, facilitent l'action organisée*[7]. L'autre dimension de la relation entre acteurs est celle du contrôle, qui est la capacité de faire prévaloir ses préférences**.

Les interactions entre acteurs ne se produisent pas de façon aléatoire. Elles se déroulent le plus souvent dans des cadres d'interaction concrets : une unité de soins, une cafétéria, un organisme communautaire, un cabinet de médecins, une salle de réunion au ministère. Une des idées centrales de la perspective que nous esquissons ici est que ces rencontres entre acteurs mettent en jeu des propriétés structurelles. Ces propriétés structurelles sont les « traits structurés des systèmes sociaux***, en particulier les traits institutionnalisés, qui s'étendent à travers le temps et l'espace »[8]. Ces propriétés ont une existence virtuelle au sens où elles ne s'actualisent que par l'action des acteurs sociaux qui y font appel, même s'ils n'en sont pas forcément conscients.

---

* L'expression « action organisée » a un sens plus large que celle d'organisation, qu'elle englobe. Cette expression est appropriée pour traiter de la coordination des services aux aînés en perte d'autonomie, qui dépend de la conduite d'individus rattachés à différentes organisations, sans parler des parents et des proches des usagers.

** La troisième dimension est celle de la transaction.

*** Un système social est la « formation, à travers l'espace-temps, de modèles régularisés de relations sociales conçues comme des pratiques reproduites » (Giddens, 1987, p. 444).

Par exemple, dans l'épisode durant lequel une personne âgée consulte son médecin de famille au cabinet de ce dernier, ces deux personnes font appel à des propriétés du système québécois de la santé et des services sociaux, dont la liberté d'installation des médecins, le remboursement de leurs services par le régime public d'assurance maladie, leur choix entre divers modes de rémunération et, plus généralement, une division professionnelle du travail que domine la profession médicale.

Ces propriétés structurelles, composées de règles et de ressources, sont contraignantes pour les acteurs, puisqu'elles délimitent les possibilités qui s'offrent à eux, mais elles sont aussi, *en même temps*, habilitantes pour eux puisqu'elles rendent possible leur action. Par exemple, le Code des professions détermine l'éventail des gestes que peut poser un médecin, mais l'habilite du même coup à les poser.

Comme tout système social, une organisation présente des propriétés structurelles, qu'il faut toutefois se garder de confondre avec la conception usuelle de la structure d'une organisation. Tant dans le langage courant que dans certains écrits scientifiques, on pose en effet que la structure est à l'organisation ce que le squelette est à un corps humain. Cette vision donne à penser que cette structure existe indépendamment des acteurs organisationnels et qu'elle est statique. Or, la structuration d'une organisation – la production des relations sociales dans le temps et dans l'espace – ne se réalise que par l'action de ces acteurs. Les organigrammes, les répertoires de procédures, les descriptions de fonction, tout l'appareil de règles officielles sert à la structuration d'une organisation, mais seulement dans la mesure où il sous-tend les rapports sociaux qui y ont cours. D'autres aspects, souvent moins formalisés, influent aussi sur la structuration d'une organisation : l'ouverture des dirigeants et des gestionnaires à l'initiative de leurs subordonnés, la conception que les médecins ont de leurs responsabilités en matière de gestion, l'identité professionnelle des intervenants[19] et l'existence de réseaux d'acteurs sociaux qui permettent aux individus de partager des informations, des normes et des valeurs qui ne circuleraient pas autrement[12].

Si les propriétés structurelles des systèmes sociaux sont ainsi reproduites par des agents dans leurs activités de tous les jours, cela ne veut pas dire que leurs interactions soutiennent nécessairement le *statu quo*. Chaque action qui contribue à la reproduction de la structure d'un système social est en même temps un acte de production qui peut entraîner un changement de cette structure. Pour reprendre l'exemple précédent, tout en reproduisant les propriétés structurelles signalées ci-dessus, les

médecins d'un cabinet peuvent s'entendre pour assurer collectivement les services médicaux du nombre croissant de personnes âgées que compte leur clientèle. Ce faisant, ils contribuent à modifier la nature de l'activité médicale. Cette décision peut aussi faire suite à l'annonce, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, de la création de groupes de médecine de famille (GMF). Dans le premier cas, les médecins ont exercé un contrôle positif sur la décision de modifier leur pratique ; dans le second cas, ce contrôle est exercé depuis le ministère. Les médecins auraient pu ne pas donner suite à cette orientation ministérielle, auquel cas le contrôle du ministère aurait été négatif.

Par ailleurs, ce qui résultera, à terme, d'un changement de pratique demeure partiellement imprévisible. Les conséquences non intentionnelles de l'introduction d'un GMF peuvent, aux yeux d'acteurs situés en différents lieux dans le système sociosanitaire – cabinet, centre local de services communautaires (CLSC), agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, (ci après : agence régionale) ou ministère de la Santé et des Services sociaux –, engendrer de nouveaux problèmes qui inciteront ces acteurs à y faire face.

Nous avons illustré la présentation de quelques concepts d'une perspective sociopolitique à l'aide d'un exemple élémentaire. Dans les sections suivantes, nous nous pencherons sur un phénomène beaucoup plus complexe, celui de la reproduction et de la transformation des modes d'organisation des services destinés aux aînés en perte d'autonomie. Pour ce faire, nous examinerons d'abord comment s'est ancrée dans les pratiques la reproduction d'un mode d'organisation de services cloisonnés après quoi nous examinerons les conditions qui rendent possible la modification progressive de ces pratiques au profit d'une offre de services mieux intégrée.

Reproduction d'un système sociosanitaire cloisonné

Dans cette section, nous exposerons de façon schématique comment un système comme celui de la santé et des services sociaux peut reproduire une division du travail entre organisations et entre professions qui n'est pas conçue pour réaliser une forte intégration des services. Nous isolerons d'abord les principales propriétés structurelles du système dans son ensemble avant d'examiner comment ces principes sont reproduits dans les établissements du « réseau ».

Le système québécois de la santé et des services sociaux comporte plusieurs propriétés structurelles auxquelles font appel quotidiennement

les acteurs du ministère, des agences régionales et des organisations qui dispensent des services. La nature publique du financement et de la régulation du système est sans doute son trait le plus déterminant. En effet, cette caractéristique lie la structuration du système sociosanitaire au budget de l'État québécois et aux tractations sur la contribution fédérale au financement des services de santé, ainsi qu'à une régulation hiérarchique marquée par le recours à des textes législatifs, comme la Loi sur les services de santé et les services sociaux et la Loi canadienne de la santé.

Parmi les autres traits importants, on peut retenir : un héritage hospitalocentriste qui a fait jouer aux hôpitaux généraux un rôle tenu ailleurs par des services dans la communauté[5], la délégation*, la régionalisation, une division du travail dominée par la profession médicale, la normalisation des conditions de travail dans le cadre de conventions collectives négociées à l'échelle du Québec et l'offre de services publics par des établissements juridiquement autonomes qui se voient attribuer un budget global, indépendant de leur volume d'activités.

Au fil des années, les acteurs qui sont partie prenante du système sociosanitaire québécois ont reproduit, selon différentes variantes, ces propriétés structurelles. À titre d'exemple, la délégation se pratique différemment d'une région à l'autre, non seulement à cause de leurs caractéristiques démographiques, physiques et organisationnelles, mais aussi à cause de la façon dont les dirigeants, les gestionnaires et les professionnels des conseils régionaux, des régies puis des agences régionales ont interagi entre eux et avec leurs vis-à-vis du ministère et des établissements de leur région. La propriété structurelle qu'est la délégation renvoie donc concrètement à l'éventail de ces variations interrégionales et de leur évolution dans le temps.

La reproduction des propriétés structurelles du système sociosanitaire québécois s'accomplit aussi à l'échelle des organisations qui dispensent les services. Elles aussi sont des systèmes sociaux dotés de propriétés structurelles. Ces propriétés prennent appui sur celles du système sociosanitaire, mais sont également le produit des interactions des acteurs de l'organisation. La capacité de ces derniers de modifier les pratiques existantes dépend toutefois de deux ordres de phénomènes.

---

* La délégation est une forme particulière de décentralisation dans laquelle la périphérie dispose d'une autonomie de gestion et ne fait pas partie de la même organisation que le centre. (Lemieux, 2001, p. 42-46).

D'une part, ce que les acteurs d'une organisation peuvent faire est tributaire des conditions matérielles de leur action, comme la localisation géographique de leur lieu de travail et l'aménagement physique des locaux. D'autre part, les modes de fonctionnement actuels résultent en bonne partie des choix individuels et collectifs qu'eux-mêmes et leurs prédécesseurs ont faits dans le passé : répartition des budgets entre services, politiques d'admission et de séjour, division des équipes par programme ou par discipline, horaire de visites des médecins sur les unités de soins et ainsi de suite. Ces choix collectifs, faits au fil des années, réduisent considérablement le champ des options possibles et favorisent la récursivité des pratiques existantes. Celle-ci n'est pas sans avantage pour les membres de l'organisation. La production de services sociaux ou de santé requiert en effet une certaine prévisibilité du comportement des agents qui y concourent. Cette routinisation des pratiques est au cœur du fonctionnement de toute action organisée, notamment celle qui se produit dans les organisations professionnelles[16].

Ces modes de fonctionnement routinisés sont difficiles à changer, à la fois parce qu'ils ont été éprouvés au fil des années et parce qu'ils sont reproduits, volontairement ou non, par un très grand nombre d'acteurs. Ils le sont aussi pour deux autres raisons : d'une part, parce que ces gens peuvent être convaincus qu'ils ont la bonne façon de faire et qu'il ne leur manque que des ressources additionnelles pour faire mieux et, d'autre part, que des groupes trouvent leur intérêt dans le rôle qu'ils jouent dans ce système. C'est le cas de la direction d'un établissement qui refuse de s'ouvrir à la collaboration avec des partenaires éventuels pour préserver son autonomie ou pour éviter de s'engager dans une concertation interorganisationnelle consommatrice de temps et source de tensions potentielles ; c'est aussi le cas de praticiens professionnels qui désirent perpétuer un mode de pratique monodisciplinaire, parce qu'ils ont acquis un vaste savoir-faire dans ce type de pratique ou qu'ils sont mal à l'aise à l'idée de partager leur responsabilité envers « leurs » patients. Les coordonnateurs d'organismes communautaires ont aussi à peser le pour et le contre d'un partenariat plus serré avec les établissements publics. Leur autonomie est dans la balance[17].

En résumé, les établissements sociosanitaires peuvent donc être vus comme des systèmes sociaux, c'est-à-dire comme des modèles régularisés de relations sociales qui se constituent dans le temps et dans l'espace. Ces relations, qui se structurent au fil des interactions entre les membres de l'organisation, exploitent les propriétés structurelles de l'organisa-

tion et celles d'autres systèmes sociaux, dont, au premier chef, celui du système québécois de la santé et des services sociaux. Au fil des années, la structuration de ce système a conduit à une division du travail éprouvée pour diagnostiquer et traiter des patients qui présentent des problèmes de santé aigus. Celle-ci engendre toutefois la discontinuité des services pour les personnes, comme les aînés en perte d'autonomie, qui requièrent une intervention concertée. C'est ce fonctionnement « en silo » que la commission Clair, parmi d'autres, a dénoncé[3].

Sous un angle sociopolitique, comment peut-on se représenter le renouvellement des pratiques en phase avec les besoins des patients dépendants ? C'est ce que nous examinerons maintenant.

Instauration de modes de coordination des services

Dans cette section, nous proposons l'idée que la mise sur pied de modes efficaces de coordination des services aux aînés en perte d'autonomie est une innovation sociale, et que leur succès repose sur la coopération des acteurs locaux chargés de les concevoir et de les mettre en œuvre. C'est sous cet angle que nous nous pencherons par la suite sur le rôle que peuvent jouer les acteurs régionaux et ministériels pour favoriser l'éclosion et la perpétuation de telles innovations.

Intégration des services : une innovation sociale

L'intégration des services se produit lorsqu'une gamme complète de services est accessible aux usagers qui en ont besoin et que ces services sont coordonnés de façon à ce que chaque usager reçoive « le bon service, au bon moment, au bon endroit et par la bonne personne », sans qu'il soit laissé à lui-même pour obtenir ce service. La coordination renvoie aux mécanismes qu'il faut créer et aux actions qu'il faut déployer pour que l'intégration se réalise, à des degrés divers. Une offre intégrée fait appel aux services dispensés par les établissements publics, mais aussi à ceux qu'offrent les organismes communautaires, les médecins de cabinet, les agences privées et les pharmaciens d'officine.

Créer et faire durer un réseau intégré de services suppose que l'on rompe avec les pratiques et les règles existantes, vouées à la production de services peu ou pas coordonnés. En ce sens, un réseau intégré de services constitue une innovation sociale. On peut définir celle-ci comme « […] toute nouvelle approche, pratique, ou intervention ou encore tout nouveau produit mis au point pour améliorer une situation ou solutionner un problème social et ayant trouvé preneur au niveau des institutions, des organisations, des communautés »[1].

Selon Drucker[6], même une innovation qui consiste à lancer un nouveau produit ou à modifier un procédé est d'abord sociale et organisationnelle avant d'être technique. Contrairement à une idée reçue, en effet, l'innovation est rarement le fruit d'une invention jaillie d'un cerveau brillant. Elle résulte plutôt de la prise de conscience de l'utilité de réorganiser les moyens de production existants en vue d'offrir une plus grande utilité aux clients. Une innovation n'est jamais parfaite du premier coup. Pour y apporter les corrections requises, il faut qu'elle se fasse sur une petite échelle, de sorte qu'elle n'exige pas d'investissements démesurés en temps et en argent. Pour Drucker, « des idées grandioses, des plans qui visent à « révolutionner une industrie » ont très peu de chances de réussir » (notre traduction)[6].

Le fonctionnement d'un réseau intégré de services exige la collaboration de plusieurs personnes ; pour qu'une telle innovation réussisse, elle doit donc s'ancrer dans les pratiques, non seulement des personnes qui en bénéficient, mais de celles qui l'offrent. Ces pratiques sont au premier chef celles des personnes qui sont quotidiennement appelées à dispenser des services aux aînés ; mais ce sont également celles des gestionnaires des unités administratives qui regroupent les intervenants et des dirigeants des organisations qui regroupent ces unités. L'instauration d'un réseau interorganisationnel de services aux aînés en perte d'autonomie exige en effet la mise sur pied de mécanismes auxquels souscrivent les responsables administratifs des organisations partenaires, comme l'illustre le cas des Bois-Francs[20].

Plusieurs modèles de réseaux intégrés de services existent actuellement. Dans un article récent, Hébert[10] décrit de façon schématique en quoi consistent trois familles de réseaux intégrés de services, dont celui qui est actuellement mis en place en Estrie.

D'un point de vue sociopolitique, la réalisation d'un réseau intégré de services peut se concevoir comme l'interaction de trois phases : l'émergence d'un problème, la formulation d'une solution pour y faire face et la mise en œuvre de cette solution[14]. Dans le cas d'une loi, ces trois phases sont clairement délimitées. Il en va autrement dans le cas d'un changement comme celui qui consiste à accroître l'intégration des services. On peut alors assister, comme ce fut le cas dans les Bois-Francs, à l'engagement des dirigeants d'établissement à travailler de concert pour améliorer les services aux personnes âgées, à une réflexion collective sur la nature des problèmes d'organisation des services touchant les aînés en perte d'autonomie, à la conceptualisation d'un modèle

abstrait permettant de se représenter la « machine sociale » qui viendrait résoudre ou atténuer les problèmes perçus, à l'installation du prototype de cette machine, qui suppose la transformation des règles et des pratiques existantes et à l'amélioration progressive de cette version bêta par des modifications apportées au fil de l'expérience.

Quels que soient la séquence et le degré d'enchevêtrement de ces phases, le principe général à l'œuvre demeure le même : un problème émerge auquel des acteurs habilités apportent une solution à laquelle des ressources (matérielles, humaines, informationnelles) sont consacrées. Cette solution est mise en œuvre puis modifiée au besoin pour la rendre plus appropriée aux conditions changeantes du contexte.

On comprend mieux pourquoi une innovation, comme le déploiement de moyens et de pratiques favorisant l'intégration des services, a plus de chances de réussir si elle est menée à une échelle réduite. Plus le nombre de composantes et de partenaires à coordonner est élevé, plus les changements à apporter s'additionnent, plus la probabilité de ne pas atteindre de consensus s'accroît, plus les modalités du réseau de services risquent de viser à régler des problèmes généraux qui ne correspondent pas à la variété des situations concrètes et moins les personnes qui auront à réaliser les changements – et, au premier chef, les intervenants – pourront participer à la conception du modèle et, partant, se l'approprier.

Deux corollaires découlent de ce qui précède. Premièrement, un système d'intégration des services ne se réduit pas à un ensemble de composantes formelles. En dernière analyse, c'est l'appropriation du modèle par les individus chargés de le mettre en œuvre qui en fera un succès. Concrètement, cela implique que la mise en place formelle des composantes d'un réseau intégré de services ne garantit pas que l'intégration se réalise. Inversement, on ne peut présumer, en l'absence d'un réseau intégré de services formellement constitué, que des acteurs locaux ne se sont pas associés pour améliorer la coordination des services aux aînés en perte d'autonomie. Faire fonctionner un réseau intégré de services suppose donc non seulement que l'on imagine un modèle abstrait de ce qu'il devrait comporter, mais aussi que l'on modifie les façons de faire existantes pour y incorporer les nouveaux liens, les nouvelles pratiques qu'exige une meilleure coordination des services. Il faut que les directeurs généraux acceptent de céder une part de leur autonomie pour travailler à l'atteinte d'une plus grande efficacité collective. Il faut aussi que les gestionnaires contribuent collectivement à harmoniser les outils et les pratiques, et à relayer les ententes inter-organisationnelles

au sein de leur direction ou de leur service. De leur côté, les praticiens doivent accepter de travailler de concert avec des collègues d'autres professions et de consacrer une partie plus importante de leur temps à se coordonner.

Deuxièmement, une formule qui a été expérimentée avec succès dans un territoire donné ne réussira pas forcément à s'enraciner dans un autre. Si l'on peut voir dans le réseau intégré de services une solution générique au problèmes de discontinuité des interventions auprès des aînés en perte d'autonomie, cette solution doit s'adapter aux réalités locales, comme les habitudes de consommation de services des usagers, l'emplacement et la disponibilité des services et les rapports – de confiance, d'indifférence, de rivalité ou de méfiance – entre organisations. À cet égard, l'intégration des services présente un défi particulier dans les centres urbains où les usagers peuvent consommer des services dans une variété de cabinets médicaux, de centres hospitaliers et de CLSC.

Lorsqu'il est maintenu en état de fonctionnement, un réseau intégré de services s'institutionnalise, c'est-à-dire que des usagers et des producteurs de services, en le reproduisant dans le cours de leurs activités quotidiennes, lui donnent la « solidité », l'évidence que l'on attribue à des phénomènes sociaux de longue durée. On pourra alors dire qu'à l'échelle locale les propriétés structurelles de l'organisation des services sociosanitaires locaux ont été modifiées.

Intégration des services : rôle des acteurs régionaux et ministériels

Les difficultés qu'éprouvent les personnes âgées en perte d'autonomie à obtenir des services bien coordonnés n'ont pas échappé aux acteurs régionaux et ministériels que cette question concerne. Selon nous, l'utilité de leurs actions pour faire face à ce problème se mesure à l'aune de leur effet sur la volonté et la capacité des acteurs du palier local et, au premier chef, des intervenants, à modifier leurs façons de faire pour assurer une meilleure coordination des services.

Dans cette perspective, nous nous pencherons sur deux interventions récentes des autorités du MSSS qui visent directement l'amélioration de la coordination des services, soit le projet de loi 25 et les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Nous évoquerons aussi le rôle des agences régionales en lien avec ces deux interventions du ministère.

Compte tenu du caractère public du système sociosanitaire québécois, plusieurs des propriétés structurelles, que nous avons énumérées plus haut, ont une assise juridique. Les autorités du MSSS peuvent donc

chercher à influer sur les pratiques existantes en faisant adopter des projets de loi par l'Assemblée nationale. C'est ce qui s'est passé, en décembre 2003, avec l'adoption du projet de loi 25 sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Le projet de loi 25 vise explicitement à « faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de services de santé et de services sociaux » (art. 1). Pour ce faire, le ministre confie à chaque agence régionale le mandat de mettre en place des réseaux locaux de services comprenant une « instance locale » regroupant les services d'un CLSC, d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, sauf exception, d'un centre hospitalier. Ces réseaux devraient aussi inclure les services de médecins, de pharmaciens, d'organismes communautaires, d'entreprises d'économie sociale et de ressources privées.

Si le but de la loi fait l'objet d'un large consensus, il en va autrement pour le remède qu'elle prescrit. Celui-ci suscite en effet une opposition ferme, notamment de la part de l'association des CLSC et des CHSLD du Québec. Celle-ci dénonce le fait que les fusions entre établissements sont obligatoires et que ces « jeux de structures » ne représentent pas une solution valable à des problèmes qui varient par ailleurs considérablement d'un territoire à l'autre[2].

Les changements imposés « d'en haut » posent en effet souvent problème du fait qu'ils ne tiennent pas compte des particularités locales de leur mise en œuvre. Une solution uniforme définie au sommet d'une organisation peut au mieux correspondre aux conditions de certaines des situations qu'elle vise à régler. Ce type de stratégie conduit souvent les acteurs qui en sont l'objet à résister au changement, non pas tant parce qu'ils cherchent à préserver une situation qui les avantage, mais parce que ce changement produirait des effets indésirables ou serait impraticable dans leur contexte*.

Selon la lettre de la loi, la marge de manœuvre des nouvelles agences régionales se limite à proposer au ministre combien de réseaux

* Par ailleurs, la création d'une seule organisation chargée d'offrir l'ensemble des services à une catégorie d'usagers n'élimine pas le problème de la coordination entre différentes unités administratives et différents lieux de production des services. L'établissement d'ententes entre partenaires réunis au sein d'un réseau présente une option intéressante à l'intégration des organisations existantes au sein d'une entité unique (Demers, Dupuis et Poirier, 2003).

locaux comptera la région, quels établissements ils comprendront et quel sera leur territoire. Les agences régionales n'ont donc pas le loisir de susciter une plus grande coordination des services par d'autres moyens que la réduction du nombre d'établissements.

L'imposition de modes d'intégration des organisations n'est pas la seule façon de favoriser celle des services. En 2001, le ministère publiait le document *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*[15]. Ce document faisait de l'intégration des services la première orientation de la réorganisation des services aux aînés en perte d'autonomie souhaitée par le MSSS et esquissait les composantes que devrait comprendre un réseau intégré de services. Le document a été largement diffusé dans le « réseau » et a été perçu comme un signal clair à l'effet que le ministère s'engageait dans la voie de l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie.

Par la suite, certaines régies régionales, qui n'avaient pas déjà entrepris de favoriser la mise sur pied de réseaux intégrés de services, ont repris à leur compte cette orientation et soutenu financièrement des projets pilotes, dont les responsables devaient adapter le modèle aux conditions de leur territoire. Selon cette approche, le rôle de la régie régionale est, à son tour, de rendre explicite son engagement à l'endroit des réseaux intégrés de services et d'appuyer le changement en lui fournissant un appui professionnel et matériel.

Conclusion

Dans les systèmes complexes, le pouvoir est partagé entre plusieurs acteurs et plusieurs systèmes sociaux. C'est entre autres pourquoi les acteurs ont parfois l'impression d'être impuissants : ils dépendent en partie des actions d'autres agents, et ces derniers peuvent être hors de leur atteinte. Ce qui se passe « sur le terrain » affecte ce qui ce qui se passe « plus haut », et réciproquement ; c'est pourquoi, il est nécessaire d'étudier l'interdépendance des décisions prises en différents lieux du système sociosanitaire.

Vue sous cet angle, la fragmentation des services ne s'explique pas seulement par le manque de coordination des organisations locales. Elle dépend aussi de l'interdépendance des actions entreprises par les acteurs des différents paliers d'un système de santé et de leur relative méconnaissance du contexte dans lequel évoluent les acteurs des autres paliers. Ainsi, alors même qu'une volonté commune d'améliorer les services aux aînés en perte d'autonomie anime les acteurs ministériels, régionaux

et locaux, leurs actions respectives ne convergent pas toujours en ce sens.

L'approche sociopolitique de l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie permet de mieux comprendre comment, pourquoi et par qui un réseau intégré a été mis en œuvre dans un contexte particulier ou comment et pourquoi il ne l'a pas été. Cette façon de voir incite les chercheurs à faire preuve d'humilité dans leurs prétentions à tirer de leurs découvertes des enseignements généralisables. Il est en effet hasardeux de transposer tels quels les facteurs de réussite ou d'échec d'une expérience particulière. Ce qui fonctionne ici et maintenant peut ne pas fonctionner ailleurs ou plus tard.

Même si cela paraît aller de soi, il vaut la peine de souligner que le véritable changement que l'on appelle de ses vœux lorsque l'on parle d'un réseau intégré de services ne peut se produire que localement, « sur le terrain » là où se fait la production des services aux aînés. Les réformes organisationnelles ne sont utiles que si elles viennent appuyer cette innovation.

Références

1. Bouchard, C. *Contribution à une politique de l'immatériel*, Conseil québécois de la recherche sociale, Québec, 1999.
2. Boucher, G. « Les CLSC et CHSLD s'opposent aux nouvelles structures. Non aux fusions forcées, imposées d'en haut », *Le Devoir*, 16 novembre 2003, p. J 3.
3. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair). *Rapport et recommandations. Les solutions émergentes*, CESSSS, Québec, 2000.
4. Demers, L., Dupuis, A. et Poirier, M. « L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements ? », *Santé mentale au Québec*, 2002 ; XXVII(2) : 74-92.
5. Desrosiers, G. et Gaumer, B. *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général : faits, conséquences, alternatives*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, étude n^{o} 17 (synthèse critique), Les Publications du Québec, Québec, 1987.
6. Drucker, P. *Innovation and Entrepreneurship : Practice and Principles*, HarperBusiness, New York, 1985.
7. Friedberg, E. *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*, 2^{e} éd., Seuil, Paris, 1997.

8. Giddens, A. *La constitution de la société*, PUF, Paris, 1987.
9. Goulet, D. *Histoire du Collège des médecins du Québec. 1847-1997*, Collège des médecins, Montréal, 1997.
10. Hébert, R., Durand, P. J., Dubuc, N., Tourigny, A. et le groupe PRISMA. « Frail elderly patients, new model for integrated service delivery », *Canadian Family Physician*, 2003 ; 49 : 992-997.
11. Lemieux, V. *Les coalitions. Liens, transactions et contrôles*, PUF, Paris, 1998.
12. Lemieux, V. *Les réseaux d'acteurs sociaux*, PUF, Paris, 1999.
13. Lemieux, V. *Décentralisation, politiques publiques et relations de pouvoir*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 2001.
14. Lemieux, V. *L'étude des politiques publiques*, 2e éd., Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2002.
15. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, MSSS, Québec, février 2001.
16. Mintzberg, H. *Le management : voyage au centre des organisations*, Éditions d'organisation et Éditions Agence d'Arc, Paris et Montréal, 1990.
17. *Nouvelles pratiques sociales*, « Dossier. La dynamique partenariale : un état de la question », vol. 14, no 1, juin 2001.
18. Paris, A. *Les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans six pays de l'OCDE (Allemagne, Angleterre, Australie, Danemark, France, Suède)*, collection Études et analyses, no 45, ministère de la Santé et des Services sociaux, août 2001.
19. Pelchat, Y. et Malenfant, R. *La pratique de l'intervention sociale et psychosociale en CLSC. Identités et légitimités professionnelles en transformation*, rapport de recherche, équipe RIPOST, CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières, CLSC, centre affilié universitaire, mars 2004.
20. Tourigny, A., Paradis, M., Bonin, L., Bussières, A. et Durand, P. « Évaluation d'implantation d'une expérience novatrice : le réseau intégré de services aux aînés des Bois-Francs », *Santé mentale au Québec*, 2002 ; XXVII(2) : 109-135.

Le vieillissement progressif de la population occasionne une prépondérance de maladies chroniques exigeant des soins continus de longue durée. Le modèle traditionnel hospitalo-centrique s'avère, dans ce contexte, inadapté et doit progressivement céder sa place à un modèle de soins axé sur les lieux de résidence des personnes âgées. Les soins de première ligne et les services à domicile se retrouvent ainsi au cœur même du système et, en raison de la multiplicité des organisations et des professionnels qui ont à intervenir, l'intégration de tous ces services est impérative.

On retrouvera ici des textes de chercheurs, de cliniciens et de gestionnaires qui ont participé à la constitution de ces RÉSEAUX INTÉGRÉS. Leur expérience et leurs connaissances sont irremplaçables et facilitent la compréhension de cette restructuration partielle du réseau de santé québécois. On est justifié de parler d'une contribution majeure dans le domaine de la santé au Québec.

Pour de plus amples renseignements consultez notre sit Web:

www.prisma-qc.ca

Imprimé au Canada

ISBN 2-89130-202-8